



SUNDHEDSSTYRELSEN

Erfaringsopsamling fra puljeprojekter

# **Tværfaglige ernæringsindsatser for underernærede ældre eller ældre med uplanlagt vægttab**

Erfaringsopsamling fra puljeprojekter

**Tværfaglige ernæringsindsatser for underernærede  
ældre eller ældre med uplanlagt vægttab**

© Sundhedsstyrelsen, 2021

Publikationen kan frit refereres  
med tydelig kildeangivelse.

Sundhedsstyrelsen  
Islands Brygge 67  
2300 København S

**[www.sst.dk](http://www.sst.dk)**

Elektronisk ISBN: 978-87-7014-402-5

Sprog: Dansk

Version: 01

Versionsdato: 14. december 2021

Foto: Sundhedsstyrelsen

Udgivet af Sundhedsstyrelsen  
December 2021

# Indholdsfortegnelse

<b>1. Indledning</b> .....	<b>4</b>
1.1. Baggrund .....	4
1.2. Udmøntning og introduktion til projekterne .....	6
1.3. Hovedfund på tværs af puljeprojekterne .....	8
<b>2. Metode og datagrundlag</b> .....	<b>10</b>
2.1. Projekternes mål og målopnåelse .....	10
2.1. Ordforklaringer .....	12
<b>3. Organisering og samarbejde</b> .....	<b>14</b>
3.1. Projektorganisering .....	14
3.2. Mødestruktur .....	14
3.3. Tværfagligt samarbejde og linjeorganisationen .....	16
3.4. Ledelse .....	17
3.5. Synlighed og tilgængelighed .....	17
<b>4. Arbejdsgange og processer</b> .....	<b>19</b>
4.1. Arbejdsgange for opsporing .....	20
4.2. Arbejdsgange for udredning og indsats .....	22
<b>5. Videndeling og kompetenceudvikling</b> .....	<b>23</b>
5.1. Intern videndeling .....	23
5.2. Bredde og gentagelse .....	23
5.3. Sidemandsoplæring .....	25
5.4. E-læring .....	26
5.5. Tid .....	26
<b>6. Målgruppe, opsporing og henvisning</b> .....	<b>27</b>
6.1. Afgrænsning af målgruppe .....	27
6.2. Opsporing .....	28
6.3. Henvisning og indsats .....	29
<b>7. Indsatser</b> .....	<b>31</b>
7.1. Tværfaglige indsatser og helhedsorientering .....	31
7.2. Individuel tilpasning og opfølgning .....	32
7.3. Eksempler på tværfaglige indsatser .....	33
7.4. Henvisning til videre udredning og behandling .....	36
7.5. Pjecer og plakater .....	37
<b>8. Kerneerfaringer og gode råd</b> .....	<b>38</b>
<b>Referenceliste</b> .....	<b>40</b>

# 1. Indledning

Det vurderes at over halvdelen af alle ældre, der bor i plejebolig eller modtager hjælp fra hjemmeplejen, er i risiko for at blive underernærede.<sup>1</sup> Man ved, at underernæring og uplanlagt væggtab har væsentlige sundhedsmæssige og samfundsøkonomiske konsekvenser. Underernæring og uplanlagt væggtab kan have mange årsager, og derfor er samarbejde mellem forskellige faggrupper relevant i arbejdet med udredning og indsatser på ernæringsområdet.

Som led i satspuljeaftalen på ældreområdet for 2018-2021 satte den daværende regering og satspuljepartierne 13,2 mio. kr. af til initiativet "Pulje målrettet tværfaglige ernæringsindsatser for underernærede ældre eller ældre med uplanlagt væggtab". Puljen har haft til formål at afhjælpe underernæring og uplanlagt væggtab blandt ældre i plejebolig eller eget hjem gennem styrket kommunalt tværfagligt samarbejde om ernæringsindsatser.

Kommunerne kunne i 2018 søge midler fra puljen til at afprøve forskellige modeller for tværfagligt samarbejde om ernæringsindsatser til ældre, der er underernærede eller har tabt sig uplanlagt. Projekterne skulle i perioden august 2018 til december 2021 iværksætte tværfaglige, helhedsorienterede og systematiske indsatser for at forbedre ernæringstilstanden blandt underernærede ældre og ældre med uplanlagt væggtab og dermed forebygge de sundhedsmæssige konsekvenser forbundet hermed.

Denne erfaringsopsamling er udarbejdet af Sundhedsstyrelsen på basis af puljeprojekternes lokale erfaringsopsamlinger, samt supplerende information fra lokale projektledere.

## 1.1. Baggrund

Underernæring og uplanlagt væggtab har væsentlige sundhedsmæssige og samfundsøkonomiske konsekvenser. Underernæring og uplanlagt væggtab er en risikofaktor for blandt andet øget sygelighed, dødelighed, funktionsnedsættelse og nedsat livskvalitet samt øget behov for hjælp til dagligdagsopgaver.<sup>2</sup>

Der findes ikke landsdækkende data for forekomsten af underernæring eller uplanlagt væggtab. Kost- & Ernæringsforbundet vurderede dog i 2014, på baggrund af en række

danske og europæiske studier, at ca. 60 % af ældre i plejebolig og i hjemmeplejen er i risiko for underernæring.<sup>1</sup> Desuden har en dansk undersøgelse fra 2012 fundet, at 42 % af ældre i plejebolig i løbet af seks måneder oplever et uplanlagt væggtab, hvilket er en risikofaktor for underernæring.<sup>3</sup>

Der er udarbejdet en række anbefalinger og værktøjer målrettet medarbejdere i kommuner, på sygehuse og i almen praksis til at understøtte arbejdet med at sikre ældre den rette ernæring.<sup>4</sup> Alle personalegrupper omkring den ældre bør have viden om, hvilken betydning mad, måltider og ernæring har for den ældres livskvalitet, helbred og funktions- evne. Derudover er det vigtigt, at de enkelte faggrupper har indsigt i andre faggruppers tilgange til ernæring med henblik på tilrettelæggelse af det tværfaglige samarbejde. Afhængigt af hvor komplicerede ernæringsmæssige problemer, den ældre har, er der mange forskellige tiltag forbundet med en hensigtsmæssig ernæringsindsats. Hvilke indsatser, der er relevante, afhænger af årsagerne til underernæringen. Dette fordrer et tværfagligt samarbejde og et helhedsorienteret blik på borgeren og problemstillingen.<sup>5</sup>

## 1.2. Udmøntning og introduktion til projekterne

I alt 37 kommuner ansøgte i 2018 om et samlet beløb på 77,1 mio. kr., og puljens 13,2 mio. kr. blev fordelt på nedenstående fem projekter. Projekterne skulle gennemføres i perioden august 2018 til december 2021.

### Måltidet i fokus, *Ballerup Kommune*

**Formål:** Forebygge indlæggelser og funktionstab hos ældre i eget hjem via en målrettet og systematisk tværfaglig ernæringsindsats, der forankres i den tværgående rehabiliteringsindsats.

**Målgruppe:** Ældre i eget hjem tilknyttet hjemme- og sygeplejen, som er underernærede eller har uplanlagt vægttab.

**Tværfagligt team:** Klinisk diætist, ernærings- og sygeplejerske og ergoterapeut.

### Tværfaglig indsats til svækkede ældre i plejebolig, *Frederiksberg Kommune*

**Formål:** Implementere en systematisk, koordineret tværfaglig ernæringsindsats målrettet underernærede ældre eller ældre med uplanlagt vægttab på hhv. Østervang og Flintholm plejeboliger i Frederiksberg Kommune.

**Målgruppe:** Ældre i plejebolig, som er underernærede eller har uplanlagt vægttab.

**Tværfagligt team:** Ergoterapeut, klinisk diætist og tandplejer.

### Mere Ernæring i Træning – MET, *Odense Kommune (i samarbejde med Assens, Langeland og Ærø)*

**Formål:** Afhjælpe underernæring og uplanlagt vægttab hos ældre borgere i et kommunalt genoptræningsforløb.

**Målgruppe:** Ældre i eget hjem (Odense, Ærø, Assens) eller midlertidigt på rehabiliteringscenter (Langeland), som er underernærede eller har uplanlagt vægttab.

**Tværfagligt team:** Kliniske diætister, fysioterapeuter og ergoterapeuter.

**Tværfaglige ernæringsindsatser for underernærede ældre eller ældre med uplanlagt væggtab, Silkeborg Kommune**

**Formål:** Afprøve en model, der tilbyder den underernærede ældre i eget hjem en systematisk og helhedsorienteret ernæringsindsats.

**Målgruppe:** Ældre i eget hjem tilknyttet hjemmepleje eller hjemmesygepleje, som er underernærede eller har uplanlagt væggtab. Målgruppen er afgrænset til ældre med svær sygdom (cancer, KOL) og ældre med flere end én kronisk sygdom.

**Tværfagligt team:** Fysioterapeut, ergoterapeut, sygeplejerske, social- og sundhedshjælper og social- og sundhedsassistent (som udgør tværfaglige teams i hjemmeplejeenhederne) og klinisk diætist.

