

CENTER FOR KLINISKE RETNINGSLINJER



Titel	Identifikation af vanskeligheder med at spise hos patienter/borgere (>65år) efter apopleksi med henblik på at iværksætte en målrettet indsats
Målgruppe	Patienter/borgere på 65 år eller over med nedsat funktionsevne som følge af apopleksi
Indeksering	Ernæring Indeks søgeord: spisevanskeligheder, spiseproblemer, apopleksi, identifikation, screening
Forfattergruppe	Forfattergruppe <ul style="list-style-type: none">• Susanne Zielke Schaarup, klinisk oversygeplejerske MHSk, Neurologisk afdeling Bispebjerg Hospital (metodisk ressourceperson)• Tina Holm, faglig udviklingskonsulent, fysioterapeut, master i sundhedspædagogik, Træningsafsnittet, Roskilde kommune• Gurli Laursen, leder, fysioterapeut, Neurocenter, Aarhus Kommune• Tine Lund Undén, fysioterapeut, Neurologi- og Rehabiliteringscenter København, Københavns Kommune• Anne Ringkjøbing, konsulent, sygeplejerske, master i gerontologi, Odense Kommune• Kirsten Færgeman, Ernæringsfaglig konsulent, cand.scient., Sundhed og Omsorg, Aarhus Kommune• Louise Schwenger Johansen, hjerneskadekoordinator, ergoterapeut, Vordingborg kommune• Trine Schow, udviklingskonsulent, ergoterapeut, ph.d., Hjerneskadecentret BOMI• Mie Lauwersen, klinisk diætist, Kost- og ernæringsforbundet (tovholder) Følgegruppe i hospitalsregi <ul style="list-style-type: none">• Jeanne Tolvdag Woll, sygeplejerske med klinisk specialistfunktion, Apopleksiklinikken N11, Bispebjerg Hospital• Mia Vibe, sygeplejerske, Apopleksiklinikken N11, Bispebjerg Hospital• Julie Boeberg Jensen, udviklingsergoterapeut - neurologisk område, MSc.OT, Bispebjerg Hospital• Hanne Bigum, sygeplejerske med klinisk specialistfunktion, Neurologisk modtageafdeling, Bispebjerg Hospital• Britta Marie Steen, sygeplejerske, Neurologisk modtageafdeling, Bispebjerg Hospital.

CENTER FOR KLINISKE RETNINGSLINJER



	<p>Konsulent Lene Borrits læge, forskningsbibliotekar db, master i SundhedsIT, Det Natur-og videnskabelige Fakultetsbibliotek, har assisteret med den systematiske litteratursøgning.</p> <p>Kontaktperson: Susanne Zielke Schaarup, klinisk oversygeplejerske MHS, Neurologisk afdeling Bispebjerg Hospital Mail: Susanne.Schaarup@regionh.dk Telefon: 4086 6395</p>
Godkendelse	Godkendt af Rådet for Center for Kliniske Retningslinjer, efter intern og ekstern bedømmelse. Den kliniske retningslinje er kvalitetsvurderet i henhold til retningslinjer fastlagt af centrets Videnskabelige Råd og vedtaget af Rådet for Center for Kliniske Retningslinjer. (www.cfkr.dk)
Dato	Godkendt dato: 27.11.2013 Revisionsdato: 27.05.2016 Udløbsdato: 26.11.2016
Bedømmelse	Den kliniske retningslinje lever op til kvalitetsniveauet for kliniske retningslinjer, som er beskrevet af Center for Kliniske Retningslinjer. Bedømmelsen er foretaget både internt og eksternt og ved en offentlig høring. Bedømmelsesprocessen er beskrevet på: www.cfkr.dk
Sundhedsprofessionelle	Medarbejdere i primær og sekundær sektor, der yder behandling, træning og pleje til patienter/borgere med apopleksi.
Baggrund	<p>Indledning Apopleksi er en af de store folkesygdomme. Der registreres ca. 11.000 nye tilfælde årligt og det skønnes, at ca. 18.000 borgere lever med eller er i risiko for at få komplekse følger efter en apopleksi (1).</p> <p>Underernæring er en hyppig og alvorlig komplikation ved apopleksi, og medfører blandt andet øget risiko for død, pneumoni, andre infektioner, gastrointestinal blødning og tryksår (2-5).</p> <p>Spisevanskeligheder udgør den væsentligste risikofaktor for underernæring (6-10). Studier har vist, at op til 80 % af ældre på et rehabiliteringsafsnit for apopleksiramte har vanskeligheder med at spise. I en opgørelse over ældre på en plejebolig er det 50 % af de ældre der ikke kan spise uden hjælp som følge af en apopleksi (11, 12).</p> <p>En stor registerundersøgelse har vist, at underernæring</p>

CENTER FOR KLINISKE RETNINGSLINJER



(utilsigtet vægttab >3 kg) forekommer hos 26 % af ældre borgere med apopleksi (gennemsnitsalder 72 år) fire måneder efter udskrivelsen (8). Dette kunne tyde på, at borgere i risiko for underernæring ikke får en sufficient pleje, træning og behandling i denne fase. Flere studier (3, 8, 9, 13-17) har desuden dokumenteret vanskeligheder ved at spise i op til 16 måneder efter apopleksiens opståen. Et af disse studier viste overraskende, at der var sket en forbedring af det fysiske funktionsniveau, mens der fortsat var problemer med sufficient kostindtag tre måneder efter apopleksiens opståen (17). At spise handler således ikke blot om fysisk at være i stand til selv at indtage maden uden hjælp. At spise handler i høj grad også om at have lyst til at spise, energi og appetit. Resultatet i ovennævnte studier indikerer, at behandlingsplanen også bør målrettes mentale og socialt relaterede faktorer, der kan fremme borgerens motivation og lyst til at spise.

