

Orale ernæringstilskud til behandling af underernæring



SAMMENFATTENDE BROCHURE





Underernæring, især underernæring, som typisk er forbundet med sygdom, er et udbredt problem, der hvert år påvirker millioner af mennesker i hele Europa. Konsekvenserne af underernæring har skadelige virkninger på både den enkelte og samfundet. Underernæring medfører et øget forbrug af sundhedsressourcer. Udgifterne i forbindelse med underernæring kan i Europa alene beløbe sig til det svimlende beløb af 170 milliarder EUR.

Selv om underernæring almindeligvis identificeres i institutioner, især blandt patienter på hospitaler og plejehjem, bor størstedelen af de personer, der er underernærede eller risikerer at blive underernærede, i eget hjem. Overalt er underernæring ofte et overset, uopdaget og ubehandlet problem. Med den stigende befolkningsalder i hele Europa er det af yderste vigtighed med indgreb for at forhindre, identificere og behandle underernæring.

Rapporten 'Oral Nutritional Supplements to Tackle Malnutrition' (Orale ernæringstilskud til behandling af underernæring) trækker på et stort

materiale af uafhængig evidens og forskning og indeholder en samling af de nyeste data, herunder vigtig indsigt og fakta med hensyn til årsager, prævalens og konsekvenser af underernæring. Rapporten fremhæver behovet for rutinemæssig screening og bekræfter vigtigheden af ernæringsmæssige indgreb ved især at fokusere på orale ernæringstilskud (ONS - oral nutritional supplements), som en klinisk effektiv og potentielt udgiftsbesparende metode for sundhedsvæsenet.

Denne sammenfattende brochure giver en tilgængelig, praktisk og komprimeret sammenskrivning af den forskning, der præsenteres i den fuldstændige rapport. Brochuren fremhæver også vigtige fakta og tal i forbindelse med konsekvenserne af underernæring og viser eksempler på best practice og udsagn fra uafhængige eksperter.

Medical Nutrition International Industry (MNI) har som formål at øge opmærksomheden om underernæring og håber, at du vil slutte dig til kampen mod underernæring.

**Dr. Meike Engfer og
Dr. Ceri Green**

På vegne af MNI

Brug QR-koden herunder for at få adgang til rapporten 'Oral Nutritional Supplements to Tackle Malnutrition' (orale ernæringstilskud til behandling af underernæring) eller gå ind på www.medicalnutritionindustry.com



OM MEDICAL NUTRITION INTERNATIONAL INDUSTRY (MNI)



Medical Nutrition International Industry (MNI) er den internationale brancheforening for virksomheder, der leverer produkter og ydelser, som støtter patientbehandling og -rehabilitering ved hjælp af specialiseret ernæringsmæssig støtte, herunder enteral og parenteral ernæring. MNI består af førende internationale virksomheder, som beskæftiger sig med udvikling, fremstilling og tilvejebringelse af medicinsk ernæring og understøttende service, nemlig: Abbott, Baxter, B. Braun, Fresenius Kabi, Nestlé Health Science og Nutricia.

MNI støtter forskning i at undersøge potentialet ved medicinsk ernæring med hensyn til at forbedre patienternes sundhed og fremmer overføring af klinisk ernæringsforskning til standardpraksis gennem udbredelse og implementering af best practices og kliniske retningslinjer.

MNI er engageret i kampen mod sygdomsrelateret underernæring og støtter ernæringsmæssig screening med validerede værktøjer i alle relevante rammer, efterfulgt af passende ernæringsmæssig pleje af patienter, der er identificeret med en ernæringsmæssig risiko.

Da MNI er særdeles opmærksom på det pres, som sundhedsorganisationer står overfor, samt at ernæringsmæssig pleje ikke altid betragtes som en integreret del af patientplejen, sigter organisationen mod, at evidensgrundlaget for årsager, prævalens og konsekvenser ved underernæring er robust og står til rådighed for beslutningstagere og læger. Orale ernæringstilskud (ONS) er én strategi blandt en række ernæringsmæssige støttestrategier, der kan bruges til at behandle underernæring, forbedre patientresultater og sænke de betydelige økonomiske omkostninger i forbindelse med underernæring.

Ønskes yderligere oplysninger, kontakt secretariat@medicalnutritionindustry.com eller gå ind på www.medical-nutritionindustry.com

FORORD	2
OM MNI	3
PROBLEMSTILLINGEN UNDERERNÆRING	4
• Underernæring som sundhedsproblem	4
• Prævalens af underernæring	5
• Årsager til underernæring	6
• Konsekvenser af underernæring	7
• Omkostninger ved underernæring	8
LØSNINGEN	9
• Ernæringsmæssig pleje som behandlingsmål	9
• Case study	10
• Kliniske fordele ved ONS	11
• Økonomiske fordele ved ONS	12
• ONS som led i god ernæringsmæssig pleje	13
ANBEFALINGER	14
TAK	15
REFERENCER	16





Underernæring som sundhedsproblem

'Underernæring' omfatter både overernæring (overvægt og fedme) og underernæring, men i denne brochures sammenhæng bruges 'underernæring' (også kendt som sygdomsrelateret underernæring) i betydningen underernæring og ernæringsrisiko. Underernæring er udbredt i Europa, og det estimeres, at 33 millioner mennesker er i risikogruppen.¹

Underernæring skyldes utilstrækkeligt fødeindtag med funktionsnedsættelse og sygdom som kernen af problemet.² På trods af tilgængeligheden af pålidelige screeningsværktøjer er underernæring stadig upåagtet og ubehandlet på hospitaler, plejehjem og blandt personer i eget hjem. Ofte får mindre end 50 % af de patienter, der er identificeret som underernærede, ernæringsmæssig behandling.^{3,4} Mulighed for tidlig identificering og passende behandling af underernæring eller risiko for underernæring er derfor nødvendig for at håndtere den indvirkning, det har på patienterne.