**Styrket ernæringsindsats, Stevns Kommune**

**Formål:** Sikre tilbud, der skal styrke ernæringstilstanden og funktionsevnen hos underernærede ældre og ældre med uplanlagt væggtab.

**Målgruppe:** Ældre i eget hjem tilknyttet hjemmepleje eller madservice, som er underernærede eller har uplanlagt væggtab.

**Tværfagligt team:** Klinisk diætist, ergoterapeut, sygeplejerske.

### 1.3. Hovedfund på tværs af puljeprojekterne

Det har været en fælles erfaring i alle projekterne at øget kompetence om ernæring hos alle fagpersoner, der er i berøring med de ældre, bedre kendskab til andre faggruppers kompetence og kendte, effektive arbejdsgange har ført til mere opsporing, flere henvisninger og bredere og mere sammenhængende forløb for ældre med behov for ernæringsindsats.

I henhold til målinger gjort i projekterne, har tværfaglige ernæringsindsatser resulteret i stabiliseret eller øget vægt for mere end tre fjerdedele af de borgere, der har modtaget og gennemført et forløb med en tværfaglig indsats.

Der er desuden følgende mere specifikke erfaringer på tværs:

#### › **Organisering og samarbejde**

**Tværfagligt samarbejde:** Samarbejdet i de tværfaglige ernæringsteams med fast mødestruktur og dagsorden har ført til udvikling af effektive arbejdsgange for opsporing og henvisning, og til helhedsorienterede og sammenhængende forløb for borgerne. Velfungerende tværfagligt samarbejde mellem teamene og andre relevante faggrupper fx plejepersonale, omsorgstandpleje, fysioterapeuter og madservice har ført til fælles sprog og øget gensidigt kendskab til de enkelte faggruppers ernæringsfaglige kompetence.

**Ledelsesopbakning:** Ledelsesopbakning har sikret tid til kompetenceudvikling og implementering af nye arbejdsgange.

#### › **Arbejdsgange og processer**

**Opsporing og enkel henvisning:** Systematisk opsporing og enkle arbejdsgange for henvendelse til tværfaglige teams har bidraget til godt samarbejde på ernæringsområdet og til markant øget opsporing af ældre borgere i ernæringsrisiko.



### › Videndeling og kompetenceudvikling

**Bred involvering og diversitet i temaer:** Involvering af flere faggrupper i kompetenceudviklingen og bredt favnende ernæringsfaglige temaer i undervisningen har bidraget til fælles fokus og fælles sprog til gavn for borgerne i målgruppen.

**Sidemandsoplæring og gentagelse:** Praksisnær sidemandsoplæring fra ernæringsfagligt personale til øvrige faggrupper har fungeret godt i alle projekter, ikke mindst til udvikling af praktiske færdigheder. Oplæring bør gentages løbende på grund af udskiftning af medarbejdere og for at sikre fortsat fokus på ernæring.

### › Målgruppe, opsporing og henvisning

**Afgrænset målgruppe:** Afgrænsning af målgruppen, fx i forhold til alder, eller om borger er visiteret til hjemmepleje eller genoptræning, har været vigtigt for at sikre kapacitet til opsporing og indsats.

**Systematisk opsporing, tidlig henvisning og hurtig opfølgning:** De tre elementer har givet et godt udgangspunkt for at opnå positive resultater for borgerne. Sen opsporing gør det vanskeligere at opnå gode resultater, da de ældre kan være for svækkede til at gennemføre og få fuldt vægtmæssigt udbytte af indsatsen.

### › Indsatser

**Sammenhæng:** Mange af de samme ernæringsindsatser, som er anvendt i projekterne kunne tilbydes før etableringen af det tværfaglige samarbejde, men de blev ofte tilbudt sent og som monofaglige forløb. Erfaringen er, at det giver bedre sammenhæng mellem indsatserne og dermed resultater for borgerne, når faggrupperne samarbejder.

## 2. Metode og datagrundlag

Erfaringsopsamlingen bygger på skriftligt materiale fra projekterne og er udarbejdet af Sundhedsstyrelsen i efteråret 2021. Projekterne har udarbejdet statusrapporter undervejs og lokale erfaringsopsamlinger og egevalueringer i august/september 2021. Slutrapporter fra projekterne foreligger i foråret 2022.

Projektlederne har skriftligt besvaret uddybende spørgsmål til de lokale erfaringsopsamlinger i november 2021, og der er afholdt korte valideringsmøder med det enkelte projekt for at afstemme hovedfund og de vigtigste erfaringer i starten af december 2021.

### 2.1. Projekternes mål og målopnåelse

Projekterne i puljen har oplevet nogle udfordringer med at hente kvantitative data på målopnåelse, og i flere projekter har der kun i begrænset omfang været baseline-data tilgængelig. Henvisninger til opnåede resultater i erfaringsopsamlingen bygger derfor i høj grad på projekternes oplevede erfaringer.

Projekterne har alle defineret egne mål, og målene falder hovedsageligt inden for tre hovedområder:

1. Afhjælpe underernæring og uplanlagt væggtab blandt ældre borgere. Borgere, som modtager en ernæringsindsats, skal stabilisere eller øge vægten.
2. Gøre medarbejdere tæt på de ældre kompetente til at opspore underernæring og/eller uplanlagt væggtab og til at handle, herunder at vide hvornår og hvordan de skal henvende sig til kolleger med ernæringsfaglig kompetence.
3. Etablere samarbejde, arbejdsgange og kompetenceudvikling, som understøtter tidlig opsporing og indsats.

De fleste projekter har haft som mål, at 75% af de ældre, som modtog en tværfaglig ernæringsindsats, skulle opnå stabil eller øget vægt som følge af indsatsen. Målet er i praksis nået i de fire projekter, hvor der på nuværende tidspunkt foreligger målinger. I to projekter er målet dog kun nået, hvis man ikke medregner de ældre, som afbrød indsatsen undervejs eller som ikke ønskede vejning.

I to projekter havde man et ønske om at måle, om der som følge af de ernæringsfaglige indsatser ville ske en reduktion i antallet af indlæggelser pga. nedre luftvejssygdomme. To projekter ønskede desuden at måle, om de tværfaglige ernæringsindsatser ville føre til

mindre/senere behov for hjemmepleje. Det viste sig desværre ikke muligt at hente data på disse parametre fra dokumentationssystemerne.

I flere projekter ønskede man at evaluere borgernes oplevelse af den indsats, de havde modtaget, herunder om de havde oplevet indsatsen som sammenhængende, og om deres trivsel var øget efter indsatsen. Dette blev ikke gennemført. Projekterne vurderede at de ældre i for mange tilfælde var for svage fysisk og/eller kognitivt til at bidrage.

Alle projekter havde god tilslutning til kompetenceudviklingstiltag, og deltagerevalueringer viste, at deltagerne i kompetenceudviklingen oplevede at have udbytte af tiltagene. Alle projekter oplevede en markant øgning i antallet af opsporede borgere og henvendelser til de tværfaglige teams i løbet af projektet.

I alle projekter blev der udviklet og implementeret nye arbejdsgange, og alle projekter har rapporteret om bedre og tættere tværfagligt samarbejde som følge af projekterne.

Der er planlagt en ekstern evaluering af projektet i Odense Kommune, med samarbejdskommunerne Ærø, Langeland og Assens. Evalueringen vil blive forestået af professionshøjskolen UCL. Evalueringen vil først foreligge efter projektets afslutning ved udgangen af 2021.

## 2.1. Ordforklaringer

### **Underernæring**

Underernæring defineres som mangel på energi, protein og næringsstoffer, der medfører vægttab, en forringelse af kropssammensætningen og reducerede fysiologiske funktioner.

*Sundhedsstyrelsen (2015). Forebyggelse på Ældreområdet – Håndbog til kommunerne.*

### **Uplanlagt vægttab**

Uplanlagt vægttab defineres som et vægttab på minimum 1 kg, der ikke er tilsigtet, og hvor borgeren taber sig uden specifikt at ville det.

*Sundhedsstyrelsen (2015). Forebyggelse på Ældreområdet – Håndbog til kommunerne.*

<b>Tværfagligt team:</b>	Formuleringen "tværfagligt team" bruges gennemgående om de teams, som blev etableret i projekterne for at varetage de tværfaglige, helhedsorienterede og systematiske indsatser. Teamene blev sammensat ud fra det faglige fokus i det enkelte projekt og behovet i den udvalgte målgruppe. Teamene har generelt haft som opgave at: <ul style="list-style-type: none"><li>• udvikle arbejdsgange</li><li>• udvikle kompetencer hos relevante medarbejdergrupper inden for udvalgte ernæringsfaglige temaer</li><li>• yde ernæringsfaglige indsatser over for henviste borgere i den udvalgte målgruppe</li></ul>
<b>Plejeenheder:</b>	Bruges som fællesbetegnelse for hjemmeplejen og plejecentrene.
<b>Plejepersonale:</b>	Bruges som fællesbetegnelse for social- og sundhedshjælpere og – assistenter bortset fra, når der eksplicit kun er tale om den ene faggruppe.

