

Diætistens rolle i den højt specialiserede rehabilitering

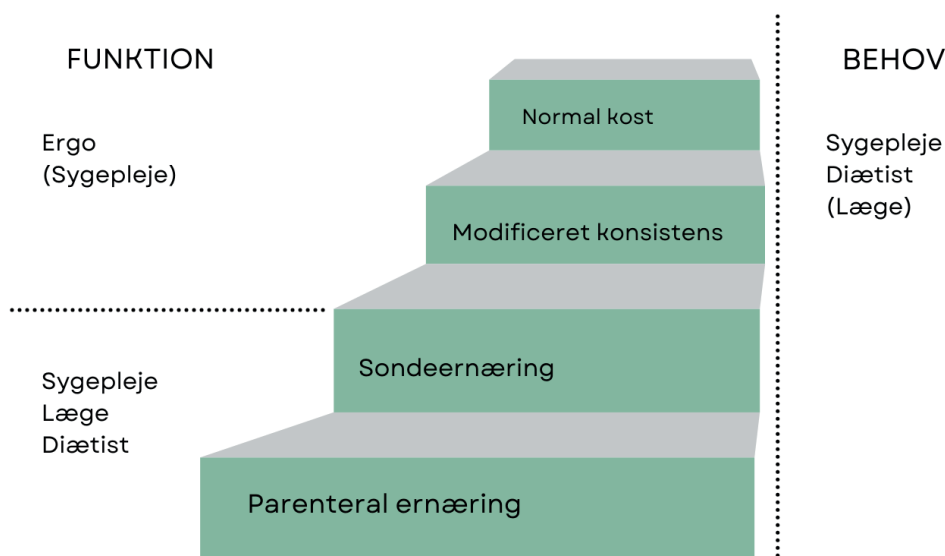
Patienter med erhvervet hjerneskade har komplekse ernæringsbehov, der ændrer sig markant gennem rehabiliteringen. På Hammel Neurocenter arbejder jeg som diætist tværfagligt og tæt sammen med mine kolleger, så indsatsen for ernæring understøtter både funktionsevne, progression og livskvalitet.

Af: Susanne Bakmann, klinisk diætist og specialist i klinisk ernæringsbehandling af mennesker i ernæringsrisiko, Regionshospitalet Hammel Neurocenter.

Kontakt: Susanne.Bakmann@midt.rm.dk

Ernæringsindsatsen er en integreret del af den højt specialiserede neurorehabilitering, hvor patienter med moderate til svære erhvervede hjerneskader ofte har komplekse, multi-systemiske problemstillinger.

På Hammel Neurocenter kan ernæring sjældent vurderes isoleret. Den kliniske diætist afstemmer derfor kontinuerligt indsatsen i relation til dysfagi, respiratoriske udfordringer, mobiliseringsniveau, kognitive begrænsninger, adfærdsproblematikker og medicinske forhold. Hvordan organiseres og forankres indsatsen for ernæring tværfagligt? Og hvordan sikrer diætisten overordnet optimal ernæring gennem hele rehabiliteringen hos patientgruppen? De to spørgsmål belyser jeg i denne artikel.



Figur 1: Diætistens komplekse rolle i den højt specialiserede neurorehabilitering. Udarbejdet af Susanne Bakmann.

Baggrund

Regionshospitalet Hammel Neurocenter (RHN) er et højt specialiseret hospital for neurorehabilitering, som modtager patienter fra hele Jylland og Fyn. RHN har sengeafsnit i Hammel, Skive og Lemvig. En del patienter ernæres via sonde ved indlæggelse, få ernæres parenteralt, og de fleste gennemgår et forløb, hvor dysfagien bedres, så de efterhånden spiser mere og mere pr. os, og konsistensen tilpasses løbende tygge- og synkefunktionen (figur 1).

Patienter indlagt på RHN har alle pådraget sig en moderat til svær erhvervet hjerneskade (Acquired Brain Injury, ABI) - følger af fx apopleksi, traumer eller intrakranielle tumorer - og sygdomsrelateret underernæring forekommer ofte (1-3). En erhvervet hjerneskade udløser i den akutte fase et markant hypermetabolisk og katabolt respons, som accelererer tabet af muskelmasse og ofte resulterer i betydeligt vægttab (1). Underernæring er samtidig udbredt ved indlæggelse til rehabilitering. En undersøgelse har påvist, at 42 % af patienter med moderat til svær ABI opfylder Global Leadership Initiative on Malnutrition (GLIM) kriterierne for fejlernæring ved indlæggelse (4). Samtidig havde 10 % af patienterne lavt BMI, 82 % havde forhøjet stofskifte og 61 % et reduceret ernæringsindtag (5). Det understreger behovet for tidlig identifikation og en optimal indsats for ernæring.

