

Den eldre pasienten

Andelen eldre med underernæring øker stadig i samfunnet (1). Spørsmålet som stilles er om denne økningen skyldes den biologiske eller den sosiologiske aldringen, eller en kombinasjon av begge? Vanlige årsaker til underernæring er kronisk sykdom, tygge- og svelgevansker, medikamentbruk, kognitive endringer og ensomhet. Men denne problematikken kan også spores tilbake til ernæringsstatus. I Norge har forventet levealder hatt en jevn økning siden registreringene startet i 1846, hvor kvinner lever i gjennomsnitt lengre enn menn. Denne befolkningsgruppen er derfor representativ blant klientellet i privat praksis, og en tverrfaglig, helhetlig tilnærming i møte med disse pasientene vil være fordelaktig i en behandling- og tilfriskningsprosess.



AV ANDREA NÆSS
IOC DIPLOMA IDRETTSERNÆRING
M.S.C. HUMAN ERNÆRING

Appetitt

Matlysten reduseres ved alderdom. Sykdom og funksjonssvikt kan bidra til et lavere matinntak, passiviteten øker og energibehovet reduseres (2, 3). Aldring påvirker sansene våre og innebærer et sanseapparat gjennom svekket hørsel, syn, lukt og smak. Vi benytter ulike sanser når vi spiser og matlysten svekkes når syn, lukt og smak ikke er tilstrekkelig. Lavt matinntak må kompenseres

med næringsrik mat. Den eldre pasienten har et lavere energibehov sammenlignet med den yngre pasienten, men næringsbehovet er helt likt (4). Det betyr at det er ekstra viktig for de eldre å innta tilstrekkelig med næringsstoffer inkludert vitaminer og mineraler selv om kaloribehovet reduseres med alderen. Næringstettheten er vanskeligere å opprettholde når man inntar mindre mengde mat og har redusert matlyst. Blant de viktigste ikke-energigivende næringsstoffene (vitaminer, mineraler og sporstoffer) finner vi vitamin-D, vitamin-C, jern og kalsium.

En god tommelfingerregel er å ta

utgangspunkt i et kaloribehov på 30 kcal per kilo kroppsvekt for å forebygge vekttap. En eldre pasient på 50 kg har da et estimert behov for 1500 kcal per dag for å vedlikeholde vekt. Noen enkle kontrollspørsmål rundt pasientens kostholdsvaner kan bidra til å avdekke om energiinntaket tilfredsstillende energibehovet, samt at pasienten har variasjon nok til å tilføre de viktigste ikke-energigivende næringsstoffene: Hvor mange måltider pleier du å spise? Hva liker du å spise i disse måltidene? Porsjonsstørrelse?

Måltidsituasjon

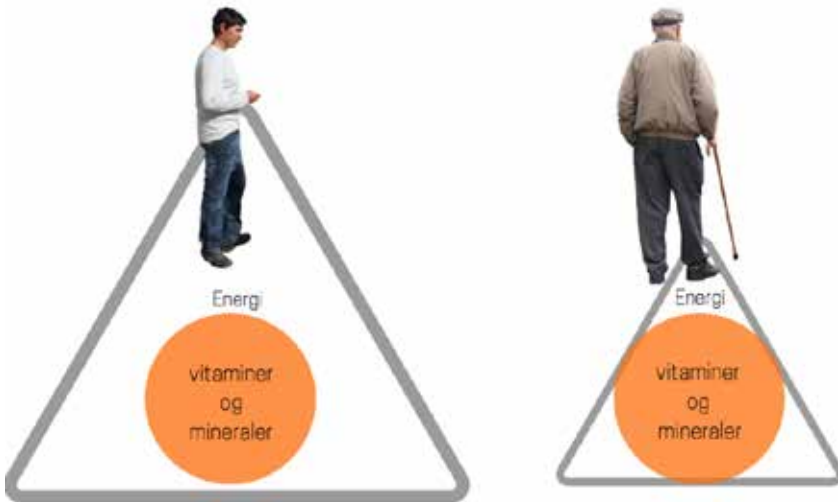
Matlyst og matinntak påvirkes i stor grad av måltidsituasjonen. Ensomhet, isolasjon, depresjon, lite sosial glede og fellesskap, samt mangel på planlegging, innkjøp og matlagingskunnskaper, er realiteten for mange eldre. Å få innsyn i den eldre pasientens livssituasjon inkludert familie, venner, og sosiale forhold, er verdifullt å knytte opp mot måltidsmiljø, matlyst og mattrivsel.