### Faggrupper og ernæringsfaglig funktion:

- › Kliniske diætister kan fx bidrage med specialiseret viden og vejledning inden for diætbehandling til ældre, samt foretage ernæringsvurderinger.
- › Sygeplejersker kan fx iværksætte sygeplejefaglige indsatser, foretage ernæringsvurderinger og have dialog med lægen om bl.a. knusning af medicin.
- › Ergoterapeuter kan fx udrede synkebesvær (dysfagi) og bistå med vejledning om fx tygge- og synketeknikker, siddestillinger og hjælpemidler til spising.
- › Fysioterapeuter kan understøtte effekten af en ernæringsindsats med fx styrketræning.
- › Tandplejere kan fx bidrage med viden og vejledning om mund- og tandstatus, da mund- og tandproblemer kan gøre det svært at bide og tygge optimalt.
- › Læger kan fx bidrage med udredning af årsager til uplanlagt væggtab og justering af ernæringsindsatsen i overensstemmelse hermed.
- › Social- og sundhedsassistenter/-hjælpere bistår fx den ældre praktisk og psykisk/socialt i måltidssituationer og med hygiejne i relation til mund og tænder og de kan bl.a. dokumentere kostindtag, vægtudvikling, spiseproblemer m.v.
- › Køkkenpersonale kan fx bidrage med modificeret kost og ideer til småtspisende.

## 3. Organisering og samarbejde

### 3.1. Projektorganisering

Puljens fem projekter har alle været organiseret centralt i kommunerne, men de tværfaglige teams har samarbejdet tæt med personale i de involverede hjemmeplejeenheder, pleje- og/eller genoptræningscentre.

Projekterne har haft en styregruppe, typisk bestående af projektejer/-leder, ledere af de involverede plejeenheder og/eller centrale fagpersoner. Projektlederen har i de fleste tilfælde været en del af det tværfaglige team, og vedkommende har været klinisk diætist eller haft anden sundhedsfaglig baggrund. Et projekt omfattede flere kommuner, og der havde man en lokal tovholder i hver kommune.

De tværfaglige teams har i de fleste tilfælde bestået af klinisk diætist, ergoterapeut, (ernærings-) sygeplejerske og/eller tandplejer. I et projekt havde fysioterapeuter en central rolle, fordi projektets målgruppe var borgere i genoptræningsforløb.

Teamene har, afhængig af det enkelte projekts målgruppe og fokus, samarbejdet med andre faggrupper såsom omsorgstandpleje, køkken-/madservicepersonale, visitator, demenskoordinator, fysioterapeuter, KOL-sygeplejerske, læge og social- og sundhedsassistenter og -hjælpere ved de involverede plejeenheder.

---

*"Når man sidder i hver sin afdeling, kan det meget tætte samarbejde nogle gange være udfordrende, selvom der kommunikeres via telefon eller mail. Det giver plads til samarbejde, når 1½ -2 timer fast ugentligt er reserveret til teamarbejdet."*

*Medarbejder, Ballerup Kommune*

---

### 3.2. Mødestruktur

De tværfaglige teams etablerede alle tidligt i projektperioden en fast mødestruktur både for interne teammøder og for samarbejdet med personalet i hjemme- og hjemmesygeplejen og ved pleje-/genoptræningscentre. Teamene har typisk haft et møde på 1-2 timer en

dag om ugen, og de har i de fleste tilfælde haft en fast dagsorden. For at få de rette faggrupper involveret i indsatserne, har det været vigtigt i projekterne at drøfte den enkelte borgers problematik på møder med flere faggrupper til stede.

### EKSEMPEL: Dagsorden for ernæringsteammøde, Stevns Kommune

1. FORDELING AF OPGAVER
  - a. Slå op/dokumentere i borger-mappe
  - b. Slå borgere op i Cura (*omsorgssystem*)
  - c. Dokumentere i Cura
  
2. 2.NY-HENVISTE BORGERE
  - a. Orientering om henvisning og relevante data i Cura
  - b. Plan udarbejdes og noteres under "Helbredstilstande" → "Ernæring". Registrere opfølgingsdato.
  - c. Send svar retur til henviser om drøftelse og foreløbig plan, samt overlevér information til forløbskoordinator. Ajourfør ny borger i borger-mappe med opfølgingsdato.
  
3. 3.AKTIVE BORGERE
  - a. Opfølgning på borgere med opfølgingsdato
  - b. Drøftelse og registrering af aftaler under "Helbredstilstande", samt evt. orientering til relevante samarbejdspartnere og forløbskoordinator.
  - c. Ajourfør ny opfølgingsdato i borger-mappe og i Cura
  
4. 4.GRUPPEDIALOG
  - a. Info fra projektleder (møder, referater, status mm.)
  - b. Overvejelser fra projektleder og ernæringsteam (ideer til udvikling og sparring i teamet)

I et af projekterne har man arbejdet med en fast borgerkonferenceliste, som gav overblik over den kronologiske rækkefølge af henvendelser per uge samt de enkelte borgeres forløb, herunder bl.a. deres ernæringsmæssige problemstilling, de iværksatte tiltag, den ansvarlige medarbejder, samt tidspunkter for besøg.

Et projekt har haft gode erfaringer med, at team-deltagerne havde en fælles dag om ugen til rådighed til arbejde på de to plejecentre i projektet. Dagen blev brugt på plejecentrene i hele perioden. I starten til afdækning af målgruppen og derefter til sidemandsop-læring, deltagelse på tavlemøder, opfølgning på indsatser ift. konkrete beboere, afprøvning af dokumentation m.m. I dette projekt har man haft rigtig gode erfaringer med for-

bedringsmodellen. Man udviklede og afprøvede PDSA'er i samarbejde med plejepersonalet. At arbejdet var koncentreret på én dag om ugen fungerede godt i forhold til det tværfaglige samarbejde.

Det projekt, der omfattede flere kommuner, har haft gode erfaringer med samarbejde og erfaringsudveksling på tværs. De eneste udfordringer ved dette var de lange fysiske afstande og periodevis begrænset adgang til at mødes fysisk pga. Covid-19 pandemien i foråret 2020 og vinteren 2021. De oplevede, som de andre projekter, at fysiske møder fungerer bedst.

### 3.3. Tværfagligt samarbejde og linjeorganisationen

Det er en fælles erfaring, at det er lykkedes at skabe et velfungerende tværfagligt samarbejde både internt i teamene og med andre faggrupper. Det har ført til, at der er udviklet et fælles sprog og et øget gensidigt kendskab til faggruppernes ernæringsfaglige kompetencer. Der er også skabt fælles fokus på ernæringsopgaven og med det et godt grundlag for udvikling og implementering af effektive arbejdsgange for opsporing og iværksættelse af indsatser.

Udfordringer i det tværfaglige samarbejde internt i teamene, og i forhold til linjeorganisationen og plejeehederne, har primært været knyttet til faglige prioriteringer. Det har krævet tydeligt lederfokus, koordinering og kommunikation at opprioritere ernæringsindsatser og kompetenceløft i ernæring, samtidig med at andre opgaver er blevet nedprioriteret. Udskiftning af personale har desuden fordret en klar arbejdsdeling og enkle, tydelige retningslinjer.

Samarbejde med personalet tæt på borgeren har været vigtigt i alle projekter. I tillæg til kompetenceudvikling, etablering af arbejdsgange og systematisk opfølgning af indsatser til borgere, har der i projekterne været en række konkrete tiltag rettet mod plejepersonalet. Det har bl.a. bestået i tilbud om ernæringsfaglig sparring, pjecer, plakater og anledning for plejepersonale til at smage på mad, fx modificeret kost.

Samarbejde med omsorgstandplejer er fremhævet som meget nyttigt i flere projekter. I et projekt indgik omsorgstandplejen som en del af det tværfaglige team. I et andet indgik en tandlæge fra omsorgstandplejen i projektgruppen. Det havde projektet stor nytte af, men i forbindelse med fravær viste det sig sårbart, at projektet ikke havde alternative indgange til eller kontaktpersoner i tandplejen. I flere projekter har det givet udfordringer, at den kommunale ældrepleje og omsorgstandplejen dokumenterer i to forskellige systemer. Det har krævet ekstra arbejdsgange, ressourcer og tid.



Samarbejde med madserviceleverandør og/eller køkkenpersonale er fremhævet som vigtigt i flere projekter, ikke mindst i forhold til udvikling af og kendskab til kost til ældre med behov for modificeret kost.

I et par projekter har samarbejdet ført til tydeligere henvendelser til og et tættere samarbejde med visitationen og dermed flere visiteringer af ældre til ernæringsindsatser.

---

*”For os er det afgørende, at de forskellige fagligheder er organiseret i et team. Ellers arbejder vi flerfagligt og ikke tværfagligt – Og i værste fald parallelt og ikke sammen om problemet.”*

*Projektleder, Frederiksberg Kommune*

---

### 3.4. Ledelse

På tværs af projekterne fremhæves vigtigheden af, at ledelsen bakker op om det ernæringsrelaterede arbejde, og at alle involverede ledere har fælles mål. Det har fx været vigtigt i forhold til at afdække og løse eventuelle overlap i forbindelse med etablering af nye arbejds gange, så der kunne sikres et godt flow i ernæringsindsatsen. Ledelsesinvolvering har også været vigtig i forhold til at sikre tid til kompetenceudvikling og i forhold til implementering af de nye arbejds gange.

