

# Ny Klinisk Retningslinje skal sikre patienter med dysfagi en sufficient ernærings- og hydreringstilstand

I august 2012 blev en ny retningslinje for anbefalinger om modificeret kost og væske til voksne godkendt af Center for Kliniske Retningslinjer under Aalborg Universitet (1).

Baggrunden for at skrive retningslinjen var, at der ikke kun i Danmark, men også internationalt, manglede evidens for de guidelines, der beskriver forskellige typer af modificeret kost og væske. Disse skal sikre patienter med dysfagi en sufficient ernærings- og hydreringstilstand med så lille en risiko for fejlsynkning som muligt.

Denne artikels formål er at gøre opmærksom på retningslinjens eksistens, så den kan komme "ned fra hylden" og bruges i praksis. Først vil vi kort beskrive, hvad dysfagi er, hvad der er årsagen, og hvor hyppigt det forekommer samt beskrive anbefalingerne fra retningslinjen.

Dernæst og ikke mindst vil vi diskutere, hvordan vi mener, at anbefalingerne kan bruges i den virkelige verden. Vi beskriver ikke metoden, der er anvendt til litteratursøgning og vurdering i denne artikel, da den er beskrevet detaljeret i retningslinjen, som kan downloades fra Internettet (1).

## Hvad er dysfagi?

Dysfagi er problemer med fødeindtagelse, synkefunktion og /eller vanskeligheder med at spise og drikke. Dysfagi klassificeres efter, hvor dysfagien forekommer, dvs. øvre dysfagi, der er relateret til mund og svælg, og nedre dysfagi, der er relateret til spiserør og

mavesæk (1). Retningslinjen beskriver udelukkende anbefalinger for akut og kronisk øvre dysfagi, dvs. orofaryngeal dysfagi.

## Hvad er konsekvenserne af dysfagi?

Dysfagi kan have mange og alvorlige konsekvenser for den enkelte person. Dog påvirker dysfagi primært sikkerheden og effektiviteten af synkefunktionen. Sikkerheden refererer typisk til aspiration (fejlsynkning) af mad eller drikke til luftrør og lunger, og effektivitet refererer til, hvor effektivt og med hvilken hastighed, personen kan synke mad og drikke. Tilsammen eller hver for sig kan disse to elementer af dysfagi føre til, at en person ikke kan spise tilstrækkeligt, med risiko for underernæring og dehydrering. Udover dette vil personen med dysfagi være i risiko for at fejlsynke og udvikle aspirationspneumoni (fejlsynkningsbetinget lungebetændelse). Dysfagi er associeret med øget risiko for sygelighed og død, reduceret livskvalitet, risiko for social isolation mv. (1).

## Hvor hyppigt forekommer dysfagi?

Et kort svar er: "hyppigt"!! (1):

- 60-87 pct. af ældre i plejebolig har problemer med måltider
- 33 pct. af alle patienter med apopleksi har øvre dysfagi
- 20-50 pct. af patienter med Parkinsons og Alzheimers har øvre dysfagi
- 20-30 pct. af patienter med ALS har øvre dysfagi
- 30-60 pct. af patienter med muskelsvind har øvre dysfagi (1)
- Over 90 pct. af patienter med traumatisk hjerneskade i den tidlige rehabiliteringsfase (2).

## Artiklens forfattere



Ingrid Poulsen



Tina Hansen



Ulla Tolstrup Andersen



Anne Marie Beck



Annette Kjærsgaard

### Hvad er årsagerne til, at dysfagi opstår?

Eftersom sikker synkning kræver et intakt og funktionelt nervesystem, forekommer synkebesvær ofte ved neurologiske tilstande og sygdomme. Dysfagi forekommer også i forbindelse med behandling af fx kræftsygdomme (medicinsk og stråler mv.), ved infektioner som fx herpes og ved hovedhals cancer, pga. de skader, der opstår i mund og svælg. KOL kan ligeledes give anledning til dysfagi, idet den besværede vejrtrækning kan vanskeliggøre sikker synkning. Endelig kan aldring og dårlig ernæringstilstand, dvs. almen svækkelse, resultere i synkebesvær (1).

### Hvordan håndteres dysfagi i Danmark?

I Danmark undersøges personer med dysfagi primært af ergoterapeuter, hvorimod det i andre lande typisk er talepædagoger/audiologopæder. Håndteringen, som i praksis er et delt ansvar mellem ergoterapeuter og sygeplejerspersonale, opdeles i indirekte og direkte terapi, hvor indirekte terapi består af føde eller væske med modificeret konsistens og arbejde med udgangsstillinger ved indtagelse af føde eller væske. Direkte terapi består af oral motorisk træning og terapeutisk spisning.

