

Sundhedsstyrelsen
Enhed for Forebyggelse og det primære sundhedsvæsen
Sendt til: FOPS@sst.dk

Høringssvar til kvalitetsstandarder for forebyggelsestilbud til patienter med kronisk sygdom eller kræft

Kost og Ernæringsforbundet og Fagligt selskab af Kliniske Diætister (FaKD) takker for muligheden for at afgive høringssvar til Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandarder for forebyggelsestilbud til patienter med kronisk sygdom eller kræft.

Kost og Ernæringsforbundet og FaKD bakker op om kvalitetsstandardernes formål om at sikre patienter med kronisk sygdom eller kræft forebyggelsestilbud af ensartet og høj kvalitet. Vi finder det positivt, at ernæringsområdet er blevet styrket siden præhøringen. Det gælder blandt andet sondringen mellem kostvejledning og diætbehandling, kravet om vurdering af ernæringsrisiko samt beskrivelsen af diætbehandling som en individuelt tilpasset indsats, der skal følge relevante sygdomsspecifikke retningslinjer. Det er også positivt, at det fastholdes som et krav, at diætbehandling gennemføres af sundhedsprofessionelle med kompetencer svarende til en autoriseret klinisk diætist.

Der er imidlertid fortsat en række forhold, som efter vores vurdering bør præciseres for at sikre, at patienter får rettidig adgang til den ernæringsindsats, som deres sygdom, ernæringstilstand og behandlingsbehov tilsiger. Det gælder særligt diætbehandlingens status som behandlingsindsats, muligheden for direkte henvisning til diætbehandling, tidligere opstart ved et tidskritisk behov, ansvar og koordinering i forbindelse med præhabilitering samt professionsbachelor i ernæring og sundhed med toningen Sundhedsfremme og forebyggelse som relevant faggruppe i forbindelse med kostvejledning og øvrige forebyggende ernæringsindsatser.

23. oktober 2026

Kost og Ernæringsforbundet

Holmbladsgade 70
2300 København S

Dir. 51215960
pha@kost.dk

www.kost.dk
facebook.com/forbundet

Derudover finder vi behov for, at underernæring defineres i kvalitetsstandarden.

Diætbehandling er en behandlingsindsats

Det er positivt, at kvalitetsstandarden sonder tydeligt mellem kostvejledning og diætbehandling. Kostvejledning tager udgangspunkt i De officielle Kostråd og relevante ernæringsanbefalinger, mens diætbehandling blandt andet omfatter udredning, ernæringsdiagnose, ernæringsplan, individuel diætvejledning, monitorering og evaluering, jf. afsnit 7.3, side 27.

Denne beskrivelse understreger, at diætbehandling er en behandlingsindsats, som iværksættes på baggrund af patientens sygdom, ernæringstilstand og konkrete behandlingsbehov. Det bør fremgå tilsvarende tydeligt af kvalitetsstandardens tværgående beskrivelse af de patientrettede forebyggelsestilbud i afsnit 3.1, side 10.

Diætbehandling kan derfor ikke uden nærmere præcisering omfattes af den generelle betegnelse for generiske forebyggelsestilbud i afsnit 3.1, side 10. Diætbehandling skal altid tilrettelægges individuelt og med udgangspunkt i patientens sygdom eller sygdomme, ernæringsdiagnose, samlede behandling og øvrige helbredsmæssige forhold, jf. afsnit 7.4 og 7.5, side 28.

Forslag til tekstændring

Kost og Ernæringsforbundet og FaKD anbefaler, at følgende tekst indsættes i afsnit 3.1, side 10, umiddelbart efter beskrivelsen af de patientrettede forebyggelsestilbud som generiske:

Diætbehandling adskiller sig fra de øvrige generiske forebyggelsestilbud ved at være en behandlingsindsats, der på baggrund af en ernæringsfaglig udredning tilrettelægges individuelt og sygdomsspecifikt med udgangspunkt i patientens ernæringsdiagnose, samlede behandling, behov og ressourcer.

Mulighed for direkte henvisning til diætbehandling

Det fremgår af afsnit 2.2, side 9, og afsnit 3.2, side 12, at patienter som udgangspunkt skal henvises til en afklarende samtale, før relevante indsatser iværksættes. Patienter med behov for nikotinafvænning eller forebyggende samtale om alkohol kan derimod henvises direkte til den relevante indsats.

Når en læge eller sygehusafdeling allerede har vurderet, at en patient har behov for diætbehandling, kan en ny bred afklarende samtale medføre unødigt og ressourcekrævende dobbeltvurdering og forsinke behandlingen. Den nødvendige individuelle afklaring bortfalder ikke

ved direkte henvisning, da diætbehandlingen allerede skal omfatte ernæringsfaglig udredning, vurdering af behov og ernæringsdiagnose, jf. afsnit 7.3, side 27. Muligheden for direkte henvisning til diætbehandling bør samtidig fremgå tydeligt af figur 1.

Forslag til tekstændring

Kost og Ernæringsforbundet og FaKD anbefaler, at følgende tilføjes i afsnit 2.2, side 9:

Hvis den henvisende læge eller sygehusafdeling allerede har vurderet, at patienten har behov for diætbehandling, kan patienten henvises direkte hertil. Den nødvendige ernæringsfaglige udredning gennemføres som led i diætbehandlingen.

Kost og Ernæringsforbundet og FaKD anbefaler desuden, at der i figur 1 indsættes pile fra almenmedicinske tilbud, praktiserende speciallæger og sygehuse direkte til ernæringsindsats. Pilene skal synliggøre muligheden for direkte henvisning, når behovet for diætbehandling allerede er identificeret.