Patienter med apopleksi indlægges i dag akut på apopleksiafsnit og de udskrives, når deres tilstand ikke længere kræver lægefaglig ekspertise. Svenske studier har på baggrund af journalaudits og observationer vist, at dokumentationen af apopleksipatientens vanskeligheder med at spise ved udskrivelsen fra hospitalets apopleksiafsnit til primærsektoren er mangelfuld, hvilket kan få konsekvenser for det videre rehabiliteringsforløb (18, 19). Der findes i dag ikke dokumentation for, at der sker en systematisk identifikation af vanskeligheder med at spise hos borgere med apopleksi.

Patient/borger-perspektivet

Der er tendens til, at borgere med funktionsnedsættelse som følge af apopleksi undervurderer deres vanskeligheder med at spise. Vanskeligheder med at spise er ofte knyttet til følelsen af skam, da det opleves som skamfuldt ikke at kunne spise som andre på en social acceptabel måde. Derudover har undersøgelser afdækket, at disse borgere er bange for at spise af frygt for fejlsynkning og ubehag i munden, og at de er generede af at være afhængige af hjælp fra andre under måltidet. Studierne viser også, at dette kan føre til, at borgere med spisevanskeligheder isolerer sig i forhold til andre og undgår at deltage i sociale aktiviteter (4, 15).

At kunne spise er altså et vigtigt aspekt for at kunne deltage i sociale sammenhænge. I første del af rehabiliteringen vil borgerens vigtigste mål for træningen derfor ofte være at kunne spise som andre samt mindske risikoen for fejlsynkning (20).

CENTER FOR KLINISKE RETNINGSLINJER



I en nylig publiceret ph.d.- afhandling, der har fulgt borgere med apopleksi i op til fem år efter apopleksiens opståen, beskrives det, at apopleksien har givet de ramte betydelige vanskeligheder i forhold til funktionsevne, identitet og den daglige livsførelse. Afhandlingen viser, at borgere, der er ramt af apopleksi, ser sig selv som værende i en fortsat forandringsproces, der dræner dem for energi, og at de lever et mere hjemmeorienteret liv med færre sociale relationer og mindre aktiv deltagelse i samfundslivet end før sygdommen (21). Den manglende energi og social isolation kan måske være en af forklaringerne på, at der til trods for et forbedret fysisk funktionsniveau fortsat efter tre måneder er problemer med nedsat appetit og nedsat kostindtag.

Litteraturen viser således, at der er behov for en detaljeret og omfattende identifikation og dokumentation af patienten/borgerens vanskeligheder med at spise i hele apopleksiforløbet på tværs af sektorer. En systematisk identifikation af vanskeligheder med at spise vil kunne sikre en fagligt velbegrundet og individuel tilrettelagt ernæringsterapi, som forebygger underernæring, øger patientens funktionsniveau samt giver en øget livskvalitet (22).

Definition af begreber

Denne retningslinje omhandler vanskeligheder med at spise som følge af apopleksi defineres med afsæt i *International klassifikation af funktionsevne, funktionsevnenedsættelse og helbredstilstande* (ICF). ICF anskuer vanskeligheder med at spise i et bio-psykosocialt perspektiv og er velegnet til at belyse vanskeligheder med at spise hos patienter/borgere med apopleksi (23):

Dysfagi (ICD-10; R13)

Er problemer med fødeindtagelse, synkefunktion og /eller vanskeligheder med at spise og drikke

Fødeindtagelse (b510)

Indtagelse og bearbejdning af fødemidler og væsker gennem munden.

Synkefunktion (b5015)

Funktioner, bestemmende for at bringe mad og drikke fra mundhulen gennem svælget og spiserøret til mavesækken med passende frekvens og hastighed.