Graden og varigheden af sygdomsrelateret inflammation kan dog ikke monitoreres i klinisk praksis. CRP, der ofte anvendes som indikator, kan stige efter en hjerneskade, men afspejler primært systemisk inflammation. Det gør CRP til en uspecifik og ofte utilstrækkelig markør, når man forsøger at forstå sygdomsrelateret inflammation efter hjerneskade. Derfor beregnes energi- og proteinbehov ud fra estimater. Det kræver tæt og løbende monitorering af vægten for at sikre en positiv udvikling af ernæringen. Men vi mangler stadig et validt mål for tab af muskelmasse. Samtidig reducerer neurologiske følger som dysfagi, nedsat bevidsthedsniveau, kognitive begrænsninger og motoriske udfordringer yderligere patienternes evne til at spise tilstrækkeligt (6). Kombinationen af øget metabolisk behov og nedsat fødeindtag øger derfor risikoen for sygdomsrelateret underernæring og relaterede komplikationer, der igen reducerer potentialet og udbyttet af den samlede rehabilitering (7-9). Det er således vigtigt, at disse patienter hurtigt identificeres, så en optimal ernæringsindsats kan understøtte rehabiliteringen.

Faktorer, der influerer på underernæring

Flere faktorer gør det svært for patienterne at dække behovet for energi og protein. Ofte skyldes det ikke en direkte forbindelse til den kost der tilbydes, men kostbegrænsende faktorer eller Nutrition Impact Symptoms (NIS) relateret til

kognitive såvel som fysiske nedsættelser af funktionsevnen, som fx manglende udholdenhed eller synkeevne (10).

De hyppigste patienter på RHN:

- Er ramt af kognitivt af fx nedsat bevidsthedsniveau, udtrætning eller vanskeligheder med at fokusere på måltidet. De spiser derfor mindre.
- Har nedsat bevægelighed, i fx højre arm, og patienten kan derfor ikke styre bestikket eller føre maden til munden.

Identifikation af NIS har altså betydning for den ernæringsbehandling, der iværksættes.

Det tværfaglige samarbejde

Antallet af patienter i ernæringsrisiko - og den høje forekomst af NIS - kalder på et tæt tværfagligt samarbejde, der sikrer, at ernæringen understøtter rehabiliteringen ved:

Diætisten har centrale specialkompetencer ift. at udarbejde og sætte mål såvel som retning for en personcentreret ernæringsplan, der spiller sammen med den lægefaglige behandlingsplan.

Sygeplejepersonalet foretager opsporing af ernæringsrisiko, optimerer spisemiljøet, assisterer til anretning og indtag samt monitorerer indtaget.

Ergoterapeuterne vurderer patientens evne til at spise sikkert uden fejlsynkning - og dermed hvilken konsistens, der passer patienten. Derudover beskrives de eventuelle NIS i spiseinformationen i patientens journal.

Fysioterapeuten bidrager med mobilisering og optimering af patienternes siddestilling under måltidet.

Serviceassistenterne har dagligt kontakt til centralkøkkenet, bestiller mad fx med modificeret konsistens såvel som specialdiæter, og sørger for anretning af maden til måltiderne.

Funktion, præferencer og behov vurderes tværfagligt og kontinuerligt (Figur 1), da elementerne er tæt forbundet. Hvis maden ikke opleves indbydende eller funktionsevnen overvurderes, får patienten ikke dækket sit behov for ernæring.

Et kritisk punkt er, når patienten overgår fra sondemad til spisning pr. os, da de ofte har brug for supplement til at dække ernæringsbehovet – uanset grad af funktionsnedsættelser. Ofte spiller udtrætning og koncentrationen ved måltidet en væsentlig rolle. En forsinket overgang til oral indtagelse forsinker den samlede rehabiliteringsproces. Derfor er et tæt interdisciplinært samarbejde afgørende for en balance, der understøtter patientens progression.

Som eneste diætist på RHN er det min vigtigste opgave at understøtte mine kollegers arbejde med en tværfaglig ernæringsindsats i de enkelte afsnit. Primært udarbejder jeg individuelle ernæringsplaner, så det er tydeligt for det øvrige personale, hvilke interventioner der sikrer den rette ernæring. Eksempelvis er det vigtigt, når vi tilpasser sondemaden til patientens tolerance. Tåler de ikke sondemaden og er påvirket af diarré eller kvalme, så er træning vanskelig. De øvrige faggrupper har derfor brug for diætistens kompetencer. Jeg har i de fleste tilfælde ikke tæt patientkontakt, men har det overordnede blik på patientens individuelle ernæringsplan. I samarbejde med de øvrige faggrupper justerer jeg planerne, ud fra de rehabiliteringsmål patienten har.

Den diætistfaglige viden nuancerer i høj grad ernæringsindsatsen - fx ved gennemgang af biokemiske data, prioritering af mål for ernæring eller som støtte til en systematisk ernæringsindsats. Alt sammen kompetencer, som blev genopfrisket og styrket gennem specialistkurset *Klinisk ernæringsbehandling af mennesker i ernæringsrisiko*, som jeg deltog i gennem FaKD i efteråret 2024.