Rettidig opstart ved ernæringsrisiko og underernæring

Det er positivt, at patienter i et pakkeforløb får ret til opstart i relevante patientrettede forebyggelsestilbud indenfor 21 kalenderdage efter henvisning, jf. afsnit 2.2, side 9.

De 21 kalenderdage er imidlertid en maksimal frist og bør ikke blive en normgivende ventetid. For patienter med ernæringsrisiko, underernæring eller uplanlagt vægttab kan behandlingsbehovet være akut, og 21 dage kan i flere tilfælde være for lang tid. En forsinket ernæringsindsats kan medføre yderligere tab af vægt, muskelmasse og funktionsevne og forringe patientens forudsætninger for at gennemføre anden behandling og rehabilitering.

Forslag til tekstændring

Kost og Ernæringsforbundet og FaKD anbefaler, at følgende tilføjes i afsnit 2.2, side 9, efter beskrivelsen af fristen på 21 kalenderdage:

Fristen på 21 kalenderdage er en maksimal frist. Patienter i ernæringsrisiko, underernæring, uplanlagt vægttab eller et andet tidskritisk ernæringsbehov skal tilbydes opstart tidligere – og så hurtigt som muligt – når dette følger af en konkret sundhedsfaglig vurdering.

Tydelig ansvarsfordeling ved præhabilitering

Det er positivt, at præhabilitering skal iværksættes så tidligt som muligt og koordineres med det planlagte behandlingsforløb, og at den afklarende samtale ikke må forsinke opstarten. Det fremgår imidlertid ikke tydeligt, hvordan ansvaret fordeles mellem sygehuset, det regionale forebyggelsestilbud og det almenmedicinske tilbud.

En uklar ansvarsfordeling kan medføre forsinkelse, dobbeltudredning eller manglende deling af relevante kliniske oplysninger. Det er særligt problematisk ved præhabilitering, fordi perioden frem mod behandlingsstart kan være kort.

Kost og Ernæringsforbundet og FaKD anbefaler, at Sundhedsstyrelsen præciserer ansvars- og opgavefordelingen ved præhabilitering. Det bør fremgå, hvem der har ansvar for at identificere behovet, henvise patienten, dele relevante kliniske oplysninger, koordinere og iværksætte indsatserne samt følge op på det samlede forløb. Ansvarsfordelingen skal sikre, at tidskritiske indsatser, herunder ernæringsindsatser, ikke forsinkes.

Ernæringsfaglige kompetencer skal fremgå tydeligt

Det er positivt, at diætbehandling ifølge afsnit 7.6, side 29, skal gennemføres af sundhedsprofessionelle med kompetencer svarende til en autoriseret klinisk diætist. Det er afgørende for kvalitet og patient-sikkerhed og skal fastholdes.

Ved den indledende vurdering og ved kostvejledning anvender kvalitetsstandarder derimod den brede formulering *sundhedsprofessionelle og/eller ernæringsfaglige med relevante kompetencer*. Professionsbachelor i ernæring og sundhed med toningen Sundhedsfremme og forebyggelse nævnes ikke, selv om uddannelsen er relevant for kostvejledning og forebyggende ernæringsindsatser.

Forslag til tekstændring

Kost og Ernæringsforbundet og FaKD anbefaler, at følgende tilføjes i afsnit 7.6, side 29, efter kompetencekravet ved kostvejledning:

Relevante kompetencer til kostvejledning og øvrige forebyggende ernæringsindsatser kan blandt andet være kompetencer svarende til en professionsbachelor i ernæring og sundhed med toningen Sundhedsfremme og forebyggelse.

Monitorering af ernæringsindsatser

Afsnit 9.1 om kvalitetsudvikling vil ifølge SST blive konkretiseret yderligere efter den politiske implementeringsaftale er indgået. Ved denne konkretisering er det vigtigt at den ikke alene omfatter aktivitet og deltagelse, men også kvaliteten og resultaterne af ernæringsindsatserne.

Kost og Ernæringsforbundet og FaKD anbefaler, at ernæringsindsatser indgår i den videre konkretisering af kvalitetsudvikling og monitorering i afsnit 9.1, så både indsatsens faglige kvalitet og resultater belyses.

Underernæring bør defineres

Underernæring anvendes flere steder i kvalitetsstandarden, men begrebet er ikke medtaget i definitionsafsnittet på side 36-37. En definition vil understøtte en ensartet forståelse på tværs af faggrupper og sektorer.

Kost og Ernæringsforbundet og FaKD anbefaler, at underernæring tilføjes i definitionsafsnittet med udgangspunkt i gældende faglig terminologi og Sundhedsstyrelsens vejledning: "Underernæring: Opsporing, behandling og opfølgning af borgere og patienter i ernæringsrisiko - Vejledning til kommune, sygehus og almen praksis"

Kost og Ernæringsforbundet og FaKD finder samlet set, at ernæringsområdet er styrket væsentligt siden præhøringen. De foreslåede præciseringer skal bidrage til, at patienter med kronisk sygdom eller kræft får rettidig adgang til den rette ernæringsindsats, udført af sundhedsprofessionelle med de nødvendige kompetencer. Det er afgørende for, at de øvrige behandlingsindsatser kan få effekt og sundhedsvæsnets ressourcer anvendes effektivt.

Kost og Ernæringsforbundet og FaKD står gerne til rådighed for en udbygning af høringssvaret.

Med venlig hilsen

Ghita Parry

Formand

Kost og Ernæringsforbundet

Mette Theil

Formand

Fagligt Selskab af Kliniske Diætister