Spise (d550)

At udføre sammensatte handlinger i forbindelse med indtagelse af føde, som er serveret for en, få maden op til munden og

CENTER FOR KLINISKE RETNINGSLINJER



	<p>spise på en kulturel accepteret måde, skære eller bryde maden i stykker, åbne flasker og dåser, anvende spiseredskaber, deltage i måltider og festligheder.</p> <p><i>Drikke (d560)</i> At holde om en drik, tage drikken op til munden og drikke på en kulturel accepteret måde, blande, omrøre og skænke drikke op, åbne flasker og dåser, bruge sugerør, drikke rindende vand fra en hane eller kilde eller amning.</p> <p><i>Patient/borger</i> Der skelnes mellem "patient" og "borger". Termen "patient" anvendes under indlæggelsen på hospital. Termen "borger" anvendes efter udskrivelse fra hospitalet.</p> <p><i>Apopleksi (apoplexia cerebri):</i> En pludseligt opstået neurologisk skade eller udfald på baggrund af iskæmi (nedsat blodforsyning) i hjernen. Den kan enten skyldes en blodprop i et forsynende blodkar eller en bristning af et blodkar, der medfører en blødning i hjernens væv.</p>		
Formål	Problemstilling og formål Der er evidens for, at vanskeligheder med at spise efter apopleksi fører til underernæring. Der er behov for at vanskeligheder med at spise overvåges systematisk og kontinuerligt. Formålet med denne kliniske retningslinje er derfor at anbefale et redskab, som er let at anvende og kan identificere vanskeligheder med at spise hos patienter/borgere med apopleksi samt være retningsgivende for de indsatser, der kan adressere vanskelighederne.		
Metode	Fokuseret spørgsmål Hvilket valideret redskab kan identificere vanskeligheder med at spise og kan anviser målrettet indsatser for patienter/borgere (>65år) med apopleksi?	Søgestrategi Der er foretaget søgning i PubMed, Embase, Cinahl, Cochrane, SveMed+, Scottich Intercollegiate Network (Sign), American Stroke Association (ASA) Statements and Guidelines, ESO European Stroke Organisation (ESO) Guidelines	Søgeord "Eating disorders [MeSH]" or "eating disabilities" or "eating difficulties", and "assessment" or "screening" and "cerebrovascular disorders [MeSH]" or "stroke".

CENTER FOR KLINISKE RETNINGSLINJER



	<p>Hits inklusiv overlap PubMed (17), Cinahl (28) Cochrane Library (58), Embase (26) SveMed+ (5) Scottich Intercollegiate Network (Sign) (0), Högskolan Kristianstad (HKR)/forskning (7) Håndøgning (6). I alt 147. Det har ikke været muligt at finde allerede eksisterende retningslinjer, som omhandler samme problemområde, hverken i nationale eller internationale databaser.</p> <p>Hits eksklusiv overlap I alt 51 studier, hvoraf 15 studier blev udvalgt på baggrund af abstrakt. Efter nærlæsning opfylder to studier inklusionskriterierne (bilag2).</p> <p>Udvælgelse Alle 51 abstrakt er vurderet af alle i gruppen. Udvælgelsen af fuldtekst er foretaget på baggrund af gennemlæsning af abstrakt, og det er vurderet, hvorvidt studierne opfylder inklusionskriterier eller bør ekskluderes (bilag 2) Udvælgelsen er foretaget af alle i arbejdsgruppen. Ved uenighed blev der diskuteret i gruppen indtil opnåelse af konsensus.</p> <p>Tidspunkt for litteratursøgning Den primære litteratursøgning er udført i december måned 2012 med løbende opdateringer og suppleret med håndøgninger indtil marts 2013.</p> <p>Vurdering af litteratur Alle studier der opfylder inklusionskriterierne, er kritisk vurderet ved hjælp af checklister og evidenstabeller som anbefalet af Center for Kliniske Retningslinjer 2013. De to studier er vurderet af alle medlemmer i forfattergruppen, først individuelt, siden i fællesskab i gruppen. Ved uenighed er der diskuteret til enighed er opnået.</p>
Litteratur gennemgang	<p>Med henblik på at finde et valideret instrument har det fokuserede spørgsmål været styrende for udvælgelsen af litteraturen.</p> <p>Ved litteratursøgningen er der identificeret to studier, som er udviklet til at identificere vanskeligheder med at spise hos patienter/ borgere >65 år med nedsat funktionsevne som følge af apopleksi.</p> <ol style="list-style-type: none">1. Eating Disabilities Assessment Scales (EDAS) (III) (10)2. Minimal Eating Observation Form (MEOF-II) (III)(24)

CENTER FOR KLINISKE RETNINGSLINJER



The Eating Disability Scale (EDAS)

EDAS er udviklet med det formål at kunne identificere vanskeligheder med at spise i den akutte fase af apopleksi. EDAS er et rangordnet instrument, der omfatter otte kategorier af funktionsnedsættelse i relation til:

1. Armfunktion
2. Lukning af læberne
3. Tyggefunktion
4. Synkerefleksfunktion
5. Kropsholdning
6. Kommunikation
7. Opmærksomhed
8. Hemianopsi.

For hver af disse kategorier vurderes:

Sværhedsgraden af funktionsnedsættelsen, niveauet af funktionsnedsættelsen samt behovet for hjælp.

For hver kategori scores der en subtotal fra 0-3, og fra subtotalerne fås den samlede score, maksimalt 18 point (bilag3).

EDAS er testet for reliabilitet og validitet (10) (bilag 4,5).

Inter observatør reliabilitet

Der er fundet god overensstemmelse ved målinger udført uafhængigt af hinanden af to personer. Der er høj grad af overensstemmelse mellem to målinger udført af samme person.

