

Herlevs *Hjemlige* Herligheder og ernæringsopfølgning efter udskrivelse

Af: Elna Dalsgaard Ninh, cand.scient. i human ernæring og ph.d-studerende¹, Martine K. Nielsen, klinisk diætist, Cand. scient. i klinisk ernæring og ph.d.-studerende², Tina Munk, ph.d. og chefdiætist², Jesper Ryg, professor og overlæge³, Jacob Rosenberg, professor og overlæge¹

¹Center for Perioperativ Optimering (CPO), Herlev og Gentofte Hospital

²Enheden af Diætister og Ernæringsforskning (EATEN), Herlev og Gentofte Hospital

³Geriatric Research And Clinical Evidence (GRACE), Medicinsk afdeling, Herlev og Gentofte Hospital

Kontakt: elna.adalsteinsdottir.dalsgaard@regionh.dk eller Martine.kjaersgaard.nielsen@regionh.dk.

Introduktion

Underernæring er en udbredt, men ofte overset tilstand blandt hospitalsindlagte patienter, særligt hos ældre (1). På Herlev Hospital viser et nyt studie, at 65 % af alle voksne patienter, der var indlagt i fire dage eller længere, var i ernæringsrisiko (2). Herlevs Herligheder er et à la carte-system med små energi- og proteinberigede retter, som har bidraget til, at patienterne spiser markant mere under indlæggelsen. Patienterne kan i dag selv bestille måltiderne via en tablet, hvor de samtidig kan følge med i, om deres energi- og proteinbehov bliver dækket via et "Ernæringsbarometer". I et randomiseret kontrolleret studie (RCT) opnåede 66 % af patienterne i ernæringsrisiko dækning af deres energi- og proteinbehov med à la carte-systemet mod kun 30 % af de patienter, som fik standardkost (tre hovedmåltider serveret fra buffet samt mellemmåltider) (3). Når patienter i ernæringsrisiko får dækket deres energi- og proteinbehov, er det forbundet med kortere indlæggelsestid, færre komplikationer og lavere dødelighed (4). Tidligere studier viser, at målrettede ernæringsindsatser under indlæggelsen kan øge madindtaget og understøtte restitutionen (4-6). Hos medicinske patienter ses gevinst på funktionsevne og livskvalitet, mens kirurgiske patienter opnår færre postoperative komplikationer og hurtigere sårheling ved kortidsopfølgning (4-6). I begge grupper ses ingen effekt på genindlæggelser,

hvilket tyder på, at gevinsterne aftager efter udskrivelse (4,6). Dette har skabt behov for nye modeller, der kan fastholde sufficient ernæring, når patienterne kommer hjem.

Hjemlige Herligheder

For at støtte patienterne i overgangen fra hospital til eget hjem er madkonceptet Herlevs Herligheder udvidet med initiativet Herlevs *Hjemlige* Herligheder. Det nye tilbud bygger videre på hospitalets à la carte-system, hvor patienter i ernæringsrisiko kan vælge otte små energi- og proteinberigede retter fra det eksisterende sortiment til at tage med hjem. Retterne er sammensat til at dække patienternes energi- og proteinbehov det første døgn efter udskrivelse og bygger på velkendte smage og måltider, som allerede har vist sig at fremme appetit under sygdom. Et tidligere RCT fra Herlev Hospital med patienter i ernæringsrisiko viste, at hvis patienterne får proteinberigede retter med hjem samt opfølgning fra en klinisk diætist, kan det forbedre patienternes ernæringsstatus, muskelstyrke og livskvalitet (7). Et andet studie viste, at tilknytning af en klinisk diætist til et tværfagligt følge-hjem-team reducerede risikoen for genindlæggelser blandt ældre patienter betydeligt (8). På trods af veldokumenterede effekter er ernæring fortsat en undervurderet del af behandlingen på hospitalet. Manglende ernæringsplaner ved udskrivelse, begrænset tværfagligt samarbejde og mangelfuld kommunikation mellem sektorer udgør centrale barrierer for implementering (9). På baggrund af problemets omfang og den fremlagte viden har Herlev Hospital initieret to nye projekter, Kom Mæt Hjem 2.0 og ERAS 3.0 (ERAS = Enhanced Recovery After Surgery), der begge skal undersøge effekten af en systematisk ernæringsopfølgning efter udskrivelse. Et overblik over projekternes kernelementer ses i figur 1.