Ud over de individuelle ernæringsplaner har jeg også en række opgaver på et mere overordnet niveau. Det omhandler blandt andet udarbejdelse og opdatering af retningslinjer for ernæring og deltagelse i Ernæringsstyregruppen på RHN, hvor vi i samarbejde med ledelsen sætter retningen for ernæringsindsatsen. På RHN arbejder vi personcentreret og evidensbaseret. Det indebærer, at jeg er i tæt dialog med husets forskningsenhed omkring ernæringsrelaterede projekter, eksempelvis betydning af et faciliterende spisemiljø med sansestimulering. Jeg har ligeledes et tæt samarbejde i form af undervisning, sparring og dialog med nøglepersoner for ernæring på hvert afsnit. De videreformidler vigtige nye tiltag på ernæringsområdet til det øvrige personale og er ressourcepersoner ift. strukturen for indsatsen i bl.a. opsporing af ernæringsrisiko.

En bred patientgruppe

Patientgruppen er meget bred, både ift. alder og baggrund. Mange har samtidig komorbiditet, psykosociale belastninger eller ændrede livsvilkår, som påvirker rehabiliteringen. Fælles er dog, at alle befinder sig i en livsomvæltende situation, hvor tab af funktion, identitet og selvstændighed kræver en målrettet, tværfaglig og individuelt tilpasset indsats.

Indlæggelser er generelt lange på RHN, og det har væsentlig betydning for ernæringsindsatsen i et patientforløb. Behovet for ernæring ændrer sig markant gennem forløbet i takt med, at stressmetabolismen falder, og patienterne genvinder flere og flere funktioner. Processen kræver kontinuerlige, målrettede og dynamiske ernæringsindsatser,

og ernæringsplanerne justeres løbende efter ændringer i vægt, tygge-/synkeevne, aktivitetsniveau og kognitive forudsætninger. Den lange indlæggelsestid muliggør også et systematisk arbejde med patientens egen mestring. De overtager gradvist selv ansvaret for ernæringen, hvilket indebærer træning i spiseevne, forståelse af egne behov, tilpasning af kostvaner og inddragelse af pårørende. På den måde bliver ernæringsindsatsen ikke kun et klinisk fokus, men også en central del af patienternes samlede rehabiliteringsproces. De forbereder sig til livet efter udskrivelse.

Altid patienten i fokus

Både de fysiske rammer på RHN og ikke mindst den tværfaglige sammensætning optimerer indsatsen og støtten til patienten i ernæringsrisiko. Alligevel er den vigtigste faktor altid patientens eget ønske og vilje til at skabe fremskridt. Sammen med patienten skaber vi gennem det tværfaglige samarbejde de bedste rammer for, at patienten igen kommer til at spise dejlig mad sammen med andre – og nok til at opfylde ernæringsbehovene.

Referencer

1. Krakau K, Omne P, Karlsson T, Borg T. Metabolism and nutrition in patients with moderate and severe traumatic brain injury: A systematic review. *Brain injury*. 2006;20:345-67.
2. Mosselman M, Kruitwagen CJJ, Schuurmans MJ, HafsterinsdÅttir T. Malnutrition and Risk of Malnutrition in Patients With Stroke: Prevalence During Hospital Stay. *Journal of Neuroscience Nursing*. 2013;45:194-204.
3. Aadal LO, L; Nielsen, J.F; Rasmussen, H.H & Holst, M. Body composition measures may help target fundamental nutritional nursing efforts in rehabilitating patients with acquired brain injury. *Nursing Open*. 2022;9:2793-2803
4. Aadal LO, L; Holst, M; Rasmussen, H.H; Nielsen JF; Odgaard, L. Malnutrition in Patients With Moderate to Severe Acquired Brain Injury: Prevalence During 4 Weeks of Subacute Rehabilitation. *J Neurosci Nurs* 2023;55:38-44.
5. Pedersen P.U; Aadal, L; Poulsen, I; Kjærsgaard, A; Dalton, R.H; Håkonsen, S.J. National klinisk retningslinje for ernæring af voksne patienter med erhvervet hjerneskade i den akutte eller sub-akutte fase af rehabilitering. *DASYS*; 2019.
6. Perry L, Hamilton S, Williams J, Jones S. Nursing Interventions for Improving Nutritional Status and Outcomes of Stroke Patients: Descriptive Reviews of Processes and Outcomes. *WVN World Views on Evidence-Based Nursing*. 2013(10):17-40.
7. Badjatia N, Fernandez L, Schlossberg MJ, Schmidt JM, Claassen J, Lee K, et al. Relationship between energy balance and complications after subarachnoid hemorrhage. *JPENJournal of parenteral and enteral nutrition*. 2010;34:64-9.
8. Nagano F YY, Bise T, Shimazu S, Shiraishi A. Muscle mass gain is positively associated with functional recovery in patients with sarcopenia after stroke. *J Stroke Cerebrovasc Dis*. 2020;29:105017.
9. Zhang M, Ye S, Huang X, Sun L, Liu Z, Liao C, et al. Comparing the prognostic significance of nutritional screening tools and ESPEN-DCM on 3-month and 12-month outcomes in stroke patients. *Clin Nutr*. 2020 May;40(5):3346-3353.
10. Sundhedsstyrelsen. Underernæring: Opsporing, behandling og opfølgning af borgere og patienter i ernæringsrisiko - vejledning til kommune, sygehus og almen praksis. København; 2022.