Intern validitet

Intern validitet er målt ved at vurdere sammenhængen mellem graden af vanskeligheder med at spise og 24 timers indtag af kalorier og protein. Som helhed viste analyserne, at patienter, der har vanskeligheder med at spise, indtog færre kalorier og mindre protein end beregnet behov. Der blev fundet en negativ sammenhæng mellem graden af vanskeligheder med at spise og kostindtag, eller sagt på en anden måde: jo alvorligere vanskelighederne med at spise er, desto mindre er kostindtaget.

Især nedsat armbevægelse og vanskeligheder med at synke viste sig at være en væsentlig risikofaktor for 24 timers nedsat kostindtag.

Ekstern validitet

Til vurdering af EDAS eksterne validitet anvendes Barthel Index (BI), som indeholder en kategori, der vedrører afhængighed af hjælp til at spise. Der blev fundet en stærk

CENTER FOR KLINISKE RETNINGSLINJER



signifikant negativ sammenhæng mellem den totale EDAS score og BI scoren for vanskeligheder med at spise. Sammenhængen er negativ, fordi BI går fra 0-20, hvor 0 betyder at borgeren har mest behov for hjælp, mens det er omvendt for EDAS, hvor 0 betyder, at borgeren er helt uafhængig af hjælp. Den beskrevne metode er ikke tilstrækkelig til at vurdere den eksterne validitet.

Instrumentet er afprøvet på indlagte neurologisk stabile patienter med apopleksi i den akutte fase og uden nedsat kognitiv funktion.

Instrumentet er ikke oversat til dansk.

Sammenfatning

En scoring ifølge EDAS kan afspejle kompleksiteten af vanskeligheder med at spise hos borgeren med apopleksi og vil kunne danne grundlag for en detaljeret handleplan indenfor de otte forskellige kategorier af vanskeligheder med at spise. Der er ikke fundet studier, der har kunnet dokumentere, at instrumentet er anvendeligt i klinisk praksis.

Arbejdsgruppen vurderer, at EDAS vil være tidskrævende at anvende og forudsætte, at personalet, der skal benytte instrumentet, har en høj grad af neurofaglige kompetencer og erfaringer.

Konklusion

Det er nødvendigt med yderligere studier af anvendeligheden, inden arbejdsgruppen kan anbefale brugen af instrumentet.

Minimal Eating Observation Form (MEOF-II)

MEOF-II er udviklet med det formål at identificere vanskeligheder med at spise hos patienter med nedsat funktionsevne som følge af apopleksi. MEOF-II er til forskel fra EDAS en kategorisk skala, der omfatter tre overordnede kategorier af funktionsnedsættelse relateret til spising, i alt ni specifikke vanskeligheder med at spise:

1. Indtagelse (siddestilling, håndtering af maden på tallerkenen, transport af maden til munden)
2. Synkning (manipulation af maden i munden, synkning, mundstatus)
3. Energi/appetit (spiser mere end 75 % af den serverede mad, energi til at gennemføre måltidet, appetit).

Indenfor hver underkategori observeres det under måltidet,

CENTER FOR KLINISKE RETNINGSLINJER



om patienten/borgeren kan klare sig uden hjælp og hjælpemidler. Markeringen i rubrikken "nej" indikerer, at der et problem, der bør adresseres.

En dansk oversættelse af MEOF-II er vedlagt (bilag 6). Oversættelse er sket ifølge anbefalinger angivet i Principles of good practice for the translation and cultural adaptation process for patient-reported outcomes (PRO) measures (25) (bilag 7)

MEOF-II er testet for reliabilitet og validitet (24) (bilag 8,9).

Inter observatør reliabilitet

Der er god overensstemmelse ved målinger udført uafhængigt af flere personer. Der blev fundet højere værdier hos den trænede observatør end hos den mindre trænede observatør.

Intern validitet

Den interne validitet er vurderet ud fra en faktoranalyse af de tre kategorier, som viste en tilfredsstillende grad af intern konsistens (Cronbach´s alfa for førdeindtagelse: 0,63,;Synkeprocessen:0,66, Energi/appetit: 0,61).

Ekstern validitet

Til vurdering af den eksterne validitet er anvendt BMI og væggtab. Der ses en sammenhæng mellem de to eksterne kriterier, lavt BMI og væggtab og vanskeligheder med 'energi og appetit' og 'synkeprocessen', idet patienter med vanskeligheder indenfor disse kategorier taber sig i vægt.

I nyligt publicerede studier (26, 27) er det dokumenteret, at MEOF-II med fordel kan suppleres med et instrument, der screener for ernæringsrisiko som i "Minimal Eating Observation and Nutrition Form (MEONF-II)" (26). I dette instrument er de oprindelige kategorier i MEOF-II suppleret med faktorerne: utilsigtet væggtab, lavt BMI/lav lægomkreds samt klinisk skøn af kropsbygning, muskelmasse, underhudsfedt, håndgrebsstyrke, væskeansamling suppleret med blodprøver (ex. S-Albumin). MEONF-II og dermed også MEOF-II er desuden testet for anvendelighed. Test af brugervenlighed (tidsforbrug og brugernes oplevelse af udbytte af instrumentet) viste et tidsforbrug på 8,8 minutter og deltagerne vurderede, at instruktionerne var relevante og instrumentet var nemt at udfylde (26).