### 3.5. Synlighed og tilgængelighed

Alle teams har lagt en indsats i at gøre sig tilgængelige på den mest effektive måde for henvendelser om borgere fra plejepersonale og andre faggrupper. De tværfaglige teams har etableret telefonrutiner og i nogle tilfælde en fælles postkasse.

Det er en fælles erfaring, at synlighed og planlagt fysisk tilstedeværelse over for plejepersonalet, på faste triageringsmøder, tavlemøder og andre faste møder i plejen/genoptræningen, har været kritisk for at sikre umiddelbar sparring på udfordringer i det daglige arbejde. Ad hoc præget tilstedeværelse har ikke fungeret lige så godt. Erfaringen er generelt, at direkte mundtlig sparring er mere nyttig end henvisning til skriftlige vejledninger.

Et projekt har haft gode erfaringer med at have ernæringsfaglige kompetencer massivt og synligt til stede især i opstarten af projektet lokalt. Andre har haft stor nytte af samarbejde, dvs. at flere faggrupper har været til stede på møder med personale og i møde med borgere.

## 4. Arbejdsgange og processer

Effektivisering og udvikling af nye arbejdsgange har været et mål eller delmål i alle projekter. Et projekt fremhæver forbedringsmodellen som en anvendelig og praksisnær metode, der har fungeret godt ift. at udvikle velfungerende arbejdsgange i de daglige rutiner.

### FAKTA

**Forbedringsmodellen** er en grundlæggende metode for forbedringsarbejde. Personalet udvikler, afprøver, tilpasser og implementerer - i den daglige kontakt med borgerne - idéer til mere systematiske arbejdsgange, der sikrer, at borgerne får den rette behandling hver gang.

Forbedringsmodellen består af to dele, og den første del omfatter tre spørgsmål:

1. Hvad ønsker vi at opnå?
2. Hvordan ved vi, at en forandring er en forbedring?
3. Hvilke forandringer skal iværksættes for at skabe forbedringer?

Modellens anden del, PDSA-cirklen, er selve metoden til afprøvning af den enkelte idé. Der er fire elementer i PDSA-cirklen:

- > **Plan:** Personalet formulerer en hypotese og planlægger, hvad der skal gøres anderledes.
- > **Do:** Personalet gennemfører afprøvningen og indsamler data.
- > **Study:** Personalet sammenligner data med hypotesen.
- > **Act:** Personalet bekræfter, forkaster eller justerer hypotesen efter, hvad det lærte, og planlægger næste afprøvning.

Link: [Forbedringsmetoder \(isikrehaender.dk\)](https://isikrehaender.dk)

---

*"... så er det bare supervigtigt med de der arbejdsgange. Så man ved, hvordan det er, det ligger i min arbejdsgang, at jeg skal runde det her emne (...) for ellers tror jeg ikke, vi får det brugt."*

*Fra fokusgruppeinterview, Odense Kommune*

---

Et projekt havde en sygeplejerske med i teamet. Det var nyttigt, både fordi det gav et tæt samarbejde med den udekørende sygeplejegruppe, og fordi det gav en kortere arbejds-gang, når teamet skulle oprette og afslutte sygeplejefaglige indsatser, fx vejning. Generelt er det oplevelsen at når de tværfaglige teams er godt forankret i organisationen og har velfungerende arbejdsgange, så bliver flere borgere opsporet, henvist, fulgt op og monitoreret. Det er en tværgående erfaring, at enheder og faggrupper er blevet mere opmærksomme på hinandens arbejdsområder og kompetencer som følge af tydeligere arbejds-gange.

---

*"Hver den sidste torsdag i måneden, står der – som den eneste dag i måneden – et hjælpemiddel på gangen i afdelingen. Det er stolevægten, der er fundet frem sammen med vægten til loftliften. 17 beboere skal vejes, og den månedlige rytme ruller uanset hvem, der er mødt på arbejde. Eller rettere: det er 15 beboere, for 2 har valgt ikke at tage imod tilbuddet om månedlig vejning. Alle vejes på den vægt, de blev vejet på ved sidste måneds vejning. Inden frokost er alle vejet og status kan gøres: er der væggtab?"*

*Afdelingssygeplejerske, Frederiksberg Kommune*

---

#### 4.1. Arbejdsgange for opsporing

Udvikling og implementering af arbejdsgange knyttet til opsporing og henvisning har stået centralt i alle projekter, og flere faggrupper har som led i projekterne fået ansvar for at opspore i mødet med borger. Projekterne har arbejdet med udvikling af arbejdsgange for opsporing i henhold til tre overordnede metoder:

› **Vejning**

De fleste projekter har arbejdet med arbejdsgange for systematisk vejning enten for alle ældre i målgruppen eller som en indsats, når en ernæringsvurdering har vist, at den ældre har risiko for dårlig ernæringsstilstand eller potentiale for at få udbytte af en ernæringsindsats.

› **Udarbejdelse af ernæringsvurderingsskema (EVS)**

Der er i flere projekter udarbejdet arbejdsgange for udarbejdelse af EVS. De konkrete arbejdsgange og kriterier for hvornår EVS udarbejdes, og hvem der udarbejder det, varierer fra projekt til projekt. I nogle kommuner udarbejdes EVS fx

af kliniske diætister, i andre af social- og sundhedsassistenter. Der er også udarbejdet lokale flowdiagrammer for den videre opfølgning, hvis EVS giver en score på 1 eller 2.

› **Observation og samtale**

Der også eksempler på, at arbejdsgange for struktureret opsporing omfatter brug af fælles spørgeguide/dialogværktøj<sup>6</sup>, eller brug af observation af ”De 9 tegn på underernæring”<sup>7</sup> (nedsat appetit, spises maden, vægttab, tandstatus, synkebesvær, kvalme, væskeindtag, køleskab, hænger tøjet).

Projekternes erfaring er, at implementeringen af nye arbejdsgange har ført til øget og mere systematisk brug af opsporingsmetoderne, øget opsporing, og at behovet for ernæringsindsatser er afdækket, dokumenteret og fulgt op i langt højere grad end før. Da medarbejdere imidlertid udskiftes løbende, er erfaringen dog, at fokus på ernæringstilstand over tid kræver synlighed af ernæringsfaglig medarbejder.

## FAKTA

**Ernæringskemaet (EVS)** er et registreringskema, hvor det er muligt at notere udviklingen i den enkelte borgers ernæringstilstand. EVS består af følgende dele:

1. Vurdering af spisevaner
2. Vurdering af ernæringstilstand
3. Handleplan – risikofaktorer
4. Handleplan – Vægttab/spisevaner
5. Evaluering
6. Afslutning

En EVS-score på 1 betyder at den ældre er i risiko for dårlig ernæringstilstand. En score på 2 betyder at den ældre har gavn af ernæringsindsats

*Socialstyrelsen (2013). Ernæringsvurdering.*

## 4.2. Arbejdsgange for udredning og indsats

Alle kommuner har arbejdet med at etablere effektive arbejdsgange og flowdiagrammer for henvisning til udredning og eventuelt behandling og monitorering, efter at vejning, EVS eller observation har afdækket, at en borger er ernæringsudsat.

Arbejdsgange for henvendelse til de ernæringsfaglige teams eller direkte til fx diætister, ergoterapeuter og omsorgstandplejen er generelt forenklet. Flere faggrupper kan henvende sig om borgere med en opsporet ernæringsproblematik uden at skulle bruge meget tid på detaljering af henvendelsen. I flere projekter er der etableret arbejdsgange, så henvendelse til det ernæringsfaglige team kan ske ved en enkel besked i omsorgssystemet.

I flere projekter er der etableret faste arbejdsgange/flow for det videre forløb ved en EVS score på henholdsvis 0, 1 eller 2.

### **EKSEMPEL: Case før projekt for tværfaglig ernæringsindsats**

*Efter en indlæggelse får borger besøg af sygeplejerske og får lavet en sygeplejefaglig udredning. Her oplyser borger første gang, at han har tabt sig, samt at han hverken oplever tørst eller appetit og føler synkebesvær. I løbet af det indestående år er han i kontakt med både ergoterapeut, fysioterapeuter, sygeplejersker, egen læge og hjemmehjælp – men der er ikke nogen systematisk tværfaglig kommunikation om, hvilke handlinger der iværksættes af de forskellige aktører. I notaterne noteres flere gange, at borger har tabt sig, og at dette er en kilde til stor bekymring for ham.*

## 5. Videndeling og kompetenceudvikling

### 5.1. Intern videndeling

Videndeling internt i de tværfaglige teams har alle projekterne oplevet som nyttige, og et projekt har haft glæde af videndeling mellem teamet og et kommunalt ernæringsrejsehold. Det har givet et godt fundament for tværfaglig forankring og spredning af arbejds-gange på de involverede plejecentre og i resten af kommunen. I et andet projekt har det tværfaglige team og visitationen gennem videndeling fået større kendskab til hinandens kompetencer og arbejdsområder. Det har blandt andet ført til, at ca. 40 % af henvendelserne om behov for ernæringsindsatser nu kommer fra visitationen i kommunen.

