

Mere end mad: Ernæring som nøgle til rehabilitering efter hjerneskade

Ernæring spiller en central rolle i rehabiliteringen af mennesker med erhvervet hjerneskade, hvor stressmetabolisme, dysfagi og komorbiditet stiller høje krav til diætistens faglige overblik og tværfaglige samarbejde.

Af: Laura M. K. Johansen, klinisk diætist, cand.san. i sundhedsfremme, sundhedsstrategier og psykologi og specialist i klinisk ernæringsbehandling af mennesker i ernæringsrisiko.

Kontakt: laura-mhj@live.dk

Når ernæring bliver en del af rehabiliteringen

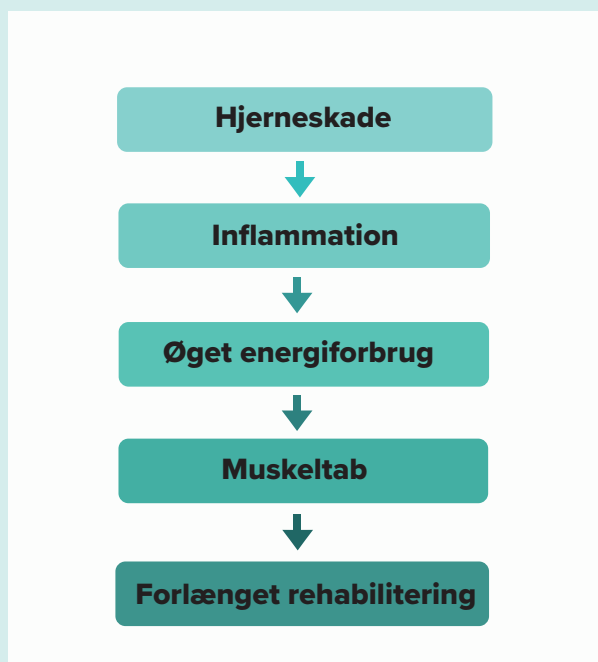
De seneste fire år har jeg arbejdet som klinisk diætist i Københavns Kommune, med borgere der har pådraget sig en skade på hjernen – oftest som følge af apopleksi, men også efter traumer, blødninger eller andre neurologiske tilstande. I dette felt bliver ernæring hurtigt mere end blot et spørgsmål om måltider. Det bliver en integreret del af rehabiliteringen på linje med fysioterapi, ergoterapi, taletræning, neuro-psykologiske test og sygepleje.

Hjerneskade kan påvirke både de fysiske, kognitive og sensoriske funktioner, hvilket ofte afspejler sig direkte i borgerens evne og lyst til at spise. Nogle mister appetitten, andre mister evnen til at tygge eller synke sikkert, og enkelte er helt afhængige af sondeernæring i en kortere eller længere periode. Som klinisk diætist befinder jeg mig i et spændingsfelt mellem klinisk ernæringsbehandling, pædagogisk formidling og tværfagligt samarbejde – alt sammen med borgerens rehabilitering som omdrejningspunkt.

Stressmetabolisme og øget ernæringsbehov

En væsentlig præmis i arbejdet med borgere som har fået en hjerneskade, er forståelsen af den stressmetaboliske respons, som ofte følger efter en akut skade på hjernen. Kroppen reagerer på skaden med en øget inflammatorisk og katabol tilstand, hvor energiforbruget stiger, og proteinnedbrydningen accelererer. Dette kan føre til tab af muskelmasse, svækket funktionsevne og et forlænget rehabiliteringsforløb, hvis ikke ernæringsbehovet dækkes tilstrækkeligt (se Figur 1) (1,2).

I praksis betyder det, at også borgere med en tilsyneladende normal kropsvægt ofte befinder sig i ernæringsrisiko. Derfor arbejdes der konsekvent ud fra princippet om ”energi- og proteinrig kost” som grundkost. Målet er at sikre en høj energitæthed og et højt proteinindhold i selv små portioner, så borgeren kan få dækket sit behov – også når appetitten er nedsat, eller måltidet tager lang tid at gennemføre.



Dysfagi, konsistenser og patientsikkerhed

En stor del af borgerne i neurologisk rehabilitering oplever dysfagi i større eller mindre grad. Dysfagi kan medføre risiko for aspiration, pneumoni og underernæring, og korrekt tilpasning af madens og drikkenes konsistens er afgørende (3). Samarbejdet med ergoterapeuter er derfor central i vurdering og opfølgning på borgerens synkefunktion. For diætisten handler opgaven ikke kun om at udføre ernæringsindsatser

med den rette konsistens ved de serverede måltider, men også om at bevare måltidets appetitlighed og ernæringsmæssige kvalitet. Måltider med højt energi- og proteinindhold og berigede drikke er centrale redskaber i den daglige praksis.

Komorbiditet og komplekse ernæringsperspektiver

Mange borgere med en skade på hjernen har ikke alene en neurologisk problemstilling, men lever også med en eller flere kroniske sygdomme som diabetes, hjertesygdom, KOL eller nyresygdom (4). Denne komorbiditet kan gøre den ernæringsfaglige indsats mere kompleks, fordi anbefalinger kan pege i forskellige retninger afhængigt af den enkelte diagnose.

