

UNDERERNÆRING

Det skjulte
samfundsproblem



kost & ernæringsforbundet
mestre i mad & sundhed

Februar 2014

Publikationen Underernæring – det skjulte samfundsproblem er udarbejdet i et samarbejde mellem Arla og Kost- og Ernæringsforbundet i 2014. Overlæge, dr. med Jens Kondrup, Ernæringsenheden, Rigshospitalet har assisteret ved den faglige gennemlæsning af materialet og endelig har kommunikationsbureauet Advice redigeret og sammenfattet den endelige publikation.

Yderligere eksemplarer af publikationen kan rekvireres ved henvendelse til Arla på tlf 89381000 eller Kost- og Ernæringsforbundet på tlf 31636600.

INDHOLD

1. Forord	4
2. Resum	5
3. Hvad er underernæring?	7
En definition	7
Screening for underernæring.....	7
4. Underernæringens omfang	9
Underernæring blandt patienter.....	9
Underernæring blandt ældre.....	12
Underernæring i fremtiden	13
5. Underernæring hos patienter	15
rsager til underernæring hos patienter	15
Behandling af underernæring hos patienter.....	15
Udfordringen med patienters underernæring.....	16
6. Underernæring hos ældre	18
Aldersrelaterede rsager	18
Strukturelle rsager og udfordringer	20
Et socialt sundhedsproblem	21
7. De menneskelige konsekvenser	22
Sundhedsmæssige og menneskelige konsekvenser	22
Konsekvenser hos de ældre	23
Hjælper det at behandle underernæring?.....	24
8. De økonomiske konsekvenser	26
9. Indsatsen mod underernæring	29
10. Undersøgelse: gode intentioner, mangel p handling	33
11. Anbefalinger	35

1. FORORD

I Danmark er underernæring et problem, som kun de færreste kender. Alligevel rammer underernæring ganske mange mennesker. Det er især nogle af vores svageste medborgere, nemlig patienter og ældre på plejehjem og i hjemmeplejen, som er i risiko for underernæring. Konsekvenserne er betydelige – både for det enkelte menneske og samfundet. Underernæring er nemt at konstatere. Og er nemt at gøre noget ved. Alligevel er det et udbredt problem i det danske velfærdssamfund. Det er et problem, som de færreste kender, som flere lider af og som alt for få gør noget ved.

Det er på høje tid, at vi bliver opmærksomme på, at en alt for stor del af vores ældre er underernærede. Og at en del af vores patienter har unødvendige følgesygdomme og lidelser, og i visse tilfælde dør, på grund af den underernæring, der er en følge af sygdommen. Op imod 40 procent af alle patienter, og op til 60 procent af de ældre på plejehjemmene, er i risiko for at blive underernærede.

Det er på høje tid, at vi gør en indsats for at undgå konsekvenserne af underernæringen. Underernæring resulterer i flere, længere og dyrere indlæggelser, øget medicinforbrug, svækket immunforsvar, hyppigere infektioner, længere genoptræning, dårligere livskvalitet og desværre også øget dødelighed. For det enkelte menneske er konsekvenserne dybt alvorlige. For samfundet er de økonomiske konsekvenser også til at tage og føle på.

Formålet med denne publikation er at præsentere offentligheden for et problem, der slet ikke har fået nok opmærksomhed fra sundhedsprofessionelle. Eller fra politikere og embedsmænd. Eller fra journalister og befolkningen.

Der er ikke én enkel løsning, men mange simple løsninger, der tilsammen skal gøre en forskel. For i bund og grund handler det om, at vores ældre og patienter skal have noget mad, der er tilpasset deres behov. Samtidig er der også resultater at hente ved f.eks. bedre forebyggelse og mere appetitvækkende rammer omkring maden. Og de bedste løsninger skulle gerne komme på banen efter en grundig offentlig diskussion mellem patienter, fagfolk og politikere. Det er vores håb, at denne publikation kan være med til at starte en proces, der i sidste ende fører til, at der i Danmark er langt færre mennesker, der lider af underernæring.

Kost & Ernæringsforbundet og Arla Foods er dele af en tværfaglig løsning. Kost & Ernæringsforbundets medlemmer er kost-, ernærings- og sundhedsfaglige. Nogle leder mad- og madtidsorganisationerne, mens andre i det daglige arbejder med at vejlede om, behandle og forebygge underernæring. Det er ligeledes forbundets medlemmer, der fremstiller de madtider, som ældre og patienter i fremtiden skal spise for at undgå underernæring. Arla arbejder for at tilgodese behovet for sunde og næringsrige fødevarer til befolkningen i al almindelighed, men i høj grad også for ældre og patienter, blandt andet via proteinberigede og energitætte specialprodukter, der kan afhjælpe manglen på protein. Tilsammen kan vi gøre en forskel for fremtiden. Lige nu handler det om at få gjort Danmark opmærksom på et problem, der skriger efter løsninger og politisk handling.

Vi skylder en stor tak til overlæge, dr. med Jens Kondrup fra Ernæringsenheden, Rigshospitalet, for sin store hjælp med udarbejdelsen af denne publikation.

Ghita Parry

Formand for Kost & Ernæringsforbundet

Peter Giørtz-Carlsen

Direktør for Arla i Danmark

2. RESUMÉ

Det er historien om en ukendt lidelse for de fleste danskere. Ukendt fordi, at det er nogle af de svageste danskere, der lider af den, og som ikke er i stand til at trække højt. Fra det offentlige side kender man dog til lidelsen. Underernæring er nemlig en relativt veldefineret lidelse, som også er nem at identificere. Samtidig er årsagerne til underernæring blandt de svageste – ældre og patienter – også velkendte. Vi ved altså, hvad det er, hvad det skyldes og hvordan vi finder dem, der lider af underernæring.

Hver fjerde patient er i fare for at blive alvorligt underernæret. Og i ældreplejen er det op imod 60 procent af de ældre, der er udsatte. Selvom lidelsen ikke er særlig synlig i samfundet, er den i høj grad udbredt. Og det kan blive markant værre, når antallet af personer over 80 år mere end fordobles i de næste fremover.

Mange sygdomme starter med, at patienten taber sig i vægt og går til lægen. I en engelsk undersøgelse var 11 procent af patienterne i almen praksis underernærede¹. Ved indlæggelsen på et dansk hospital er cirka 20 procent af patienterne underernærede eller i risiko for at blive det². Blandt de indlagte er cirka 40 procent underernærede eller i risiko for at blive det³. En engelsk undersøgelse viste, at 75 procent af de, der var underernærede ved indlæggelsen, var endnu mere underernærede ved udskrivelsen⁴.

Underernæring er særligt udbredt blandt ældre. Det skyldes blandt andet, at ældre hyppigere har de sygdomme, der medfører underernæring.

1. McGurk P, Cawood A, Walters E et al. The burden of malnutrition in general practice. *Gut* 2012;61:A18 (abstract)
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. Rasmussen HH, Kondrup J, Staun M et al. Prevalence of patients at nutritional risk in Danish hospitals. *Clin Nutr* 2004;23:1009-15
4. McWhirter JB, Pennington CR. Incidence and recognition of malnutrition in hospital. *Br Med J* 1994;308:945-8

UNDERERNÆRING ELLER I RISIKO FOR UNDERERNÆRING

Betegnelsen "risiko" for underernæring henviser til, en situation, hvor ernæringstilstanden endnu er normal eller næsten normal, men hvor sygdommen og sygdomsforløbet vides at indebære en betydelig risiko for følgerne af underernæring, hvis der ikke gribes ind i tide. Indikatorer for forøget ernæringsmæssig risiko er blandt andet nedsat indtagelse af mad, vægttab og et lavt BMI. Særligt slemt er det for de mange patienter, der allerede er underernæret ved indlæggelsen og i risiko for yderligere underernæring under indlæggelsen. De er i særlig høj risiko for at opleve konsekvenserne af underernæring under indlæggelsen eller efter udskrivelsen. Hvis der i denne publikation blot står "underernæring" som et generelt begreb dækker det over både underernærede og personer i risiko for underernæring.

Kilde: Espen

På sygehusene er der en særlig udfordring i, at patienterne i stigende grad alene behandles for den diagnose, de er blevet indlagt med, på grund af stadige krav om effektiviseringer, og det medfører, at ernæringsproblemer skubbes i baggrunden. Det er på trods af, at underernæring er særdeles udbredt, særligt hos patienter, som er indlagt i mere end et par dage. I Danmark har vi redskaberne til at screene patienterne for underernæring på sygehusene. Mange får måske også en ernæringsplan. Men sker der meget ofte ikke mere. Vi sikrer ikke, at patienterne spiser deres mad. Og de bliver sjældent rådgivet eller vejledt. Således udskrives de oftest uden at kunne løse problemet på egen hånd. Det er derfor ikke sænderligt, at de hurtigt vender tilbage.

Underernæringen har en række alvorlige konsekvenser for patienterne i særdeleshed og for sundhedsvæsenet generelt. Det handler om funktions-

tab, svækket immunforsvar, hyppigere infektioner, længere genoptræning, dårligere livskvalitet, flere genindlæggelser, dyrere behandlinger og øget dødelighed. Konsekvenserne for samfundet er også betydelige. I Danmark betyder underernæring, at patienterne i gennemsnit er indlagt 3,4 dage⁵ mere end det ellers er nødvendigt. Og samtidig bliver de indlagt oftere⁶ end andre patienter. Derfor løber regningen for samfundet op i en milliardudgift.

Underernæring ikke er noget nyt problem. Heller ikke for myndighederne. Tværtimod er det et problem, der har været undersøgt og belyst på forskellig vis i et utal af publikationer fra ministerier og styrelser.

5. Sundhedsstyrelsen: "Medicinske patienters ernæringspleje", Medicinsk Teknologivurdering, 2005

6. Sundhedsstyrelsen: "Medicinske patienters ernæringspleje", Medicinsk Teknologivurdering, 2005

En nylig undersøgelse⁷ af overvejelserne omkring mad til ældre blandt alle landets 98 kommuner viser, at problemet med underernæring er velkendt. Alligevel er det langt fra alle kommuner, som handler på problemet. Knap hver tredje kommune har ikke en madtidspolitik, 40 procent screener ikke for underernæring og det er under halvdelen af kommunerne, som giver mulighed for kost- og ernæringsvejledning. Nogle kommuner er allerede i gang, men mange kommuner mangler at komme op i tempo i forhold til underernæring. Og med den udvikling i antallet af ældre, som vi står over for, er der mange gode grunde til at komme i gang med at løse et problem, der ikke burde være der.

7. Gennemført af Advice i efteråret 2013 til denne publikation

3. HVAD ER UNDERERNÆRING?

Underernæring er en relativt veldefineret lidelse, og der er udviklet gode screeningsværktøjer til at identificere både de underernærede og de der er i risiko for at blive det. Samtidig er årsagerne til underernæring blandt patienter og ældre også velkendte. Vi ved altså, hvad det er, hvad det skyldes og hvordan vi finder dem, der lider af underernæring.

Underernæring er et begreb, der umiddelbart knytter sig mest til Afrikas sultkatastrofer. Det første billede, der melder sig på netinden, er af små underernærede afrikanske børn med opspilede maver. Det er absolut de færreste, der er klar over, at underernæring er et betydeligt problem i Danmark og i Europa. Et betydeligt problem, der rammer rigtig mange mennesker – særligt ældre – og som hvert år koster samfundet omfattende menneskelige og økonomiske ressourcer. Dette kapitel ser nærmere på underernæring i en dansk sammenhæng og forsøger at identificere årsagerne til underernæring og mulighederne for at opdage lidelsen.

Der findes mange begreber og udtryk, som alle handler om underernæring i forskelligt omfang. Det er begreber som undervægtig, protein-kalorie underernæring, malnutrition, kakeksi, ernæringsrisiko, sygdomsrelateret underernæring og fejlernæring. Selvom nogle af begreberne refererer til lidt forskellige ting, vil vi i det efterfølgende benytte begrebet 'underernæring' konsekvent. Psykiske spiseforstyrrelser (anorexi nervosa og bulimi) skaber også underernæring, men er ikke en del af de problemstillinger, som denne rapport omfatter.

BMI

BMI er en forkortelse for Body Mass Index (legemsmasse-indeks), der bruges til at beregne under- og overvægt. Formlen for BMI er vægt divideret med højde gange højde. Et BMI under 18,5 er lig med undervægt uanset alder.

En definition

Det Europæiske Selskab for Klinisk Ernæring og Metabolisme (ESPEN) definerer underernæring som mangel på energi, protein og andre ernærings-

stoffer, der medfører vægttab, en forringelse af kropssammensætningen og reducerede fysiologiske funktioner samt et ringere klinisk forløb⁸.

I Sundhedsstyrelsens sygdomsklassifikation anvendes formuleringen "Undervægt som følge af for lavt kalorieindtag, BMI < 18,5"⁹. Samme definition anvender WHO. Det hører med til billedet, at underernæring forudsætter, at det lave BMI har en negativ effekt på helbredet, da nogle mennesker lever fint med et BMI under 18,5.

I praksis kan man snakke om underernæring, hvis BMI er under 18,5 og man er påvirket af det helbredsmæssigt. Man taler også om underernæring, hvis man i løbet af 3-6 måneder taber 5-10 procent af sin sædvanlige vægt. Eller hvis man igennem længere tid har et dagligt energiunderskud på 30 procent¹⁰.

Sundhedsstyrelsen anbefaler desuden, at ældre borgere med et uplanlagt vægttab på minimum 1 (1,0) kg udredes nærmere¹¹.

Screening for underernæring

For at gøre det muligt for de sundhedsprofessionelle er der udviklet forskellige screeningsværktøjer til at finde de underernærede. Værktøjerne er skemaer, hvor man tjekker forskellige forhold vedrørende patienten eller den ældre. Det kan være fx BMI, kostindtag og sygdom.

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, (180-186)*

9. http://www.medinfo.dk/sks/brows.php?s_nod=8861

10. Sundhedsstyrelsen: "Bedre mad til syge – fællesrapport. Erfaringer fra 14 projekter og ideer til den fremtidige ernæringsindsats", 2007

11. <http://www.sst.dk/publ/Publ2013/02feb/DAEMPVrktjSmfatn.pdf>

P hospitaler anvendes Sundhedsstyrelsens screeningskema (NRS 2002), som vurderer patientens nylige væggtab, nylige kostindtag, BMI og sværhedsgraden af patientens sygdom¹². Efter screeningen skal den sundhedsprofessionelle tage stilling til, om patienten er underernæret eller i risiko for at blive det – og hvis det er tilfældet, tage initiativ til at en plan udarbejdes.

Hos ældre i hjemmepleje og på plejehjem anvendes et ernæringsvurderingsskema (EVS), der er udviklet som en del af Socialstyrelsens projekt "God Mad Godt Liv". Et valideringsstudie har vist, at EVS er velegnet til at udpege de ældre, der har gavn af en ernæringsindsats. EVS er derudover et redskab, der efterfølgende kan anvendes til iværksættelse af en tværfaglig ernæringsindsats, og som har vist sig at kunne accepteres af de ældre. Endelig indeholder det forslag til metoder til dokumentation af indsatsen i relation til ernæringsvurdering og tværfaglig indsats.

I forhold til vurdering af ernæringstilstanden indeholder skemaet en række spørgsmål med relation til spisevaner, som udfyldes sammen med borgeren (appetit, vægt og måltidsindhold) og en observation og score af risikofaktorer (årsager til

den daglige ernæringstilstand). På baggrund heraf vurderes ernæringstilstanden og registreres som den målte vægt og et beregnet pointtal. Der er ikke udfærdiget et særligt skema til den praktiserende læge, men her kan et af ovenstående skemaer anvendes, afhængigt af patientens problem.

Dansk Selskab for Klinisk Ernæring har modtaget en pris fra den europæiske organisation ESPEN¹³. Prisen er givet for "den mest innovative indsats vedrørende underernæring på de danske sygehuse". Indsatsen har handlet om at kortlægge problemets omfang, alvorlighed samt mulige løsninger. Et element i indsatsen har været danske lægers, sygeplejerskers og diætisters arbejde med udvikling af screeningsværktøjet NRS 2002, der siden er blevet internationalt anerkendt som et værktøj til at identificere patienter i ernæringsrisiko.