Væskebalanse

Eldre mennesker er i risikogruppen når det gjelder faren for dehydrering (3). Den eldre pasienten med lav kroppsvekt og liten kroppsstørrelse kan oppnå raskere symptomer på dehydrering enn yngre pasienter. Aldring medfører svekket tørstfølelse,



Illustrasjon registrering levealder, FHI



Energi- og næringsbehov for middelaldrende sammenlignet med eldre

potensielt bruk av vandrivende medikamenter, og i mange tilfeller bevisst redusert væskeinntak på kveldstid for å unngå å gå på toalettet på natten. Et utilstrekkelig væskeinntak påvirker fordøyelsessystemet negativt og kan bidra til problemer med avføring. I tillegg bidrar dårlig appetitt og utilstrekkelig matinntak til mindre væsketilførsel gjennom kosten. Inntak av drikke kan også bidra til følelsen av metthet grunnet økt volum i magesekken som kan resultere i et lavere matinntak.

Oppfordre den eldre pasienten til å drikke jevnlig mindre mengder mellom måltidene. Drikke med smak, kullsyre eller isbiter kan for noen være mer innbydende. Generelt sett oppnår den eldre pasienten god væskebalanse ved et væskeinntak på 1-1,5 liter per dag gjennom mat og drikke. Noen enkle kontrollspørsmål rundt pasientens væskeinntak kan bidra til å kartlegge væskestatus: Drikker du til måltidene? Drikker du mellom måltidene? Hvor mye? Hva liker du å drikke?

Mage-tarmproblematikk

Problemer med avføring er et kjent fenomen hos mange eldre (3,4). Ved alderen forandres funksjonaliteten i fordøyelsessystemet og kan skape plager som blant annet obstipasjon/forstoppelse. Peristaltikken i tykktarm reduseres og den produserer mindre slimhinner som gjør at tarmen smøres dårligere. I tillegg svekkes tarmens muskulatur og

refleks, noe som gjør arbeidsoppgavene vanskeligere. Blant årsakene til obstipasjon er underliggende sykdom og medikamentbruk, men også kosthold- og livsstilsfaktorer som dehydrering, lite inntak av kostfiber og lavt aktivitetsnivå. Problemer med avføring bør fanges opp, da det påvirker andre kroppslige funksjoner og livskvalitet.

Kroppssammensetning

Når kroppen eldes endres kroppssammensetningen (2,3). Beinmineraltettheten reduseres og skjelettet svekkes, i tillegg til signifikant vekttap i form av endret muskulatur hvor sarkopeni inntreffer. Sarkopeni beskriver tap av muskelmasse, endret muskelsammensetning, infiltrasjon av fett og fibrøst vev i muskel og endret muskelinnervering. Utvikling- og graden av sarkopeni påvirkes av en rekke faktorer som genetik, medikamentbruk, kosthold og livsstil. Konkrete tiltak i samråd med

den eldre pasienten bør tydeliggjøre den forebyggende effekten av fysisk aktivitet, moderat alkoholinntak, røykestopp, god vitamin-D status og nok proteininntak. Hensynet til spesielt proteiner gjennom kostholdet i kombinasjon med styrketrening er viktig, da proteinbehovet øker for å kompensere for de nedbrytende prosessene i muskelvevet som inntreffer med alderen. Eldre utvikler en form for anabolsk resistens (reduert evne til å utnytte protein), har lavere tilgjengelighet av aminosyrer etter et måltid, redusert blodgjennomstrømning i muskulatur og har i større grad sykdom-relatert protein-katabolisme (nedbrytende effekt). Dårlig matlyst i kombinasjon med økt behov for proteiner øker risikoen for både underernæring og feilernæring og vil bidra til svekket fysisk og mobilitet i dagliglivet, som påvirker livskvaliteten.

Ved betydelig redusert funksjon, styrke eller helsetilstand er det viktig å få innsyn i proteinkildene i kostholdet. Anbefalt inntak er minimum 1-1,5 g protein per kilo kroppsvekt. En eldre pasient på 50 kg har da et estimert behov for 50-75 gram protein per dag for å tilfredsstille proteinbehovet. Dette tilsvarer for eksempel en dagsrasjon på: 1 egg, 4 skiver gulost, 2 glass melk, 3 dl yoghurt, 50 g nøtter/frø. Noen enkle kontrollspørsmål rundt pasientens matvarevalg og fremme viktigheten av protein kan forebygge utviklingen av sarkopeni: Drikker du melk? Spiser du meieriprodukter? Hva har du på middags-tallerkenen?

Se referanser/kilder side 36.



Normal muskelmasse sammenlignet med sarkopeni