Sammenfatning

CENTER FOR KLINISKE RETNINGSLINJER



	<p>En screening med brug af MEOF-II identificerer vanskeligheder med at spise hos patienter/borgere med nedsat funktionsevne som følge af apopleksi. I lighed med EDAS kan MEOF-II rumme kompleksiteten i evnen til at kunne spise og vil kunne danne grundlag for en detaljeret plan for behandling indenfor de tre kategorier af vanskeligheder med at spise. På baggrund af MEONF-II's validitet og reliabilitet, herunder brugervenlighed, vurderer arbejdsgruppen, at MEOF-II efter en kort introduktion kan anvendes af alle sundhedsfaglige medarbejdere i primær og sekundær sektor.</p> <p>Arbejdsgruppen vurderer dog, at MEOF-II ikke kan erstatte de instrumenter, der i dag anvendes til ernæringsvurdering og til at screene for dysfagi, men at redskabet bør supplere disse (28, 29).</p> <p>Arbejdsgruppen er opmærksom på, at MEOFF-II ikke er valideret i en dansk kontekst. Arbejdsgruppen mener dog ikke, at dette er en faktor af betydning for ibrugtagning, idet det vurderes, at den danske kontekst ikke adskiller sig væsentligt fra den svenske.</p> <p>Arbejdsgruppen er opmærksom på, at MEOF-II ikke er testet for specificitet og sensitivitet. Dette er ikke muligt, da der pt. ikke findes en golden standard.</p> <p>Konklusion - MEOF-II</p> <p>Systematisk vurdering af ernæringstilstand og screening for dysfagi bør udføres ud fra et standardiseret instrument, eksempelvis screeningsredskabet "Ernæringsvurdering", der er anbefalet af Socialstyrelsen (30) til vurdering af ernæringsrisiko, og screeningsredskabet "Gugging Swallowing Screen" (GUSS), som anbefalet af Sundhedsstyrelsen i referenceprogrammet "Behandling af patienter med apopleksi og TCI" (28).</p> <p>Arbejdsgruppen anbefaler MEOF-II til at identificere vanskeligheder med at spise hos patienter/borgere med nedsat funktionsniveau som følge af apopleksi.</p>
Anbefalinger	MEOF-II kan anvendes til at identificere vanskeligheder med at spise hos patienter/borgere med nedsat funktionsniveau som følge af apopleksi (24) (Evidensniveau III; Evidensstyrke C).
Monitorering	Indikatorer Baseret på gennemgangen af de studier, der er beskrevet i baggrundsafsnittet, som viser at 1. dokumentationen af apopleksipatientens

CENTER FOR KLINISKE RETNINGSLINJER



	<p>spisevanskeligheder er mangelfuld ved udskrivelse</p> <ol style="list-style-type: none">2. underernæring forekommer 4 mdr. efter udskrivelsen3. spisevanskeligheder er identificeret hos borgere med apopleksi i op til 16 mdr. efter udskrivelsen <p>kan følgende indikatorer anvendes:</p> <ul style="list-style-type: none">• Andelen af patienter hvor screening ifølge MEOF-II er udført umiddelbart inden udskrivelsen. Standard: fastsættes lokalt• Andelen af borgere hvor screening ifølge MEOF-II er udført 3 og 6 måneder efter udskrivelsen hos borgere med apopleksi, hvor risiko for underernæring og /eller dysfagi er identificeret ved udskrivelsen. Tidspunkt for screening kan justeres afhængig af lokale forhold Standard: fastsættes lokalt
Implementering	M.h.p implementering i primær sektoren er der udarbejdet en evidensbaseret generisk instrukskabelon, med mulighed for lokale tilføjelser (bilag 10)
Referencer	<ol style="list-style-type: none">1 Sundhedsstyrelsen. Forløbsprogram for rehabilitering af voksne med erhvervet hjerneskade- apopleksi og transitorisk cerebral iskæmi traume, infektion, tumor, subarachnoidalblødning og encephalopati; 2011.2 The International Stroke Trials Collaboration. Poor nutritional status on admission predicts poor outcomes after stroke: observational data from the FOOD trial. Stroke 2003(34):1450-6.3 Perry L., McLaren S. Eating difficulties after stroke. J Adv Nurs 2003;43(4):360-9.4 Jacobsson C., Axelsson K., Osterlind P. O., Norberg A. How people with stroke and healthy older people experience the eating process. J Clin Nurs 2000;9(2):255-64.5 FOOD Trial, Collaboration. Poor nutritional status on admission predicts poor outcomes after stroke: observational data from the FOOD trial. Stroke. 2003(34):1450-1456.6 Westergren A., Ohlsson O., Rahm Hallberg I. Eating difficulties, complications and nursing interventions during a period of three months after a stroke. J Adv Nurs 2001;35(3):416-26.