### 5.2. Bredde og gentagelse

Det er en gennemgående erfaring i projekterne, at kompetenceudviklingen skal favne mange faggrupper for at etablere et fælles sprog. Desuden har man i projekterne erfaret, at kompetenceudvikling skal gentages jævnligt både for at fastholde fokus og på grund af løbende udskiftning af medarbejdere.

I flere projekter har man valgt at understrege tværfagligheden ved, at alle faggrupper har deltaget i undervisningen. Det har ført til gode drøftelser og bidraget til et øget kendskab til andre faggrupper og sammenhængen mellem egne og andres arbejdsopgaver.

---

*”Styrket kompetence hos den enkelte medarbejder er det vigtigste resultat.”*

*Projektejer, Odense Kommune*

---

Der er samlet set i projekterne givet undervisning i et bredt spekter af ernæringsfaglige temaer:

- › Opsporing og ernæringscreening, herunder brug af ernæringsvurderingsskema (EVS) og vurdering af tegn på underernæring
- › Arbejdsgange og dokumentationspraksis for opsporing, henvendelser og monitorering
- › Dysfagi
- › Kostformer og måltidets betydning
- › Tandstatus og mundhygiejne
- › ”Hvornår og hvordan handle - og hvornår og hvordan henvise”

I to projekter har man erfaret, at EVS bruges hyppigere, når personalet har fået vejledning og undervisning. I en af kommunerne bidrog projektet til en reel re-implementering af EVS, mens erfaringen i en anden kommune er, at fortsat brug af EVS kræver løbende opmærksomhed.

Dysfagikompetence vurderes i flere projekter som helt afgørende for, at ældre i ernæringsrisiko får den optimale indsats. Blandt andet af den grund har køkkenpersonale deltaget i undervisningen i enkelte projekter. Det har givet dem større forståelse for dysfagi,

## FAKTA

**Dysfagi** er problemer med fødeindtagelse, synkefunktion og/eller vanskeligheder med at spise og drikke. Dysfagi klassificeres efter, hvor dysfagien forekommer, dvs. øvre dysfagi, der er relateret til mund og svælg, og nedre dysfagi, der er relateret til spiserør og mavesæk.

Dysfagi kan have mange og alvorlige konsekvenser for den enkelte. Dog påvirker dysfagi primært sikkerheden og effektiviteten af synkefunktionen. Sikkerheden refererer typisk til risiko for aspiration (fejlsynkning) af mad eller drikke til luftrør og lunger, og effektivitet refererer til, hvor effektivt og med hvilken hastighed, personen kan synke mad og drikke. Tilsammen eller hver for sig kan disse to elementer af dysfagi føre til, at en person ikke kan spise tilstrækkeligt, med risiko for underernæring og dehydrering. Ud over dette risikerer personen med dysfagi at fejlsynke (aspirere) og udvikle aspirationspneumoni (fejlsynkningsbetinget lungebetændelse).

Dysfagi er forbundet med øget risiko for sygelighed og død, reduceret livskvalitet, risiko for social isolation m.v.

*Fødevarestyrelsen, Sundhedsstyrelsen og DTU Fødevarainstituttet (2015). Anbefalinger for den danske institutionskost.*



for behov for konsistensmodificering, og det har medført bedre vejledning fra køkkenpersonalets side til borgere og medarbejdere.

I et projekt har fysio- og ergoterapeuter, som arbejder med genoptræning, fået undervisning i bl.a. næringsstoffer og deres rolle i kroppen, ernæringens betydning for borgere i genoptræning og i aldersbetingede forandringer i kroppen og deres betydning for målgruppens ernæringsbehov. Det har medvirket til, at ernæring nu er blevet en integreret del af genoptræningsindsatsen i de kommuner, som var med i projektet.

### 5.3. Sidemandsoplæring

Flere projekter har haft succes med ernæringsfaglig sidemandsoplæring af plejepersonale. Oplæringen er givet af blandt andet diætister og tandplejere og har omfattet praktiske opgaver som fx dokumentation, arbejdsgange, mundpleje og udfyldelse af EVS.

Sidemandsoplæring har været mere tidskrævende for teamene end holdundervisning eller udlevering af skriftlige vejledninger og flowdiagrammer, men erfaringen har været, at det giver betydelig bedre resultater i forhold til opnåelse af de praktiske færdigheder. Dette gælder ikke mindst for medarbejdere, som har læseudfordringer, eller som ikke har dansk som førstesprog. Det er en fælles erfaring, at der generelt er behov for ernæringsfaglige medarbejdere tæt på driften og borgerne for fortsat fokus på ernæring og for at sikre, at også nye medarbejdere får den nødvendige kompetence.

---

*"Jeg har fået ny viden i mit samarbejde med omsorgstandplejen og sidemandsoplæringen er gået fint. Jeg har lært at opspore forskellige tandproblematikker, herunder tankødsbetændelse, og ved hvad jeg skal kigge efter, så jeg til dagligt kan holde øje med det og holde tænder og mund rene hos beboerne."*

SSA, Frederiksberg Kommune

---

I et projekt har sidemandsoplæring ved kommunens faste, tværfaglige ernæringsrejsehold også haft stor betydning for spredningen og implementeringen af arbejdsgange på tværs af plejeboliger. Rejseholdet var etableret før projektet, men samarbejdet mellem det tværfaglige ernæringsteam og rejseholdet har været tæt.

## 5.4. E-læring

To projekter har udviklet og/eller testet e-læring. I et projekt var tilbuddet om e-læring til ergo- og fysioterapeuter en succes. De blev bl.a. undervist i næringsstofferne betydning for kroppen og fik konkrete handlingsanvisninger. I en anden kommune oplevede man, at e-læring ikke fungerede optimalt for plejepersonalet pga. tidspres, men også pga. manglende læsefærdigheder hos nogen medarbejdere. E-læringen måtte her suppleres med sidemandsoplæring, ikke mindst når det gjaldt praktiske opgaver som fx mundhygiejne og dokumentation.

## 5.5. Tid

På tværs af projekterne har man oplevet udfordringer med at tage medarbejdere ud af driften til undervisning. Undervisningen måtte planlægges nøje i samarbejde med lokale ledere, så den ikke forstyrrede det daglige arbejde unødigt. Dette gjaldt både sidemands- og holdundervisning.

Specielt ét af de tværfaglige teams oplevede, at omfanget af henvendelser om ernæringsfaglig indsats steg kraftigt umiddelbart efter, at undervisningen i tværfaglig ernærings var gennemført. De måtte nedprioritere ernæringsindsatserne noget i den mest undervisningstunge periode, da der ikke var kapacitet til at gennemføre begge dele parallelt.

---

*”Sambesøg i borgers hjem er en god måde at arbejde tværfagligt på. At samarbejde om mere praksisnære opgaver. Vi lærer hinandens fagområder bedre at kende. Fx bliver andre faggrupper bedre til at opspore at en borger har symptomer på dysfagi, når de har været til stede sammen med ergoterapeuten ved dysfagiudredning. Det giver også bedre forståelse for de anbefalinger ergoterapeuten efterfølgende kommer med, fx i forhold til konsistens af mad og drikke. Ergoterapeut i ernæringsteamet oplever markant bedre samarbejde med plejepersonale efter projektstart.”*

*Projektleder, Ballerup Kommune*

---

## 6. Målgruppe, opsporing og henvisning

### 6.1. Afgrænsning af målgruppe

De fem puljeprojekter har været rettet mod underernærede ældre og ældre med uplanlagt vægttab, primært i aldersgruppen fra 65 år og op. Projekterne har yderligere afgrænset og prioriteret målgruppen for at sikre kapacitet til opfølgning af henviste borgere.

Fire projekter har været målrettet ældre i eget hjem, som modtog hjemmepleje, hjemmesygepleje og/eller madservice. I ét af de fire har det været et tillægskriterium, at borgeren havde svær sygdom, defineret som cancer, KOL, mere end én kronisk sygdom eller havde funktionsnedsættelse. I et andet af de fire var målgruppen afgrænset til borgere, som var i kommunalt genoptræningsforløb efter indlæggelse på sygehus. I den tredje kommune var målgruppen for projektet alle ældre som boede på de to plejecentre i kommunen, som var omfattet af projektet plejebolig. Man havde i dette projekt ikke sat en nedre aldersgrænse på 65 år.

Antallet af borgere, som efter opsporing fik en tværfaglig ernæringsindsats varierede i fire af kommunerne fra ca. 100 til over 450. I den kommune, hvor antallet af borgere som fik en ernæringsindsats var over 450, havde man haft et forprojekt, som betød at man kunne gå direkte i gang med arbejdet ved starten af dette projekt. I projektet for ældre under genoptræning vil der først foreligge endelige tal, når den eksterne evaluering er gennemført.