Underernæring findes hyppigst i forbindelse med sygdom og kan påvirke alle aldersgrupper fra ældre mennesker til små børn. Ældre mennesker har en særligt stor risiko - indlagte patienter over 65 år har en 30 % større risiko for at blive underernærede.⁵ Underernæring er udbredt på hospitaler og plejehjem.

Underernæring har både kliniske og økonomiske konsekvenser for den enkelte og for samfundet som helhed. Det mest bemærkelsesværdige er, at underernærede, indlagte patienter oplever signifikant højere komplikationsrater, og infektionsrisikoen er mere end tre gange større end hos velnærede patienter.^{6,7}

Underernæring har i særdeleshed en negativ indvirkning på ældre mennesker, der bor i eget hjem, ved at svække deres funktionsevne, mobilitet og uafhængighed. De underernærede patienter, der bor i eget hjem, besøger deres læge oftere og bliver hyppigere indlagt end velnærede patienter.⁸

Baseret på tal fra Storbritannien er omkostningerne ved underernæring i Europa estimeret til 170 milliarder EUR hvert år - mere end det dobbelte af, hvad der bruges på fedme.^{1,9} En stigende mængde evidens viser værdien af passende ernæringsmæssig intervention for reduktion af negative helbredsudfald.¹⁰

Prævalens af underernæring

Underernæring er ikke et nyt problem. Underernæring er vidt udbredt under alle sundhedssektorer. Men manglen på rutinemæssig screening for underernæring har ofte betydet, at chancen for tidlig intervention og forebyggelse forspildes.

Underernæring eksisterer på tværs af sektorer, patienter og aldersgrupper:

- Store undersøgelser har vist, at 1 ud af 4 voksne patienter på hospitalerne risikerer at blive underernærede eller allerede er underernærede^{5,11-13}
- Mere end 1 ud af 3 personer på plejehjemmene risikerer at blive underernærede eller er allerede underernærede¹⁴⁻¹⁷
- 1 ud af 3 ældre i eget hjem risikerer at blive underernærede¹⁴

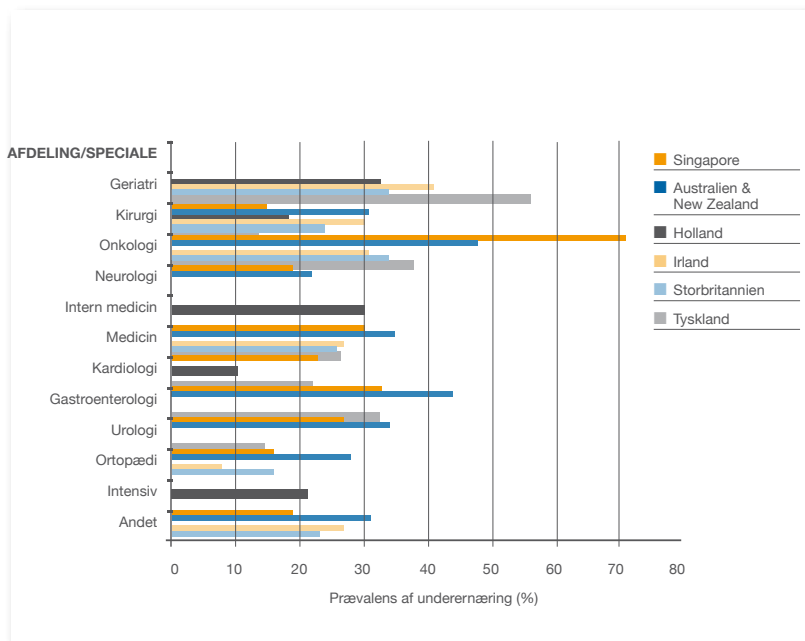
- Næsten 1 ud af 5 børn, der er indlagt på hollandske hospitaler, lider af akut eller kronisk underernæring¹⁸

Underernæring er almindeligt på en lang række hospitalsafdelinger og forekommer især på geriatriske og onkologiske afdelinger (se [fig. 1](#)). På trods af den høje prævalens af risiko for underernæring på hospitaler og plejehjem, findes det største antal af patienter i risikogruppen blandt patienter, der bor i eget hjem - det estimeres at 93 % af alle, der er underernærede eller risikerer at blive det, bor i eget hjem.²³

HVAD SIGER EKSPERTERNE

Dr Ailsa Brotherton arbejder i Department of Health's QIPP Safe Care workstream i Storbritannien og er Honorary Secretary for British Association for Parenteral and Enteral Nutrition (BAPEN) Executive Team:

“Vi har brug for at forbedre den ernæringsmæssige pleje, som patienterne får. Det vil sige at identificere underernæring tidligt og sørge for, at patienter i alle former for pleje, især dem, der er sårbare, screenes for underernæring og herefter får en personlig plejeplan og passende overvågning efterfølgende, hvis de er i risikogruppen.”