CENTER FOR KLINISKE RETNINGSLINJER



- 7 Nip W.F.R, Perry L, McLaren S, Mackenzie A. Dietary intake, nutritional status and rehabilitation outcomes of stroke patients in hospital. *Journal of Human Nutrition and Dietetics* 2011;24:460-469.
- 8 Jonsson A. C., Lindgren I., Norrving B., Lindgren A. Weight loss after stroke: a population-based study from the Lund Stroke Register. *Stroke* 2008;39(3):918-23.
- 9 Poels B. J., Brinkman-Zijlker H. G., Dijkstra P. U., Postema K. Malnutrition, eating difficulties and feeding dependence in a stroke rehabilitation centre. *Disabil Rehabil* 2006;28(10):637-43.
- 10 McLaren S.M.G, Dickerson W.T. Measurement of eating disability in an acute stroke population. *Clinical Effectiveness in Nursing* 2000(4):109-120.
- 11 Westergren A., Karlsson S., Andersson P., Ohlsson O., Hallberg I. R. Eating difficulties, need for assisted eating, nutritional status and pressure ulcers in patients admitted for stroke rehabilitation. *J Clin Nurs* 2001;10(2):257-69.
- 12 Kumlien S, Axelson K. Stroke patients in nursing homes: eating, feeding, nutrition and related care. *Journal of Clinical Nursing* 2002;11:498-509.
- 13 Medin J., Windahl J., von Arbin M., Tham K., Wredling R. Eating difficulties among stroke patients in the acute state: a descriptive, cross-sectional, comparative study. *J Clin Nurs* 2011;20(17-18):2563-72.
- 14 Medin J., Larson J., von Arbin M., Wredling R., Tham K. Elderly persons' experience and management of eating situations 6 months after stroke. *Disabil Rehabil* 2010;32(16):1346-53.
- 15 Perry L. Eating and dietary intake in communication-impaired stroke survivors: a cohort study from acute-stage hospital admission to 6 months post-stroke. *Clin Nutr* 2004;23(6):1333-43.
- 16 Perry L, McLaren S. An exploration of nutrition and eating disabilities in relation to quality of life at 6 months post-stroke. *Health and Social Care in the community* 2004(4):288-297.
- 17 Medin J., Windahl J., von Arbin M., Tham K., Wredling R. Eating difficulties among patients 3 months after stroke in relation to the acute phase. *J Adv Nurs* 2011;68(3):580-9.

CENTER FOR KLINISKE RETNINGSLINJER



- 18 Carlsson E., Ehnfors M., Ehrenberg A. Multidisciplinary recording and continuity of care for stroke patients with eating difficulties. *J Interprof Care* 2010;24(3):298-310.
- 19 Carlsson E., Ehnfors M., Eldh A. C., Ehrenberg A. Accuracy and continuity in discharge information for patients with eating difficulties after stroke. *J Clin Nurs* 2011;21(1-2):21-31.
- 20 Medin J., Larson J., von Arbin M., Wredling R., Tham K. Striving for control in eating situations after stroke. *Scand J Caring Sci* 2010;24(4):772-80.
- 21 Pallesen H. Fem år efter apopleksi- fra sygdom til handicap. Odense: Syddansk Universitet; 2011.
- 22 Ha L, Hauge T, Spenning A, Iversen PO. Individual, nutritional support prevents undernutrition, increases muscle strength and improves QoL among elderly at nutritional risk hospitalized for acute stroke: a randomized, controlled trial. *Clinical nutrition* 2010(29):567-73.
- 23 WHO. International Classification of Functioning, disability and health. Geneva: World Health organization; 2001.
- 24 Westergren A, Lindholm C, Mattsson A'Ulander, K. Minimal eating observation form: reliability and validity. *The journal of nutrition, Health and Aging* 2009;13.
- 25 Wild D, Grove A, Martin M, S Eremenco, McElroy S, Verjee-Lorenz A, et al. Principles of Good Practice for the Translation and Cultural Adaption Process for Patient-Reported Outcomes (PRO) Measures: Report of the ISPOR Task Force Translation and Cultural Adaption. *Value in Health* 2005;8(2).
- 26 Vallén C, Hagell P, Westergren A. Validity and userfriendliness of the minimal eating observation and nutrition form-version II (MEONF-II) for undernutrition risk screening. *Food & Nutrition Research* 55:5801 2011.
- 27 Westergren A, Norberg E, Hagell P. Diagnostic performance of the Minimal Eating Observation and Nutrition Form-Version II) and Nutritional Risk Screening 2002 (NRS 2002) among hospital inpatients - cross-sectional study. *BMC Nursing* 10:24 2011.
- 28 Referenceprogram for behandling af patienter med