Der findes andre screeningsværktøjer, som ikke anvendes meget i Danmark og derfor ikke omtales nærmere. Dog optræder MNA senere i denne rapport. MNA er et værktøj til at identificere underernæring og risiko for underernæring blandt ældre i hjemmeplejen og på plejehjemmene. EVS anses dog for at være mere pålideligt.

12. Sundhedsstyrelsen: Vejledning til læger, sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, sygehjælpere og kliniske diætister - screening og behandling af patienter i ernæringsmæssig risiko. Sundhedsstyrelsen 2008. Kondrup J, Allison SP, Elia M et al. ESPEN Guidelines for Nutrition Screening 2002. *Clin Nutr* 2003;22:415-421

13. Se <http://www.jensskondrup.dk/Dokumenter/KlinErnaer/Pressemedprocent20MNIprocent20prisprocent20DSKE.pdf>

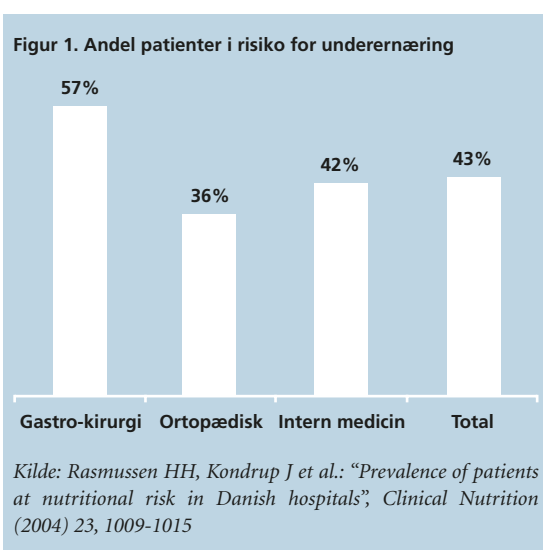
4. UNDERERNÆRINGENS OMFANG

Underernæring er ikke almindeligt i den brede befolkning. Men for patienter er cirka hver fjerde i fare for at blive alvorligt underernæret. Og i ældreplejen er det op til 60 procent, der er i risiko for at blive underernæret. Selv om lidelsen ikke er særlig synlig i samfundet, er den i høj grad udbredt. Og det kan blive markant værre, når antallet af personer over 80 år mere end fordobles i de næste fremover.

Underernæring i Danmark møder man primært blandt patienter og ældre mennesker. Og da underernæring ikke er udbredt blandt raske og velfungerende ældre, er det relevant at undersøge problemets omfang blandt patienter og ældre i hjemmeplejen og på plejehjem. Det er formålet med dette kapitel.

Underernæring blandt patienter

En engelsk undersøgelse viste at cirka 10 procent af patienterne i almen praksis var underernærede¹⁴. En dansk undersøgelse, som blev finansieret af Sundhedsministeriet og udført på tre sygehuse i Danmark (et lokalt sygehus, et centralsygehus og et universitetshospital)¹⁵ viste, at en femtedel af alle patienter var i ernæringsmæssig risiko ved indlæggelsen, og at kun en fjerdedel af disse patienter fik dækket deres behov for ernæring i løbet af indlæggelsen.



14. McGurk P, Cawood A, Walters E et al. The burden of malnutrition in general practice. *Gut* 2012;61:A18 (abstract)

15. Sundhedsstyrelsen: "Bedre mad til syge – fællesrapport", februar 2007

Hovedårsagerne til manglende dækning af ernæringsbehovet var appetitløshed, kvalme, opkastninger, manglende viden om kosten blandt personalet samt at maden som følge heraf ikke var tilpasset patientens problemer. En opgørelse fra Akut Modtage Afdeling på Frederiksberg Hospital viser, at halvdelen af alle akut medicinske patienter ved indlæggelsen er underernærede eller i risiko for at være underernærede¹⁶.

Der er også blevet udført en undersøgelse af patienters ernæringstilstand under indlæggelsen på særligt udsatte afdelinger på danske sygehuse. I alt indgik 590 patienter fordelt på 15 forskellige tilfældigt udvalgte sygehusafdelinger og 12 forskellige sygehuse¹⁷. Fire ud af ti patienter var i ernæringsmæssig risiko (underernærede eller i risiko for underernæring). Hver tiende patient havde et BMI under 18,5.

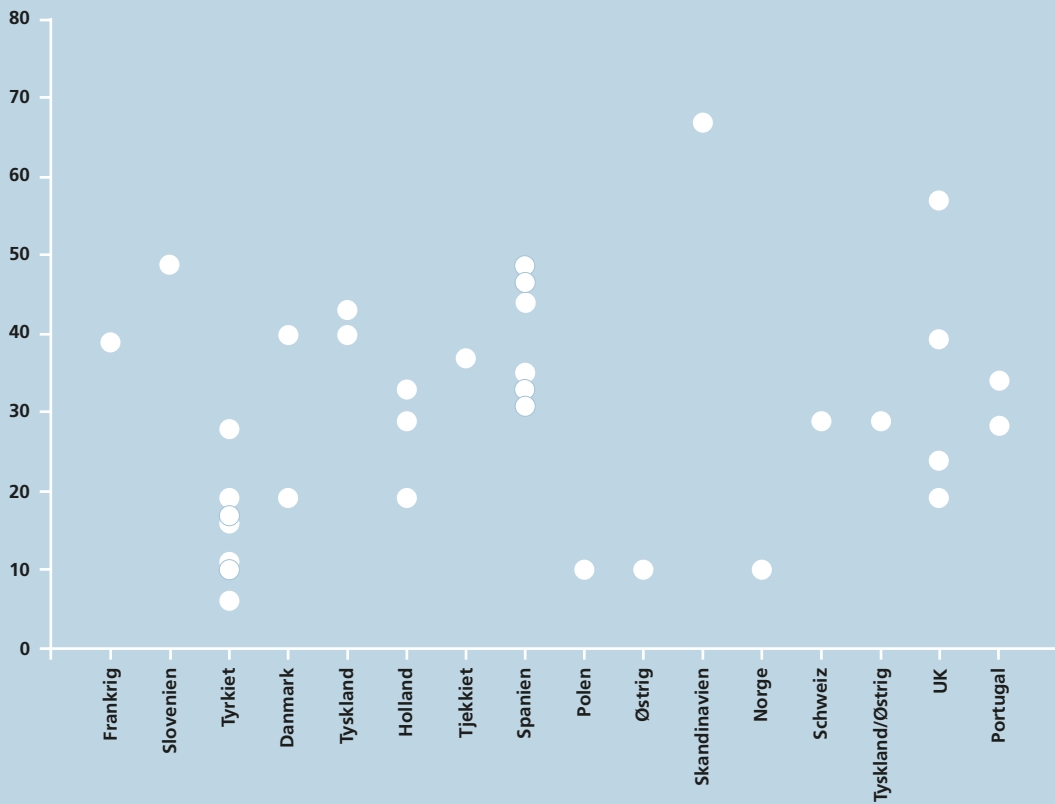
Som det fremgår af figur 1 er der forskel på andelen af patienter i ernæringsrisiko alt efter hvilken type afdeling, de er indlagt på. Undersøgelsen viser i øvrigt, at blandt de patienter, der tabte sig under indlæggelsen, var vægttabet på mellem tre og ti kilo. Kun en tredjedel af disse patienter havde fået udarbejdet en kostplan og hos kun halvdelen af disse blev kostindtaget fulgt under indlæggelsen.

I en omfattende engelsk undersøgelse har man fundet et næsten tilsvarende billede som i Danmark. I 2010 screenede BAPEN (British Association for Parenteral and Enteral Nutrition) 9668 patienter under indlæggelse og fandt, at godt 34 procent

16. <http://www.frederiksberghospital.dk/topmenu/Nyt+og+Presse/Nyhedsarkiv/2009+Arkiv/Halvdelen+af+akut+medicinske+patienter+er+underernærede.htm>

17. Rasmussen HH, Kondrup J et al.: "Prevalence of patients at nutritional risk in Danish hospitals", *Clinical Nutrition* (2004) 23, 1009-1015

Figur 2. Andel patienter i risiko for underernæring i en række europæiske undersøgelser (Prikkerne svarer til det gennemsnitlige antal underernærede i hver undersøgelse).



Kilde: Kondrup J, Sorensen J M: "The Magnitude of the Problem of Malnutrition in Europe", Nestec Ltd., 2009

var i risiko for underernæring. Ud af alle patienterne var 21 procent i høj risiko for underernæring, mens 14 procent var i medium risiko¹⁸.

I en gennemgang fra 2009 af en lang række europæiske undersøgelser af underernæring n r to danske forskere frem til nedenst ende billede af underernæringen i Europa. De har kun nyere undersøgelser med (fra 2004 og frem) og kun undersøgelser med minimum 100 patienter. I alt indg r over 60.000 patienter i oversigten. I gennemsnit er 30 procent af patienterne i risiko for underernæring. Vejer man gennemsnittet efter antal patienter falder gennemsnittet til 22 procent, hvilket blandt andet skyldes de mange tyrkiske undersøgelser, der trækker ned i snittet. Det hører i øvrigt med til billedet af patienternes ernæringsrisiko b de i Danmark og i udlandet, at den er stigende med alderen¹⁹.

En gennemgang af studier med kirurgiske patienter viser, at op imod halvdelen af patienterne havde

18. www.bapen.org.uk/pdfs/nsw/nsw10/nsw10-report.pdf (afsnit 2.1.1.)
 19. Russel C A, Elai M: "Nutrition Screening Survey in the UK and Republic of Ireland in 2010", BAPEN 2011

et lavt BMI (under 20) ved indlæggelsen, at mellem 40 og 90 procent af patienterne tabte sig under indlæggelsen. De havde gennemsnitligt et kostindtag svarende til 50 procent af deres behov²⁰. En engelsk undersøgelse viste, at 40 procent af patienterne p udvalgte afdelinger var underernærede ved indlæggelsen og at tre fjerdedele af de underernærede patienter tabte yderligere 5-10 procent af kropsvægten under indlæggelsen²¹.

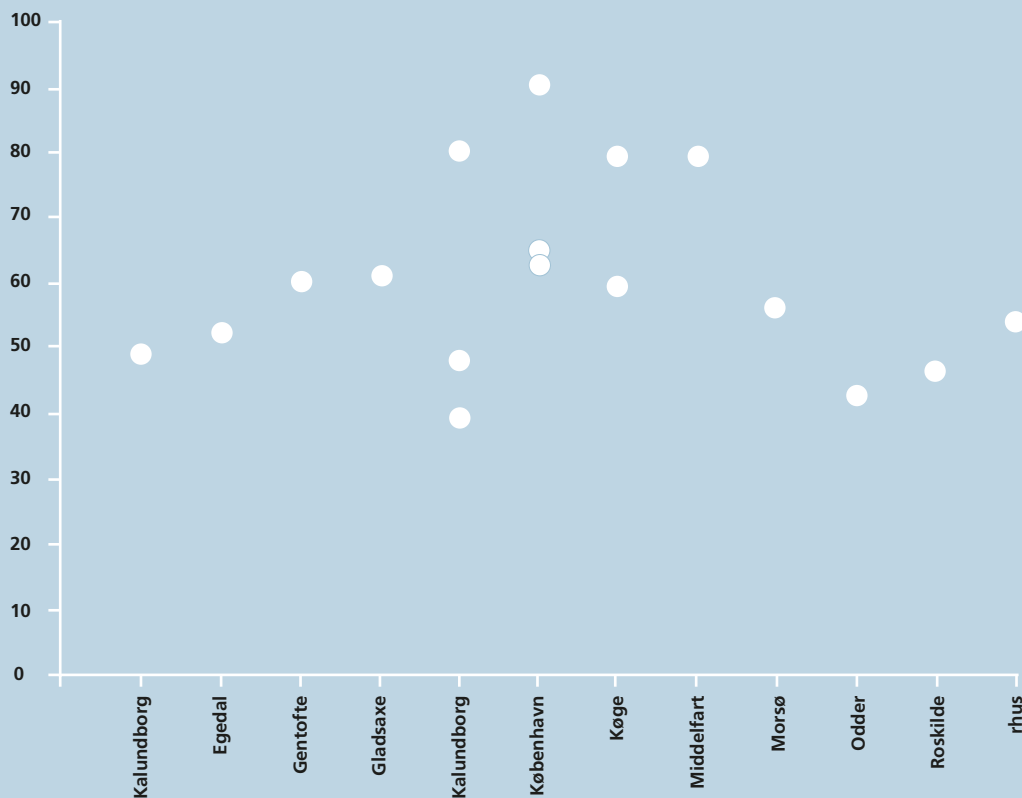
Ogs de seneste undersøgelser i Danmark viser, at kostindtaget p hospitaler fortsat medfører underernæring. En undersøgelse p københavnske hospitaler i 2006 viste, at kun cirka halvdelen af patienterne fik et mindstebehov dækket²², og det var ikke blevet bedre p det hospital, der blev gen-

20. J Jens Kondrup: "Den malnutrierede patient", Ugeskrift for Læger 168/49, 4. december 2006

21. McWhirter JP, Pennington CR. Incidence and recognition of malnutrition in hospital. Br Med J 1994;308:945-8

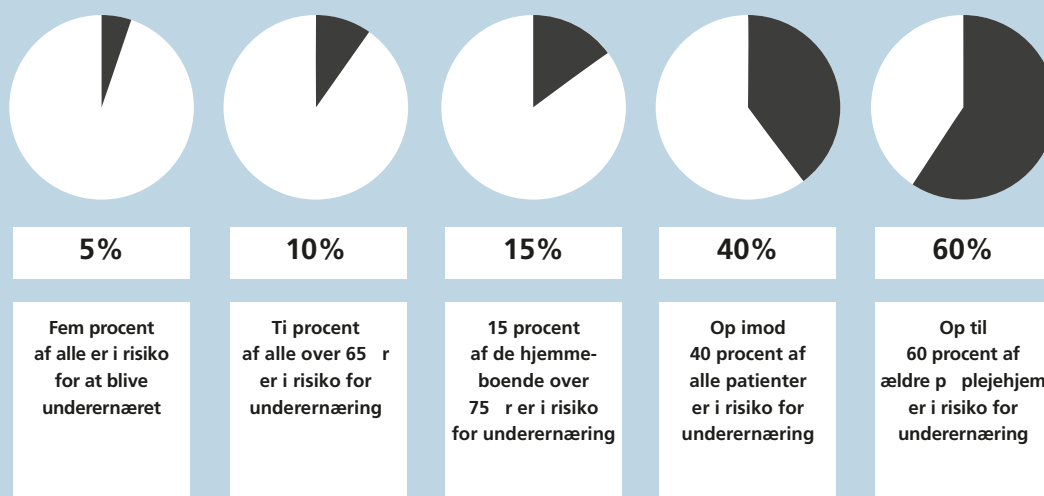
22. Jakobsen LH, Kondrup J, Andersen JR et al. H:S kvalitetsudviklingsprojekt: uddybende audit af brugen af H:S Ernæringscreeningsskema - og årsager til utilstrækkeligt kostindtag. Rapport. København: H:S Ernærings-komité 2006

Figur 3. Andel ældre i risiko for underernæring på plejecentre og i hjemmeplejen (Prikkerne svarer til det gennemsnitlige antal underernærede i hver undersøgelse).



Kilde: Denne figur er fremstillet på baggrund af tal fra Beck A M, Kjær S: "Udvikling af et redskab til ernæringsvurdering og behandling af ældre", DTU og Servicestyrelsen, december 2010

Figur 4. Andel af personer i risiko for underernæring



Kilde: Egen tilvirkning fra kilder nævnt i teksten. Tallene for underernæring i figuren er målt med forskellige metoder.

