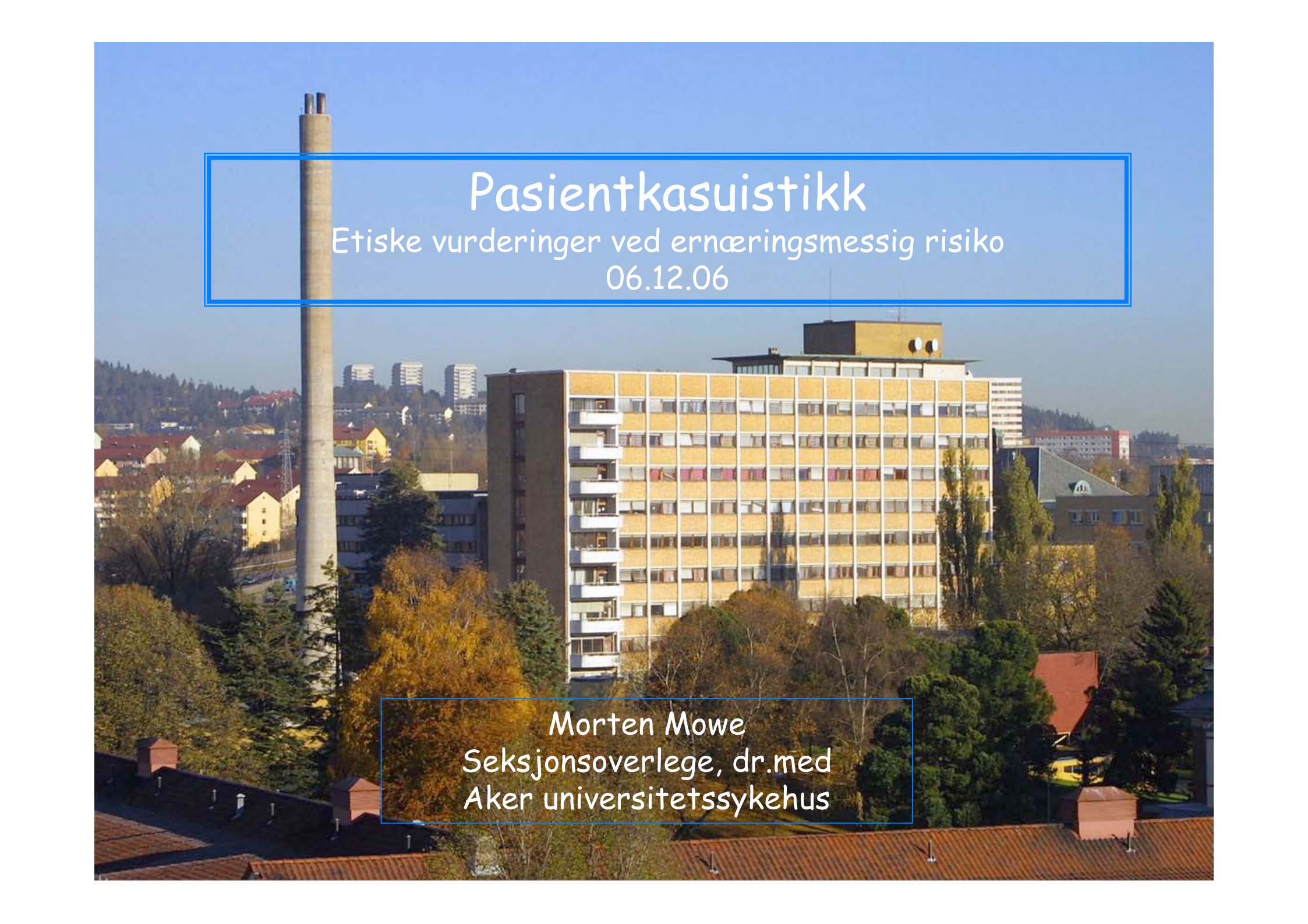


The background image shows a cityscape under a clear blue sky. On the left, a tall, grey concrete chimney stands prominently. In the center, a large, multi-story apartment building with a yellow and white facade is visible. The building has many windows and balconies. To the left of the chimney, there are residential houses with red roofs. In the foreground, there are trees with autumn-colored leaves and the roofs of some buildings. The overall scene is a mix of urban and natural elements.