Kom Mæt Hjem 2.0

Målgruppen i dette projekt er ældre patienter i ernæringsrisiko, der følges hjem via en følge-hjem ordning med enten en sygeplejerske, ergoterapeut eller fysioterapeut. Ordningen har til formål at sikre en tryk og sammenhængende overgang fra hospital til eget hjem ved at vurdere patientens behov for hjemmepleje eller madservice. Deltagerne modtager Herlevs

Hjemlige Herligheder samt hjemmebesøg af en klinisk diætist indenfor 96 timer efter udskrivelsen, et opfølgende telefonopkald på dag 30 og yderligere et hjemmebesøg på dag 90 efter udskrivelsen. Ved kontakterne får deltagerne ernæringsvejledning og instruktion i daglig fysisk træning (rejse-sætte-sig øvelse). Projektet bygger på et tæt samarbejde med alle ni kommuner omkring Herlev Hospital. Efter hver kontakt sender diætisten en klinisk korrespondance til modtagerkommune enten som orientering eller med anbefaling om yderligere kommunal indsats, fx støtte til indtag af måltider. Kommunale diætister og ernæringsprofessionelle følger løbende op efter behov. Studiet er et feasibilitystudie, der skal undersøge, hvordan interventionen kan implementeres i praksis.

ERAS 3.0

Hvor Kom Mæt Hjem 2.0 primært retter sig mod medicinske patienter, afprøves en lignende model for skrøbelige kirurgiske patienter i ERAS 3.0. Projektet bygger videre på principperne fra ERAS, som fremmer restitution efter kirurgi gennem blandt andet optimeret smertebehandling, tidlig genoptagelse af mad og drikke samt mobilisering (10). ERAS 3.0 overfører udvalgte principper fra ERAS til tiden efter udskrivelsen igennem tværfaglig opfølgning af skrøbelige patienter i ernæringsrisiko efter kolorektal kirurgi (11). Studiet er et RCT-studie med en interventions- og en kontrolgruppe. Interventionsgruppen modtager Herlevs *Hjemlige* Herligheder ved udskrivelse, ernæringsvejledning og træningsinstruktion fra en klinisk



Figur 1

Kerneelementer i Kom Mæt Hjem 2.0 og ERAS 3.0



Herlevs Hjemlige Herligheder
med hjem ved udskrivelse



Tværfagligt samarbejde
behov for støtte vurderes af flere faggrupper



Opfølgning & støtte
ved hjemmebesøg eller telefonisk



Effekter måles på
vægt, kostindtag, funktionsevne, livskvalitet og genindlæggelser

diætist i hjemmet samt et lægebesøg inden for ni dage efter operationen. Kontrolgruppen modtager standardbehandling, hvilket vil sige ingen hjemmeopfølgning. Begge grupper følges af en forskningsmedarbejder på dag 12, 30 og 90 efter udskrivelsen for at vurdere den postoperative restitution.

Foreløbige erfaringer og perspektiver

Begge projekter undersøger, hvordan systematisk opfølgning efter udskrivelse påvirker vægtudvikling, energi-, protein- og væskeindtag, funktionsevne, livskvalitet, genindlæggelser og mortalitet. Derudover gennemføres kvalitative interviews, der belyser patienternes oplevelser med projekterne, herunder Herlevs *Hjemlige Herligheder* og den opfølgende kontakt med diætisten. Foreløbige erfaringer peger på, at ernæringsopfølgning efter udskrivelsen giver tryghed og kontinuitet. Herlevs *Hjemlige Herligheder* rummer desuden potentiale som madservice efter udskrivelsen, hvilket flere deltagere har efterspurgt, og hvilket med fordel kan undersøges nærmere.