Figur 1 Prævalens af underernæring og risiko for underernæring efter hospitalsafdeling/primært speciale ved indlæggelse^{5,19-22}

VIGTIGE ASPEKTER

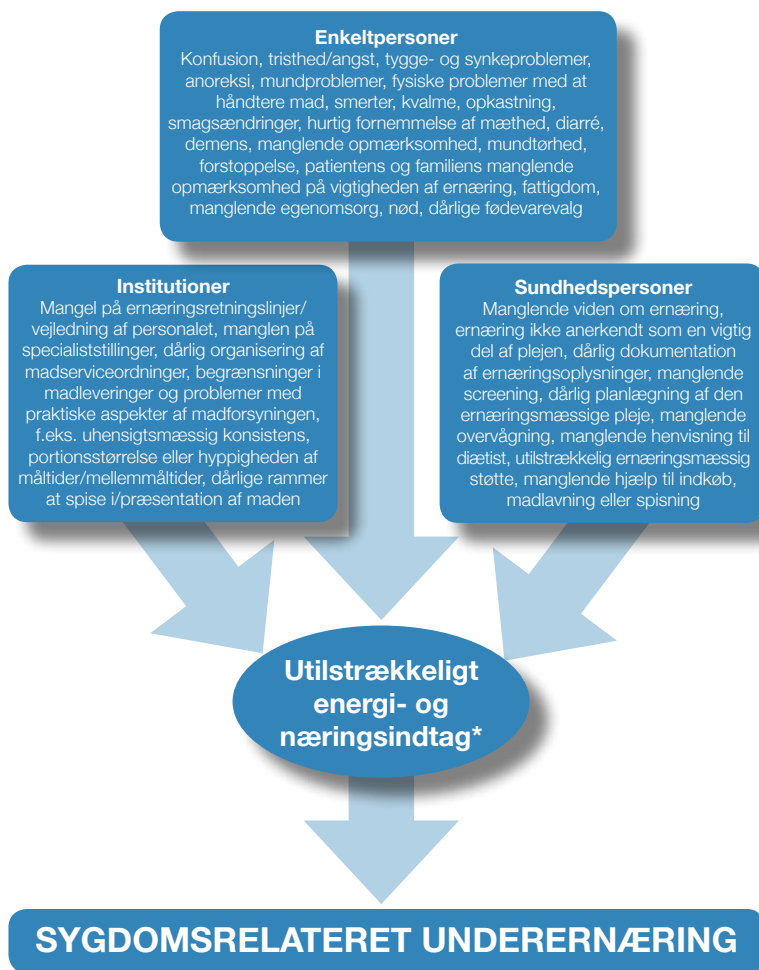
- Selv når underernæring er identificeret, bliver den ikke altid behandlet
- Underernæring er et udbredt offentligt sundhedsproblem i Europa, hvor 33 millioner mennesker estimeres at være i risikogruppen
- Underernæring påvirker alle demografiske grupper og er mest prævalent hos ældre voksne i eget hjem
- Underernæring er skyld i invaliditet, tab af uafhængighed og er forbundet med et øget forbrug af sundhedsydelser

Årsager til underernæring

Underernæring skyldes primært et utilstrækkeligt indtag af kost, hvor sygdom og behandling af sygdom er de underliggende faktorer for nedsat kostindtag.^{2,24}

Kostindtaget kan være nedsat af forskellige årsager, såsom nedsat appetit, synkeproblemer og bivirkninger ved medicin.² Særligt påvirkede er cancerpatienter, som kan have smagsændringer eller kvalme på grund af behandlingen, og patienter med neurologiske tilstande, som måske ikke er i stand til at synke eller spise selv. Mere end 50 % af alle indlagte patienter spiser ikke op af de måltider de får, og 30 % af plejehjemsbeboerne spiser mindre end halvdelen af deres frokost,^{25,26} hvilket betyder, at patienterne ofte ikke får opfyldt deres ernæringsmæssige behov.

Men underernæring handler ikke kun om nedsat fødeindtag (se **fig 2**). Manglen på en klar beskrivelse af sundhedsmyndigheders, sundhedssektorens og sundhedspersoners ansvar og utilstrækkelig uddannelse og udstyr til screening forværrer problemerne ved underernæring. Der er derfor behov for en tværfaglig tilgang med henblik på at identificere og implementere passende og effektive løsninger.



Figur 2 Faktorer, der fører til utilstrækkeligt energi- og næringsindtag hos voksne som årsag til sygdomsrelateret underernæring (tilpasset fra Stratton et al. 2003)²

*Kravene til nogle næringsstoffer kan være øget på grund af malabsorption, ændret stofskifte og øget tab fra kroppen

VIGTIGE ASPEKTER

- Sygdom og behandling af sygdom, der resulterer i nedsat kostindtag, er de største årsager til underernæring
- Særligt sårbare er cancerpatienter og patienter med neurologiske sygdomme
- Med henblik på at behandle underernæring så effektivt som muligt er der behov for en tværfaglig tilgang, som involverer sundhedspersoner, sundhedssektor og sundhedsmyndigheder.

