

Ernæringstiltak i akuttfasen etter hjerneslag hos eldre pasienter gir bedre overlevelse. Dette gjelder trolig også for andre akutt syke eldre. Klinisk praksis i Norge på området er nedslående, og det er behov for et kunnskapsløft og økt innsats

## Ernæring hos akutt syke eldre må bli bedre

Behandling av hjerneslag har vært mye omtalt i Tidsskriftet i den senere tid (1–3). Denne pasientgruppen har omsider fått et bedre behandlingstilbud, i og med innføring av slagenheter og en mer aktiv akuttbehandling, inkludert trombolyse. Et så vesentlig område som ernæring har imidlertid ikke vært viet tilstrekkelig oppmerksomhet. Det er derfor gledelig at Lisa Ha og medarbeidere tar opp dette i en oversiktsartikkel i dette nummer av Tidsskriftet (4). Siden 90 % av slagpasientene er over 65 år, vil hjerneslaget ofte komme på toppen av kroniske sykdommer og funksjonssvekkelse og dermed gi høy risiko for ernæringsvikt.

I Skandinavia er kunnskap om ernæring til sykehuspasienter mangelfull, og i Norge er vi «dårligst i klassen» ifølge en spørreundersøkelse ved en rekke europeiske sykehus som undersøkte hvordan anbefalingene fra The European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN) ble etterlevd (5). I Norge svarte bare 16 % av helsepersonell at de systematisk vurderte ernæringsstatus hos sine pasienter, og mangel på kunnskaper ble angitt å være den viktigste årsak til mangelfull praksis (6). Opplytende var at de som ble spurt allikevel mente disse spørsmålene var viktige. Det skulle dermed være et potensial for forbedring.

I hvor stor grad ernæringspraksisen anbefalt av ESPEN følges i norske slagenheter, er ikke kjent. Trolig skiller ikke behandlingen av eldre slagpasienter seg vesentlig fra behandlingen av andre sykehuspasienter, selv om det kan tenkes at den tverrfaglige tilnærmingen man har ved slagenhetene gjør at ernæring tas mer alvorlig.

De aller fleste eldre slagpasienter risikerer å gå ned i vekt og komme i en ernæringsmessig underbalanse under sykehusoppholdet. Dette skyldes selve sykdommen, som ofte gir svelgvansker og funksjonsnedsettelse som gjør det vanskelig å spise. Men både de psykologiske effektene etter et hjerneslag og den overordnede organiseringen av måltidene på et sykehus, øker risikoen for underernæring. Siden også annen akutt sykdom hos skrøpelige eldre kan ha liknende konsekvenser, har de anbefalingene som gis i Has artikkel også gyldighet utover slagpasientene. Det viktigste rådet, som skulle være lett å gjennomføre, er å veie pasientene. En studie har vist at kroppsmasseindeks (BMI) < 23 korrelerer godt med ernæringsfysiologers vurdering av ernæringsstatus og fungerer like bra som å bruke måleskjemaet Mini Nutritional Assessment (7). Pasienter med BMI < 23 eller med nylig inntrådt vekttap eller lite matinntak bør vurderes av ernæringsfysiolog og få en individuell ernæringsplan. En studie av eldre med hoftebrudd utført på Diakonhjemmet sykehus i Oslo har vist at halvparten av pasientene hadde kroppsmasseindeks < 22 ved innleggelse. Til tross for systematisk bruk av høyenergidiett og næringsdrikker gikk halvparten av pasientene ned i vekt under sykehusoppholdet (8). Dette viser hvor utsatt skrøpelige eldre er for ernæringsvikt. Alle akuttinnlagte eldre bør derfor tilbys hyppige måltider, høyenergidiett og nødvendig assistanse under måltidene. Ernæringsfysiologer bør gå inn i det kliniske arbeidet og samarbeide tett med sykehuskjøkkenet, slik at innholdet, presentasjonen og hyppigheten av måltidene blir tilpasset syke med dårlig appetitt.

Kunstig ernæring i sonde eller parenteralt (intravenøst) er aktuelt for pasienter som til tross for de nevnte tiltak ikke får tilstrekkelig ernæring. I Norge har man for en stor del avstått fra langvarig

sondeernæring til eldre i sykehjem som har store hjernesker eller alvorlig demens. En rekke studier av langvarig sondeernæring hos pasienter med alvorlig demens har ikke vist seg å bedre verken overlevelse eller aspirasjonstendens (9). Dette er trolig også tilfellet hos personer som har hatt utbredte hjerneslag, har svikt i alle dagliglivets funksjoner, betydelig svekket mental funksjon og ikke viser bedring. I motsetning til sondeernæring til sykehjempasienter med betydelig svekket mentalfunksjon, har kunstig ernæring til eldre slagpasienter i akuttfasen god effekt og øker ikke aspirasjonsfaren (4). Perkutan endoskopisk gastrostomi (PEG) er det beste valget hos de pasienter med hjerneslag som trenger kunstig ernæring over et visst tidsrom (et par uker).

Det er på tide å slå et slag for bedre ernæring hos akutt syke gamle. Ikke bare pasienter med akutt hjerneslag, men også pasienter med hoftebrudd, infeksjon eller annen akutt sykdom vil trolig med det få raskere bedring, bedre funksjon og bedre overlevelse. Fortsatt bør indikasjonene være strenge for langtidsernæring med perkutan endoskopisk gastrostomi eller sonde hos eldre med store hjerne-skader uten tegn til bedring. Kunnskapen om ernæring til akutt syke gamle er altfor dårlig og etterlyses av helsepersonell (6). Høyskoler, universiteter og helseinstitusjoner må bidra til et kunnskapsløft på dette området. Dertil bør sykehusene organiseres slik at god ernæring sikres.

**Anette Hylene Ranhoff**  
ahranhoff@yahoo.no

*Anette Hylene Ranhoff (f. 1956) er dr.med. og overlege i geriatri ved Diakonhjemmet Sykehus i Oslo. Hun er leder for Kavlis forskningscenter for aldring og demens i Bergen og president i Nordisk Gerontologisk Forening.*

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

### Litteratur

- Rønning O, Thommassen L, Russell D. Kvalitetsindikatorer for behandling av akutt hjerneslag. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 1219–23.
- Thommessen B, Wyller TB. Sykehusbasert rehabilitering etter hjerneslag. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 1224–7.
- Hysing J, Sarjomaa M, Skog K et al. Hjerneslag – en studie av klinisk håndtering og forløp. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 1374–8.
- Ha L, Iversen PO. Ernæring til eldre med akutt hjerneslag. Tidsskr Nor Legeforen 2008; 129: 1946–50.
- Mowe M, Bosaeus I, Rasmussen HH et al. Nutritional routines and attitudes among doctors and nurses in Scandinavia: a questionnaire based survey. Clin Nutr 2006; 25: 524–32.
- Mowe M, Bosaeus I, Rasmussen HH et al. Scandinavian Nutrition Group. Insufficient nutritional knowledge among health care workers? Clin Nutr 2008; 27: 196–202.
- Ranhoff AH, Gjøen AU, Mowé M. Screening for malnutrition in elderly acute medical patients: the usefulness of MNA-SF. J Nutr Health Aging 2005; 9: 221–5.
- Olsen S, Ranhoff AH, Martinsen M et al. Nutrition and change in body weight in elderly hip fracture patients admitted to an orthogeriatric unit. Abstrakt. Oslo: 19. nordiske kongress i gerontologi, 2008.
- Finucane TE, Christmas C, Travis K. Tube feeding in patients with advanced dementia: a review of the evidence. JAMA 1999; 282: 1365–70.