En fælles tilbagemelding fra projekterne er, at målgrupperne med fordel kunne have være defineret bredere, hvis der havde været kapacitet til at følge op. Dette gælder især den nedre aldersgrænse på 65 år. I de fleste projekter fik man henvendelser vedrørende yngre borgere, som kunne have haft nytte af ernæringsindsatser, men som qua deres alder ikke kunne inkluderes. De tværfaglige teams har også fået henvendelser om ældre, som ikke var omfattet af kommunale pleje- eller genoptræningstilbud, men som havde behov for ernæringsindsats pga. underernæring eller vægttab.

I projektet rettet mod ældre i genoptræningsforløb medførte kriterierne for målgruppen øget opmærksomhed på, at mange ældre borgere i genoptræning – også de der ikke var ernæringsudsatte – kunne have gavn af en ernæringsindsats.

## 6.2. Opsporing

Projekterne har overordnet erfaret, at deres indledende estimater på, hvor mange borgere i målgruppen i sin helhed, der ville have behov for en ernæringsindsats, var relativt præcise. I flere projekter stemte lokale tal godt overens med danske og internationale fund<sup>1</sup>, dvs. at ca. 60 % af ældre i plejebolig og i hjemmeplejen er i risiko for underernæring, og at ca. 42 % af ældre i plejebolig i løbet af seks måneder oplever et uplanlagt væggtab.

Projekterne har gjort sig forskellige erfaringer med opsporingsmetoderne: vejning, EVS, observation/samtale, og de har valgt at tilrettelægge opsporingsarbejdet forskelligt.

- › I et projekt har man opnået, at alle beboere på de involverede plejehjem systematisk vejes hver måned, og at alle, der har tabt sig uplanlagt, får udarbejdet EVS.
- › I to projekter i kommuner, som ikke har vejning af alle borgere i hjemmeplejen som fast indsats, har man erfaret, at manglende vejning gør det vanskeligere at sikre systematisk tidlig opsporing. Fx er et gradvist og langsomt væggtab vanskeligt at observere både for plejepersonale og den ældre selv.
- › I nogle projekter forudsætter en henvendelse til det ernæringsfaglige team, at EVS er udfyldt. I andre projekter rækker det med en besked i omsorgssystemet, og EVS udarbejdes efter henvendelse af en diætist eller ernæringssygeplejerske i forbindelse med ernæringsudredning.
- › I nogle projekter udarbejder oplærte social- og sundhedsassistenter EVS, i andre ligger dette ansvar primært hos en klinisk diætist.
- › I nogle projekter er der sat lokale kriterier for, hvornår EVS skal udarbejdes, fx ved fald i funktionsniveau eller ved tryksår efter sygehusindlæggelse i over en uge. I andre skal EVS udarbejdes for alle borgere, der bevilges indsatserne personlig pleje og/eller tilberedning/anretning af mad.
- › I et projekt gav social- og sundhedsassistenter tilbagemelding om, at det ikke er tidsmæssigt belastende at udarbejde EVS, men at udredning af årsagen til væggtab tager tid. Derfor bliver der nu afsat 15 minutter til analyse, hvis EVS giver en score på 1 eller 2.
- › I projektet rettet mod ældre i genoptræning, sker opsporing via udredningssamtalen, som varetages af træningspersonalet, dvs. fysio- og ergoterapeuter. I forlængelse af samtalen vurderes eventuelle behov for ernæringsindsats på basis af bl.a. nyligt væggtab, EVS og lav BMI. Vurderingen omfatter også borgerens kognitive funktion og habilitet i fh.t. deltagelse i en ernæringsindsats.

### 6.3. Henvisning og indsats

På tværs af projekterne har det ikke bare været en målsætning at opnå systematisk opsporing, men også at gøre vejen fra opsporing til indsats kortere. Nyetablerede eller ændrede arbejdsgange lægger op til, at personale på tværs af faggrupper kan henvende sig enkelt og direkte til de tværfaglige teams. En henvendelse kræver typisk ikke samme detaljering som tidligere, og det har, sammen med bevidst hurtig opfølgning efter henvisning, øget motivationen for opsporing og henvisning. Flere steder har man gjort det muligt, at en henvendelse kan ske ved en enkel melding i omsorgssystemet. Det er desuden en tværgående erfaring, at bedre dokumentation i omsorgssystemet giver tydeligere kommunikation til visitationen og dermed sikrer tidligere indsats.

Ventetid på bl.a. dysfagiudredning og andre ernæringsindsatser har tidligere været en udfordring i flere kommuner, men nye arbejdsgange har flere steder bidraget til at forkorte ventetiden. I en kommune gik ventetiden på dysfagiudredning ned fra 2-3 uger før projektets start til 2-3 dage i løbet af projektet. En vigtig faktor i at reducere ventetiden var, at ergoterapeuterne blev selvvisiterende ved starten af projektet og at de selv planlægger arbejdet. Alle faggrupper kan nu henvende sig til ergoterapeuterne uden stor detaljeringsgrad i henvendelsen. Det har været afgørende, at der har været kapacitet til at følge hurtigt op.

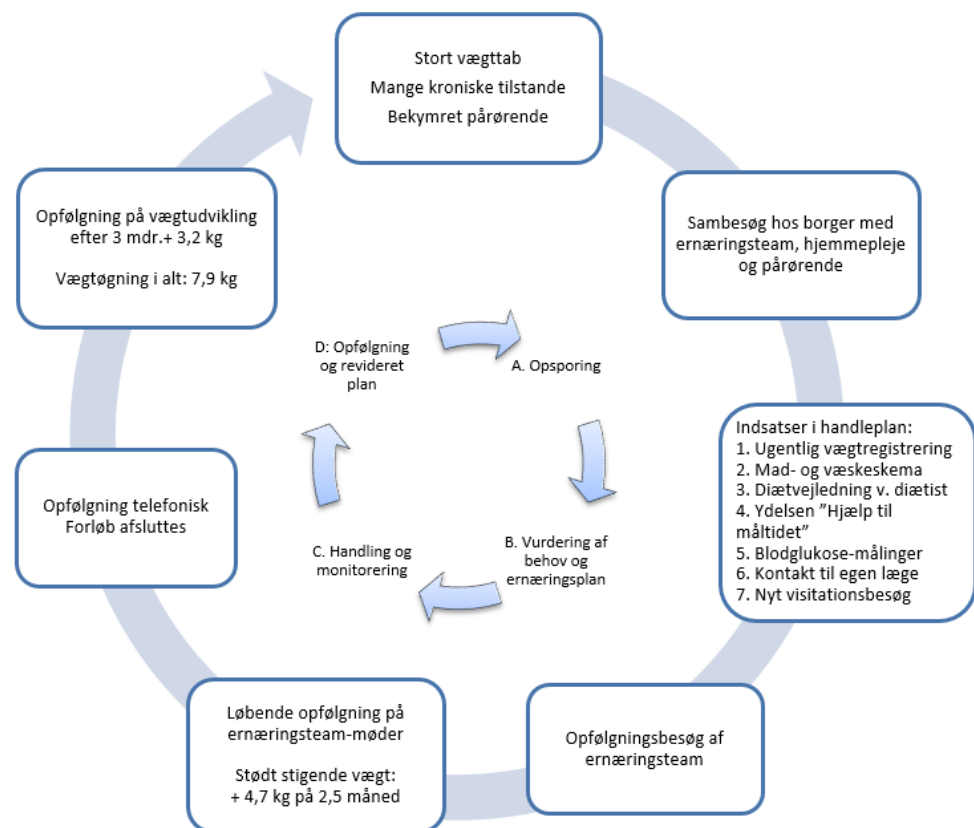
Tilsvarende har samarbejde og enklere henvisning til omsorgstandpleje givet konkrete resultater i flere projekter. I et projekt har man skrottet den tidligere visitationsproces. Det betyder blandt andet at borgere, der er visiteret til plejebolig, samtidig opfylder kravene til visitation til omsorgstandpleje. I et andet projekt har man arbejdet med gennemskuelig og let tilgængelig vejledning til plejepersonale i hjemmeplejen om, hvordan omsorgstandplejen kontaktes, og hvad kriterierne er. I et tredje projekt har henvendelse til tandlægen gået gennem samme postkasse som henvendelser til ernæringsteamet.

Erfaringen på tværs har været, at hurtig opfølgning giver motivation til fortsat opsporing og henvisning. Det er vigtigt, ikke mindst fordi man i flere projekter har erfaret, at sen opsporing og henvisning har stor betydning for borgerens chancer for at genvinde tidligere funktionsevne og vægt. Sen opsporing og indsats medfører ofte dårlig compliance. De ældre er ofte for svækkede til at kunne medvirke eller have gavn af en ernæringsindsats, når henvisning sker sent i forløbet.

Årsagerne til sen henvendelse kan være flere. En enkel årsag kan være manglende systematisk vejning. Årsagen kan også være mere kompleks og fx skyldes manglende ernæringsfaglig kompetence blandt personale tæt på borgeren, eller at tidlig opsporing af

dysfagi er vanskelig, fordi borgere vænner sig til at spise efter formåen, så overgangen til underernæring/vægttab bliver langsom og glidende.

