5. juli 2021

Til Sundhedsstyrelsen

DSAM's høringssvar vedrørende udkast til "Opsporing, behandling og opfølgning af borgere og patienter i ernæringsrisiko - Vejledning til kommuner, sygehus og almen praksis"

DSAM takker for muligheden for at kommentere på ovenstående udkast.

DSAM har tidligere lavet et grundigt for-høringssvar, som vi henviser til – vedhæftet som bilag 1. Det er ikke muligt at se nøjagtig, hvilke kommentarer der allerede er medtaget, og hvilke rettelser der er lavet siden det forrige udkast, men vi kan se, at flere ting er ændret.

Ved dette høringssvar vil vi koncentrere os om Kapitel 6: "Opsporing, behandling og opfølgning af ernæringsrisiko i almen praksis".

DSAM finder, at vejledningen har et nødvendigt fokus på en problemstilling, som har været mangelfuldt behandlet i hele sundhedsvæsenet, hvor ernæring traditionelt ikke har haft særlig stor plads i de enkelte lægelige specialer. Dette er der ved at blive rettet op på, og også med denne vejledning må håbet være, at vejledning om kost og ernæring fremover indgår som en vigtig del af behandlingen af skrøbelige og kronisk syge patienter. DSAM mener, at det – især når det handler om en ny tilgang til et område – er nødvendigt at fokusere på processen, hvor spørgsmål om kost og mulig underernæring får langt større opmærksomhed såvel hos lægen som hos personalet. DSAM mener således, at det generelle formål, som nævnes et sted i brødteksten, kunne fremhæves: *"der bør være opmærksomhed på uplanlagt vægttab og ernæringsrisiko, og at identificeret ernæringsrisiko bør lede til nærmere udredning af årsagerne til vægttabet."*

Til gengæld mener DSAM, at det er uheldigt, at man primært fokuserer på "opsporing" samt en tilgang, der handler meget om at veje og måle enkeltindivider. Tilgangen i vejledningen bliver flere steder for "algoritmepræget" og flowchart-agtig med udgangspunkt i en specifik vægt (vægttab på mere end 1 kg). Det er vigtigere at fokusere på, hvordan vi generelt kan øge vidensniveauet omkring vigtigheden af sund kost til patienter i risiko for underernæring, hvordan henvisningsmulighederne kan forbedres, og hvordan vi i almen praksis ved en øget opmærksomhed og en personcentreret almenmedicinsk tilgang kan finde de personer, der specielt vil have gavn af en indsats. Det vil vedligeholde lægelig dømmekraft i stedet for at erstatte den med alt for potentielt oversensitive algoritmer.

DSAM finder således flowdiagrammet (figur 6.1.) unyttigt og uklart, fx ved at udredning først nævnes under/efter behandling, og at der udelukkende fokuseres på enkeltindivider. Vi vil anbefale, at man følger sædvanlig klinisk tankegang og i nævnte rækkefølge:

- Øget opmærksomhed i klinikken (læger og personale) på risiko for underernæring i forbindelse med sygdom.
- Øget opmærksomhed og tilrettelæggelse af arbejdet i forhold til forskellige patientgrupper, men også i forhold til ældrepopulationen som sådan.
- Identifikation af enkeltindivider, som har behov for en indsats. Det kan være efter vejning, hvor 1 kg vægttab kan være rettesnor, men også ved at anamnesen peger på risikotilstande /risikosituationer.
- Udredning efter klinisk skøn.
- Behandling i klinikken eller henvisning til klinisk diætist.

Henvisningsmulighederne til klinisk diætist eller kommunale tilbud er afgørende i almen praksis, og dette er kun sporadisk behandlet. Der nævnes fx muligheder for at have klinisk diætist ansat i klinikken, hvilket vi ikke finder realistisk for et stort flertal af praktiserende læger. Samtidig er det i kommuner og regioner oftest (fraset enkelte med bestemte kroniske lidelser) umuligt at henvise til diætist uden egenbetaling. Dette skal løses, for at intentionerne omkring vejledningen kan opfyldes.

Når vejledningen skal implementeres, er sprogbrugen væsentlig. DSAM vil vi gerne kvittere for de mange steder, hvor der benyttes en bred og rummelig tilgang, der beskrives som "der kan med fordel….", "der kan overvejes…." etc., hvilket giver råderum for, at lægen og patienten i fællesskab kan prioritere indsatsen.

Til gengæld kan DSAM ikke billige stive og fastlagte mål om, at alle med "uplanlagt vægttab på 1 kg … BØR udredes" eller "Patienter i konkret forløb eller behandling SKAL vejledes om, hvordan de undgår vægttab eller yderligere vægttab" (vores fremhævning). Med faste, målbare grænser for intervention samt en tilgang med "skal" og "bør" åbnes nu op for, at STPS kan give påtaler overfor læger på et meget spinkelt grundlag. Udover et stort potentielt antal "falsk positive" så vil det give næring til defensiv medicin. Sådanne tilgange har vist sig at være en dårlig motivator for indlæring og ændring af vaner og bør undgås, såfremt man ønsker at stimulere en faglig, engageret udvikling af et område.

Der er enkelte steder, hvor teksten ikke er korrekt omkring systematisk tilgang i almen praksis. Fx anføres, at patienten normalt vejes ved "opsøgende hjemmebesøg". Dette er ikke rigtigt (bismervægten kan ikke rumme dem), men der er opmærksomhed på vægten, hvis dette findes relevant. På samme måde lægger "overblikskonsultation" sig ikke fast på systematiske undersøgelser, men netop på, at læge og patient i fællesskab prioriterer blandt mange relevante indsatser, som kan komme i spil hos personer med mange sygdomme. Der nævnes også, at man i praksis har en systematisk tilgang til "ældre patienter, som vejes og måles og får beregnet BMI en gang årligt" – dette er næppe aktuelt, hvis patienten ikke i forvejen har en kronisk sygdom og får lavet årsstatus (dvs. de er allerede nævnt andetsteds).

Endelig er der tilkommet en kommentar om, at "Dokumentation foretages i patientjournalen jf. journalføringspligt" Alle læger er klar over journalføringspligten, og det er ikke relevant at medtage her. Problemet er, at læger og personale i højere grad skal tænke vægt og ernæring sammen med helbredstilstand, ikke blot fokusere på at huske at skrive vægten i journalen, når man først har taget hul på problemet. I sammenhængen i teksten kan det til og med misforstås, da journalføringspligten nævnes i forhold til, at patienterne selv kan veje sig og følge vægten derhjemme – noget lægerne vel næppe har pligt til at journalføre.

Med venlig hilsen

Anders Beich
Formand, DSAM