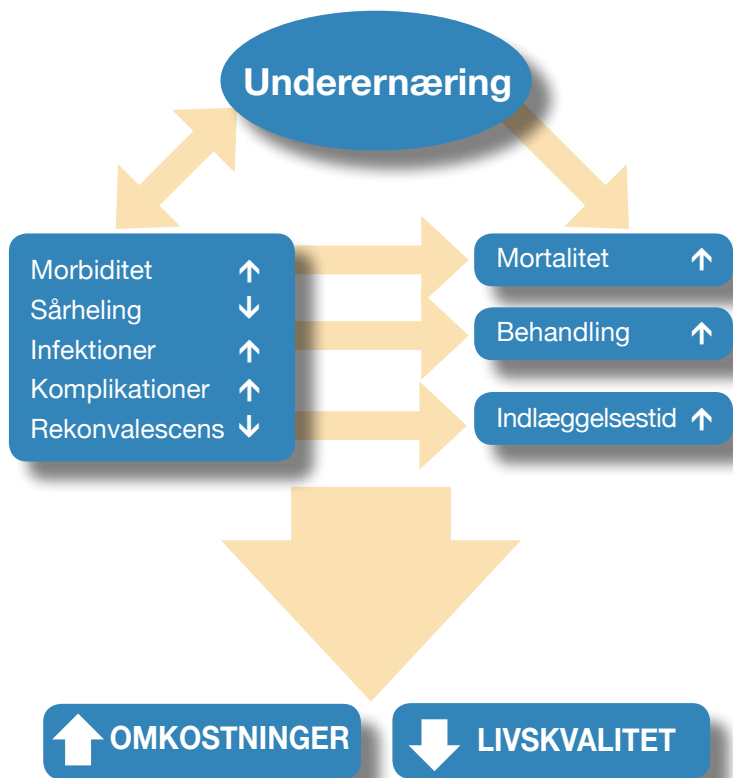
Konsekvenser af underernæring

Underernæring kan påvirke hvert organ i kroppen negativt og kan også have langtrækkende fysiske og psykosociale konsekvenser såsom nedsat immunrespons, forringet sårheling, nedsat muskelstyrke og træthed, inaktivitet, apati, depression og manglende egenomsorg.²³ For ældre mennesker, især dem i eget hjem, kan det i svær grad nedsætte deres funktionsevne, mobilitet og uafhængighed. Overordnet kan underernæring resultere i dårligere livskvalitet.²

Underernæring har en række kliniske konsekvenser (se fig. 3).²⁷ Underernærede indlagte patienter oplever signifikant højere komplikationsrater end

velnærede patienter (30,6 % sammenlignet med 11,3 %).²⁸ Mortalitetsraterne er betydeligt højere blandt indlagte patienter i ernæringsrisiko sammenlignet med patienter, der ikke er i ernæringsrisiko.²⁸

Desuden kan underernæring have negative økonomiske konsekvenser for de nationale sundhedsbudgetter med stigende brug af sundhedsressourcer såsom længere indlæggelsestider og flere genindlæggelser. Den gennemsnitlige indlæggelsestid kan stige med 30 % for underernærede patienter.²⁸



Figur 3 Prognostisk indflydelse af underernæring (tilpasset fra Norman et al. 2008)²⁷

HVAD SIGER EKSPERTERNE

Professor Alessandro Laviano er Associate Professor of Internal Medicine ved Department of Clinical Medicine, Sapienza University of Rome i Italien og formand for Educational and Clinical Practice Committee of the European Society of Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN):

“Underernæring ses ikke som noget der skal prioriteres hos patienterne; deres underliggende sygdomme har forrang. Vi har brug for at indse, at uden ordentlig ernæring vil underernæring føre til øgede komplikationer og længere restitutionstid blandt patienterne.

I alle andre forhold i livet stræbes der efter at tabe sig i vægt, men her er det vores hensigt at få patienterne til at opretholde eller øge deres vægt. Det er ikke altid en populær intervention.”

VIGTIGE ASPEKTER






- Risikoen for komplikationer er mere end 3 gange større blandt indlagte underernærede patienter
- Underernæring kan medføre længere indlæggelsestider for patienter
- Underernæring er forbundet med højere mortalitetsrater for indlagte patienter i ernæringsrisiko

Omkostninger ved underernæring

Baseret på, at underernæring er forbundet med et øget forbrug af sundhedsressourcer som resultat af længere indlæggelsestider, en stigning i genindlæggelser og flere komplikationer hos patienterne, er omkostningerne i forbindelse med underernæring og risiko for underernæring i Europa estimeret til 170 milliarder EUR.¹

VIGTIGE ASPEKTER

- Udgifterne i forbindelse med underernæring og risiko for underernæring er estimeret til 170 milliarder i Europa
- Udgifterne til behandling af underernæring udgør 10 % af det årlige sundhedsbudget i Irland
- Omkostningerne i forbindelse med underernæring forventes at stige de kommende år

Land	Befolkning (ca.)	Estimerede økonomiske omkostninger for underernæring
 Storbritannien	60,8 millioner	15 milliarder EUR - samlede omkostninger i forbindelse med underernæring i 2007 ³⁰
 Tyskland	82,4 millioner	9 milliarder EUR - stigende til 11 milliarder EUR i 2020 - omkostninger i forbindelse med underernæring ³¹
 Holland	16,8 millioner	1,9 milliarder EUR - totale ekstraudgifter i 2011 for sygdomsrelateret underernæring, svarende til 2,1 % af de samlede hollandske nationale sundhedsudgifter og 4,9 % af de samlede omkostninger i sundhedssektoren ³²
 Irland	4,1 millioner	1,4 milliarder EUR - i 2007 blev 10 % af det årlige sundhedsbudget brugt på behandling af underernæring i Irland ³³
 Europa	738,2 millioner	170 milliarder EUR - de estimerede omkostninger i forbindelse med sygdomsrelateret underernæring i Europa ¹

Tabel 1 Eksempler på konsekvenserne for de estimerede økonomiske omkostninger ved underernæring i Europa

Ernæringsmæssig pleje som behandlingsmål

Ernæringsmæssig pleje er en nødvendig del af patientplejen. Som en start skal folk have adgang til appetitvækkende og nærende mad, der opfylder deres ernæringsmæssige, kulturelle og religiøse behov. God ernæringsmæssig pleje omfatter ernæringsmæssig screening, så man kan identificere patienter i risikogruppen, samt planlægning af plejen, så man sikrer, at patienterne modtager den rette ernæring på det rette tidspunkt.