CENTER FOR KLINISKE RETNINGSLINJER



	<p>apopleksi og TCI. København: Dansk Selskab for Apopleksi; 2013.</p> <p>29 Westergren A. Detection of eating difficulties after stroke: a systematic review. Int Nurs Rev 2006;53(2):143-9.</p> <p>30 Ernæringsvurdering: Socialstyrelsen.</p>
Bilag	<p>Bilagsfortegnelse over relevante vedlagte bilag.</p> <p>Bilag 1: Resume</p> <p>Bilag 2: Søgeprotokol</p> <p>Bilag 3: Eating Disabilities Assessment Scales (EDAS)</p> <p>Bilag 4: Checkliste EDAS</p> <p>Bilag 5: Evidenstabel EDAS</p> <p>Bilag 6: Minimal Eating Observation Form (MEOF-II)</p> <p>Bilag 7: Oversættelsesprocedure</p> <p>Bilag 8: Checkliste MEOF-II</p> <p>Bilag 9: Evidenstabel MEOF-II</p> <p>Bilag 10: Evidensbaseret generisk instruks</p>
Formkrav	<p>Følger opsætning og overskifter angivet i manualen.</p>
Redaktionel uafhængighed	<p>Den kliniske retningslinje er udviklet uden ekstern støtte og den bidrag ydende organisations synspunkter eller interesser har ikke haft indflydelse på de endelige anbefalinger.</p>
Interesse konflikt	<p>Ingen af gruppens medlemmer har interessekonflikter i forhold til den udarbejdede klinisk retningslinje.</p>

CENTER FOR KLINISKE RETNINGSLINJER



Bilag 1

Resume Titel: Identifikation af vanskeligheder med at spise hos patienter/borgere (>65år) efter apopleksi med henblik på at iværksætte en målrettet indsats			
Forfatter gruppe	<i>Susanne Zielke Schaarup, klinisk oversygeplejerske MHSk, Neurologiskafdeling Bispebjerg Hospital (metodisk ressourceperson) Tina Holm, faglig udviklingskonsulent, fysioterapeut, master i sundhedspædagogik, Træningsafsnittet, Roskilde kommune Gurli Laursen, leder, fysioterapeut, Neurocenter, Aarhus Kommune Tine Lund Undén, fysioterapeut, Neurologi- og Rehabiliteringscenter København, Københavns Kommune Anne Ringkjøbing, konsulent, sygeplejerske, master i gerontologi, Odense Kommune Kirsten Færgeman, Ernæringsfaglig konsulent, cand.scient., Sundhed og Omsorg, Aarhus Kommune Louise Schwenger Johansen, hjerneskadekoordinator, ergoterapeut, Vordingborg kommune Trine Schow, udviklingskonsulent, ergoterapeut, ph.d., hjerneskadecentret BOMI Mie Lauwersen, klinisk diætist, Kost- og ernæringsforbundet (tovholder) Yrsa Andersen, sygeplejerske, MN, ph.d., Center for Kliniske retningslinjer (vejleder) Lena Wivel, konsulent, cand.scient.pol., KL og Sundhedskartellet (projektkoordinator)</i>		
Godkendt af	<i>Godkendt af Center for Kliniske retningslinjer, den 27.11.2013</i>	<i>Dato for revision: 27.05.2013</i>	<i>Ophørs dato:26.11.2013</i>
Baggrund	<i>Vanskeligheder med at spise udgør en væsentlig risikofaktor for underernæring hos patienter/borgere med apopleksi. Systematisk identifikation og dokumentation af vanskeligheder med at spise ved udskrivelsen og senere i apopleksiforløbet er ikke tilstrækkelig og fyldestgørende.</i>		

CENTER FOR KLINISKE RETNINGSLINJER



Formål	At anbefale et redskab, som er let at anvende og præcist kan identificere vanskeligheder med at spise hos patienter/borgere med apopleksi samt være retningsgivende for individuel tilrettelagt ernæringsterapi, som kan forebygge underernæring, øge patientens funktionsniveau samt give en øget livskvalitet
Anbefalinger	MEOF-II kan anvendes til at identificere vanskeligheder med at spise hos patienter/borgere med nedsat funktionsniveau som følge af apopleksi (24) (Evidensniveau III; Evidensstyrke C).
Monitorering	<i>Indikatorer og standarder (%)</i> Andelen af patienter hvor screening ifølge MEOF-II er udført ved udskrivelsen Standard: 85 % Andelen af borgere hvor screening ifølge MEOF-II er udført efter udskrivelsen og som minimum tre måneder, seks måneder efter apopleksiens opståen Standard: 85 %
Referencer	<i>Referenceliste for anbefalingerne</i> 1 Westergren A, Lindholm C, Mattsson AU, K. Minimal eating observation form: reliability and validity. The journal of nutrition, Health and Aging 2009;13.
Link	<i>Link til en mere omfattende udgave af den kliniske retningslinje</i>

CENTER FOR KLINISKE RETNINGSLINJER



Bilag 2

Søgeprotokol:

Fokuseret spørgsmål: Hvilket valideret redskab kan identificere vanskeligheder med at spise og kan anvise effektive indsatser for patienter/borgere med apopleksi?