De officielle anbefalinger for den danske institutionskost beskriver forskellige niveauer af modificeret kost; blød kost, gratinkost, purékost, gelekost og flydende kost, og modificeret væske; gele-, sirups- og kakaokonsistens. Desuden gives anvisninger på, til hvem de forskellige niveauer passer. Beskrivelserne af de forskellige niveauer er uddybet i den Nationale kosthåndbog ([www.kostforum.dk](http://www.kostforum.dk)) og er primært baseret på praksiserfaringer fra Regionshospitalet Hammel Neurocenter (1).

### Hvordan er det at have dysfagi?

En del personer med dysfagi oplever, at denne tilstand bliver kronisk og skal derfor leve med den i mange år af livet, hvilket indebærer påvirkning af både ernæringstilstand og livskvalitet. Et studie, hvor der blev anvendt et redskab til at vurdere livskvalitet og kvalitet af pleje hos voksne med dysfagi, viste, at det at spise mad

med anderledes konsistens, som fx purékost, var negativt korreleret med opfattelse af livskvalitet (1). Kvalitative studier tyder på, at man jævnligt bør revurdere personer med kronisk dysfagi mht. deres synkefunktion, og sikre, at de involveres i beslutningen om hvilken kost- og væsketype, der er den bedste for dem (1). Der er således god grund til at involvere den person, der har dysfagi, mest muligt i sin egen behandling, samt evt. pårørende, hvis personen ønsker det.

### Anbefalinger fra retningslinjen

Vi stillede fire overordnede spørgsmål i retningslinjen:

1. Hvilken evidens er der for, at man signifikant kan reducere aspiration hos voksne med øvre dysfagi ved anvendelse af modificeret kost og væske?
2. Hvilken evidens er der for, at voksne med øvre dysfagi opnår et signifikant bedre *ernærings- og væskeindtag* med modificeret kost og væske end med almindelig mad og drikke?
3. Hvilken evidens er der for, at voksne med øvre dysfagi, der får modificeret kost og/eller væske, opnår en signifikant bedre *ernæringstilstand* (vægt og BMI) end ved almindelig mad og drikke?
4. Hvilken evidens er der for, at voksne med øvre dysfagi, der får modificeret kost og/eller væske får signifikant færre aspirationspneumonier end med almindelig mad og drikke?

Mht. til det første spørgsmål, lykkedes det ikke at finde evidens for en anbefaling, da risiko for aspiration udelukkende var undersøgt i situationer, hvor patienten blev undersøgt for dysfagi. For de andre var det derimod muligt at lave anbefalinger, angivet med enten "bør" eller "kan". Vi benyttede "bør", hvor kvaliteten og styrken af den fundne evidens overvejende var tilfredsstillende, og "kan," hvor kvaliteten og styrken af den fundne evidens var mindre tilfredsstillende. Ud fra litteratursøgning og vurdering kom vi frem til, at der var evidens for følgende (1):

Anbefalinger for valg af kost og væske med henblik på at forbedre ernæringsindtaget og ernæringsstilstanden hos voksne med øvre dysfagi:

- Specieifremstillet og ernæringsberiget modificeret kost (blød og puré i form af timbaler) og væske (nektar-, honning- og buddin-gekonsistens) + valgmuligheder kan anbefales til ældre personer med kronisk dysfagi.

Anbefalinger for valg af kost og væske med henblik på at reducere risikoen for aspirationspneumoni hos voksne med øvre dysfagi:

- "Chin down" procedure og tynd væske bør være førstevalg frem for modificeret væske ved kronisk dysfagi. (Chin down er fleksion af hovedet, hvor hagen bøjes ned til halsen. En standard-teknik til at facilitere sikker synkning)

I den akutte fase bør der gives individuelle råd og løbende vejledning samt justering af bl.a. modificeret kost og væske.

### Diskussion af anbefalingerne

Når der kun fandtes evidens for ovenstående anbefalinger, betyder det ikke nødvendigvis, at man i praksis ikke skal gøre andet og mere end det anbefalede. Det er vigtigt at forstå, at det er vanskeligt at gennemføre tilstrækkeligt store randomiserede studier, der lever op til de krav, der stilles for at kunne betegnes som den bedste evidens. På den anden side, må man forvente, at praksis så i det mindste retter sig efter de anbefalinger, der rent faktisk findes evidens for.