Konklusion

Ernæring er en vigtig del af behandlingen og en forudsætning for, at patienter kan komme sig efter sygdom og kirurgi. Alligevel er underernæring fortsat en overset udfordring blandt mange indlagte patienter og kræver en mere helhedsorienteret tilgang, hvor indsatsen ikke stopper ved udskrivelsen. Erfaringerne fra Herlev

Hospital viser, at målrettet ernæring og systematisk opfølgning efter udskrivelsen kan styrke ældre patienters ernæringsstatus, funktionsevne og livskvalitet. Med Herlevs *Hjemlige Herligheder* som omdrejningspunkt og projekterne Kom Mæt Hjem 2.0 og ERAS 3.0 afprøver Herlev Hospital en helhedsorienteret model, hvor ernæringsindsatsen begynder på hospitalet og fortsætter i hjemmet - så flere patienter får opfølgning efter udskrivelsen og dermed bedre forudsætninger for at komme sig godt efter sygdom.

Referencer

1. Sundhedsstyrelsen. Underernæring: Opsporing, behandling og opfølgning af borgere og patienter i ernæringsrisiko. Vejledning til kommune, sygehus og almen praksis. 2022. www.sst.dk/da/udgivelser/2022/Vejledning-om-underernæring. (Tilgået 22. okt. 2025).
2. Munk T, Holmsted SF, Beck AM, Laursen L, Rasmussen HH, Knudsen AW. The effect of a digital energy- and protein-dense food concept with a nutritional tracker on dietary intake in hospitalized patients at nutritional risk – A one-day cross-sectional study. *Clin Nutr ESPEN*. 2025;68:523–9.
3. Munk T, Beck AM, Holst M, Rosenbom E, Rasmussen HH, Nielsen MA, et al. Positive effect of protein-supplemented hospital food on protein intake in patients at nutritional risk: a randomised controlled trial. *J Hum Nutr Diet*. 2014;27:122–32.
4. Schuetz P, Fehr R, Baechli V, Geiser M, Deiss M, Gomes F, et al. Individualised nutritional support in medical inpatients at nutritional risk: a randomised clinical trial. *Lancet* 2019;393:2312–21.
5. Weimann A, Braga M, Carli F, Higashiguchi T, Hübner M, Klek S, et al. ESPEN practical guideline: Clinical nutrition in surgery. *Clin Nutr* 2021;40:4745–61.
6. Sauro KM, Smith C, Ibadin S, Thomas A, Ganshorn H, Bakunda L, et al. Enhanced recovery after surgery guidelines and hospital length of stay, readmission, complications, and mortality: a meta-analysis of randomized clinical trials. *JAMA Netw Open* 2024;7:e2417310.
7. Munk T, Svendsen JA, Knudsen AW, Østergaard TB, Thomsen T, Olesen SS, et al. A multimodal nutritional intervention after discharge improves quality of life and physical function in older patients – a randomized controlled trial. *Clin Nutr*. 2021;40:5500–10.
8. Beck A, Andersen UT, Leedo E, Jensen LL, Martins K, Quvang M, et al. Does adding a dietician to the liaison team after discharge of geriatric patients improve nutritional outcome: A randomised controlled trial. *Clin Rehabil*. 2015;29:1117–28.
9. Launholt TL, Larsen P, Aadal L, Kristensen HK. Barriers and facilitators in the implementation of nutrition interventions to prevent or treat malnutrition in older adults: a scoping review. *Nutr Clin Pract*. 2025:1-46.
10. Fearon KC, Ljungqvist O, Von Meyenfeldt M, Revhaug A, Dejong CH, Lassen K, et al. Enhanced recovery after surgery: a consensus review of clinical care for patients undergoing colonic resection. *Clin Nutr*. 2005;24:466-77.
11. Dalsgaard EA, Dolin TG, Lund CM, Lykke J, Munk T, Vinther A, et al. Optimized post-discharge care in patients with frailty after colon cancer surgery (project ERAS® 3.0): a protocol for a randomized controlled trial. *J Geriatr Oncol*. 2025;16:102289.