Tabel 1. Underernæring på engelske plejehjem 2007-2010

	2007	2008	2010
Høj risiko for underernæring	20%	30%	23%
Medium risiko for underernæring	10%	11%	15%
I risiko i alt	30%	42%	37%

Kilde: Russel C A, Elai M: "Nutrition Screening Survey in the UK and Republic of Ireland in 2010", BAPEN 2011

undersøgt i 2011²³. Et nyere studie på Aalborg Sygehus viser ligeledes, at kun omkring halvdelen af patienterne får dækket deres mindstebehov²⁴. Sygeplejerskerne erkender problemet: "Vi mangler simpelthen fokus på, at ernæring er lige så vigtig som medicin for patienterne"²⁵, siger formanden for Fagligt Selskab for Kræftsygeplejersker Hanne Nafei, der kalder det en skamlet. Flere store spørgeskemaundersøgelser blandt læger og sygeplejersker i Danmark har også vist, at indsatsen i dagligdagen er for ringe, trods enighed om, at problemet er omfattende og vigtigt for patienterne og deres behandlingsforløb²⁶.

Underernæring blandt ældre

Socialministeriets pulje til udvikling af bedre ældrepleje fra 2007 har støttet en række projekter, der har handlet om ældres ernæring. Fra disse projekter er der indsamlet data fra hjemmepleje og plejehjem, der alle indeholder tal på ernæringstilstanden for de ældre.

Resultaterne fremgår af figur 3, hvor der er målt enten på BMI eller efter screeningsværktøjet MNA's score. I figuren er det omregnet til en procent for, hvor mange der er i risiko for underernæring.

Konklusionen fra denne undersøgelse er, med forbehold for udsving, at mere end halvdelen af alle danske ældre, der enten er på plejehjem eller omfattet af hjemmepleje, er i fare for at blive underernærede. Og at op mod hver femte ældre dansker omfattet af ældrepleje er underernæret. Disse tal understøttes af andre undersøgelser. En undersøgelse blandt 400 ældre i hjemmepleje og på plejehjem

i Region Hovedstaden viser, at henholdsvis 17 og 22 procent havde en BMI under 18,5. En nyere undersøgelse omfattende 441 ældre på plejehjem i Hovedstaden, på Sjælland og i Syddanmark fandt, at 16 procent havde et BMI under 18,5, mens det var tre ud af fem ældre, der var i risiko for underernæring med et BMI under 24²⁷.

I Danmark var 154.556 personer i 2012 visiteret til hjemmehjælp²⁸ – et antal, der på trods af den demografiske udvikling faktisk er faldende. Samtidig bor der knap 7.000 personer på plejehjem og knap 37.000 i beskyttede boliger eller i plejeboliger for ældre²⁹.

I England laver organisationen BAPEN (British Association for Parenteral and Enteral Nutrition) næsten årligt en omfattende undersøgelse af ernæringstilstanden blandt både plejekrævende ældre og patienter. Resultaterne af de seneste undersøgelser vedrørende ældre på plejehjem fremgår af tabel 1. Som det fremgår er det – med udsvingene i mellem – godt en tredjedel af de ældre der er enten i høj eller medium risiko for underernæring.

En meta-analyse fra 2007 samler op på en række studier af underernæring på plejehjem. Her fremgår det, at mellem 40 og godt 90 procent af de ældre på plejehjemmene er i risiko for underernæring³⁰. Det skaber tilsammen et billede af, at hver femte ældre plejehjemsbeboer og hjemmehjælpsmodtager er underernæret eller i høj risiko for at blive det. Samtidig kan det konkluderes, at op imod tre ud af fem plejemodtagende ældre er i risiko for at blive underernæret.

23. Petersen J. Kostindtag på Hvidovre Hospital (Kandidatspeciale) 2011

24. Multimodal nutritional intervention improved oral intake in hospitalized patients. A one year follow-up study; Holst M et al, Clin Nutr 2013 (under review)

25. Søndagsavisen "Kræftpatienter dør af underernæring", 16. maj 2013

26. Mowe M, Bosaeus I, Rasmussen HH, Kondrup J, Unosson M, Irtun Ø. Nutritional routines and attitudes among doctors and nurses in Scandinavia: a questionnaire based survey. Clin Nutr. 2006 Jun;25(3):524-32

27. Beck A M, Kjær S: "Udvikling af et redskab til ernæringsvurdering og behandling af ældre", DTU og Servicestyrelsen, december 2010

28. Danmarks Statistik. Statistikbanken. Tabel EAD023

29. Danmarks Statistik, Statistikbanken. Tabel RESI01

30. Pauly L, Stehle P, Volkert D: "Nutritional situation of elderly nursing home residents", Z Gerontol Geriatr. 2007 Feb;40(1):3-12

Det er værd at bemærke, at det ikke er en naturlig tilstand at være undervægtig, bare fordi man bliver ældre. Undersøgelser viser, at et BMI under 18,5 sjældent findes blandt raske, selvhjulpne danskere³¹.

ESPEN (The European Society for Clinical Nutrition and Metabolism) skønner, at op til fem procent af Europas befolkning er underernæret³². Og at problemet stiger med alderen. Samlet set giver det et billede af underernæring, som fremgår af figur 4. Som det ses af figuren er risikoen for at blive undervægtig stigende fra fem procent for alle til cirka 60 procent på plejehjemmene.

Underernæring i fremtiden

Danmark står over for store ændringer i befolknings sammensætning, hvilket skyldes flere og flere ældre samtidig med, at der bliver færre børn og unge. Udviklingen er skitseret i nedenstående befolkningspyramider. Tilbage i 1980 havde pyramiden nærmest form som en pyramide, hvor børne- og ungegenerationer var større end de ældres generationer. Dog stak efterkrigs generationen noget ud. Den kan man også genfinde i 2010, men allerede her er det tydeligt, at de midaldrende fylder forholdsmæssigt meget. Og i 2040 er for-

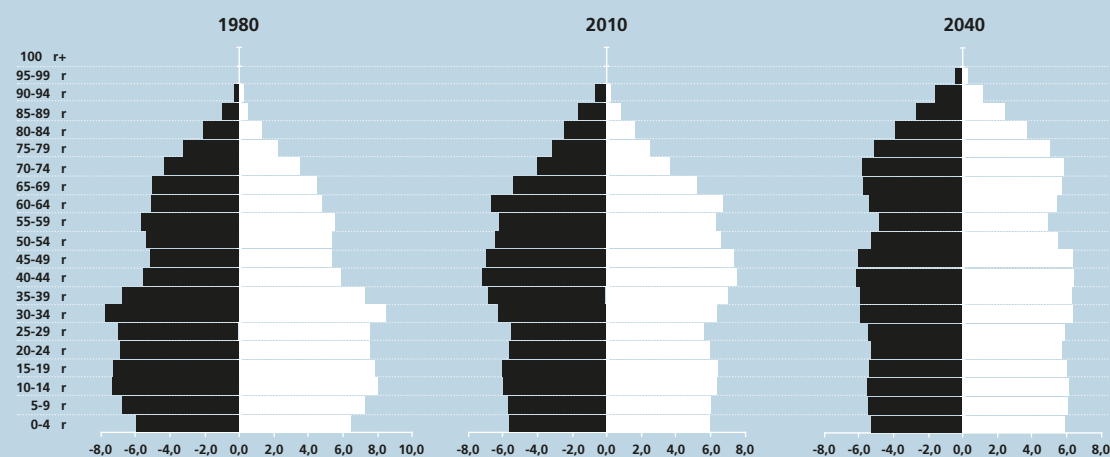
ventningen, at pyramiden er blevet til en søjle, hvor generationerne over 65 år er lige så store eller større end de helt unge.

Vi ved altså, at andelen af ældre bliver større i fremtiden. I figur 6 er befolkningsudviklingen frem mod 2050 analyseret nærmere. Her er befolkningen fremskrevet i tre grupper, nemlig hele befolkningen, alle fra 60 år og op efter samt alle fra 80 år og op. Udviklingen er indekseret, med år 2013 som indeks 100.

Som det fremgår af figuren er der kun en meget beskeden vækst i den samlede befolkning. Gruppen af ældre over 60 år vil til gengæld stige op til indeks 137. Men denne vækst er ingenting sammenlignet med gruppen af ældre på 80 år og op. Denne gruppe vil blive meget mere end fordoblet i årene frem mod 2050. Og det er netop denne aldersgruppe, der fylder rigtig meget på plejehjemmene og i ældreplejen.

Konsekvensen af denne udvikling er altså, at hvis vi ikke er i stand til at gøre noget ved problemerne med underernæring, så vil antallet af ældre – og dermed også underernærede – vokse markant i fremtiden og være fordoblet allerede i 2035.

Figur 5. Befolkningspyramider for den danske befolkning i 1980, 2010 og 2040

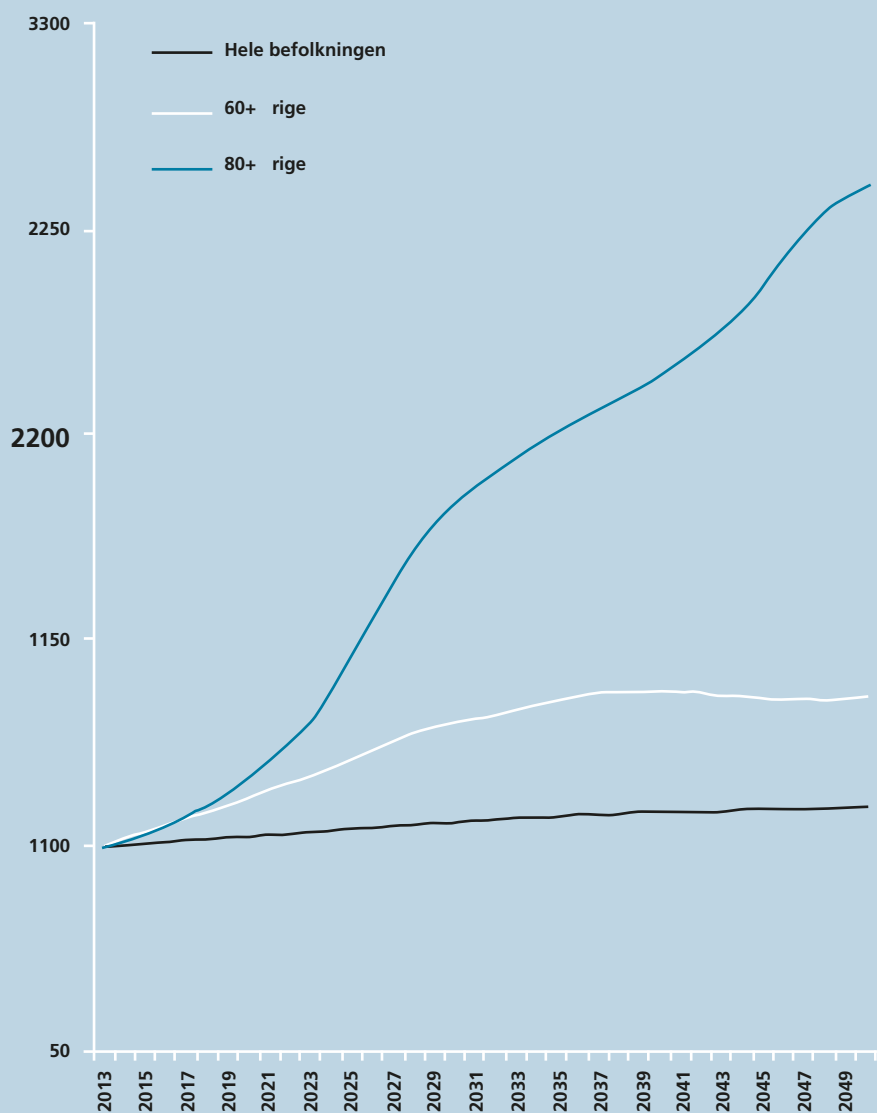


Kilde: Danmarks Statistikbank, tabel FRDK113 og FO LK2

31. Beck A M, Pedersen A N og Schroll M: "Undervægt og utilsigtet vægttab hos ældre på plejecentre og i hjemmepleje – problemer, der bør gøres noget ved", Ugeskrift for Læger 167/3, januar 2005

32. Ljungqvist O, van Gossum A, Sanz ML et al. The European fight against malnutrition. Clin Nutr 2010;29:149-50

Figur 6. Fremskrivning af befolkningen i tre aldersgrupper



Kilde: Danmarks Statistikbank, tabel FRDK113

5. UNDERERNÆRING HOS PATIENTER

På sygehusene er der en særlig udfordring i, at patienterne alene behandles for en diagnosticeret sygdom på trods af, at underernæring er særdeles udbredt og blandt andet skyld i en fjerdedel af dødeligheden hos kræftsyge. Vi er gode til at screene patienterne for underernæring. De fleste får også en kostplan. Men her stopper behandlingen ofte, og dermed overlades for mange patienter til sig selv.

Årsager til underernæring hos patienter

Som nævnt er op imod fire ud af ti patienter på hospitalerne underernærede eller i fare for at blive det og patienterne er ofte underernærede, når de bliver indlagt på sygehuset. Det er typisk sygdommen, der fører til, at patienterne bliver underernærede. Sygdommens processer i kroppen medfører ofte at appetitten forsvinder og samtidigt medfører sygdommen ofte, at kroppens behov for næringsstoffer øges. Det gælder både energi, protein, vitaminer og mineraler³³. Samtidigt med at der er en god grund til at spise mere end sædvanligt, forsvinder appetitten. Endnu har ingen kunnet give en god forklaring på, hvorfor naturen har indrettet os så uheldigt. Hvis sygdommen medfører feber eller kvalme, bliver det endnu værre.

Hos den syge er der ellers virkeligt brug for næringsstoffer: kroppen arbejder på højtryk for at holde immunforsvaret i gang, for at forsvare sig mod fx bakterier eller virus fremmer³⁴. Kræfterne i musklerne forsvinder, fordi kroppen omprioriterer til at holde de essentielle funktioner i gang³⁵.

Bliver patienten opereret, forsvinder sygdommen i de fleste tilfælde, men det kirurgiske indgreb stresser kroppen – ofte lige så meget som selve

sygdommen gjorde – fordi den nu er koncentreret om selve helingen. Hvis patienten får kræftbehandling, kommer der ofte vanskeligheder med tarmfunktionen. Mange former for medicin svækker også appetitten. Resultatet er ofte, at underernæringen forværres under indlæggelsen. Patienter udskrives som underernærede. Underernærede patienter i hjemmet har tre gange øget risiko for at blive indlagt på hospitalet³⁶.

“I would say to the nurse,
have a rule of thought about the
patient’s diet, consider, remember
how much he has had and how
much he ought to have today”

Florence Nightingale, 1860

Behandling af underernæring hos patienter

For primær sektoren (den praktiserende læge) ved vi ikke hvilken indsats, der ydes eller hvilke resultater der kommer ud af indsatsen. I Danmark er vi faktisk rigtig

dygtige til at kortlægge problemet på sygehusene. Og vi har også godt styr på, hvad der skal gøres ved problemet: 1) Patienten ernærings-screenes ved indlæggelsen, 2) Hvis patienten er i ernæringsrisiko, skal der laves en ernæringsplan og 3) der følges op, om planen fører til tilstrækkeligt kostindtag.

Vi har også med den danske kvalitetsmodel en vis sikkerhed for, at patienterne bliver screenet ved indlæggelsen og at der bliver lavet en kostplan. Den danske kvalitetsmodel³⁷ indhenter dog ikke data for, hvor stor en del af patienterne der bliver screenet eller hvor stor en del, der faktisk får lagt

33. Kjersti Sortland: “Ernæring – mere end mad og drikke”, Gads Forlag, 2008, s. 46

34. Jens Kondrup: “Den malnutrierede patient”, Ugeskrift for Læger 168/49, 4. december 2006

35. <http://www.ernaeringsterapi.info/PraktiskErnaeringsterapi-november2007.pdf>

36. Guest et al. Health economic impact of managing patients following a community-based diagnosis of malnutrition in the UK. Clin Nutr 2011;30:422-9

37. [http://www.ikas.dk/Sundhedsfaglig/Sygehuse/1.-version.-Akkrediteringsstandarder-for-sygehuse-\(2009-2012\)/Generelle-patientforl%C3%B8sstandarder/Ern%C3%A6ring-\(2\)/2.14.1.aspx](http://www.ikas.dk/Sundhedsfaglig/Sygehuse/1.-version.-Akkrediteringsstandarder-for-sygehuse-(2009-2012)/Generelle-patientforl%C3%B8sstandarder/Ern%C3%A6ring-(2)/2.14.1.aspx)

en kostplan. Og specielt er der ingen dokumentation for, at patienternes kostindtag er tilstrækkeligt. Dette er i modsætning til Holland, hvor disse data indsamles elektronisk af Sundhedsministeriet, som offentliggør dem i rligt for alle 96 hollandske sygehuse³⁸.

