

Underernæring på sygehuse – hvad gør vi?

Dansk Selskab for Klinisk Ernæring

Overlæge Henrik Højgaard Rasmussen

Dansk Selskab for Klinisk Ernæring (DSKE) blev stiftet den 15. august 1998. Formålet med selskabet er at forebygge og behandle underernæring og fejlernæring i relation til sygdom. Selskabet er tværfagligt og har omkring 260 medlemmer, fordelt på læger, sygeplejersker, diætister og andre. Der afholdes årligt omkring fire initiativmøder og et årsmøde, og hver faggruppe supplerer med møder efter behov. Selskabet er repræsenteret med to medlemmer, heraf en sekretær, i det tilsvarende europæiske selskab (www.ESPEN.org), ligesom vi er repræsenteret i Motions- og Ernæringsrådet (www.meraadet.dk). Herudover bistår selskabet en lang række andre organisationer f.eks. Sundhedsstyrelsen og andre videnskabelige selskaber i ernæringsmæssige spørgsmål.

Et af de gennemgående problemer, som DSKE har beskæftiget sig med, er forekomsten af underernæring på sygehuse. Prævalensen af patienter, der er i ernæringsmæssig risiko, er på udvalgte danske afdelinger fundet at være på 40% [1]. Incidensen af patienter, der er i ernæringsmæssig risiko, er på danske afdelinger med uselekteret patientindtag fundet at være på 22% [2]. Det er oftest ældre mennesker, der er i risiko for underernæring og for udvikling af komplikationer, såsom øget antal infektioner, muskelsvaghed, længere hospitalsop-

hold og større dødelighed. Komplikationer forekommer tre gange så hyppigt hos underernærede personer som hos normalt ernærede og koster 50% mere i gennemsnitlig indlæggelsespris. Omvendt kan den rigtige individuelt tilpassede kost nedsætte antallet af komplikationer, sikre bedre livskvalitet, hurtigere mobilisering og udskrivelse samt nedsætte dødeligheden. Sundhedsstyrelsen udgav i 2003 »Vejledning til læger, sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, sygehjælpere og kliniske diætister. Screening og behandling af patienter i ernæringsmæssig risiko« [3]. I denne vejledning indgår følgende elementer:

Alle patienter screenes ved indlæggelsen (**Tabel 1**).

- Alle patienter, der er i ernæringsmæssig risiko, skal have lagt en behandlingsplan, som indeholder mål, vurdering af energibehov, kostform og plan for opfølgning/monitorering.
- Risikograd og ernæringsplan skal dokumenteres i journalen.
- Relevante ernæringsdata skal fremgå af den skriftlige kommunikation til primærsektoren.
- Kvalitetssikring af hele processen.

Den forbedring, der hidtil er opnået, kan trues af de forestående reformer i sygehusvæsenet, hvis ikke varetagelsen af patienternes ernæringsproblemer får en passende placering i de fremtidige prioriteringer. Derfor vil en bevarelse/udvidelse af indsatsen for at sikre patienternes ret til at få nok at spise og drikke være afhængig af, at varetagelsen af ernæringsproblemer indgår i de kvalitetsmål, som sygehuse i fremtiden bliver vurderet efter, ligesom der sideløbende bør arbejdes for etablering af efteruddannelse for de medarbejdere, der bliver involveret i opfyldelsen af kvalitetsmålene. Opnåelse af disse mål vil bl.a. indgå i DSKE's fremtidige arbejde.

Korrespondance: *Henrik Højgaard Rasmussen*, Medicinsk Gastroenterologisk Afdeling, Aalborg Sygehus, Århus Universitetshospital, DK-9000 Aalborg.
E-mail: h.h.r@mail1.stofanet.dk

Interessekonflikter: Ingen angivet

Litteratur

1. Rasmussen HH, Kondrup J, Staun M et al. Prevalence of patients at nutritional risk in Danish hospitals. *Clin Nutr* 2004;23:1009-15.
2. 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.
3. Vejledning til læger, sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, sygehjælpere og kliniske diætister. København: Sundhedsstyrelsen 2003. www.sst.dk
4. Kondrup J, Rasmussen HH, Hamberg O et al. Nutritional risk screening (NRS 2002): a new method based on an analysis of controlled clinical trials. *Clin Nutr* 2003;22:321-36.

The image shows a screening form for nutritional risk. The title is "SCREENINGSKEMA TIL BESTEMMELSE AF ERNÆRINGSMÆSSIG RISIKO" and "WORLDWIDE SCREENING". The form is divided into four quadrants based on "Ernæringsrisikostadium" (Nutritional risk status) and "Klinisk tilstand af sygdom (strømmebillederne = sege tabel)" (Clinical condition of disease (flowcharts = see table)).

Ernæringsrisikostadium	Klinisk tilstand af sygdom (strømmebillederne = sege tabel)
<p>Ernæringsrisiko = 1</p> <p>Normal vægt = 18-25 kg/m² (BMI)</p> <p>Normal vægt = 18-25 kg/m² (BMI)</p> <p>Normal vægt = 18-25 kg/m² (BMI)</p>	<p>Ernæringsrisiko = 1</p> <p>Normal vægt = 18-25 kg/m² (BMI)</p> <p>Normal vægt = 18-25 kg/m² (BMI)</p> <p>Normal vægt = 18-25 kg/m² (BMI)</p>
<p>Ernæringsrisiko = 2</p> <p>Normal vægt = 18-25 kg/m² (BMI)</p> <p>Normal vægt = 18-25 kg/m² (BMI)</p> <p>Normal vægt = 18-25 kg/m² (BMI)</p>	<p>Ernæringsrisiko = 2</p> <p>Normal vægt = 18-25 kg/m² (BMI)</p> <p>Normal vægt = 18-25 kg/m² (BMI)</p> <p>Normal vægt = 18-25 kg/m² (BMI)</p>
<p>Ernæringsrisiko = 3</p> <p>Normal vægt = 18-25 kg/m² (BMI)</p> <p>Normal vægt = 18-25 kg/m² (BMI)</p> <p>Normal vægt = 18-25 kg/m² (BMI)</p>	<p>Ernæringsrisiko = 3</p> <p>Normal vægt = 18-25 kg/m² (BMI)</p> <p>Normal vægt = 18-25 kg/m² (BMI)</p> <p>Normal vægt = 18-25 kg/m² (BMI)</p>

Tabel 1. Screening for ernæringsmæssig risiko [3, 4].