### Hvordan kommer vi fra anbefalinger til brug i praksis?

Vi ser fire problemer eller barrierer og har diskuteret, om anbefalingerne adskiller sig meget fra den praksis, vi kender, eller om det i virkeligheden er kendt viden? I så fald er der jo ikke så meget grund til at bruge tid og kræfter på at udbrede viden fra retningslinjen. Men når vi hver især tænker på praksis, kan vi komme i tanke om situationer, hvor personalet ikke altid følger de anbefalinger, vi har fundet frem til. De yderste konsekvenser heraf er beskrevet i den følgende artikel fra Patientombuddets læringsenhed. Her ser vi således første problem i forhold til at få retningslinjen ned fra hylden.

Hvis vi ser på den første anbefaling, der omhandler ældre mennesker med kronisk dysfagi, så er der tale om mennesker, der fx bor i plejebolig, og hvis de bor hjemme, kan de have hjælp fra enten pårørende, hjemmehjælp og eller hjemmesygepleje. De ansvarlige personalegrupper er således ansatte i primær sektor, og spørgsmålet er, om de har tilstrækkelig med viden til, at ældre borgere med dysfagi får mad med den rette konsistens, og hvad med de pårørende? Kender de den mad og drikke, der gavner den ældre


borger bedst i forhold til at bedre ernæringsstilstanden, og hvilke konsistenser, der er bedst for den enkelte? Her mener vi, det er vigtigt, at de professionelle med den største viden herom er tilgængelige for både den ældre med dysfagi, for de pårørende, og for det personale, der varetager den daglige pleje.

Dette betyder, at der dels skal være professionelle, der kan undersøge synkefunktionen og vurdere, hvilken konsistens den enkelte bedst kan synke, og dels skal der være professionelle, der har viden om, hvordan man får lavet tilstrækkeligt med variation i maden, så det bliver acceptabelt for personen med dysfagi. Andet problem er, at der ofte ikke er de professionelle, dvs. ergoterapeuter, tilknyttet ældreplejen, som kan varetage vurderingen af de ældre borgers evne til at synke. Tredje problem er, at de, der har brug for "dysfagikosten", ofte ikke har lyst til at spise den og måske derfor et langt stykke af vejen foretrækker at få den almindelige mad i den gale hals.

Fjerde problem er vi selv skyld i med de valgte formuleringer i den første anbefaling. For hvad er det lige for nogle konsistensniveauer af mad og drikke, vi beskriver der? Umiddelbart jo ikke nogle, som vi alle kan slå op og genfinde i "Anbefalinger for den danske institutionskost" eller i "Den Nationale kosthåndbog". En forklaring på det er, at vi er blevet nødt til at oversætte direkte fra de artikler, som evidensen baseres på, idet beskrivelsen af mad og drikke i de aktuelle studier ofte var så dårlig, at det var svært at gennemskue, hvad deltagerne egentlig reelt havde fået - på trods af, at det var mad og drikke, som var fokus!

### Hvad skal vi så gøre? – Vi ser 4 muligheder/løsninger

1. Der er iværksat et australsk initiativ netop med henblik på ensretning af terminologien for de enkelte konsistensniveauer. Dette kan der læses mere om på <http://iddsiorg.fatcow.com/>
2. Der vil blive afholdt en række temadage om emnet i løbet af efteråret, arrangeret af hhv. DSKE og K&E. Se også Møde- og kongreskalenderen i dette blad.
3. På Herlev Hospital iværksættes i september et projekt, der skal arbejde med smagen i "dysfagikosten".
4. De enkelte faggruppers ansvar. Sygeplejepersonalet bør gennemføre ernæringscreening og vurdering af kost og væskeindtag efter Sundhedsstyrelsens vejledning. Sygeplejepersonalet er ofte dem, der modtager patienten, både på hospitalsafdelinger, i hjemmepleje og plejehjem og derved udfører den første vurdering af synkefunktionen. På dette tidspunkt vil det være relevant at gennemføre vandtest eller lignende (der er en retningslinje på vej, der giver anbefaling om dette), hvis der er tegn på dysfagi. Derudover bør sygeplejersken, der har det daglige ansvar for den dysfagiramtes ernæringspleje, tilrettelægge måltiderne på en måde, så der er tid nok, hjælp nok og



passende variation i de tilbud, den ramte får. Og i øvrigt inddrage den ramte så meget som muligt, evt. også de pårørende.

Flere undersøgelser fra plejehjem har vist, at ældre personer ofte ikke får den nødvendige hjælp, og at måltidet i sig selv ikke bliver prioriteret af plejepersonale.

På hospitaler bliver måltider også ofte underprioriteret i forhold til de mange andre aktiviteter, som fx undersøgelser og behandlinger, der selvfølgelig også skal nås. Ikke desto mindre kan et øget fokus på betydningen af selve måltidet medvirke til, at personer med dysfagi får en bedre ernæringsstatus. Sygeplejepersonalet har også ansvar for, at rammerne for måltidet er behagelige, dvs. at der er en ordentlig spisestue for dem, der gerne vil sidde der og spise, og at de, som gerne vil eller er nødt til at spise på deres hospitalsstue, bør have ordentlige omgivelser, fx at der er luft ud, ryddet op etc. Sidst, men ikke mindst: at sygeplejepersonalet tilkalder eksperthjælp fra ergoterapeuter og kliniske diætister, når egne kompetencer ikke er tilstrækkelige.