Problemet med underernæring kan ikke håndteres isoleret. Der ydes en indsats for at bringe interessenter sammen for at øge opmærksomheden på problemet med underernæring og sørge for en koordineret tilgang til behandling af problemet med underernæring i alle dele af sundhedssektoren.

I juni 2009 mødtes repræsentanter for sundhedsministerier fra EU's medlemslande og adskillige andre interessentgrupper og udsendte i samarbejde med Tjekkiets EU-formandsskab 'Prag-deklarationen' under overskriften 'Stop sygdomsrelateret underernæring og sygdomme, der skyldes underernæring!' Deklarationen kræver, at der tages følgende skridt til bekæmpelse af underernæring:

- Offentlig opmærksomhed og oplysning
- Udvikling og implementering af retningslinjer
- Obligatorisk screening
- Forskning i underernæring
- Uddannelse i ernæringsmæssig pleje for sundhedspersonale

- Godkendelse samt implementering og finansiering af nationale ernæringsmæssige plejeplaner
- Overvejelse af underernæring som et vigtigt emne for kommende EU-formandskaber

I Warszawa-deklarationen fra oktober 2011, der blev udstedt under det polske EU-formandskab, er vigtige områder blevet styrket for at imødegå de mange negative virkninger, som underernæring kan have på patienter og sundhedsvæsenet:

- Implementering af rutinemæssig screening af ernæringsrisiko i hele EU
- At øge offentlighedens opmærksomhed
- Regler for tilskud
- Medicinsk uddannelse

Patienter, der identificeres som underernærede eller risikerer at blive underernærede, skal have passende ernæringsmæssig støtte. Startende med kostrådgivning og berigelse af konventionelle fødevarer er indførelsen af medicinsk ernæring, som f.eks. ONS i ernæringsplejeplanerne, en evidensbaseret mulighed, som har vist sig effektiv ved behandling af sårbare patienter.

HVAD SIGER EKSPERTERNE

Professor Koen Joosten, Paediatric-Intensivist ved Erasmus MC - Sophia Children's Hospital i Holland og kasserer ved Dutch Society of Parenteral and Enteral Nutrition (NESPEN), kommenterer på betydningen af en tværfaglig tilgang:

"Samarbejde inden for hele hospitalssystemet er af altafgørende betydning, når man skal frembringe et nyt program. Tildeling af ansvar, definition af mål og opbygning af opmærksomhed og gode kommunikationsforbindelser mellem læger, sygeplejersker, direktorer og informationssystemer er alt sammen vigtige elementer for at opnå succes, når der skal introduceres en ny arbejdsform."

CASE STUDY

Underernæring skal ikke være en uundgåelig del af sygdom og aldring. Det er alles ansvar at kræve, at underernæring opdag- es gennem screening, og at der skrides til handling for at sikre, at den rette ernæringsmæssige pleje gives på det rette tidspunkt.



Her er Annes historie - et eksempel på en personlig plejeplan for at hjælpe en patient med at blive rask.

Annes baggrund

Anne er en ældre kvinde, som bor alene. Hendes mand døde for to år siden. Tidligere var Anne meget selskabeligt anlagt og deltog i mange begivenheder, men nu ses hun sjældent ude i byen. Hun er ikke i stand til at forlade sit hus og er afhængig af hjælp fra fjerne familiemedlemmer på lejlighedsvisе besøg. Hun har dårligt helbred og hun har vejrtrækningsproblemer.

Anne kan ikke købe ind eller tilberede sin egen mad. Hun kan muligvis ikke se vigtigheden af at tilberede nærende måltider til sig selv. Hun er muligvis deprimeret. Luftvejssygdom kan gøre det svært for hende at trække vejret og spise.

Annes ernæringsmæssige pleje

Annes sundhedsteam skal:

- Undersøge om der er risiko for underernæring ved hjælp af et valideret screeningsværktøj
- Behandle hendes underliggende luftvejssygdom og depression
- Arrangere støtte til hjælp med indkøb og madlavning
- Give Anne orale ernæringstilskud, indtil hun kan spise nok til at opfylde sine behov
- Overvåge hendes fremskridt for at sikre, at målene for hendes ernæringsmæssige pleje nås



HVAD SIGER EKSPERTERNE

Professor Jean-Pierre Michel er Honorary Professor of Medicine, Geneva University i Schweiz og præsident for European Union Geriatric Medicine Society (EUGMS):

“Der kan forventes mange gunstige kliniske resultater af ordinationen af ONS, herunder stigning i kropsvægt, øget muskelstyrke og -mobilitet samt forbedret lungefunktion, som vil bidrage til at lette de daglige aktiviteter og forbedre livskvaliteten.”

