

ernæring. Den første undersøgelse (MD Bastow et al. (1983): »Benefits of supplementary tube feeding after fractured neck of femur: a randomised controlled study. British medical Journal 287: 1589-1592) viste, at de underernærede kvinder, som ikke fik tilstrækkelig ernæring (kontrolgruppen) i gennemsnit først kunne gå 23 dage efter operationen, mens de kvinder, der fik tilstrækkelig ernæring, kunne gå ved egen hjælp efter 16 dage. De kvinder, der ved indlæggelsen ikke var underernærede (og som selv spiste tilstrækkeligt), kunne gå ved egen hjælp efter 10 dage. Underernæring i sig selv medførte her en 13 dages længere periode, før patienterne kunne gå ved egen hjælp. Ved at tilføre tilstrækkelig ernæring kunne denne periode nedbringes til en 6 dages længere periode – altså cirka en halvering af »omkostningen« ved underernæring. Indlæggelsestiden blev også tilsvarende forkortet. Den anden undersøgelse (M. Delmi et al. (1990): Dietary supplementation in elderly patients with fractured neck of femur. Lancet 335: 1013-1016) viste, at tilførsel af tilstrækkelig ernæring forkortede indlæggelsestiden (hospital + genoptræning) fra 40 dage i kontrolgruppen til 24 dage i den ernæringsbehandlede gruppe. Dette skyldtes, at der var langt færre komplikationer (liggesår, blodmangel, hjertesvigt, infektioner o.a.) i den behandlede gruppe. Den tredje undersøgelse (L. Tkatch et al. (1992): Benefits of oral protein supplementation in elderly patients with fracture of the proximal femur. Journal of the American College of Nutrition 11: 519-525) viste, at indlæggelsestiden (hospital + genoptræning) blev forkortet fra 102 dage i kontrolgruppen til 69 dage i den ernæringsbehandlede gruppe, igen på grund af færre komplikationer i den behandlede gruppe.

Undersøgelserne dokumenterer samstemmende, at en målrettet ernæringsindsats både kan forkorte helbredelsestiden og dermed indlæggelsestiden for den enkelte patient og nedbringe omkostningerne pr. sengedag. Når patienterne får den rigtige ernæring, reduceres sengedagsomkostningerne som følge af færre komplikationer i form af infektioner m.v. Undersøgelserne dokumenterer betydningen af, at ernæringstilstanden hos patienter følges nøje, og at underernæring undgås. For den enkelte patient kan konsekvensen af underernæring i værste fald være komplikationer i form af øget infektionstendens, langsommere mobilisering, længere indlæggelsestid og højere dødelighed. For samfundet betyder fejler ernæringen for dårligt afkast af de midler, der er investeret i sengeplads, operation, medicin, genoptræning og eventuelt plejehjemsplads.

For en underernæret patient koster indlæggelsen i

gennemsnit halvdelen gang så meget som en gennemsnitlig indlæggelse for en ikke-underernæret patient (ifølge Reilly et al. JPEN 1988; 12: 371-376). De ekstra udgifter fordeler sig ligeligt mellem længere indlæggelsestid og øgede sengedagsomkostninger. En del af disse merudgifter kan reduceres ved målrettet ernæring. Overført på danske forhold vil målrettet ernæring af disse patienter selv med et lavt sat kriterium som en 50 pct.s reduktion af meromkostningerne hos en tredjedel af de underernærede patienter indlagt på danske sygehuse resultere i en årlig besparelse på 350 millioner kroner.

Undersøgelser, der for nylig er udført på danske sygehuse på kirurgiske og medicinske afdelinger, viser, at langt de fleste patienter får for lidt energi og protein i forhold til deres beregnede behov. En undersøgelse foretaget på en ortopædkirurgisk afdeling på Centralsygehuset i Nykøbing Falster (Dorte Grunskoe og Kirsten Kirkhøj: »Hvilke årsager er der til, at ortopædkirurgiske patienter ikke indtager tilstrækkeligt med energi og protein, og hvad er sygeplejerskens ansvar i relation til ernæring?« Skolen for sundhedsuddannelser, november 1994. Rapporten er refereret i »Sygeplejersken«, marts 1996) viste, at kun 4 ud af 30 repræsentativt udvalgte patienter fik dækket deres energibehov, mens resten fik dækket mellem 40 og 98 pct. af behovet for energi. Være stod det til med dækningen af proteinbehovet, idet ingen af patienterne fik dækket deres beregnede behov og derfor alle måtte tære på de proteinreserver, der befinder sig som aktivt (og rask) muskelfvæv i kroppen, blandt andet i hjertemuskulaturen, i indre organer samt som en vigtig bestanddel af immunforsvaret.

Rapporten konkluderer, at plejepersonalet tidligt bør vurdere, om patienten tilhører risikogruppen, og at denne vurdering skal gentages i løbet af indlæggelsesforløbet, samt at kliniske diætister bør vurdere patientens ernæringsmæssige tilstand og planlægge den videre ernæringsmæssige behandling. Endvidere viser rapporten, at patienternes ernæringsmæssige tilstand er lavt prioriteret i den daglige kontakt med patienten. Ingen tager ansvaret for patienternes ernæring, og ernæring tillægges ikke særlig betydning, mens interessen for psykisk tilstand, personlig hygiejne og medicinsk behandling er større. Mange steder opfattes ernæringen simpelt hen som patientens eget ansvar! Rapporten bringer en række forslag til, hvordan man med fornyet fokus på den enkelte patients ernæring i væsentlig grad kan bidrage til dennes helbredelse, ligesom den indeholder forslag til, hvordan rammerne omkring måltiderne kan forbedres, så patienterne i højere grad får lyst til – og ro til at spise maden.