Her har mit specialistkursus i klinisk ernæringsbehandling af mennesker i ernæringsrisiko bidraget med et mere nuanceret og systematisk blik på de komplekse ernæringsperspektiver. Kurset har styrket min evne til at foretage kliniske prioriteringer, hvor rehabiliteringsbehov, ernæringsrisiko og eksisterende sygdomme skal afvejes mod hinanden. I praksis kan det eksempelvis betyde, at fokus på energitæt og proteinrig kost må balanceres med hensyn til blodsukkerregulering eller væskebalance. Hos nogle borgere, fx med nyresygdom eller hyponatriæmi, skal væskeindtaget begrænses eller monitoreres nøje, og ernæringsdrikke eller sondeernæring kan derfor påvirke den samlede væskebalance.

Denne type kliniske dilemmaer understreger behovet for et tæt samarbejde med det øvrige tværfaglige team og for løbende justering af ernæringsplanen i takt med borgerens udvikling.

Når sondeernæring bliver nødvendig

For en mindre gruppe borgere er oral ernæring ikke muligt, enten midlertidigt eller i en længere periode. Her bliver sondeernæring en forudsætning for overhovedet at kunne påbegynde rehabiliteringen. Diætistens arbejde omfatter her en beregning af energi- og proteinbehov, valg af passende ernæringspræparater og løbende justering af ernæringsplanen i takt med borgerens kliniske tilstand. Samtidig indgår et pædagogisk element i at støtte både borgere og pårørende i en situation, hvor maden – som for mange er tæt knyttet til identitet og livskvalitet – har ændret form. Ifølge ESPEN's retningslinjer for klinisk ernæring i neurologi bør enteral ernæring iværksættes tidligt hos patienter, der ikke kan dække deres behov pr. os, for at reducere risikoen for komplikationer og fremme funktionel bedring (2).

Samarbejdet – en nøglefunktion

Selvom diætisten har ansvaret for den ernæringsfaglige vurdering og planlægning, er det sygeplejefaglige personale og

ergoterapeuter dem, som er tættest på borgeren i hverdagen. De observerer, hvad der reelt bliver spist, hvor lang tid måltiderne tager, og hvilke barrierer der opstår undervejs.

En væsentlig del af arbejdet består derfor også i løbende vejledning og sparring med sygeplejen og ergoterapeuterne. Det kan handle om, hvordan borgere med nedsat opmærksomhed bedst støttes under måltidet, eller hvordan en portion kan beriges med fløde eller proteinpulver uden at ændre den ordinerede konsistens. Tværfaglige ernæringsindsatser er centrale i rehabiliteringen af neurologiske patienter og anbefales i internationale retningslinjer, hvor ernæringsbehandling indgår som en del af et multidisciplinært behandlingsforløb for at forebygge malnutrition og understøtte funktionel rehabilitering (2).

Det pædagogiske arbejde med borgeren

Mange borgere har kognitive udfordringer som nedsat hukommelse, opmærksomhed eller sygdomsindsigt, hvilket kan gøre det vanskeligt at forstå, hvorfor maden er vigtig, eller hvorfor kosten ser anderledes ud end før skaden.

Formidlingen af ernæringsfaglig viden må derfor tilpasses den enkelte borgers forudsætninger. Små, konkrete mål – som at drikke et ekstra glas mælk eller vælge en proteinrig dessert – kan ofte være mere meningsfulde end abstrakte forklaringer om energi og protein.

Afsluttende refleksion

Arbejdet med borgere med erhvervet hjerneskade giver mig et nuanceret syn på, hvad klinisk diætetik kan være i praksis. Det er et felt, hvor biokemi, pædagogik, etik og tværfagligt samarbejde mødes i hverdagen.

Ernæring i neurologien fungerer ikke blot som en støttefunktion, men som en afgørende del af rehabiliteringen. Når en borger genvinder styrke, opmærksomhed og funktion – og samtidig får mod på at spise igen – bliver det tydeligt, at ernæringsindsatsen spiller en central rolle i det samlede rehabiliteringsforløb.

Referencer

1. Aquilani R, Sessarego P, Iadarola P, et al. Nutrition for brain recovery after ischemic stroke: an added value to rehabilitation. *Nutr Clin Pract.* 2011;26:339–345.
2. Burgos R, Bretón I, Cereda E, et al. ESPEN guideline clinical nutrition in neurology. *Clin Nutr.* 2018;37:354–396.
3. Martino R, Foley N, Bhogal S, Diamant N, Speechley M, Teasell R. Dysphagia after stroke: incidence, diagnosis, and pulmonary complications. *Stroke.* 2005;36:2756–2763.
4. Sennfält S, Pihlsgård M, Petersson J, Norrving B, Ullberg T. Long-term outcome after ischemic stroke in relation to comorbidity – An observational study from the Swedish Stroke Register (Riksstroke). *Eur Stroke J.* 2020;5:36–46.