Endelig har vi også god viden om, hvad der virker for forskellige grupper af patienter. For alle patienter i ernæringsrisiko gælder det, at de skal have mad med et højt indhold af fedt og protein, så der kommer mest mulig næring ind med den begrænsede appetit. Mange patienter med ringe appetit skal mindes om, at de skal spise. De føler ikke sult, men kan godt spise, når de bliver bedt om det. Andre patienter har både appetitløshed og tidlig mæthed, hvilket betyder at de mister lysten til at spise ret hurtigt i løbet af måltidet. Disse patienter skal have en energitæt kost bestående af mange små portioner fordelt på 6-7 måltider i løbet af døgnets vgne timer. Nogle af disse måltider kan være i form af flydende energi- og proteintilskud. Patienter med tygge- eller synkebesvær skal have en kost af tilpasset konsistens, herunder flydende energi- og proteintilskud³⁹. En mindre gruppe patienter kan af mange forskellige årsager slet ikke indtage føde – de skal have kunstig ernæring gennem en tynd slange i mavesækken eller ind i blodårerne.

Udfordringen med patienters underernæring

Problemet på de danske sygehuse er, at selvom vi har identificeret problemet hos en patient og har fået et udarbejdet en kostplan, så sker der ikke tilstrækkeligt herefter. Årsagerne til dette skal findes på mange niveauer: sundhedspolitisk, i sygehusledelser og i afdelingsledelser.

Sundhedspolitisk er det stærkt utilfredsstillende, at betalingssystemerne på sygehuse ikke inkluderer ernæringstilstand eller ernæringsbehandling⁴⁰. Sygehuse belønnes ikke for at tage sig af dette problem. Både i Norge, Tyskland og Schweiz får sygehuse ekstra ressourcer, når de konstaterer, at en patient er i ernæringsrisiko ifølge NRS 2002 og derfor dækket merudgiften til ernæringsbehandling. Sygehuse i Danmark er gennem en række ble-

38. www.stuurgroepvoeding.nl/index.php?id=32; access 30-11-2013

39. Sundhedsstyrelsen: "Vejledning til læger, sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, sygehjælpere og kliniske diætister – Screening og behandling af patienter i ernæringsmæssig risiko", 2008

40. Artikel i Ingeniøren den 11. august 2006: "Uvidenhed er skyld i kostproblemer på sygehuse"

vet belønnet for stigninger i produktiviteten, hvilket har haft stor betydning for ikke mindst antallet af operationer. Hvis underernæring for alvor skal prioriteres af ledelserne på sygehuse og på de enkelte afdelinger, skal løsning af ernæringsproblemer gøres til et kriterium for en del af den betaling, som afdelingerne får.

De fleste af de nye supersygehuse kommer ikke engang til at have eget køkken. Det bliver en udfordring i forhold til mulighederne for at gøre kost og ernæring til en del af behandlingen på sygehuset. Kun to af Danmarks fem regioner har i dag en kost- og ernæringspolitik for sygehuse.

Ledelserne på de enkelte sygehuse gør kun en sporadisk indsats for, at personalet har de nødvendige kompetencer for at handle i overensstemmelse med lokale og nationale vejledninger og retningslinjer. Ledelserne giver ikke sygeplejersker og andet plejepersonale tid til at prioritere ernæring nok. Dermed har de eksempelvis ikke tid til at sikre, at der skabes gode rammer om patientens spisning. Problemet kan også være, at der ikke er tid

"Et ernæringsfremskridt
ind gennem Munden er bedre
end ti på Papiret"

Motto fra 30'erne

til at sikre, at patienten overhovedet får spist den anbefalede mad endsige at få registreret sin spisning. Endelig er der ofte heller ikke tid nok til at sikre, at patienterne får de afgørende mellemmåltider. Alle disse vanskeligheder kan dog overvindes. Den danske undersøgelse, som blev finansieret af Sundhedsministeriet og udført på tre sygehuse i Danmark (et lokalt sygehus, et central-sygehus og et universitetshospital) viste, at kombinationen af 1) et team bestående af en diætist og en sygeplejerske, 2) efteruddannelse af læger og sygeplejersker på afdelingerne og 3) udvikling af kosten til små spisende patienter førte til, at 75-80 procent af de underernærede patienter opnåede at få dækket deres behov for ernæring i løbet af indlæggelsen. Så løsningen er stort set klar, men meget få sygehuse har faktisk taget løsningen til sig.

Manglende viden og erfaring med underernæring hos sygeplejersker og læger er et problem, som hænger sammen med den lave prestige og prioritering, som ernæring har på sygehuse⁴¹. I en artikel i Politiken slår professor ved Institut for

41. Mowe M, Bosaes I, Rasmussen HH, Kondrup J, Unosson M, Rothenberg E, Irtun Ø; Scandinavian Nutrition Group. Insufficient nutritional knowledge among health care workers? *Clin Nutr.* 2008 Apr;27(2):196-202

Klinisk Medicin ved Aarhus Universitet Michael Borre til lyd for, at lægerne skal prioritere ernæringsindsatsen meget mere: "Det er skammeligt, at ernæring af kræftsyge er så underprioriteret. Måske synes det nærmest for simpelt, men i lægestanden bør man tage ernæringsterapi alvorligt, for det vil formentlig ud over forbedret livskvalitet have en indvirkning på levetiden, som mindst matcher effekten af dyr medicinsk behandling – tilmed uden en række bivirkninger, som noget kræftmedicin forårsager"⁴². Det blev påvist for cirka 25 år siden, at der er meget lidt undervisning i ernæring på lægeuddannelserne – og siden er intet sket.

Også hos sygeplejerskerne er der en erkendelse af, at der gøres alt for lidt⁴³. En anden undersøgelse blandt kræftsygeplejersker lavet af Kost & Ernæringsforbundet, Fagligt Selskab

for Kræftsygeplejersker, FaKD og Fresenius-Kabi viser, at sygeplejerskerne ikke er gode nok til at screene patienter for underernæring og foreslå en kostplan for dem. Når der endelig ligger en kostplan, er det under halvdelen af sygeplejerskerne, der følger op på planen. Derfor er det også sygeplejerskernes ønske at få flere kostfaglige kompetencer inddraget i arbejdet. Formanden for Fagligt Selskab for Kræft-sygeplejersker Hanne Nafei siger "Ernæringen er et problem. Det er en skam, at vi ikke har gjort noget ved det"⁴⁴.

Det er også et medvirkende problem, at patienterne mangler rådgivning og vejledning⁴⁵. På sygehusene slipper køkkenpersonalet maden ved døren og overlader den til plejepersonalet.

Plejepersonalet ved ofte ikke nok om køkkenernes tilbud. Det betyder blandt andet, at patienten ikke får mulighed for at vælge menuer, der fx er tyggevenlige eller energitætte. Eller får information og rådgivning om, hvad patienten selv kan gøre og være opmærksom på i forbindelse med sin underernæring⁴⁶.

Det er de færreste køkkener, der har fået prioriteret tilstrækkelige ressourcer til at videreudvikle deres tilbud til småtspisende patienter. I de senere år er der dog sket en mærkbar udvikling på nogle få

hospitaller: Det gælder eksempelvis à la carte menuvalg på Hvidovre Hospital, Herlevs Herligheder på Herlev Hospital og Superkost på Rigshospitalet. Flere hospitaler har herudover indført et sortiment af mellemstore retter til de småtspisende

patienter. Denne udvikling bør også stimuleres af regioner og sygehusledelse, så der udvikles nye retter som er indrettet efter patienternes sensoriske præferencer og gener i forbindelse med spisning.

Alle de aktiviteter, der skal sættes i gang, skal prioriteres og evalueres i forhold til målsætning: at underernærede patienter opnår et kostindtag, der dækker et minimumsbehov. Det gør de i Holland – det kan vi også gøre i Danmark.

Alle underernærede patienter skal nå op på et kostindtag på mindst 75 procent af deres behov senest på 4. indlæggelsesdag.

"Thousands of patients are starved annually in the midst of plenty, from want of attention to the ways which alone make it possible for them to take food"

Florence Nightingale

42. Politiken den 22. maj 2013: "Hver fjerde kræftdødsfald skyldes underernæring".

43. Mowe M, Bosaeus I, Rasmussen HH, Kondrup J, Unosson M, Irtun Ø. Nutritional routines and attitudes among doctors and nurses in Scandinavia: a questionnaire based survey. *Clin Nutr.* 2006 Jun;25(3):524-32

44. Søndagsavisen den 16. maj 2013: "Kræftpatienter dør af underernæring".

45. Holst M, Rasmussen HH, Laursen BS. Can the patient perspective contribute to quality of nutritional care? *Scand J Caring Sci.* 2011 Mar;25(1):176-84.

46. Sundhedsstyrelsen: "Medicinske patienters ernæringspleje", *Medicinsk Teknologivurdering*, 2005

6. UNDERERNÆRING HOS ÆLDRE

Underernæring er særligt udbredt blandt ældre. Det skyldes i høj grad, at ældre hyppigere bliver syge og har en række skavanker, der følger med det at blive gammel. Men der er også en række udfordringer af samfundsmæssig og social karakter, der er årsag til, at særligt ældre borgere bliver underernærede. Uanset årsager, kan der gøres noget for at bremse udviklingen.

Som det fremgik af kapitel tre er underernæring udbredt både blandt patienter og blandt ældre i institutioner. Underernæring er hyppigst blandt ældre, hvilket hænger sammen med, at ældre har en højere risiko for at blive underernærede i forbindelse med sygdom⁴⁷. Og for ældre patienter er denne problemstilling særligt kritisk, da de i forvejen har nedsat muskelmasse og styrke, og dermed nedsat funktionsevne.

Alle de årsager, der er nævnt i kapitel fem vedrørende patienter, gælder også for ældre patienter med sygdomme. Hos de ældre er sygdomsbetinget væggtab særligt kritisk, dels på grund af mange af de årsager, der er nævnt nedenfor, men også fordi ældre, der har tabt sig, ikke af sig selv indhenter det tabte, når de kan spise igen. Dette står i modsætning til yngre, der hurtigt genvinder vægten ved at øge kostindtaget i rehabiliteringsfasen⁴⁸. Hyppige sygdomsperioder som medfører nedsat kostindtag hos ældre er akutte infektioner som fx influenza samt kroniske sygdomme som kræft, KOL, karsygdomme (hjertesygdom og hjerneblødninger), marve-tarm sygdomme samt leddegigt og Parkinsons syge. Uafhængigt af sygdom og sociale forhold betyder den fysiske udvikling automatisk forandringer i appetitten, der gør det sværere for ældre at tilpasse appetitten⁴⁹.

Aldersrelaterede årsager

Nogle mennesker er i stand til at bevare deres fy-

siske og mentale færdigheder gennem hele livet, mens andre mister dem tidligt. Hvor den ældre person befinder sig i sin aldrings- og svækkelsesproces afhænger af en lang række faktorer som blandt andet arv, miljø, sygdom og livsstil. Til livsstil hører ernæring og fysisk aktivitet.

Der er efterhånden mange undersøgelser, der tyder på, at "aldring-svarende-til-alderen" ikke er en naturlov, men at aldring er en tilstand, der i høj grad kan påvirkes af livsstil og miljø, herunder det miljø af sundhedsprofessionelle, der skal tage sig af de ældre. Derfor er det vigtigt at kende de nedennævnte årsager, der af mange fejlagtigt opfattes som "naturlig aldring". Selvfølgelig vil alle til sidste blive indhentet af alderen, men meget tyder på, at dette tidspunkt kan udsættes og indtil det sker kan indsatsen føre til bedre livskvalitet og mere selvhjulpethed.

Tab af muskelmasse og ændring af kropssammensætning

Med stigende alder mindskes kroppens væskeindhold, muskelmasse og -styrke samt kalkindhold, og kroppens indhold af fedt øges. Det er individuelt, hvornår tabet af muskelmasse og muskelstyrke sætter ind, og graden heraf er blandt andet afhængig af det fysiske aktivitetsniveau⁵⁰.

Muskelmassen aftager fra 25-30 års alderen med 0,5 til 1 procent om året. Reduktionens hastighed tiltager efter de 50-60 år⁵¹.

Ved 70 år er mellem 20 og 40 procent af muskelmassen forsvundet i forhold til 20 års alderen. Og når man når 90 år, er det kun halvdelen af muskel-

47. Sundhedsstyrelsen: "Medicinske patienters ernæringspleje", Medicinsk Teknologivurdering, 2005

48. Moriguti JC, Das SK, Saltzman E et al. Effects of a 6-week hypocaloric diet on changes in body composition, hunger, and subsequent weight regain in healthy young and older adults. *The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences* 2000;55:B580-7

49. Ingerslev J, Beck AM, et al.: "Ernæring og aldring", Ernæringsrådet, 2002

50. Pauly L, Stehle P, Volkert D: "Nutritional situation of elderly nursing home residents", *Z Gerontol Geriatr.* 2007 Feb;40(1):3-12.

51. Elisabeth Rothenberg: "Ældres energi- og ernæringsbehov", *Perspektiv nr. 1, april 2009*

massen, der er tilbage. Alle mister muskelmasse – også veltrænede personer. Men tabet af muskelmasse fremmes af fysisk inaktivitet og er med til at gøre, at ældre mennesker har mindre at stå imod med, hvis de bliver ramt af sygdom eller ulykke⁵². Samtidig vides det at det at blive sengeliggende i forbindelse med sygdom er den hurtigste vej til tab af funktionsevne⁵³. Tab af muskelmasse hos raske og skrøbelige ældre kan forebygges ved træning og proteinrig kost⁵⁴.

Udover sygdom er der en række risikofaktorer, der påvirker de ældres ernæringstilstand⁵⁵: Listen er lang men de vigtigste nævnes nedenfor.

Svigtende evne til at regulere energiindtaget

Med stigende alder synes den fintmærkende appetitregulering at blive mindre følsom, således at energiindtagelsen ikke automatisk tilpasses energi-behovet. Dette vil ofte vise sig ved negativ energi-balance førende til væggtab. Der kan være somatiske, psykiske eller sociale årsager til nedsat appetit – og dermed nedsat energiindtagelse – som depression, social isolation, dårlig tandstatus, påvirkede smags- og lugtesans. Grundlæggende synes der uafhængigt af sygdom eller sociale forhold at være betydende forandringer i appetitten.

Tygge- og Synkebesvær

En anden væsentlig faktor for ældre mennesker er, at de med alderen får sværere ved at synke maden. Eller det kan også være en senfølge af slagtilfælde⁵⁶. Synkebesvær – eller dysfagi – rammer op til 40 procent af alle ældre over 65 år. Og for ældre på plejehjem eller i plejebolig er det mere end 60 procent, der lider af synkebesvær. Synkebesvær er især fremtrædende for ældre, der lider af sygdomme som Alzheimer, hvor 84 procent har synkebesvær, og Parkinson, hvor det er mellem 52 og 82 procent, der har svært ved at synke maden⁵⁷.