### EKSEMPEL: Case i projekt for tværfaglig ernæringsindsats



**Resultat:** Borgeren tog 7,9 kg på (+17,20% kropsvægt) over cirka 6 måneder. Borgeren havde ikke selv kræfter til at lave mad i køkkenet forinden ernæringsindsatsen. Borgeren ytrede selv at have fået mere energi og overskud. Borgeren var i den forbindelse begyndt at lave mad selv, men også begyndt at invitere familie på mad igen.

**Konklusion/erfaring:** Det afgørende i denne borger-case var, at der kom klare aftaler og en tovholder på vurdering af borgerens situation. Et sambesøg styrkede det tværfaglige samarbejde om borgeren.

## 7. Indsatser

### 7.1. Tværfaglige indsatser og helhedsorientering

Det er en tværgående erfaring, at der var mulighed for at tilbyde mange af de samme indsatser før projekterne, men at manglende tværgående samarbejde og manglende kendskab til, hvilke indsatser andre faggrupper kunne tilbyde, resulterede i manglende sammenhæng og monofaglige forløb. En ernæringsindsats kan ofte ikke stå alene, når borgeren har forskellige problematikker og flere samtidige sygdomme.

Samtidig giver kendskab til andre faggruppers indsatsmuligheder og tættere samarbejde en bedre sammenhæng. Det tværfaglige samarbejde har gjort det lettere at sammenligne ernæringsplaner ud fra et helhedsblik på borgeren, og projekterne har erfaret, at det har fungeret godt at kunne tilbyde en bred vifte af indsatser.

For at sikre et godt overblik, har man i et projekt udarbejdet et indsatskatalog, som omfatter både indsatserne fra den enkelte faggruppe og for hele det tværfaglige team. I et andet erfarede man, at det primært var visitationen som havde glæde af kataloget, mens medarbejdere i hjemmepleje og sygepleje i højere grad havde brug for synlighed og tværfaglige samesøg.

#### **EKSEMPEL: Case i projekt for tværfaglig ernæringsindsats**

*Hjertestop, væggtab på 10 kg (opstart 59 kg), trænet på hjertehold, spiste sundt fra starten, men fik vejledning i øget protein indtag, da han ikke havde så stor appetit. Drak proteindrik og mælk. Ved afslutning ses vægtøgning på 3,3 kg, hvor 3 kg er muskelmasse. Han oplevede stor fremgang i udholdenhed og mindre træthed.*

Opsporing og henvisning fører til tilbud om individuelt tilpassede ernæringsindsatser. Det indebærer, at der kobles en ernæringsfaglig medarbejder på som organisationsenhed i omsorgssystemet, og/eller at ernæring lægges ind som indsats. En ernæringsindsats kan blandt andet omfatte følgende:

- › Sygeplejefaglig udredning ved ernæringssygeplejerske
- › Dysfagiudredning ved ergoterapeut
- › Diætvejledning ved klinisk diætist eller ernæringssygeplejerske
- › Tværkoordinerende møde i hjemmet
- › Regelmæssig vejning ved plejepersonale
- › Vurdering af behov for visiterede ydelser, fx madservice og/eller måltidshjælp
- › Individuel dysfagiindsats ved ergoterapeut (spiseteknik, kostform, siddestilling, hjælpemidler mv.)
- › Henvisning til egen læge for yderligere udredning af uplanlagt vægttab, medicin-gennemgang og/eller synke-besvær
- › Faglig sparring ved tandlæge i forhold til mundhygiejne og optimering af mund- og tandstatus
- › Individuel behandling ved omsorgstandpleje eller støtte til behandling hos privat tandpleje

---

*"... Og det der var i vejen, det var at jeg ikke sådan spiste... Og så gav du mig nogle gode råd... Og så tænkte jeg, så må jeg hellere tage mig sammen, fordi... Det går jo ikke det her, du kommer nok en anden dag... Og så begyndte jeg at spise... sådan småt til småt."*

*Borger, Silkeborg Kommune*

---

## 7.2. Individuel tilpasning og opfølgning

Ernæringsplaner er blevet individuelt sammensat og har omfattet en række indsatser afhængigt af den enkelte borgers behov, og indsatserne er støttet af individuel opfølgning af borgeren. I flere projekter har man haft god erfaring med, at samme medarbejder har haft kontakt med borger både ved opstart og opfølgning. Det har skabt mere forpligtende relationer, og haft positiv indflydelse på borgerens motivation til selv at følge op på den ernæringsfaglige indsats.



I flere projekter har man brugt motivationssamtaler i dialogen med borgere. Det har man gjort i tilfælde, hvor man vurderede, at borgeren havde behov for en indsats, men vedkommende ikke var motiveret for nye tiltag eller for at fuldføre igangværende tiltag. Et projekt viser fx til, at enkelte borgere har ønsket frihed og dermed ikke har ønsket flere besøg af hjemmeplejen end højst nødvendigt. Andre borgere har ikke kunnet overskue situationen grundet deres psykiske tilstand, fx depression, og nogle få har nævnt spiseforstyrrelse som en årsag til, at de ikke ønsker yderligere indsatser på ernæringsområdet. Andre igen har af forfængelighedsgrunde opfattet det som udfordrende at tale om vægt, og det har givet udfordringer for den videre opfølgning. I et projekt oplevede man at den årsag, der fyldte mest var at borgeren ikke ønskede, at der skulle ske ændringer i vedkommendes kostindtag.

En særlig udfordring har været at opnå compliance for ældre med kognitive udfordringer, fx demens. I et projekt har man i den sammenhæng haft succes med at inddrage ressourcestærke personer i borgerens netværk, så aftalte indsatser ikke blev glemt.

### 7.3. Eksempler på tværfaglige indsatser

Projekterne har alle arbejdet med sammenhængende forløb og med tværfaglige indsatser i forhold til den enkelte borger, og flere har haft særskilt fokus på at udbygge og forbedre samarbejdet på konkrete indsatsområder.

#### Dysfagi og kostform

Flere projekter har haft stort fokus på dysfagi. Der er bl.a. arbejdet med dysfagitræning, spiseteknik, valg af kostform, vejledning i siddestilling og hjælpemidler.

- › I flere projekter er der fastsat retningslinjer for, hvornår kostformen skal vurderes.
- › I et projekt har man i samarbejde med en madleverandør udviklet konsistensmodificerede måltider, og man har lavet en kosthåndbog, pjecer og tilrettelagt undervisning for både køkken- og plejepersonale. Arbejdet har bidraget til et fælles sprog, øget forståelse for kostformer og dysfagi, bedre vejledning til borgere og større borgertilfredshed. Den nye produktionsmetode af modificeret kost har skabt forbedringer i produktionen i forhold til både smag, udseende og konsistens.
- › I et projekt har man arbejdet med at sikre, at medicin knuses, når det er relevant på grund af dysfagi. Når borgeren ikke har været i stand til at indtage medicin i tabletform, har ergoterapeuterne anbefalet, at borgeren indtager tabletmedicin

knust, hvis det er muligt. Ergoterapeuten, som har udført den kliniske undersøgelse, har, efter samtykke fra borgeren, taget kontakt til borgerens hjemmesygepleje angående vurderingen, og sendt en dysfagistatus, der inkluderer borgers funktionsniveau i forhold til medicinindtagelse. Hjemmesygeplejen har taget kontakt til borgers egen læge om knusning af medicin, og egen læge har taget stilling til medicinform fx ændring til plaster, flydende eller knusning osv. Derefter informerer hjemmesygeplejen borgerens hjemmepleje om medicinform. Knusning af medicin er således også en tværfaglig indsats.

### Tandstatus og –pleje

Det er en erfaring på tværs af flere projekter, at involvering af og tæt samarbejde med omsorgstandplejen har haft god effekt. Flere projekter har haft øget fokus på visitering til omsorgstandpleje og givet støtte til kontakt til egen tandlæge.

- › I et projekt er alle borgere ved indflytning på plejehjem blevet tilknyttet omsorgstandplejen eller egen tandlæge. Efter en individuel vurdering af tandstatus er der for alle beboere udarbejdet mundplejeplaner med angivelse af eventuelle behov for tandbørstning. Det viste sig, at 87 % af beboerne havde behov for daglig hjælp til tandpleje og mundhygiejne.
- › I et andet projekt har man arbejdet med en vejledningspjece og plakater til personalet med oplysninger om, hvornår og hvordan tandplejen kontaktes.

---

*"Plejepersonalet er blevet klogere på, hvornår der er behov for, at omsorgstandplejen tilkaldes, og hvornår de selv kan handle. F.eks. har de lært, at hvis tandkød bløder, kan de selv handle på det, før omsorgstandplejen evt. skal tilkaldes. Proceduren omkring tilmelding til omsorgstandplejen er blevet forenklet, og plejepersonalet er glade for den nye arbejdsgang."*

*Sygeplejerske, Frederiksberg Kommune*

---

### Berigelse, smagsprøver og kræseposer

Der er i flere projekter arbejdet med at motivere til indtagelse af ekstra næring ved forskellige tiltag.

