

# Det sammenhængende patientforløb ønskes – også med hensyn til ernæring

## Dansk Selskab for Klinisk Ernæring

Overlæge Jens Rikardt Andersen

Ved indlæggelse på danske sygehuse er 20-30% af patienterne underernærede afhængig af hvilket sygehus og speciale, der er tale om [1, 2]. Ved underernæring forstås her summen af kronisk underernæring og den vægttabsbetingede underernæring.

Mange patienter taber sig yderligere under sygehusopholdet [3], og det er overvejende *lean body mass* (LBM), der tabes. Størrelsen af dette vægttab afhænger af afdelingens indsats, og af hvor syg patienten er. En stor del af udskrevne patienter vil således have ernæringsproblemer, der har med reduceret LBM at gøre. Fedtrig kost øger ikke nødvendigvis LBM, og patienten opfatter ofte hensigtsmæssig kost som efterlevelse af de almindelige kostråd for raske, hvor et øget proteinindtag ville være at foretrække.

Indsatsen med ernæringsterapi, der er iværksat under indlæggelsen, ophører hyppigst momentant ved udskrivelsen. Ingen har fuldt overblik over omfanget af dette problem, men genindlæggelse i yderligere forværret ernæringstilstand er ikke usædvanligt.

I en af de alt for sjældne opgørelser af problemerne efter udskrivelse blev 120 appendektomerede patienter spurgt om deres vægtudvikling i de første to uger efter udskrivelsen. Et vægttab på to kg eller mere blev angivet af 40% af patienterne med åben operation og 33% med laparoskopisk. De mediane

vægttab var henholdsvis fem og fire kg, og 8% henholdsvis 4% rapporterede vægttab på mere end 10% af deres legemsvægt. Mere end en tredjedel af disse patienter henvendte sig til egen læge i ugen efter operationen med sårproblemer, så der var god mulighed for at etablere en kontakt. Denne opgørelse er kun offentliggjort i et abstract, referencen kan fås hos forfatteren. Sådanne forløb med protraheret vægttab og problemer med reduceret appetit og fødeindtagelse er velkendte efter operationer, men der savnes interventionsundersøgelser. Ernæringsproblemer er yderst sjældent nævnt i epikrisen (her er plads til forbedring), så opmærksomheden på problemet skal for tiden henledes på anden vis. I Nordjylland er der taget en række systematiske initiativer for at bedre tingenes tilstand, men det er hovedindtrykket, at ingen rigtig føler sig ansvarlig for ernæringsproblemerne før og efter sygehusopholdet.

Inden elektiv indlæggelse og under udredning af vægttabende patienter i primærsektoren sker der næppe ret meget med hensyn til ernæring. Vi har fået fastslået, at intensiv ernæring få dage før en operation er en dårlig ide med en del komplikationer til følge [4], men det er sandsynligt, at ernæringsterapi i 7-10 dage præoperativt ville være gavnligt. Det er veldokumenteret, at patienter, der er underernærede ved indlæggelsen, har mindst dobbelt så høj risiko for komplikationer i forløbet som normalt ernærede. Det ville være godt med studier af intervention over for kost, rygning, alkohol og motion (KRAM-faktorerne) inden bl.a. elektive, kirurgiske indlæggelser.

Korrespondance: *Jens Rikardt Andersen*, Institut for Human Ernæring, Københavns Universitet, Rolighedsvej 30, DK-1958 Frederiksberg C. E-mail: jra@life.ku.dk

Interessekonflikter: Ingen

### Litteratur

1. Kondrup J, Johansen N, Plum LM et al. Incidence of nutritional risk and causes of inadequate nutritional care in hospitals. *Clin Nutr* 2002;21:461-8.
2. Rasmussen HH, Kondrup J, Staun M et al. Prevalence of patients at nutritional risk in Danish hospitals. *Clin Nutr* 2004;23:1009-15.
3. Stratton RJ, Green CJ, Elia M. Disease-related malnutrition. An evidence-based approach to treatment. Wallingford, England: CABI Publishing, 2003.
4. Hessov I. Klinisk ernæring, 4. udg. København: Munksgaard, 2006.



Mørbradbøf. Copyright: *Gert Almgren-Hansen*.