52. Jens Kondrup: "Den malnutrierede patient", Ugeskrift for Læger 168/49, 4. december 2006

53. English KL & Paddon-Jones D. Protecting muscle mass and function in older adults during bed rest. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care* 2010; 13:34-9

54. Cermak NM et al. Protein supplementation augments the adaptive response of skeletal muscle to resistance-type exercise training: a meta-analysis. *Am J Clin Nutr* 2012; 96: 1454-64

55. Her gengivet fra Ingerslev J, Beck AM, et al.: "Ernæring og aldring", Ernæringsrådet, 2002

56. <http://www.patientombuddet.dk/Publikationer/Temarapporter/~media/Temarapporter/Temarapport%20om%20dysfagi.ashx>

57. Rofes L, et al.: "Diagnosis and Management of Oropharyngeal Dysphagia and Its Nutritional and Respiratory Complications in the Elderly", *Gastroenterology Research and Practice* Volume 2011 (2011), Article ID 818979, 13 pages

Tandstatus

Når man har svært ved at synke maden kan det for nogle ældres vedkommende hænge sammen med besvær med at tygge maden på grund af tændernes status. Sød saft, nedsat spytksekretion og mangelfuld mundhygiejne er de almindeligste årsager til, at mange skrøbelige ældres tænder nedbrydes utrolig hurtigt. Det efterlader de ældre med knækkede tænder, gener og smerter, som de ikke altid kan give udtryk for, at de har⁵⁸. Dårlig tand- eller protesestatus kan give de samme problemer som synkebesvær og med øget risiko for dårlig ernæringstilstand⁵⁹.

Afhængig af hjælp til at spise

En konsekvens af en nedsat fysisk funktionsevne er, at nogle ældre bliver afhængige af hjælp til at spise. Dette er en tidskrævende proces, specielt hvis der er mere end én, som skal mades. Afhængighed af hjælp til at spise øger derfor risikoen for at tabe i vægt og blive undervægtig⁶⁰.

Mindre spytkproduktion

Det spiller også ind, at spyttudskillelsen falder hos ældre. Samtidig får mange ældre medicin, der har en spythæmmende funktion⁶¹. Den mindre spytkproduktion er med til at give de ældre dårligere tænder, men gør det også sværere at synke maden.

Nedsat appetit

Mange ældre oplever, at deres smage- og lugtesans ændrer sig med alderen. Det indebærer blandt andet, at ældre får sværere ved at smage salt og sød mad. Når lugtesansen tilmed reduceres vil duften af mad ikke i samme grad skærpe vores appetit. Samlet kan disse ændringer føre til en appetitløshed, der fremmer underernæring⁶².

Psykiske faktorer

Forskellige former for psykiske tilstande har betydning for ernæringstilstanden. Det gælder blandt andet demens, depression, alkoholisme og paranoia⁶³. Op mod hver tiende ældre har en depression. En af konsekvenserne af en depression kan være manglende appetit og madlede. I forbindelse med demens mister mange glæden ved at spise og oplever i mindre grad den sociale betydning af et måltid. Dermed skabes en ond cirkel.

Medicinforbrug

Medicin har ofte bivirkninger. Og der er mange

58. Kragelund & Beck. *Et sødt smil. Sygeplejersken* 2004

59. *Ernæring & aldring* 2002

60. *Ernæring og aldring* 2002

61. <http://www.tandogmund.dk/tema/de-aldres-tænder>

62. Ingerslev J, et al.: "Ernæring og alder – en rapport fra Ernæringsrådet", 2002

63. Morley JE: "Anorexia of aging: physiologic and pathologic", *The American Journal of Clinical Nutrition*, 1997; 66: 760-73.

slags bivirkninger, der har en direkte indflydelse på ernæringstilstanden. Det gælder ikke mindst kvalme, opkast og diarré, men også mundtørhed og smagsforandringer, der påvirker ernæringen.

Strukturelle årsager og udfordringer

Endelig er der en række faktorer, som har en mere samfundsmæssig eller social karakter, og som det er relativt nemt at gøre noget ved.

Det tomme køleskab

Et af problemerne for den underernærede ældre patient er, at de kommer svækkede hjem fra sygehuset til et tomt køleskab. I den bedste af alle verdener har de fået kostvejledning på sygehuset. Men den ernæringsvejledning er ofte svær at omsætte til praksis, når man kommer hjem. Den ældre patient har normalt ikke kræfterne til selv at stå for indkøb af fødevarer. Vedkommende vil ofte være afhængig af den mad og den hjemmehjælp, som kommunen kan levere.

Der har tidligere været lavet en undersøgelse, der viser, at de ældre, der kommer hjem til et tomt køleskab, har væsentlig større risiko for at blive genindlagt på sygehuset i løbet af den efterfølgende måned⁶⁴. I en undersøgelse af vægtudviklingen i de første to uger efter deres udskrivelse fandt man ud af, at det gennemsnitlige vægttab var på fem kilo for patienter, der havde gennemgået en benoperation⁶⁵.

Den offentlige sektors mad

Den offentlige sektor producerer og serverer 800.000 måltider hver eneste dag⁶⁶. Det drejer sig om mad til alt lige fra børnehaver og skoler over arbejdspladser i fx forsvaret til sygehus og ældreplejen. Ifølge en opgørelse fra Danmarks Statistik fra 2011 modtager 44.302 borgere – primært ældre – madservice fra enten en offentlige eller privat leverandør.

Selvom der gennem de seneste 10-15 år har været en stigende opmærksomhed på kvaliteten og effekten af den mad, som de ældre får serveret i hjemmeplejen og på plejehjem, er der stadig udfordringer med at få produceret mad til de ældre, der både er tygge- og synkevenlig, og som er så energitæt, at de ældre får dækket deres behov for næringsstoffer,

selvom de indtager mindre mad. Anbefalingerne for den danske institutionskost er netop kun anbefalinger. Der er altså på nuværende tidspunkt ikke nogen krav om den ernæringsmæssige kvalitet af maden til de ældre.

En af udfordringerne kan bestå i, at den afgørende parameter for kommunernes køb af mad til ældre er prisen. I de udbud af mad der foretages, bliver mad i højere grad betragtet som en serviceydelse end en sundhedsydelse. Det handler desværre alt for ofte om at levere noget mad, der overholder en servicemæssig minimumsstandard. Maden bliver ensartet og der tages for lidt hensyn til individuelle behov. Nogle skal have synkevenlig mad, andre skal have energitæt mad, men alle får det samme. Der bliver lavet mange tilfredshedsundersøgelser, men vi ved ikke om maden rent faktisk bliver spist.

Et andet problem er, at kommunerne i Danmark ofte kun bestiller mad i form af hovedmåltider. Madleverandørerne får således ikke til opgave at sørge for, at den enkelte modtager af mad får dækket sit daglige energibehov med tilvalg af vigtige mellemmåltider. Og netop mellemmåltiderne er meget vigtige for at komme underernæringen til livs⁶⁷. Ifølge anbefalingerne for den danske institutionskost skal mellemmåltider udgøre 30-50 procent af den samlede energiindtagelse⁶⁸. I andre lande som fx Sverige tager man udgangspunkt i de ældres energibehov, når man leverer maden. I kapitel 10 præsenteres kommunernes overvejelser omkring maden til de ældre nærmere.

En anden udfordring er, at der mangler viden om håndteringen af maden, når den forlader køkkenet. De forskellige faggrupper har enten ikke overskud til, eller viden om, hvordan de skal sikre sig, at de ældre også får spist den mad, som de har behov for. Det nytter ikke, at man fx screener en ældre medborger og får lavet en kostplan, hvis ingen sikrer sig, at den ældre herefter også indtager den kost, som planen tilsiger.

Tilsammen vil en række forskellige sociale forhold og sygdomme forstærke underernæringen og bidrage til, at de ældre både taber vægt og funktionsevne som illustreret i figur 7.

64. Lancet 2000, her refereret fra en præsentation af Anne Marie Beck, Herlev Hospital

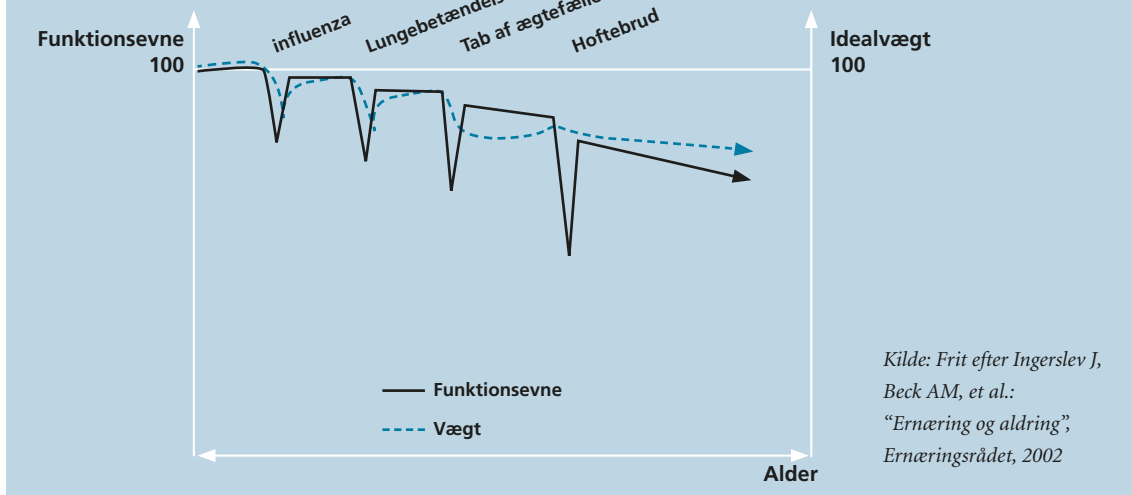
65. Jens Rikardt Andersen: "Det sammenhængende patientforløb ønskes – også med hensyn til ernæring", Ugeskrift for Læger 171/13, 23. marts 2009

66. Jens Rikardt Andersen: "Det sammenhængende patientforløb ønskes – også med hensyn til ernæring", Ugeskrift for Læger 171/13, 23. marts 2009

67. Beck A, Damkjær K, Tetens I. Lack of compliance of staff in an intervention study with focus on nutrition, exercise and oral care among old (65+ y) Danish nursing home residents. *Aging Clin Exp Res* 2009; 21:143-9

68. <http://www.foedevarestyrelsen.dk/Publikationer/Alle%20publikationer/2009002.pdf>

Figur 7. Samspejlet mellem sygdom, sociale forhold og vægt samt funktionsevne



Som det fremgår af figur 7 er ældre på en nedadgående kurve, som indimellem forstærkes akut af sygdomme og psykiske påvirkninger og disse akutte forværringer kommer de ældre sig ikke over af sig selv. Specielt efter sygdomsbetinget sengeleje er det svært at komme i gang igen. Faktisk svarer 30 dage i sengen til 30 års funktionstab⁶⁹.

Hvis de ældre indlægges fra eget hjem skyldes underernæringen ifølge kliniske diætister⁷⁰ på hospitalerne typisk, at de ganske enkelt ikke får nok at spise og drikke, enten fordi det er besværligt for dem at købe ind, at tilberede maden eller at spise den, eller fordi de generelt mangler overskud og appetit på maden og livet. Der er ofte tale om ældre, ensomme mennesker med lav livskvalitet.

I det foregående er der peget på mange svigt i behandlingssystemet, som der bør rettes op på. Men

man skal starte med den ældre selv: Det er i flere sammenhænge påvist, at inddragelse, dialog og vejledning af de ældre patienter om deres forplejning kan øge deres indtagelse af energi og protein⁷¹.

Et socialt sundhedsproblem

Underernæring beskrives som et problem med social slagside, ikke kun hos de ældre. Hvis man har en god familie eller uddannelse, har man større sandsynlighed for at have et godt netværk eller ressourcerne til selv at opsøge et. Et godt netværk og en god familie er lig nogen, som kigger efter én og som tager ansvar for ens velbefindende, herunder at man får mad, drikke og bliver fysisk, psykisk og socialt stimuleret. Nogle af de værst underernærede patienter er enlige mænd, der har fået kræft af deres usunde livsstil, rygning eller alkohol.

69. Her refereret fra Anne Marie Becks præsentation "Metaperspektiv på småtspisende i forhold til folkesundheden", februar 2013.
70. <http://www.kost.dk/foelg-aeldre-helt-hjem#overlay-context=sunde-vaner-livet>.

71. Se fx Preben Ulrich Pedersen: "Stimulation Til Øget Kostindtagelse: Effekten Af at Medinddrage Patienter Over 65 År i Eget Kostforplejning", Det sundhedsvidenskabelige Fakultet, Syddansk Universitet, 2003. Se også http://www.dske.dk/presentationer/Foredrag_Paula_Ravasco.pdf

7. DE MENNESKELIGE KONSEKVENSER

Underernæring har alvorlige konsekvenser for patienterne og de ældre i særdeleshed og for sundhedsvæsenet generelt. Det handler om væggtab, muskelsvækkelse, svækket immunforsvar, hyppigere infektioner, længere genoptræning, dårligere livskvalitet, flere genindlæggelser, dyrere behandlinger og øget dødelighed.

Som beskrevet i kapitel fire er underernæring i høj grad udbredt i Danmark med cirka hver fjerde patient i fare for underernæring, og over halvdelen af ældre i ældreplejen i risikogruppen. Når man sammenholder den store udbredelse med alvoren i de menneskelige konsekvenser af underernæring, er omfanget des mere alarmerende. Det er de menneskelige konsekvenser af underernæring som dette kapitel sætter fokus på.

Sundhedsmæssige og menneskelige konsekvenser

Det kan være komplekst at diagnosticere, hvad årsagerne er til, at fx ældre i ældrepleje kan have lav social aktivitet, ikke tager initiativ, er mindre selvhjulpne, er glemsomme, lider af udpræget apati/depression og generelt udviser lav livskvalitet.

Men på samme vis som en lang række sygdomme samt lægemidler mod sygdomme, kan have følgevirkninger, som indvirker negativt på ældre og patienters generelle velbefindende, bliver man i stigende grad bevidst om, at underernæring også spiller negativt ind i den underernæredes sundhed og dels på vedkommendes generelle livskvalitet. Og dette uanset om underernæringen er sygdomsrelateret eller ej.

De mest kendte konsekvenser af underernæring omfatter tab af fysisk, mental og social funktion, svækket immunforsvar, hyppigere infektioner, flere genindlæggelser, dyrere behandlinger, længere genoptræning, dårligere livskvalitet og øget dødelighed.

I en engelsk undersøgelse vurderede man konsekvenserne af underernæring blandt patienter hos praktiserende læger⁷². De underernærede patienter havde, i forhold til ikke-underernærede patienter, i løbet af en seks måneders periode dobbelt så mange besøg hos lægen, dobbelt så mange hospitalsindlæggelser, næsten dobbelt så mange receptudskrivelser og dobbelt så mange laboratorieundersøgelser. Underernæring medfører, at patienterne er langt mere udsatte.

Der er talrige undersøgelser, der har belyst konsekvenserne af underernæring hos sygehuspatienter. Den største undersøgelse, som omfatter cirka 5.000 patientforløb på sygehuse i Europa, viste at underernærede patienter og patienter i risiko for

underernæring, i forhold til ikke-underernærede patienter, havde tre gange så mange komplikationer, halvdelen gange længere indlæggelsestid, 12 gange højere dødelighed, dobbelt så høj risiko for at komme på plejehjem, og at kun 60 procent blev udskrevet til hjemmet, mod 88 procent af de ikke-underernærede.

Undersøgelsen viste også, at to tredjedele af alle sygehusinfektioner forekom hos den tredjedel

af patienterne, der var i ernæringsrisiko. Denne undersøgelse var så stor, at de nævnte sammenhænge statistisk kunne justeres for andre samtidige årsager til øget sygelighed og dødelighed.

LAV SOCIAL AKTIVITET HOS UNDERERNÆREDE

En undersøgelse fra 2008 viser, at 74 procent ældre på plejehjem med et BMI på under 24 har lav social aktivitet sammenlignet med 62 procent med normal BMI for ældre på 24-29 og 46 procent med BMI på over 29. Undersøgelsen viser desuden, at mens 54 procent med normalt BMI (24-29) og 67 procent med et BMI på over 29 tager initiativ, gør det sig gældende for blot 44 procent med et BMI på under 24.

72. Guest JF, Panca M, Baeyens JP et al. Health economic impact of managing patients following a community-based diagnosis of malnutrition in the UK. *Clin Nutr* 2011;30:422-9

Komplikationerne var et meget bredt spektrum, blandt andet flere infektioner p grund af svækket immunfunktion, flere tilfælde af hjerte- og lunge-svigt, flere tilfælde af ligges r og flere tilfælde af svigt af den kirurgiske procedure (anastomoselækage = sammensyningen af tarmen holder ikke).