Pasientkasuistikk

Etiske vurderinger ved ernæringsmessig risiko
06.12.06

Morten Mowe
Seksjonsoverlege, dr.med
Aker universitetssykehus

Sykehistorie - generell

- Sosialt: Mann, født i 1930
Enke fra 3 år tilbake, 2 barn
- Tidligere lidelser: Hypertensjon, lett hjertesvikt, coxarthrose. Parox AF
Kognitiv svikt, gradvis utviklet over 3 år. Fått diagnosen SDAT (MMS=20).
Bor nå på sykehjem. Fungerer greit
- Aktuelt: Forverret almenntilstand over 3 dager. Økende ustøhet, med falltendens og forvirring. Sengeliggende, feber, inkontinens.
- Status: Kognitiv svekket. Redusert kraft i hø side, oex > uex. Tynn. Videre undersøkelser: Urin stix, mikro, bakt, blodkultur, Rtg thorax, CT caput - ve side(?) Biokjemi: 76 - 189
- Tentativ diagnose: Apoplexi og UVI.



Sykehistorie

- Videre forløp:
 - Ustøhet, slapp, falltendens.
 - Vanskelig å svelge, hoster lett, spiser lite
 - Lett dysartri
 - Videofluorskopi: Nærmest opphør av svelgfunksjonen
- Ernæringsrisiko vurdering:
 - BMI: 19,5 (v: 60, h: 1.75)
 - Matinntak: Lite til intet
 - Sykdom: Lett til moderat metabolisme
 - Konklusjon: Høyrisikopasient
- Ernæringstiltak: Øke matinntaket
Hva er behovet:
Hvordan øke næringsinntaket:



Sykehistorie (forts)

- Problemer: Slag med svelgvansker:
 - Varighet
 - Alvorlighetsgrad
 - Behandling
- Kostinntak til denne pasienten
 - 0 kcal/dgn
- Hva så?
 - Er behovet dekket?
 - Bør han få dekket behovet
 - Hvordan dekke dette?
 - PO: Går ikke
 - Kunstig ernæring
 - Alternativer?



Gradering av svelgproblemer

Grad	Fysiologi	Tiltak
Ingen dysfagi	Ingen aspirasjon	Normale forhold
Mild dysfagi	Ikke aspirasjon, normal svelg/ hosterefleks, lett redusert oral motilitet	Normalt mat po, tid, råd og veiledning
Moderat	Aspirasjonsrisk, redusert svelg/hosterefleks, dårlig motilitet	Begrenset oralt inntak, konsistensendring, kan trenge KE
Alvorlig	Stor aspirasjonsrisk, utilstrekkelig svelg / hosterefleks. Opphevet motilitet	Nil per os evnt "tiny amounts" Ke nødvendig

Sykehistorie (forts)



Dette ser ut til å vare utover 3 uker

PEG

- For
- Mot
- Henvisning til gastro - kirurgisk avdeling:
- Svar: Ikke indikasjon for PEG pga pasientens demens

Hva så....



- Pasienten klarer ikke spise tilstrekkelig
- Hvor lenge kan det fortsette slik
- Andre alternativer
- Vente og se?
- Pasient
- Pårørende

Medikamenter

- Atacand plus
- Aricept
- ASA
- Pravachol
- Paracet
- Ibux i perioder



Hva gjorde vi?

- PURRING
- Vi godtar ikke svaret
- PEG lagt inn
- Pasienten skrevet ut til sykehjem og har det bra



Hvorfor ernæringsproblemer hos denne pasienten?

- Demens
 - Redusert kognisjon, ulik grad av apraxi, endret sult og tørst opplevelse
- Slag
 - Redusert muskulær utøvelse av tygge, svelgefunksonen
- Depresjon
 - Aversjon mot mat

Etiske betraktninger

- Er PEG av det gode, og hvorfor
- Forventet levetid og sykdommens alvorlighetsgrad
- Gastrostomi hos alvorlig demente:
 - Gevinst sto ikke i forhold til komplikasjoner.
Gillick, NEJM -00
- Parenteral ernæring hos alvorlig cancerpasienter:
 - "Qol did not improve" Torelli, Nutrition -99