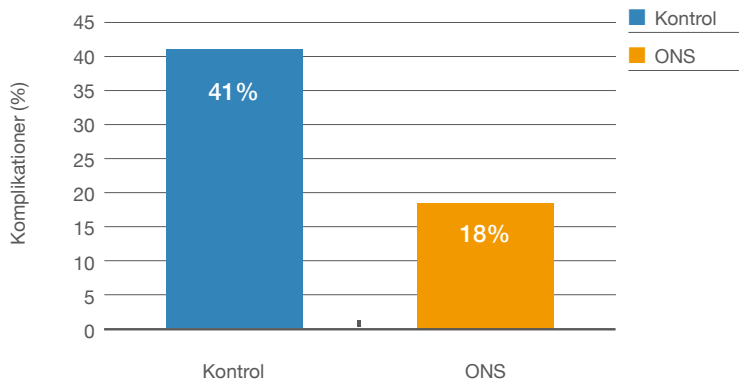
Kliniske fordele ved ONS

ONS er en klinisk effektiv løsning til behandling af underernæring. Der er omfattende og stærk evidens, som viser, at ONS er en succesfuld strategi for ernæringsmæssig støtte, som kan bruges til at bekæmpe underernæring og forbedre udfaldet for patienter, som er i stand til at spise mad, men ikke nok til at opfylde deres ernæringsmæssige behov.

ONS har dokumenteret ernæringsmæssige, funktionelle og kliniske fordele både på hospital og i hjemmeplejen for en lang række patientgrupper.

De vigtigste resultater viser, at ONS i høj grad gavner udfaldet i et behandlingsforløb:

- Reduktion i mortalitet på op til 24 % sammenlignet med standardpleje²
- Reduktion i komplikationsrater sammenlignet med rutinemæssig pleje^{2,34,35} (se fig. 4)
- ONS fører til vægtstigning hos indlagte patienter og hos patienter, der overføres til hjemmeplejen, herunder ældre mennesker³⁴



Figur 4

Lavere komplikationsrater hos patienter, der har fået supplement, sammenlignet med kontrolpatienter (tilpasset fra Stratton et al. 2003)²

VIGTIGE ASPEKTER

- ONS er en effektiv og ikke-invasiv løsning til behandling af underernæring.
- ONS giver vægtøgning og forebygger vægttab hos patienter, som er underernærede eller risikerer at blive underernærede
- Brug af ONS er konsekvent forbundet med lavere mortalitet og komplikationsrater for underernærede patienter sammenlignet med standardbehandling

HVAD SIGER EKSPERTERNE

Professor Jean-Pierre Michel:

“Brugen af ONS er vigtig, fordi det kan nedbringe komplikationer, sikre hurtigere restitution, hvilket medfører kortere indlæggelsestider, som igen medfører færre omkostninger.”

Økonomiske fordele ved ONS

Potentielle besparelser på grund af et mindsket forbrug af sundhedsvæsenet er vist hos patienter, der har fået ONS-tilskud, og kan realiseres hos patienter både på hospital og i hjemmeplejen (se [tabel 2](#)). Økonomisk modellering foretaget af NICE (2006) har vist, at ONS er omkostningseffektivt som led i et screeningsprogram.³⁴ NICE klassificerer ONS som ‘en behandling, der vurderes at give valuta for pengene’.

At bekæmpe underernæring med ONS er ud over at forbedre patienternes velbefindende en mulighed for sundhedsvæsenet til at kontrollere udgifterne. Dette er specielt relevant i lyset af den

aldrende befolkning og den høje prævalens af kroniske sygdomme, som har en negativ indflydelse på den ernæringsmæssige status, hvilket igen bidrager til en øget udgiftsbyrde. Kontrol og behandling af underernæring kan bidrage til løsningen. Selv om udgifterne kan forekomme i én sammenhæng, og de gavnlige virkninger kan måles i en anden, vil effektiv forebyggelse og behandling af underernæring indbringe udgiftsbesparelser i hele social- og sundhedsvæsenet. For eksempel er brugen af proteinrigt ONS forbundet med en reduktion i det samlede antal genindlæggelser med 30 %.³⁹

Land	Patientgruppe	Udgiftsbesparelse pr. patient
HOSPITAL		
Holland ³⁶	Abdominalt opererede patienter	252 EUR
Storbritannien ²⁹	Samlede analyseresultater hos opererede, ældre patienter og patienter med slagtilfælde	1002 EUR (849 £) (udgifter pr. sengedag) 352 EUR (298 £) (udgifter til komplikationer)
HJEMMEPLEJE		
Frankrig ³⁷	Underernærede ældre (> 70 år)	195 EUR
Tyskland ³⁸	Patienter, der er egnede til ONS på grund af risiko for DRM*	234 EUR - 257 EUR

* DRM: disease-related malnutrition (sygdomsrelateret underernæring)

Tabel 2 Eksempler på forsøg, der viser udgiftsbesparelser ved at bruge ONS^{29,36-38}

VIGTIGE ASPEKTER

- Brug af ONS i Storbritannien har vist sig at spare 1000 EUR pr. patient baseret på længden af opholdet
- Patienter i hjemmeplejen, der har fået ONS, har færre sundhedsbesøg i hjemmet
- Reduktion af de samlede genindlæggelser med 30 % med proteinrigt ONS



ONS som led i god ernæringsmæssig pleje

ONS anerkendes i stigende omfang som en integreret del af den samlede strategi til behandling af underernæring hos patienter på hospitaler og i hjemmeplejen, støttet af stærk evidens for, at ONS fører til forbedringer i næringsindtag samt kliniske, funktionelle og økonomiske resultater.

I mange lande er der udviklet evidensbaserede retningslinjer for behandling af underernæring af nationale organer, offentlige myndigheder, sundhedsinstitutter, kliniske eksperter og fagorganisationer og i mange tilfælde gennem samarbejde mellem disse interessenter.