Det er formentlig selve sygdommen, der baner vejen for komplikationerne, men ernæringstilstanden er med til at afgøre, om patienten f r komplikationen. Andre undersøgelser har vist, at underernærede patienter p hospitalet p grund af muskelsvækkelse har lav mobilitet og derfor er svære at gøre selvhjulpne⁷³.

Underernærede kræftpatienter har de samme problemer som nævnt ovenfor – ogs en betydelig overdødelighed⁷⁴. Ofte skyldes underernæringen, at canceren tærer p kroppen, mens de fleste kræftpatienter oplever ogs en kraftigt nedsat appetit og dør ofte de med bivirkninger til behandlingen som kvalme og opkast. En undersøgelse gennemført af Kræftens Bekæmpelse blandt kræftpatienter i lindrende behandling viser, at op mod hver tredje person oplever at f utilstrækkelig hjælp til ernæring. Det er til trods for, at 44 procent af de adspurgte oplever en del eller meget appetitløshed⁷⁵. For kræftpatienter betyder underernæringen store væggtab, som svækker immunforsvaret og gør patienten mindre rustet til at t le selve kræftbehandlingen – der sommetider m udskydes eller helt aflyses. Og det kan bidrage til overdødeligheden.

Underernæringen fører alts til en betydelig øget sygelighed. Det er ikke overraskende, eftersom underernæring svækker funktionen af celler i kroppen, fx i forhold til s rheling, modstand mod infektioner samt evnen til at genvinde muskelstyrke^{76, 77}.

73. Stratton RJ, Green CJ, Elia M. Consequences of Disease-related Malnutrition. In: *Disease-related Malnutrition: an evidence-based approach to treatment*. Wallingford: CABI Publishing; 2003. p. 113-155; Jakobsen LH, Rask IK, Kondrup J. Validation of handgrip strength and endurance as a measure of physical function and quality of life in healthy subjects and patients. *Nutrition* 2010;26:542-50

74. Skipworth RJ, Fearon KC. The scientific rationale for optimizing nutritional support in cancer. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2007;19:371-7.

75. Kræftens Bekæmpelse. Kræftramtes behov og oplevelser gennem behandling og i efterforløbet. *Kræftens Bekæmpelses Barometerundersøgelse*, 2013. København, 2013.

76. Mowé M, Böhmer T, Kindt E. Reduced nutritional status in an elderly population (>70y) is probable before disease and possibly contributes to the development of disease. *Am J Clin Nutr* 1994;59:317-24.

77. Böhmer T, Mogensen B, Böhmer E. Underernæring hos eldre ved akutt innleggelse i indremedisinsk afdeling. Mulige årsaker og konsekvenser. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1992;112:46-9 & Chandra RK. Effect on vitamin and trace-element supplementation on immune responses and infection in elderly subjects. *Lancet* 1992;340:1124-7.

Dette skyldes bl.a. mangel p energi, protein og visse vitaminer og mineraler i kosten. Herunder mangel p vitamin C og D, som reducerer b de knogle- og muskelstyrke, hvormed risikoen for fald og knoglebrud øges, samt mangel p B-vitamin og zink, som har betydning for immunfor-svaret, og hvilket øger risikoen for infektioner⁷⁸.

Konsekvenser hos de ældre

Hos ældre skal der tilmed mindre belastninger til at svække immunforsvaret og derfor er ældregruppen stærkt repræsenteret i gruppen af underernærede akut medicinske patienter samt i gruppen af patienter, som oplever hyppige genindlæggelser.

Statistikker viser, at ogs underernærede ældres indlæggelseshyppighed er tre gange s høj som andres, og indlæggelserne tilmed er dyrere og mere langvarige⁷⁹. Imellem indlæggelserne er der desuden typisk stigning i antal besøg hos praktiserende læge. Dette medfører store omkostninger for sundhedsvæsenet og samfundet i helhed, og for den indlagte i særdeleshed.

For ældre indlagt p hospital medfører det uplanlagte væggtab, der i øvrigt ofte ogs er en følge af indlæggelsen, alvorlige funktionstab⁸⁰. Det betyder blandt andet, at rekonvalescensen er meget lang, det vil sige m neder til halve r. Mange n r s ledes aldrig at genvinde funktionsevnen (og vægten), selvom de er blevet helbredt for deres sygdom⁸¹.

Øget dødelighed

I en svensk afhandling vurderedes ernæringsstatus hos omtrent 1.300 ældre over 65 r – med en gennemsnitsalder p 85 r – hvor 73 procent befandt sig i risikogruppen for underernæring. Efter tre r kunne man konstatere en sammenhæng mellem underernæring og dødelighed⁸².

Et dansk studie blandt ældre p plejehjem viser, at risikoen for dødelighed blandt ældre under 85 r øges fra ni procent, hvis man har et BMI p 29, til henholdsvis 13 procent (med BMI 24-29) og helt op til 29 procent, hvis ens BMI er under 24⁸³.

78. <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/geriatri/tilstande-og-sygdomme/oevrige-sygdomme/underernaering-hos-aeldre/>

79. <http://jyllands-posten.dk/ditliv/madvin/ECE4410791/underernaering-hos-aeldre-koster-mia/>

80. Beck et al.. Værktøjer til systematisk identifikation af ernærings-tilstand (underernæring). Udarbejdet for Sundhedsstyrelsen, februar 2013

81. Beck et al.. Værktøjer til systematisk identifikation af ernærings-tilstand (underernæring). Udarbejdet for Sundhedsstyrelsen, februar 2013

82. Saletti A. Nutritional status and mealtime experiences in elderly care recipients. Stockholm, : Karolinska Institute; 2007.

83. Beck et al. *JNHA* 2008; 12:675-677

Den øgede dødelighed kan skyldes en kombination af mange faktorer. Herunder at kroppen svækkes på grund mangel på energi, proteiner, vitaminer og mineraler fra kosten, at underernæringen medfører et lavt energiforbrug, som svækker kroppens mobilitet og funktionsevne. Underernæringen svækker desuden vitale organer som fx lunger og hjerte.

Nedsat livskvalitet

For ældre i plejebolig og hjemmepleje er det påvist, at ethvert uplanlagt vægttab uanset størrelse nedsætter de ældres trivsel og øger behovet for hjælp af personalet til almindelige dagligdags færdigheder⁸⁴.

Konsekvensen af underernæringen er, at de ældre ofte er trætte og depressive og mange plages også af hukommelsesbesvær. Så kommer de pludselig ind i en ond cirkel, som er svær at bryde og som tilsammen medfører dårlig livskvalitet.

Hjælper det at behandle underernæring?

Det burde være selvindlysende at svaret er ja. Men det er i virkeligheden vanskeligere at svare på. Hvis underernæringen kun skyldes mangel på mad, som ved hungersnød, er det indlysende at fødevarnehjælp redder liv. Hvis underernæringen er en konsekvens af sygdom, som i de fleste tilfælde beskrevet ovenfor, skal det dokumenteres i såkaldte lodtrækningsundersøgelser, at ernæringsbehandling faktisk kan rette op på forløbet, i konkurrence med alle de andre faktorer, der afgør et sygdomsforløb, herunder naturligvis behandlingen af selve sygdommen.

Der er lavet mange af disse lodtrækningsundersøgelser. Med mellemrum analyseres disse undersøgelser under titlen såkaldte metaanalyser. Det meste af udviklingen i patientbehandlingen bestemmes i dag på grundlag af resultater fra sådanne metaanalyser. Hvis ernæringsbehandling skal have en plads på linje med andre moderne behandlingsformer, kræves det, at nytten af ernæringsbehandling også kan dokumenteres i metaanalyser.

En meget grundig metaanalyse af alle lodtrækningsundersøgelser viste, samlet for mange patientgrupper, at ernæringsbehandling formindsker forekomsten af komplikationer, herunder hospitalsinfektioner, med cirka 50 procent⁸⁵.

84. Beck A et al. 2012; Damkjær K & Beck A 2007; Olin A et al. 2005; Sørby LW et al. 2008

85. Stratton RJ, Green CJ, Elia M. Combined Analysis of the Effects of Oral Nutritional Supplements and Enteral Tube Feeding. In: Disease-related Malnutrition: an evidence-based approach to treatment. Wallingford: CABI Publishing; 2003. p. 276-287

Imidlertid har lodtrækningsundersøgelser forskellig kvalitet, afhængigt af, hvor mange af spillereglerne for lodtrækningsundersøgelser, der er overholdt. Jo dårligere kvalitet, des større chance for et positivt resultat. Desværre har mange lodtrækningsundersøgelser af ernæringsbehandling været af en dårlig kvalitet. Derfor konkluderede en senere metaanalyse, at der ikke er overbevisende dokumentation for, at ernæringsbehandling har betydning for sygdomsforløbet i de fleste patientgrupper⁸⁶, når patientgrupperne analyseres enkeltvis og når den dårlige kvalitet tages i betragtning.

Under alle omstændigheder er den nævnte 50 procent formindskelse af komplikationer en meget større effekt end der normalt kan tilskrives dårlig kvalitet af lodtrækningsundersøgelserne. Selvom den "sande" effekt fx kun er 30 procent, er det et væsentligt bidrag til at mildne et sygdomsforløb.

For de ældre er der foretaget en særskilt metaanalyse, hvor cirka halvdelen af lodtrækningsundersøgelserne var udført på hospitaler og resten i plejehjem eller hjemmepleje. Konklusionen var, at ernæringsbehandling fører til øget overlevelse, færre komplikationer ved operation og færre liggesår⁸⁷. Den ovenfor nævnte kritiske metaanalyse⁸⁸ angav også, at der var tilstrækkelige undersøgelser af god kvalitet til at konkludere, at ernæringsbehandling øger overlevelsen hos ældre patienter indlagt på geriatriske afdelinger på sygehuse.

Det hjælper altså, så sikkert som det er muligt at afgøre, at give ældre patienter, og ældre på plejehjem og i hjemmepleje, den rigtige ernæringsbehandling og for andre patienter er det meget sandsynligt, at det har en gavnlig effekt.

Andre mere begrænsede analyser peger også i denne retning. En tidlig metaanalyse viste, at ernæringsbehandling af ældre underernærede medicinske patienter reducerer den medicinske patients indlæggelsestid med 3,4 dage og patienterne undgår en lang række af de konsekvenser af underernæring, der er gennemgået ovenfor⁸⁹.

86. Koretz RL, Avenell A, Lipman TO et al. Does enteral nutrition affect clinical outcome? A systematic review of the randomized trials. *Am J Gastroenterol* 2007;102:412-29

87. Milne et al. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009

88. Koretz RL, Avenell A, Lipman TO et al. Does enteral nutrition affect clinical outcome? A systematic review of the randomized trials. *Am J Gastroenterol* 2007;102:412-29

89. Sundhedsstyrelsen: "Medicinske patienters ernæringspleje", *Medicinsk Teknologivurdering*, 2005

En nylig metaanalyse omhandlende kræftpatienter har konkluderet, at ernæringsbehandling giver kræftpatienterne bedre livskvalitet⁹⁰. Nye lodtrækningsundersøgelser, der endnu ikke har været igennem metaanalysens kritiske øjne, tyder på at ernæringsbehandling faktisk øger overlevelsen hos kræftpatienter^{91,92}.

En enkelt lodtrækningsundersøgelse har vist, at ernæringsbehandling givet i hjemmet i tre måneder neder efter udskrivelse fra hospitalet medførte en 50 procent reduktion i antallet af genindlæggelser⁹³. Desuden viste en lodtrækningsundersøgelse på hospitalet, at ernæringsbehandling reducerede an-

tallet af genindlæggelser i de efterfølgende seks måneder, også med cirka 50 procent⁹⁴.

Hvis disse undersøgelser bekræftes i yderligere undersøgelser og metaanalyser synes der generelt at være en 50 procent effekt af ernæringsbehandling, både på komplikationer under indlæggelse og på hospitalsindlæggelser blandt de underernærede patienter efter udskrivelsen. Det er svært at give et sikkert tal for, hvor meget indlæggelsestiden reduceres. Det ovennævnte tal (3,4 dage) udgjorde cirka 15 procent af indlæggelsestiden blandt de ældre medicinske patienter.

90. Baldwin C, Spiro A, Ahern R et al. Oral nutritional interventions in malnourished patients with cancer: a systematic review and meta-analysis. *J Natl Cancer Inst* 2012;104:371-85

91. Ravasco P, Monteiro-Grillo I, Camilo M. Individualized nutrition intervention is of major benefit to colorectal cancer patients: long-term follow-up of a randomized controlled trial of nutritional therapy. *Am J Clin Nutr* 2012;96:1346-53; Hasenberg T, Essenbreis M, Herold A et al. Early supplementation of parenteral nutrition is capable of improving quality of life, chemotherapy-related toxicity and body composition in patients with advanced colorectal carcinoma undergoing palliative treatment: results from a prospective, randomized clinical trial. *Colorectal Dis* 2010;12:e190-9

92. Norman K, Kirchner H, Freudenreich M et al. Three month intervention with protein and energy rich supplements improve muscle function and quality of life in malnourished patients with non-neoplastic gastrointestinal disease--a randomized controlled trial. *Clin Nutr* 2008;27:48-56

93. Norman K, Kirchner H, Freudenreich M et al. Three month intervention with protein and energy rich supplements improve muscle function and quality of life in malnourished patients with non-neoplastic gastrointestinal disease--a randomized controlled trial. *Clin Nutr* 2008;27:48-56

94. Starke J, Schneider H, Alteheld B et al. Short-term individual nutritional care as part of routine clinical setting improves outcome and quality of life in malnourished medical patients. *Clin Nutr* 2011;30:194-201

8. DE ØKONOMISKE KONSEKVENSER

De menneskelige konsekvenser af underernæring er betydelige. Men det er konsekvenserne for samfundet også. Længere og flere hospitalsophold er skyld i, at de økonomiske konsekvenser for samfundet også er betydelige. Der er imidlertid en vis usikkerhed om, hvor stor de økonomiske konsekvenser er.

Siden 1990 er sundhedsudgifterne vokset hurtigere end BNP i de fleste vestlige lande⁹⁵. I Danmark har vi siden begyndelsen af 00'erne forsøgt at reducere vores omkostninger i sundhedsvæsenet, men overser tilsyneladende de lavthængende frugter. I revis har vi diskuteret, at de samfundsmæssige omkostninger ved fx fedme er enorme, men meget tyder faktisk på, at omkostninger ved underernæring er større. Internationale undersøgelser peger på, at de samfundsmæssige økonomiske konsekvenser ved underernæring udgør op imod 10 procent af de samlede udgifter på offentlig sundhed⁹⁶. Kapitel 8 ser nærmere på de økonomiske konsekvenser af underernæring.

Der findes ikke nogle præcise beregninger på, hvor store de økonomiske omkostninger er for det danske samfund på grund af underernæring. I EU opgøres de samlede omkostninger af underernæring at være 170 mia. Euro⁹⁷ – svarende til ca. 1250 mia. kroner.

Professor i Sundhedsøkonomi ved Syddansk Universitet, Kjeld Møller Pedersen, har forsøgt at lave en opregning af udgifterne for det danske samfund på grund af underernæring. På baggrund af den ovenfor nævnte metaanalyse antager han, at ældre underernærede medicinske patienter har en "forebyggelig" mer-liggetid på sygehusene på 3,4 dage i gennemsnit (indlæggelsestiden blev reduceret med 3,4 dage), og at antallet af ældre patienter med underernæring er knap 30.000 per år. I Danmark antager man, at marginalomkostningen (i 2008 priser) er 1.726 kroner pr. ekstra sengedag. I alt beregner professor Kjeld Møller Pedersen at meromkostningen for medicinske patienter er 168

millioner kroner rigtigt i 2008 priser⁹⁸, altså alene for de underernærede ældre medicinske patienter.