Ergoterapeuten bør udføre en grundig undersøgelse af, hvilke kost- og væskekonsistenser den dysfagiramte kan håndtere effek-

tivt og sikkert under et måltid. På baggrund af undersøgelsen planlægges i samarbejde med den dysfagiramte, pårørende og plejepersonale, hvilke konsistenser, synkestrategi samt øvrige tiltag, den enkelte har behov for. Hvis der er behov, iværksætter ergoterapeuten derudover specifik træning af den funktionsevne-nedsættelse, der er årsag til dysfagi-problematikken.

Og som kliniske diætister bør vi starte med at spørge patienten eller den ældre borger, vi møder, og som tilhører nogle af de ovenfor nævnte risikogrupper, om de har problemer med at synke maden. Hvis de har det, må en nærmere ergoterapeutisk udredning sættes i værk.

#### Kontaktinformationer

ingrid.poulsen@regionh.dk, tiha@phmetropol.dk,  
ulla300@gmail.com, Anne.marie.beck@regionh.dk,  
annette.kjaersgaard@hammel.rm.dk

Tak til Dansk Selskab for Klinisk Ernæring, der har givet støtte til, at forfattergruppen bag den kliniske retningslinje kunne mødes på tværs af landet under udarbejdelsen.

#### Referencer

1. Klinisk retningslinje for modificeret kost og væske til voksne ( $\geq 18$  år) personer med øvre dysfagi, Center for Kliniske Retningslinjer: [http://www.kliniskeretningslinjer.dk/images/75\\_dysfagifinal-\(4\).pdf](http://www.kliniskeretningslinjer.dk/images/75_dysfagifinal-(4).pdf) (downloaded 15.8.2013)
2. Hansen T S, Engberg Aa W, Larsen K. Functional Oral Intake and Time to Reach Unrestricted Dieting for Patients With Traumatic Brain Injury. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation. 2008; 89(8):1556-62.

## FaKDs arbejde med de nye, officielle kostråd

**Tirsdag d. 19. september blev de nye kostråd lanceret ved et stormøde på DTU arrangeret af Fødevarestyrelsen og med den nye fødevareminister, Karen Hækkerup, som deltager.**

Det var kulminationen på 2 års arbejde, hvor FaKD har siddet med i formuleringsgruppen for de nye kostråd. Det har været en spændende opgave at skulle diskutere både antal af kostråd (nu 10), og hvordan indholdet skulle formuleres, så flest mulige vil forstå dem og kunne handle efter dem.

Da vores kostråd følger NNR, var der tidligt i forløbet en forståelse af, at der nok ikke skete noget nyt og revolutionerende, men nærmere nogle småjusteringer. Samt muligvis nogle nye områder, der skulle med. Og sådan er det også blevet.

Formuleringsgruppen har derfor haft fokus på formidlingen af kostrådene, dvs. mere fokus på at gøre indholdet letforståeligt for almindelige mennesker end at gøre dem for fagterne.

Derfor har vi også valgt at have kostråd 1, "Spis varieret, ikke for meget og vær fysisk aktiv" som en overordnet paraply for de øvri-

ge råd, selv om undersøgelser viser, at det er bedst at gøre det enkelt. Med tanke på de mange overvægtige, vi nu har i Danmark, har det været vigtigt for os, at disse råd ikke forsvandt ud af kostrådene, som det faktisk har været på tale, men tværtimod fik større pondus.

Og så kan vi glæde os over, at FaKDs deltagelse i Fuldkorns-partnerskabet, siden det blev startet, nu har givet os et kostråd kun om fuldkorn! Sådan arbejder FaKD på at få indflydelse, hvor det gælder.

#### Læs mere om evidensen bag de nye kostråd her:

[http://www.dtu.dk/~media/Institutter/Foedevareinstituttet/Publikationer/Pub-2013/Rapport-evidensrapport\\_for\\_kostraad.ashx](http://www.dtu.dk/~media/Institutter/Foedevareinstituttet/Publikationer/Pub-2013/Rapport-evidensrapport_for_kostraad.ashx)

#### Og find kostrådene her:

[http://www.altomkost.dk/Anbefalinger/De\\_officielle\\_kostraad/Kostraad.htm](http://www.altomkost.dk/Anbefalinger/De_officielle_kostraad/Kostraad.htm)