Good practice i forbindelse med ernæringsmæssig pleje inden for rammerne af sundhedsvæsenet bør inkorporere en række strategier og aktiviteter, der er designet til at sikre, at hver patient modtager den mest passende, skræddersyede og rettidige ernæringsmæssige intervention til optimering af næringsindtag og ernæringsmæssig status med henblik på at forbedre udfaldet.

Der er mange gode eksempler på, at implementering af retningslinjer for ernæring kan have positive effekter for patienter og behandlere. Det er imidlertid ofte vanskeligt at udpege eksempler, enten fordi der stadig er huller mellem retningslinjer, der er på plads, men endnu ikke fuldt implementerede, eller fordi good practice endnu ikke er blevet dokumenteret og udvekslet. Det er klart, at der skal foretages en koordineret tværfaglig indsats for at oversætte 'akademiske retningslinjer' til en praktisk metode for sundhedspersonale.

Siden 2008 har MNI tildelt en årlig bevilling til det bedste nationale initiativ til at oversætte evidens til praktiske metoder til at bekæmpe underernæring.

Der er flere oplysninger om disse projekter på www.medicalnutritionindustry.com.

HVAD SIGER EKSPERTERNE

Dr Ailsa Brotherton:

“Der er tilstrækkelig evidens, som viser, at ernæring har en signifikant indvirkning på patientplejen og forbedrer de helbredsmæssige resultater samtidig med økonomiske besparelser.”

EKSEMPLER PÅ BEST PRACTICE

- Implementering af screening, der anvendte 'MUST' forbedrede den ernæringsmæssig pleje, forbedrede den rigtige brug af plejeplaner og reducerede hospitalsophold og udgifter⁴⁰
- Anvendelse af diætister til at yde intensiv ernæringsmæssig støtte, herunder ONS (som anbefalet i retningslinjerne fra Welsh Assembly Government), til ældre kvinder med hoftebrud øgede energiindtaget signifikant og reducerede mortaliteten både på den akutte traumeafdeling og ved opfølgningen 4 måneder efter⁴¹
- Implementering af en ernæringsmæssig pleje protokol for cancerpatienter på et spansk hospital førte til en dæmpning af vægttabet hos 60 % af patienterne og en vægtstigning hos 17 % af patienterne⁴²
- Implementering af et ernæringsmæssigt pleje program for ældre mennesker på et belgisk hospital førte til en signifikant reduktion i længden af hospitalsopholdet⁴³

ANBEFALINGER

I alle aspekter af kampen mod underernæring fra identifikation til levering af den bedst mulige pleje af patienterne på en omkostningseffektiv måde viser der sig adskillige vigtige temaer:

- der skal være involvering af **mange interessenter** på alle niveauer
- **opmærksomhed, oplæring og uddannelse** er helt centralt for opnåelse af success
- **kontrol- og kvalitetsforbedring** saktiviteter er obligatoriske
- der skal skabes muligheder for udveksling af **good practice**

MNI er engageret i at øge opmærksomheden på underernæring og støtter bestræbelser på at fremhjelpe indførelse af rutinemæssig screening, vurdering og passende ernæringsmæssig støtte i hospital-svæsenet og hjemmeplejen. Med henblik på at nå disse mål har MNI følgende anbefalinger:



Identificering af underernæring	<ul style="list-style-type: none">• Nationale målsætninger for ernæring, som omhandler underernæring, men også fejlnæring i form af fedme og overvægt, skal være på plads• Rutinemæssig screening af sårbare grupper skal være indbygget i nationale målsætninger for ernæring• Validerede screeningsværktøjer skal bruges til at identificere patienter, der er underernærede eller risikerer at blive det• Der er behov for aftaler om, hvem der er ansvarlig for at foretage screening for underernæring
Prævalens	<ul style="list-style-type: none">• Der skal gøres en dedikeret indsats for systematisk at måle prævalensen af underernæring og risikoen for underernæring samt at udveksle resultaterne
Årsager	<ul style="list-style-type: none">• Der skal anvendes evidensbaserede tilgange til ernæringsmæssige plejeplaner, der tager hensyn til årsagerne til underernæring, formålene med interventionen, men også de miljømæssige og praktiske begrænsninger
Konsekvenser	<ul style="list-style-type: none">• Der skal være en øget opmærksomhed på den lange række af negative konsekvenser, som underernæring har for patienter, sundhedspersonale og samfundet generelt
Ernæringsmæssig plejeplan	<ul style="list-style-type: none">• Eksempler på good practice bør udveksles bredt for at lette implementeringen af retningslinjer for en ernæringsmæssig plejeplan og sikre den bedst mulige ressourceanvendelse
Fordele ved ONS	<ul style="list-style-type: none">• En omfattende mængde evidens viser fordelene ved ONS. Dette skal oversættes til praktisk anvendelse for at sikre, at patienter, der har brug for ernæringsmæssig intervention, får den
Vejledning	<ul style="list-style-type: none">• Vejledning i behandling af underernærede patienter, eller patienter, der risikerer at blive underernærede, skal reflektere den nuværende evidens vedrørende ernæringsmæssig intervention som f.eks. ONS og give tydelige og praktiske anbefalinger om hvordan og hvornår, der skal bruges ernæringsmæssige interventioner
Good Practice	<ul style="list-style-type: none">• Eksempler på good practice bør udveksles bredt for at lette implementeringen af retningslinjer for ernæring og sikre den bedst mulige ressourceanvendelse

MNI ønsker at takke følgende eksperter, som har bidraget med deres viden og ekspertise:



Dr. Ailsa Brotherton arbejder i Department of Health's QIPP Safe Care workstream i Storbritannien, som har leveret et natinalt forbedringsprogram med fokus på ernæring og væsketilførsel. Hun er Honorary Secretary for BAPEN's direktion, medlem af BAPEN's kvalitetsgruppe og er Director of Clinical Engagement and Leadership ved NHS QUEST i England.