Men ovenstående opregning er en grov undervurdering af de faktiske samfundsmæssige omkostninger ved underernæring. For at få et retvisende samfundsmæssigt billede, skal man også inddrage eventuelle meromkostninger efter udskrivningen, eksempelvis flere konsultationer i almen praksis og øget hjemmehjælp. Hertil kommer udgifterne for alle de andre underernærede patientgrupper.

For at nærme sig hvad de faktiske meromkostninger er i en dansk sammenhæng, er der inspiration at hente i m den, man har opgjort omkostninger i udenlandske undersøgelser.

Den engelske undersøgelse blandt praktiserende læger⁹⁹ opgjorde meromkostningerne for de ekstra sundhedsydelser til cirka 1000 GBP per underernæret patient i løbet af seks måneder (cirka 1700 GBP per underernæret patient mod cirka 700 GBP per ikke-underernæret patient). Det var særligt det fordoblede antal besøg hos den praktiserende læge og det fordoblede antal hospitalsindlæggelser, der medførte merudgiften.

En nylig grundig undersøgelse fra Holland¹⁰⁰ har analyseret udgifterne i hospitaler, plejehjem og hjemmepleje. I denne undersøgelse anvendes de hyppigheder af underernæring, som rigtigt måles og indberettes til det hollandske sundhedsministerium fra alle hospitaler, plejehjem og hjemmepleje.

98. Professor Kjeld Møller Pedersen: *Sundhedsøkonomi ved underernæring blandt ældre; Perspektiv nr. 1, april 2009*

99. Guest JF, Panca M, Baeyens JP et al. *Health economic impact of managing patients following a community-based diagnosis of malnutrition in the UK. Clin Nutr 2011;30:422-9*

100. Freijer K, Tan SS, Koopmanschap MA et al. *The economic costs of disease related malnutrition. Clin Nutr 2013;32:136-41*

95. OECD Health Data 2012: *Statistics and Indicators for 30 countries*

96. M. Elia: *The Economics of Malnutrition*, s. 39

97. Ljungqvist O, de Man F. (2009) *Undernutrition - a major health problem in Europe. Nutr Hosp 2009; 24(3):368-370*

For hospitalers vedkommende er det oplyst for hver kategori af patienter. Desuden anvendes de kendte sundhedsudgifter til disse kategorier af patienter samt udgifter til plejehjem og hjemmepleje. Det antages, at sundhedsudgifter per underernæret patient er 30 procent højere end for en ikke-underernæret patient. Med de tal, der er angivet i kapitel syv, er denne antagelse i hvert fald ikke overdrevet. Den hollandske undersøgelse nævnt herefter frem til tallene i Tabel 2.

Fem procent af disse udgifter er knapt seks milliarder kroner. Merudgifter i forbindelse med underernæring tegner sig således for et meget stort beløb.

I den hollandske artikel omtales også en tilsvarende undersøgelse fra Tyskland, som nævnt frem til en næsten identisk merudgift. Der foreligger også undersøgelser fra England, men disse undersøgelser har ikke beregnet merudgiften, men kun

Tabel 2. Meromkostninger til underernæring i Holland

	Millioner Euro (2011)
Hospital	1233
Plejehjem	453
Hjemmepleje	185
Total	1871

Den totale meromkostning svarer til 5 procent af de totale udgifter til hospital, plejehjem og hjemmepleje og 2 procent af de totale sundhedsudgifter i Holland (udgifter hos fx praktiserende læge er ikke med i analysen).

den samlede udgift for de underernærede patienter. Disse tal er cirka dobbelt så høje som merudgiften, fordi en underernæret patient jo ville have 'normale' basisudgifter uden underernæring.

Danmark og Holland anvender nogenlunde den samme andel af bruttonationalproduktet på sundhedsudgifter (cirka 11 procent) og cirka samme andel er offentligt finansieret (nemlig 85 procent)¹⁰¹. I Danmark udgør de samme udgifter til hospital, plejehjem og hjemmepleje 117 milliarder kroner, som det fremgår af tabel 3.

Samfundsøkonomisk er det centrale at kunne spare den merudgift, der følger med underernæring. En helt ny hollandsk artikel har beregnet, at 5-10 procent af udgifterne til de underernærede patienter og borgere kunne spares ved at behandle underernæring. Besparelserne opnås ved kortere indlæggelsestid og færre genindlæggelser¹⁰². Overført til Danmark svarer det til en besparelse på cirka

Tabel 3. Kendte udgifter og mulig besparelse.

Plejehjem og hjemmepleje	39 mia. kroner
Hospitaler	78 mia. kroner
Totale udgifter	117 mia. kroner
Merudgifter underernæring*)	6 mia. kroner
Besparelse ved behandling*)	1,5 mia. kroner

Kilde: Beregninger foretaget med udgangspunkt i de Hollandske undersøgelser og baseret på tal fra Wittrup, J et al: "Kommunale service-niveauer og produktivitet", KORA, juni 2013 samt <http://www.regioner.dk/aktuelt/temaer/fakta+om+regionernes+effektivitet+og+okonomi/kopi+af+fakta+om+sundhedsvæsenet>

101. http://www.sum.dk/Tal-og-analyser/~media/Filer%20-%20Publikationer_i_pdf/2013/Tal%20og%20analyser/Internationale-tal-paa-sundhed/Internationale-nogletal-marts-2013.ashx. Access 1. dec 2013

102. Freijer K, Bours MJ, Nuijten MJ et al. The economic value of enteral medical nutrition in the management of disease-related malnutrition: a systematic review. *J Am Med Dir Assoc* 2014;15:17-29

1,5 milliard kroner rligt eller 25 procent af merudgiften.

Tilsvarende har professor Kjeld Møller Pedersen foretaget det tankeeksperiment, at man ansætter "en personale" p alle medicinske afdelinger med henblik p at sikre tilstrækkeligt kostindtag og derigennem opn reduktionen i gennemsnitlig indlæggelsestid p 3,4 dage. Med denne ekstra personaleudgift vil der stadig netto være en besparelse p cirka 46 millioner kroner, eller 30 procent af merudgiften p 168 millioner kroner.

Hvis en tredjedel af det totale beløb p seks milliarder kroner kunne spares via færre komplikationer og færre genindlæggelser, svarer det til en besparelse p knap to milliarder kroner rligt. En reduktion i merudgiften p 30 procent er ikke helt urealistisk, n r man ser de effekter af ernæringsbehandling, der bliver omtalt i kapitel syv.

Som professor Kjeld Møller Pedersen skriver i sin artikel: "I sundhedsvæsenet er det endog meget sjældent, at en behandlingsmæssig forbedring ikke blot er selvfinansierende, men oven i købet er nettobesparende. En del peger p , at det er det generelle resultat ved en øget indsats p dette område"¹⁰³.

Det engelske National Institute for Health and Care Excellence (NICE) udgiver vejledninger for mange sygdomsbehandlinger og har en vigtig r dgivende funktion overfor de engelske sundhedsmyndigheder. NICE har ogs en vejledning for ernæringsbehandling for voksne og har beregnet, at hvis vejledningen blev fulgt, ville det spare det engelske sundhedsvæsen for 72.000 GBP rligt per 100.000 indbyggere, eller i alt 35 millioner GBP ¹⁰⁴. I regnestykket indg r ekstra udgifter til sundhedspersonale og selve forplejningen. Overført til Danmark svarer det til i alt cirka 32 millioner kroner rligt.

103. Professor Kjeld Møller Pedersen: *Sundhedsøkonomi ved underernæring blandt ældre; Perspektiv nr. 1, april 2009*

104. <http://www.nice.org.uk/usingguidance/benefitsofimplementation/costsavingsguidance.jsp>. Access 1. dec 2013

En britisk undersøgelse fra 2009, som analyserer totale udgifter til underernærede patienter, og ikke merudgifter, lægger til grund, at underernæring øger antallet af indlæggelser p hospitaler samt længden p indlæggelserne, øger hyppigheden af besøg hos praktiserende læger og hjemmebesøg af ældrepleje, og øger antallet af ophold p ældrehjem. Denne undersøgelse opgør de samlede

samfundsøkonomiske omkostninger (i 2003 valuta) til at udgøre 7,3 milliarder GBP – eller det der svarer til 80 milliarder danske kroner¹⁰⁵.

En senere lignende britisk undersøgelse tager foruden ovenst ende ogs højde for genindlæggelser samt omkostninger ved patienters fravær fra arbejdsmarkedet. Denne undersøgelse opgør de samlede samfundsøkonomiske omkostninger til (i 2007) at være 12,4 milliarder GBP eller lidt over 110 milliarder danske kroner¹⁰⁶.

Der er derfor i de engelske undersøgelser en enorm forskel p , hvad nogen har beregnet at underernæring koster og andre har beregnet, hvad der kan spares ved at behandle det. P NICE's liste over, hvor meget der kan spares ved at implementere deres retningslinjer, kommer vejledningen vedrørende ernæringsbehandling af voksne dog ind p en sjette plads. Af det kan man udlede, at der i England er enighed om, at underernæring skal behandles.

Alle analyser tyder p , at underernæring koster milliarder for det danske sundhedssystem. Det er tiltrængt, b de i Danmark og andre lande, at f mere nøjagtige analyser af, hvor meget sundhedsvæsenet kan spare/ anvende p andre aktiviteter ved at behandle underernæring.

105. M. Elia: *The Economics of Malnutrition*, side 29

106. M. Elia & C. Redditch, *BAPEN*. 2009

9. INDSATSEN MOD UNDERERNÆRING

Underernæring er ikke noget nyt problem. Heller ikke for myndighederne. Tværtimod er det et problem, der har været undersøgt og belyst på forskellig vis i et utal af publikationer fra ministerier og styrelser. Nu mangler politikerne blot at sætte mere handling bag alle de mange ord.

Problemerne med underernæring er hverken ukendte eller utilstrækkeligt belyst. Tværtimod. Der er masser af dokumentation, anbefalinger, vejledninger og værktøjer, når det handler om ernæring og mad på sygehuse og i ældreplejen. Dette kapitel giver et overblik over de senere års materiale om underernæring.

Hverken kommuner eller regioner er forpligtet på pengepungen til at gøre noget alvorligt ved problemet. Og så længe det ikke er tilfældet, vil underernæring blive ved med at være et problem, som de færreste kender, men som mange lider af.

Maj 2013

National handlingsplan for måltider og ernæring til ældre i hjemmeplejen og plejeboligen, Socialstyrelsen

Fokus på at imødekomme de udfordringer, der er forbundet med at opfylde ernæringsbehov og -ønsker til måltidet hos ældre, der har behov for madservice. Skal indgå i arbejdet med at styrke den enkeltes ernæringstilstand, funktionsevne og livskvalitet – uanset om der er tale om ældre i plejebolig eller i hjemmeplejen. Projektet har resulteret i fem anbefalinger:

1. Udarbejdelse af en mad- og måltidspolitik i kommunerne
2. Løbende gennemførelse af ernæringsvurdering af ældre i plejebolig eller hjemmepleje
3. Mad, ernæring og måltider tilrettelægges med udgangspunkt i den ældres ønsker og behov
4. Det tværsektorielle samarbejde om den ældres ernæringsindsats styrkes gennem klar ansvarsfordeling og retningslinjer for indsatsen
5. Alle personalegrupper omkring den ældre har viden om, hvilken betydning mad, måltider og ernæring har for den ældres livskvalitet og funktionsevne.

Februar 2013

Værktøjer til tidlig opsporing af sygdomstegn, nedsat fysisk funktionsniveau og underernæring – sammenfatning af anbefalinger, Sundhedsstyrelsen

Som et led i den fælles udmøntningsplan for den nationale handlingsplan for den ældre medicinske patient har regeringen og satspuljepartierne afsat midler til blandt andet at vurdere, hvilke validerede systematiske værktøjer, der bør anvendes i kommuner og almen praksis som led i den almindelige kontakt med den ældre medicinske patient til systematisk identifikation af blandt andet ernærings-tilstanden (underernæring). Der er faktisk også sat penge af til implementeringen.

Februar 2013

Værktøjer til systematisk identifikation af ernæringstilstand (underernæring), udarbejdet af en ekspertgruppe for Sundhedsstyrelsen

Som et led i den fælles udmøntningsplan for den nationale handlingsplan for den ældre medicinske patient har regeringen og satspuljepartierne afsat midler til blandt andet at vurdere, hvilke validerede systematiske værktøjer, der bør anvendes i kommuner og almen praksis som led i den almindelige kontakt med den ældre medicinske patient til systematisk identifikation af blandt andet ernæringstilstanden.

2011

Kliniske retningslinjer på ernæringsområdet, Center for Kliniske Retningslinjer

Der foreligger nu fem godkendte kliniske retningslinjer på ernæringsområdet:

1. Identifikation af vanskeligheder med at spise hos patienter/borgere (>65 år) efter apopleksi med henblik på at iværksætte en målrettet indsats
2. Klinisk retningslinje for ernæringsbehandling til voksne patienter +18 år, med svær erhvervet hjerneskade i den akutte og subakutte rehabilitering
3. Klinisk retningslinje for modificeret kost og væske til voksne (+18 år) personer med øvre dysfagi
4. Klinisk retningslinje for nonfarmakologisk forebyggelse af neonatal hypoglycæmi og energitab hos nyfødte af mødre med diætbehandlet gestationel diabetes.
5. Klinisk retningslinje for postoperative kostanbefalinger til elektive patienter (>2 år) der får foretaget tonsillektomi
6. Klinisk retningslinje for ernæring til patienter indlagt med KOL i exacerbation (under revision)

December 2011

National handlingsplan for den ældre medicinske patient, Satspuljeaftale

Regeringen og satspuljepartierne er enige om, at der er behov for en national handlingsplan for den ældre medicinske patient. Parterne har i Aftale om udmøntning af satspuljen 2012 afsat 200,4 mio. kr. i perioden 2012-2015 til en national handlingsplan for den ældre medicinske patient. I dette indgår blandt andet underernæring som et tema.

2009

Anbefalinger for den danske institutionskost, Fødevarestyrelsen, Sundhedsstyrelsen og DTU Fødevarerinstitutionen

I 2006 udkom en internetbaseret national kosthåndbog. Den Nationale Kosthåndbog har omsat anbefalingerne til konkrete dagskostforslag og anvisninger, og den er derfor et værdifuldt supplement til nærværende bog. Denne nye udgave er primært en opdatering med nytilkommet viden, mens hovedbudskaberne og hovedprincipperne i kostformerne ikke har ændret sig væsentligt. Referencerne er opdateret og suppleret med relevante links. Underernæring indgår som et særskilt afsnit med fokus på syge og ældre.

2003-2008

Vejledning til læger, sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, sygehjælpere og kliniske diætister: Screening og behandling af patienter i ernæringsmæssig risiko, Sundhedsstyrelsen

En vejledning, der er en praktisk guide til, hvordan man på den enkelte afdeling på et sygehus professionelt kan varetage ernæringsproblemer. Vejledningen udspringer af en prioriteret indsats for "Bedre mad til syge", hvor hensigten er, at patienter i ernæringsmæssig risiko identificeres ved indlæggelse og herefter behandles i overensstemmelse hermed. Patienter, der ikke er i risiko ved indlæggelsen, følges ugentligt

for evt. udvikling af underernæring. Vejledningen er udarbejdet af en ekspertgruppe 2001-2003 og opdateret i 2008.

2008-2010

Projekt God mad – godt liv, Servicestyrelsen

Regeringen og partierne bag satspuljeforliget indgik i oktober 2006 aftale om udmøntning af satspuljen for 2007, hvor der bl.a. blev afsat midler til kvalitetsudvikling af madomr. det. Med udgangspunkt i fem udvalgte kommuner blev der igangsat et kvalitetsudviklingsprojekt til at understøtte en ny tilgang til praksis i forhold til s vel organisering som levering af madservice. Projektet favnede s vel de private som kommunale leverandører af madservice. Projektet mundede ud i en afrapportering – og hjemmeside:

2007

Bedre mad til syge: Erfaringer fra 14 puljeprojekter, Sundhedsstyrelsen

Fællesrapporten beskriver – udover projekterfaringerne – ny viden p omr det, og giver et bud p , hvilke elementer det vil være hensigtsmæssigt at inkludere i den fremtidige ernæringsindsats overfor syge og svækkede. Bl.a. kan det være en god id , at den fremtidige indsats kommer til at omfatte:

- systematisk screening
- dokumentation af ernæringsindsatsen
- dokumentation af, hvilken information patienten har modtaget
- behandlingstilbud, tilpasset den enkelte patient

Juni 2006

Undersøgelse af madservice – muligheder og barrierer for en mere hensigtsmæssig indretning, Socialministeriet

Socialministeriet har p vegne af satspuljepartierne iværksat en undersøgelse af den kommunale madservice med henblik p at kortlægge barrierer og muligheder for en hensigtsmæssig og effektiv indretning af den kommunale madservice. Underernæring blandt de ældre nævnes i afrapporteringen som en problemstilling, der skal indtænkes i den kommunale madservice.

