

Ernæring

Underernæring er både et personlig og et samfunnsmessig problem. For den som rammes av sykdom, dårlig appetitt og vekttap, er dette svært alvorlig. Mange underernærte pasienter går ytterligere ned i vekt når de ligger på sykehus¹ (1). Underernærte pasienter bruker hjemmetjenester mer, går oftere til fastlege og blir oftere re-innlagt på sykehus. Mange får ikke den hjelpen de trenger for å stanse vekttapet.

Forekomsten av underernæring blant pasienter i sykehus og sykehjem varierer mellom 10-60% (1). Grupper som er spesielt utsatt for underernæring, er eldre, demente, enslige, mennesker med svekket funksjonsevne, psykiatriske langtidspasienter, rusmisbrukere og personer med kroniske lidelser som kreft, leddgikt, osteoporose og hjerte- og lungesykdom. 25-40% av kolssyke er underernærte (ref).

Forekomsten av underernæring blant personer som bor hjemme, er lavere enn på institusjon, men mange eldre hjemmeboende er underernærte eller i risiko for å bli det (1). Vi vet bare ikke hvor mange.

Underernæring øker risikoen for komplikasjoner, man får lettere infeksjoner, det forverrer fysisk og mental funksjon, gir dårligere livskvalitet og øker dødelighet (1). En underernært pasient ligger opp til tre ganger så lenge på sykehus som en velernært pasient, og over halvparten av underernærte pasienter som legges inn på sykehus, går ytterligere ned i vekt i løpet av sykehusoppholdet. Disse personene bruker også hjemmetjenester oftere. En vesentlig utfordring er dessverre fortsatt at underernæring ofte ikke blir diagnostisert og behandlet, og at pasienten ikke får den hjelpen det er behov for under et institusjonsopphold eller når vedkommende kommer hjem. Det å gå ufrivillig ned i vekt medfører også tap av muskelmasse. Dette gjør at man blir svakere, enkle hverdagsoppgaver blir uoverkommelig og det øker sjansen for å bli syk (2,3). Fysisk aktivitet og ernæring er derfor sammen viktige faktorer.

Kols- og kreftsyke er spesielt utsatt for underernæring (2-4). Det som kjennetegner en underernært person, er bl.a. dårlig appetitt, mataversjon, depresjon, dårlig tannstatus, smaksendringer og svelgevansker. I tillegg er mange enslige/aleneboende, de har et lite nettverk og er isolert (1). Kreftsyke kan i tillegg ha bivirkninger av kirurgi og/eller kreftbehandling som påvirker matinntaket deres. Personer med kols kan oppleve tidlig metthet og pustebesvær i forbindelse med matlaging eller under et måltid. Et fellestrekk ved kols og kreft er en tilstand der forbrenningen er høyere enn normal (såkalt hypermetabolisme) (3-5). Dette øker ytterligere behovet for næring og gjør dem mer utsatt for å gå ned i vekt. Dårlig appetitt er ikke noe som bare går over av seg selv. Det er et sammensatt problem og påvirker

¹ Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring gir følgende anbefalinger: 1) Alle som møter helse- og omsorgstjenesten skal få vurdert ernæringsstatus som en nødvendig del av klinisk undersøkelse – og behandlingstilbud, 2) Personer i risiko skal ha en ernæringsplan med dokumentasjon om ernæringsstatus, behov, matinntak og målrettede tiltak, 3) Helseforetakene og kommunene skal sikre at ernæring blir en integrert del av behandlingstilbudet i helse- og omsorgstjenesten. Ledelsesforankring og en definert ansvarsfordeling er en forutsetning for å sikre kvalitet og kontinuitet.

pasienten både fysisk og mentalt. Dårlig appetitt forverrer ytterligere næringsinntak og ernæringsstatus.

Fedme paradokset

Ved alvorlig kols ser man at overvekt og til og med fedme kan øke overlevelse (ref). Studier viser at en person som har alvorlig kols og er overvektig, har best prognose når han/hun klarer å holde vekten stabil. Ved overvekt og alvorlig kols bør man derfor fokusere på å holde vekten stabil, men mange kan allikevel ha stor nytte av å endre vaner; som for eksempel å spise mer frukt og grønnsaker, mindre sukker og salt, riktig type fett og mer aktivitet.

- 1) Underernæring. Nasjonal faglig retningslinje for forebygging og behandling av underernæring. Helsedirektoratet, 2010. IS-1580. Tilgjengelig fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/916/Nasjonal-faglig-retningslinje-for-forebygging-og-behandling-av-underernering-IS-1580.pdf>
- 2) Anker S.D et al (2009), ESPEN Guidelines on Parenteral Nutrition: On Cardiology and Pneumology, Clinical Nutrition 28, s. 455-460
- 3) Schols A.M et al (2014), Nutritional Assessment and therapy in COPD: a European Respiratory Society statement, European Respiratory Journal, 44 s. 1504-1520
- 4) Bozzetti F et al (2009), ESPEN Guidelines on Parenteral Nutrition: Non-surgical oncology, Clinical Nutrition, 28 s. 445-454