Professor Koen Joosten er Paediatric-Intensivist ved Erasmus MC - Sophia Children's Hospital i Holland. Han er medlem af flere ernæringskomiteer; han er formand for kostgruppen i Dutch Paediatric Association, medlem af den hollandske styregruppe for underernæring og kasserer i NESPEN.



Professor Alessandro Laviano er Associate Professor of Internal Medicine ved Department of Clinical Medicine, Sapienza University of Rome i Italien og formand for Educational and Clinical Practice Committee of the European Society of Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN).



Professor Jean-Pierre Michel is Honorary Professor of Medicine, Geneva University i Schweiz. Han er EUGMS-præsident (2012-13) og WHO-ekspert i deres "Ageing and Life course"-program. Han var med til at grundlægge European Academy for Medicine of Aging (EAMA), Middle East Academy of Medicine of Ageing (MEAMA) samt IAGG Master Classes on Ageing i Asien.



Fionna Page BSc (Hons), RD, indsamlede og skrev den fuldstændige rapport på vegne af MNI. Hun er autoriseret diætist med mange års erfaring, som omfatter både klinisk praksis (især ernæringsmæssig støtte på hospitaler og i hjemmeplejen) og den medicinske fødevarerindustri.

REFERENCER

1. Ljungqvist O, de Man F. *Nutr Hosp* 2009;**24**:368-70.
2. Stratton RJ et al. Wallingford: CABI Publishing, 2003.
3. Meijers JM et al. *Nutrition* 2009;**25**:512-9.
4. Van Nie-Visser NC et al. *Clin Nutr Suppl* 2009;**4**(2):45 (abstract 99).
5. Russell C, Elia M. Redditch: BAPEN, 2012.
6. Sorensen J et al. *Clin Nutr* 2008;**27**:340-9.
7. Schneider SM et al. *Br J Nutr* 2004;**92**:105-11.
8. Guest JF et al. *Clin Nutr* 2011;**30**:422-9.
9. House of Commons Health Committee. London, The Stationery Office. 2004.
10. Volkert D et al. *Clin Nutr* 2006;**25**:330-360.
11. Schindler K et al. *Clin Nutr* 2010;**29**:552-9.
12. Imoberdorf R et al. *Clin Nutr* 2010;**29**:38-41.
13. Meijers JM et al. *Br J Nutr* 2009;**101**:417-23.
14. Kaiser MJ et al. *J Am Geriatr Soc* 2010;**58**:1734-8.
15. Suominen MH et al. *Eur J Clin Nutr* 2009;**63**:292-6.
16. Lelovics Z et al. *Arch Gerontol Geriatr* 2009;**49**:190-6.
17. Parsons EL et al. *Proc Nutr Soc* 2010;**69**:E197
18. Joosten KF et al. *Arch Dis Child* 2010;**95**:141-5.
19. Agarwal E et al. *Clin Nutr* 2012;**31**:41-47.
20. Lim SL et al. *Clin Nutr* 2012;**31**:345-350.
21. Meijers JM et al. *Br J Nutr* 2009;**101**:417-423.
22. Pirlich M et al. *Clin Nutr* 2006;**25**:563-72.
23. Elia M, Russell C. Redditch: BAPEN, 2009.
24. Gibbons T, Fuchs GJ. *Clin Pediatr (Phila)* 2009;**48**:356-61.
25. Hiesmayr M et al. *Clin Nutr* 2009;**28**:484-91.
26. Valentini L et al. *Clin Nutr* 2009;**28**:109-16.
27. Norman K et al. *Clin Nutr* 2008;**27**:5-15.
28. Sorensen J et al. *Clin Nutr* 2008;**27**(3):340-349.
29. Elia M et al. Redditch: BAPEN, 2005.
30. Elia M & Stratton RJ. Redditch, BAPEN. 2009.
31. Cepton. Malnutrition in Germany: Munich, 2007.
32. Freijer K et al. *Clin Nutr* 2012; Jul 10 Epub.
33. Rice N, Normand C. *Public Health Nutr* 2012; Feb 8 Epub.
34. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Clinical guideline 32. London: NICE, 2006.
35. Milne AC et al. Cochrane Database Syst Rev 2009;CD003288.
36. Freijer K, Nuijten MJ. *Eur J Clin Nutr* 2010;**64**:1229-34.
37. Arnaud-Battandier F et al. *Clin Nutr* 2004;**23**:1096-103.
38. Nuijten M, Mittendorf T. *Akt Ern Med* 2012;**37**:126-133.
39. Cawood AL et al. *Ageing Res Rev* 2012;**11**:278-296.
40. Cawood AL et al. *Clin Nutr Suppl* 2009;**4**(2):81
41. Duncan DG et al. *Age Ageing* 2006;**35**:148-53.
42. Caro MM et al. *Nutr Hosp* 2008;**23**:458-68.
43. Pepersack T. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2005;**60**:787-92.

For yderligere oplysninger og en fuldstændig referenceliste henvises til rapporten "Oral Nutritional Supplements to Tackle Malnutrition". www.medicalnutritionindustry.com



The Medical Nutrition International Industry (MNI)
Rue de l'Association 50, 1000 Bruxelles, Belgien
www.medicalnutritionindustry.com
Kontakt: secretariat@medicalnutritionindustry.com