2006

Den Nationale Kosth ndbog, Fødevarestyrelsen, Sundhedsstyrelsen og DTU Fødevareinstituttet

Den Nationale Kosth ndbog fra 2006 var internetbaseret og omsatte anbefalingerne fra "Anbefalinger for den danske institutionskost", der udkom første gang i 1995, til konkrete dagskostforslag og anvisninger. Det er ikke klart, om underernæring specifikt er med.

2003

Bedre mad til syge. Sundhedsstyrelsen

Sundhedsstyrelsen indledte i 2003 indsatsen "Bedre mad til syge". Indsatsen omfattede: 1) en vejledning med et screeningsværktøj: Vejledning til læger, sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, sygehjælpere og kliniske diætister - screening og behandling af patienter i ernæringsmæssig risiko., 2) et internetbaseret id katalog og 3) en pulje til støtte af projekter, der kunne bidrage med mere viden om, hvordan man sætter ernæring p dagsordenen p landets sygehuse og i den primære sundhedssektor.

2002

Ernæring og aldring, Ernæringsrådet

En oversigt over omfanget af hjemmeboende ældres ernæringsproblemer, og om det nytter med en målrettet indsats for at forebygge og behandle underernæring og fejlernæring blandt ældre. Rapporten redegør for, hvordan den naturlige aldringsprocessen påvirker forhold af betydning for ernæringen, hyppighed af under- og fejlernæring i ældrepopulationen samt en beskrivelse af de livsvilkår, der specielt øger risikoen for fejl og underernæring hos ældre. Rapporten drejer sig om ernæring til raske ældre i eget hjem eller plejebolig og er udarbejdet af en arbejdsgruppe, nedsat af Ernæringsrådet i år 2000.

September 2002

Sundt hele livet – de nationale strategier for folkesundheden 2002-2010, Sundhedsministeriet

Et helhedsorienteret sundhedsprogram med formulering af fælles udfordringer for at sikre folkesundheden fremadrettet. Indeholder et kort afsnit om underernæring hos ældre med et budskab om øget valgfrihed af madordning og øget samarbejde mellem familie, læge og den ældre for at undgå underernæring.

Maj 2001

Bedre mad til syge, Sundhedsministeriet

Regeringen har i maj 2001 sat fokus på kost til syge. Formålet er at understøtte den enkelte patients behandlingsforløb, at hjælpe underernærede patienter til en bedre ernæringstilstand og at give råd og vejledning til risikogrupper. I det hele taget at gøre patienternes kostoplevelse positiv. Der planlægges anvendt 30 mill.kr. over de næste 3 år til formålet.

10. UNDERSØGELSE: GODE INTENTIONER, MANGEL P HANDLING

I kommunerne kender man til problemet med underernæring blandt ældre. Alligevel er det langt fra alle kommuner, som handler på problemet. Knap hver tredje kommune har ikke en midlertidspolitik, 40 procent screener ikke for underernæring og det er under halvdelen af kommunerne, som giver mulighed for kost- og ernæringsvejledning.

Ansvar for maden til de ældre medborgere, som af den ene eller anden årsag ikke selv er i stand til at lave mad, ligger i kommunerne. Derfor er det naturligvis afgørende, hvilke overvejelser kommunerne gør sig omkring maden til de ældre? Hvilke kriterier bliver lagt til grund for valg af madleverandører? Hvilke kvaliteter skal maden opfylde? Og hvad gør kommunerne for at løse problemet med underernæring?

Disse spørgsmål har vi søgt svar på i en undersøgelse i landets 98 kommuner gennemført af Advice A/S på vegne af Arla Foods og Kost & Ernæringsforbundet. Hele 69 ud af 98 kommuner – svarende til 70 procent - har deltaget i undersøgelsen.

I undersøgelsen er 65 procent af kommunerne repræsenteret ved ældrechefer, visitations- og myndighedschefer og madserviceledere. I de øvrige kommuner er det blandt andet kostfaglige ledere, chefkonsulenter og udviklingskonsulenter, som har deltaget. Denne variation betyder, at svarpersonerne muligvis har forskellige tilgange til overvejelserne omkring maden til ældre på plejehjem og i hjemmeplejen.

Undersøgelsen viser, at kommunerne har mange gode intentioner. I tre ud af fire kommuner er tilpasning af maden til individuelle ernæringsbehov et kriterium som kommunen lægger vægt på. Men når det kommer til de specifikke kvaliteter, som er afgørende for de ældres ernæring, er det kun 16 procent af kommunerne, der prioriterer madens energitæthed. Og tilsvarende kun hver tiende kommune, som decideret betragter madens tygge- og synkevenlighed som en afgørende kvalitet for maden til ældre. En ganske lille andel sammenholdt med at 60-87 procent af de ældre på plejehjem har problemer med at synke¹⁰⁷.

107. http://www.dpsd.dk/upload/temarapport_om_dysfagi.pdf

KOMMUNEUNDERSØGELSE, SEPTEMBER-OKTOBER 2013

69 ud af 98 kommuner har deltaget i undersøgelsen (70 procent), der er forløbet i perioden 26. september til 3. oktober 2013.

Undersøgelsens modtagere er identificeret via telefonisk kontakt til ældreområdet i alle landets kommuner, som så vidt muligt har henvist til den ansvarlige for kommunens madservice til ældre. Den rette person har herefter modtaget et link til elektronisk besvarelse af et spørgeskema.

Undersøgelsen behandler kommunernes overordnede overvejelser omkring kriterier for maden til ældre medborgere på både plejehjem og i ældrepleje, uanset om kommunen benytter sig af private leverandører, selv laver maden eller benytter begge dele.

Gode intentioner. F konkrete handlinger.

Stort set alle kommuner, nemlig 97 procent, svarer, at de i høj grad eller i nogen grad er opmærksomme på ældres risiko for underernæring. Kommunerne er med andre ord bekendt med lidelsen. På trods af kendskab til problemerne med underernæring, er det dog langt fra alle kommuner, som har udarbejdet en politik, der sikrer, at de ældres ernæringsmæssige behov bliver opfyldt. Knap hver tredje kommune har ikke fælles nedskrevne midlertidspolitikker for maden til de ældre. Man kan forestille sig, at kommunerne begrunder de manglende midlertidspolitikker med, at de følger de officielle anbefalinger (anbefalinger for den danske institutionskost) eller vejledninger under initiativet God mad –

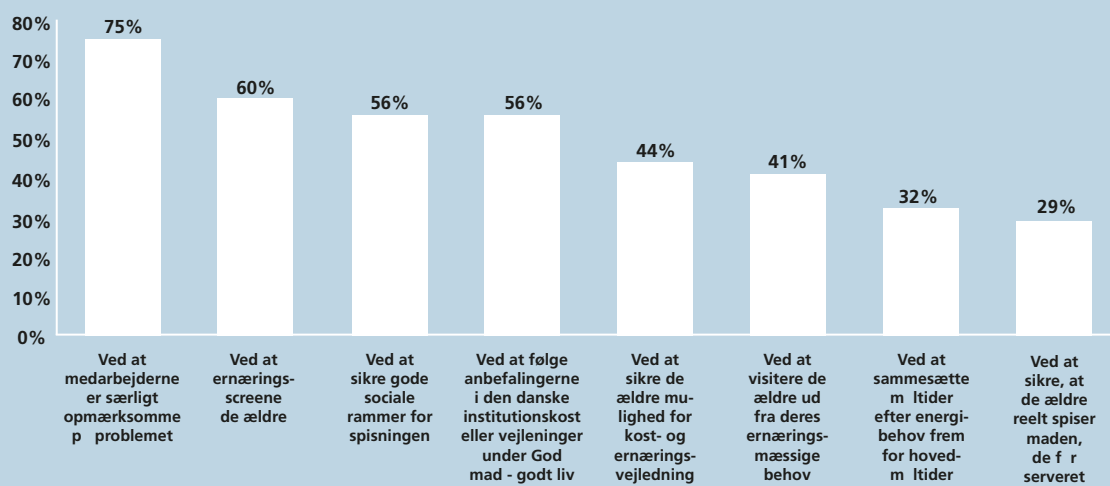
godt liv. Men det er kun tilfældet for godt halvdelen af kommunerne. Hertil kommer at kommunerne, hvis de følger anbefalingerne, skal tage hensyn til tygge- og synkebesvær. Og det er kun hver tiende kommune, som gør det. Hvis kommunerne ikke har et tilbud til ældre med tygge- og synkebesvær kan de altså ikke opfylde de gældende anbefalinger.

Som det fremgår af figur 8 består opmærksomheden omkring underernæring for langt de fleste kommuner i, at medarbejderne er særligt opmærksomme på problemet. Men i de kommuner, hvor medarbejderne ikke er opmærksomme på underernæring – og hvor de måske heller ikke screener de ældre – har de et forklaringsproblem. Flertallet af

daglige energibehov og dermed imødekomme underernæring¹⁰⁸. Derfor er det bekymrende, at kun hver tredje kommune sammensætter deres madleverance efter energibehov frem for hovedmåltider. For mange ældre er det vigtigt, at de spiser med en jævn fordeling af måltider på døgnet, og at de får tilbudt energirige mellemmåltider.

Foruden ernæringsscreening, kostvejledning og sammensætning af måltider ligger der også en væsentlig indsats for kommunerne i at sikre, at de ældre også rent faktisk spiser den mad, som bliver serveret. Her er der naturligvis forskel på plejepersonalets muligheder afhængigt af, om den ældre er plejehjemsbeboer eller modtager madservice i eget

Figur 8. Kommunernes opmærksomhed på ældres risiko for underernæring



Spørgsmål: På hvilken måde er din kommune opmærksom på ældres risiko for underernæring? Vælg gerne flere.

kommunerne screener dog også de ældre for underernæring. Alligevel er det tankevækkende, at 40 procent af landets kommuner ikke systematisk identificerer de ældre borgere, som er i risiko for underernæring. Særligt fordi værktøjerne til at screene ældre for underernæring er velkendte (jf. kap. 3). I tillæg er det blot 36 procent af kommunerne, som registrerer, hvad ældre i risiko for underernæring spiser.

Det forekommer paradoksalt, at medarbejderne i kommunerne er særligt opmærksomme på underernæring, mens det i 56 procent af kommunerne ikke sikres, at de ældre har mulighed for kost- og ernæringsvejledning. Tilsvarende er det kun godt halvdelen af kommunerne, der sørger for gode sociale rammer for måltidet. Dette på trods af det velkendte faktum, at spisesituationen er afgørende for de ældres appetit og lyst til at spise.

For ældre i risiko for underernæring handler det ikke kun om at få serveret dagens hovedmåltider. Tværtimod er mellemmåltider vigtige for at dække det

hjem. Samlet set viser undersøgelsen, at det er færre end hver tredje kommune, som arbejder med at sikre, at de ældre faktisk spiser madservice.

Undersøgelsen blandt landets kommuner tegner samlet set et billede af, at kommunerne er vidende om problemet med ældres risiko for underernæring. Og de kender til de generelle anbefalinger. Alligevel kniber det gevaldigt med at omsætte anbefalingerne og de gode intentioner til handling. Man kan måske endda tale om en tendens i kommunernes opfattelse, hvor man kender problemstillingen, men kun i beskeden grad bruger den viden til handling. Denne undersøgelse viser nemlig, at når der kradses i overfladen og spørges til konkrete indsatser, er det mere ord end handling, der ligger bag kommunernes håndtering af problemerne med underernæring.

108. <http://www.foedevarestyrelsen.dk/Publikationer/Alle%20publikationer/2009002.pdf>

11. ANBEFALINGER

Der er ingen enkel løsning på problemerne med underernæring. Men der er en række indsatser, som dels kan gøre os klogere på problemet. Og dels kan være med til at løse udfordringerne med underernæring blandt patienter og ældre.

Der er ikke en simpel løsning på alle problemerne med underernæring i det danske samfund. Og det er heller ikke fordi, at der intet er sket. Der har været mange gode initiativer med vejledninger og standarder for kvalitetssikring. Flere lægefaglige selskaber har udformet retningslinjer for forskellige kroniske og akutte sygdomme, som forpligter afdelingerne på at screene patienterne for underernæring og fastlægge kostvejledningsforløb. Og på ældreområdet arbejdes konkret med forløbsprogrammer, der skal håndtere de ernæringsmæssige udfordringer i forbindelse med forskellige overgange, fx når en ældre patient udskrives fra sygehus.

Trods alt dette er status, at patienterne stadig ikke får den ernæring, de har behov for under indlæggelsen. Ved udskrivelsen fra hospitalet er der heller ikke tilstrækkelig opfølgning på, om den plan, der er lavet på hospitalet, bliver fulgt op i primær-sektoren. Herved risikerer mange vægttab og underernæring med risiko for genindlæggelse grundet sygdom, infektioner, faldskader eller som direkte konsekvens af underernæringen. Desuden er mange patienter underernæret allerede, når de indlægges på hospitalet første gang, hvilket i sig selv medfører et dårligere resultat af behandlingen.

Vi ved ikke meget om udviklingen i omfanget af underernæring. Der er heller ingen viden om den hidtidige indsats har skabt resultater i ældresektoren. Og om vi kan forhindre problemet i at vokse i omfang, når der kommer mange flere danskere over 80 år inden for de kommende år.

Men vi ved, at der er behov for en indsats. Dels for at blive klogere på problemet. Dels for at komme endnu længere med at løse problemet. På den baggrund foreslår vi en indsats på fire konkrete områder:

1. Oplysning om underernæring

På sygehusene og i kommunerne er der kendskab til og viden om underernæring. Men den almindeli-

ge dansker kender ikke til begrebet og de muligheder, man selv har for at forebygge underernæring. Vi opfordrer til gennem folkeoplysning at øge bevidstheden om underernæring hos danskere over 50 år. Det kan eksempelvis ske ved at indføre særlige kostord for personer i risiko for underernæring.

2. Mål for underernæring

Det er svært at bekæmpe en lidelse, når man ikke ved, om problemet er stigende eller aftagende. Der er derfor behov for, at vi får nogle faste, pålidelige tal for problemets udbredelse. Det vil være bedst, hvis man laver obligatoriske kvalitetsmålinger, der indberettes centralt. De kunne eksempelvis handle om, hvor stor en andel af patienterne og de ældre, der screenes for underernæring og i hvor høj grad de underernærede faktisk dækker deres ernæringsbehov.

3. Screening af underernæring

En anden forudsætning for at bekæmpe underernæring er, at man opdager den i tide. Derfor er det afgørende, at alle ældre og patienter screenes, når det er relevant. Og det er typisk i overgangsfaserne: Når en ældre, bliver indskrevet på et plejehjem. Eller når patienten indlægges på sygehuset. Eller udskrives igen.

4. Mad mod underernæring

Endelig er det afgørende, at underernærede og personer i risiko for underernæring får en kost, der dækker deres behov og øger deres vægt. Det kræver gode fødevarer, bedre mad og fokus på måltider. Der skal laves kostplaner. Og kosten skal leve op til planerne. Den skal være lækker og indbydende. Den skal smage og dufte godt. Og endelig skal den spises i appetitvækkende rammer. Det kræver alt sammen ressourcer i form af mere opmærksomhed fra eksisterende personale. Eller mere personale. Men gevinsterne ved indsatsen vil langt overgå investeringen. Både når det gælder økonomi. Men også i form af bedre og længere liv.