- › Et projekt har haft fokus på berigelse af den mad, borgeren allerede har i hjemmet eller kan få købt i det lokale supermarked. De har arbejdet med berigelse i form af tilskud med ernæringspulver eller ernæringsdrikke. Ernæringsfaglig medarbejder har arbejdet tæt sammen med personalet i hjemmeplejen for at øge opmærksomheden på at oplyse borgerne om mulighederne for berigelse, om hvilke produkter, der er på markedet, og om hvilke der er bedst for borgeren.
- › I flere projekter har vareprøver og smagsprøver på ernæringsprodukter fungeret godt og været med til at motivere de ældre.
- › Et projekt har sammen med en madleverandør arbejdet med tilbud om kræseposer for at opmuntre til, at de ældre får flere mellemmåltider. En udfordring med kræseposerne har været, at de ikke er individuelt udformet. Borgere, som ikke kan lide alt indholdet, kan vurdere prisen som for høj.

### EKSEMPEL: Fremgangsmåde i en tværfaglig ernæringsindsats

- › Klinisk diætist udarbejder EVS. Beboere, som scorer 1 eller 2 i EVS, tilbydes en individuel tilrettelagt ernæringshandleplan med indsatser som fx konsistensjusteret mad, hjælp til tandbørstning, hjælp til at spise etc. Mål og indsatser dokumenteres i omsorgssystemet.
- › Klinisk diætist afdækker energi- og proteinindtag og lægger en plan med mad og drikke i den rette konsistens, så beboerens energi- og proteinbehov bliver dækket.
- › Plejepersonale vejer beboeren ugentligt/månedligt, afhængigt af EVS-score, indtil målet er nået.
- › Ergoterapeut afdækker via evt. MEOFII og FOTT-problemstillinger ift. fødeindtagelse/ synkeproces og energi/appetit. Det vurderes, hvilke faglige tiltag beboeren har behov for, fx mad med modificeret konsistens, spisehjælperedskab eller ændret siddestilling.
- › Tandplejer vurderer den aktuelle tand- og mundstatus ud fra parametre som forekomst af plak, blødning fra tandkød, antal tænder/proteser etc. Det identificeres, om borgeren har brug for hjælp til tandbørstning.

### Samvær i forbindelse med måltidet

Visitering til madservice er en indsats, som både er og har været bredt benyttet i kommunerne både før projekterne og i forbindelse med dem. I enkelte projekter har man haft god erfaring med i tillæg at tilbyde indsatser i hjemmeplejen knyttet til tilberedning, anretning, samvær, spisehjælp og/eller oprydning i forbindelse med måltider. I et projekt har man desuden set nøje på tidspunkterne for indsatsen tilberedning/anretning af mad. Nogle borgere får denne indsats både morgen, middag og aften, og hvis besøgene ligger for tæt i tid, så når borgeren ikke at blive sulten før nyt måltid.

Et projekt har introduceret indsatsen "Hjælp til måltidet". De ældre kan få op til 30 minutter dagligt, hvor hjemmeplejen er til stede i forbindelse med måltider. Det har givet god effekt hos især ældre med demensproblematik, selvom ikke alle ønsker at tage imod tilbud om samvær ved spisning. Det er en generel erfaring, at socialt samvær motiverer småtspisende til at spise mere.

---

*"Vi har også haft en, hvor det har haft en stor effekt, hun tog på. Hun havde besøg både om morgenen og til middag, hvor der var sat tid af til, at man kunne komme ind og spise sammen med hende, og der gjorde det en forskel. Og det var det der hygge og selskabet i det, og at man sad og spiste".*

*Medarbejder, Stevns Kommune*

---

Det styrker muskelfunktionen i og omkring munden at tale og spise, og det bidrager til forbedring af evnen til at spise og drikke. Flere projekter har derfor haft fokus på sociale spiseaktiviteter. En erfaring er, at dagtilbud betyder meget, og i et projekt samarbejdede madleverandør og frivillige fx om fællesspisningsarrangementer.

## 7.4. Henvisning til videre udredning og behandling

Når de tværfaglige teams ikke selv har haft kompetencen, har de henvist til videre udredning og eventuel behandling ved læge, tandlæge/-plejer eller sygeplejerske. Dette har de typisk gjort ved mistanke om underliggende sygdom, behov for medicingennemgang, dårlig tandstatus eller andet med mulig betydning for vægttab.

## 7.5. Pjecer og plakater

På tværs af projekterne er der udarbejdet skriftlige materialer i form af pjecer, postkort og plakater målrettet både borgere, pårørende og personale. Ikke mindst for ældre, som er kognitivt udfordrede, kan det være nyttigt med noget på skrift. Det skriftlige materiale har fx handlet om modificeret kost, vigtigheden af proteinrig kost og gode råd til småtspisende.

Et projekt har gennemført events og kampagner med fokus på ernæringsprodukter med højt proteinindhold målrettet alle ældre borgere i genoptræning, og ikke kun de, som var i en ernæringsrisiko. I et andet projekt oplevede man, at ældre ofte er positive ift. at prøve-smage vareprøver på ernæringsprodukter. I et blandet sortiment fandt de ofte en variant, som de kunne lide.



**EKSEMPEL:** Udclip fra Kam-pagne med fokus på ernærings-produkter med højt proteinindhold målrettet alle ældre borgere i genoptræning.

## 8. Kerneerfaringer og gode råd

---

*”Og det er jo det, der er det farlige ved det, når vi så ryger i drift, jamen, hvor ender den så? Og så er det jo vigtigt, at man måske tager den op jævnligt på nogen møder og minder hinanden om, at der er noget, der hedder det her, og vi skal være lidt obs på det.”*

*Fra fokusgruppeinterview, Odense Kommune*

---

Øget kompetence om ernæring i alle faggrupper, der er i berøring med de ældre, kombineret med godt kendskab til andre faggruppers kompetence og effektive arbejdsgange har ført til mere opsporing, flere henvisninger og bredere og mere sammenhængende forløb for ældre med behov for ernæringsindsatser. I henhold til de målinger projekterne har gjort, så har de tværfaglige ernæringsindsatser resulteret i stabiliseret eller øget vægt for mere end tre fjerdedele af de borgere, der har modtaget og gennemført et forløb med en tværfaglig indsats.

Sundhedsstyrelsen bemærker, at det i flere projekter har vist sig vanskeligt at måle resultaterne af indsatserne på flere af de mål som projekterne satte sig. Årsagerne har både været tekniske systemudfordringer, manglende basismålinger og udfordringer knyttet til målgruppens kognitive funktionsevne.

I fremtidige puljer kan det være nyttigt i højere grad at lægge op til, at der foretages kvantitative og kvalitative basismålinger på de mål og kriterier som projekterne sætter sig, og at der lægges en plan for måling af resultater tidligt i projektførelsen. Det vil kunne give bedre indikationer på resultaterne af indsatserne.

Projekterne er i slutfasen efteråret 2021 i gang med at overføre de vigtigste erfaringer fra projekterne til linjeorganisationen. I alle kommuner videreføres fx nye arbejdsgange knyttet til opsporing, henvisning og ernæringsindsats, enkelte kompetenceindsatser videreføres og vigtige opgaver overføres til medarbejdere i linjeorganisationen.

---

**Gode råd fra projekterne:**

- › Sørg for en tværfaglig involveringsproces, hvis tværfaglige ernæringsindsatser skal udvikles.
- › Tilstræb at ernæringsteam eller anden ernæringsfaglige kompetence har regelmæssig fysisk tilstedeværelse i plejeenheder og har gode dialoger med plejepersonale.
- › Etabler enkle arbejdsgange, og etabler mulighed for direkte henvendelse til et ernæringsteam med henblik på igangsættelse af ernæringsindsats.
- › Giv kompetenceudvikling på tværs af de involverede faggrupper for at øge den ernæringsfaglige kompetence, og for at bygge relationer mellem faggrupperne.

# Referenceliste

---

- <sup>1</sup> Arla og Kost- & Ernæringsforbundet (2014). Underernæring – det skjulte samfundsproblem.
- <sup>2</sup> Sundhedsstyrelsen (2017). Oplæg om ernæringsindsatser for den ældre medicinske patient.
- <sup>3</sup> Beck A, Damkjar K og Simmons SF (2012). The relationship between weight status and the need for health care assistance in nursing home residents. *Journal of Aging Research Clinical Practice* 2012 1: 173-8.
- <sup>4</sup> Sundhedsstyrelsen (2008). Vejledning til læger, sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, sygehjælpere og kliniske diætister – Screening og behandling af patienter i ernæringsmæssig risiko.
- <sup>5</sup> Sundhedsstyrelsen (2017). Oplæg om ernæringsindsatser for den ældre medicinske patient.
- <sup>6</sup> Rådet for Sund Mad (2018). Appetit på måltidet – Dialogværktøj til ældre borgeres rehabilitering gennem mad og måltider.
- <sup>7</sup> Kost & Ernæringsforbundet, KL, Fremfærd Ældre, FOA og Sundhedskartellet (2017). De 9 tegn på underernæring.



**Sundhed for alle ♥ + ●**