Søgeord

Eating disabilities, eating difficulties, eating problem, assessment tool, screening tool, cerebrovascular accident, cerebrovascular disease, stroke

Udvælgelseskriterier

Inklusionskriterier	Eksklusionskriterier	Databaser	Hits
P: Patientpopulation Ældre >65 år med nedsat funktions- evne som følge af apopleksi I: Screening til identifikation af vanskeligheder med at spise C: Vanlig praksis O: Identifikation af vanskeligheder med at spise Litteraturtyper Studier hvor instrumenters reliabilitet og validitet er testet	Studier, der ikke er relevante ifølge det fokuserede spørgsmål Studier, der omhandler målemetoder, der ikke er udviklet og afprøvet på patienter/borgere med apopleksi Studier uden abstrakt Studier, der ikke lever op til kriterierne ifølge Sundhedsstyrelsen, checkliste "Diagostisk test" Studier, der alene omhandler instrumenter til at identificere dysfagi	PubMed	17
		Cinahl	28
		Cochrane Library	58
		Embase	26
		SveMed+	5
		Retningslinjer	
		Scottich Intercollegiate Network (Sign)	0
		European Stroke Organisation (ESO)	0
		NICE	0
		American Stroke association	0
Högskolan Kristianstad (HKR)/forskning	7		
Håndøgning Ud fra referencelisterne på de udvalgte studier	6		
I alt med overlap	147		
I alt uden overlap	51		

CENTER FOR KLINISKE RETNINGSLINJER



Litteratursøgningen omfatter perioden fra december 2012- marts 2013

- I alt blev 15 studier ud af de 51 studier udvalgt på baggrund af abstract.
- Ud af de 15 studier opfylder 2 studier kriterierne for inklusion



Chewing (oral transport stage of swallowing)			
Severity of functional impairment	Level of functional impairment	Dependence	Score
1. No functional impairment due to stroke	1. Fully able to chew food presented without oral hoarding or impaction	1. Independent	0
2. Partial impairment of mandibular movement due to facial paralysis some degree of tongue-clearance possible	2. Unable to chew/clear small amounts of food hoarded/impacted below gum margin of oral sulcus (cheek pouch)	2. Partial dependence: intermittent assistance needed to direct food manually to unparalysed side of jaw	1*
3. Severe impairment of mandibular movement due to facial/tongue paralysis; cannot clear sulcus	3. Severe extensive impaction and hoarding of food above gum margin; distension of sulcus	3. Totally dependent: continuous assistance needed as above	2*
			Subtotal

*Referral Action Points Scores 1, 2: Dietitian referral for food textures appropriate to chewing.

Reflex swallowing (pharyngeal stage of swallowing)			
Severity of functional impairment	Level of functional impairment	Dependence	Score
1. No functional impairment due to stroke	1. Fully able to swallow food of liquid, solid, semi solid textures without choking.	1. Independent	0
2. Partial impairment: cannot swallow 1 of 3 food textures (3) below	2. Unable to swallow without choking and regurgitation for 1 food texture.	2. Partial dependence: referral for assessment of swallowing capacity, suitability of dietary textures	1*
3. Severe impairment: cannot swallow 2 of 3 food textures in food presented as solids, semi solids, liquids	3. Unable to swallow without choking and regurgitation for 2 food textures.	3. Total dependence: referral for assessment of swallowing capacity, suitability of dietary texture	2*
			Subtotal

*Referral Action Points Scores 2, 3: Dietitian, SALT, Physician for further investigation. Nil by mouth; risk of aspiration.

CENTER FOR KLINISKE RETNINGSLINJER



Posture			Score
Severity of functional impairment	Level of functional impairment	Dependence	
1. No functional impairment due to stroke	1. Fully able to transfer, attain, maintain a stable upright posture of trunk, head, neck at mealtimes.	1. Independent	0
2. Mild impairment of posture due to some trunk instability, causing lateral drift from upright position. Head and neck entirely stable. Some possible compensation	2. Unable, unaided to transfer into a stable, upright posture at meals; lateral drift result in occasional difficulty ingesting food upright	2. Limited dependence: initial assistance needed to transfer into sitting posture; stabilize sitting posture occasionally during meal (x 1 or 2).	1
3. Moderate impairment of posture; loss of trunk stability causing pronounced lateral drift. Head and neck entirely stable. Compensation attempts often unsuccessful	3. Unable unaided to transfer into a stable, upright posture at meals; lateral drift results in frequent difficulty ingesting food upright achieving successful oral insertion of food	3. Partial dependence: intermittent assistance needed to transfer into sitting posture; stabilize and reposition upright posture intermittent throughout meal.	2*
4. Severe impairment of postural mechanisms resulting in loss of trunk, head, neck stability. Lateral drift in semi recumbent and upright posture. Cannot attempt compensation	4. Totally unable to position 60° upright at meals due to severe postural loss; lateral drift of trunk, head, neck results in inability to keep head upright and ingest food upright	4. Total dependence: continuous assistance needed continuously throughout meal to maintain stable semi recumbent posture; keep head upright during insertion.	3*
			Subtotal

*Referral Action Points Scores 2, 3: Physiotherapist for aids to posture.

Communication			Score
Severity of functional impairment	Level of functional impairment	Dependence	
1. No functional impairment due to stroke.	1. Full able to express meal preferences	1. Independent	0
2. Partial impairment of verbal/non verbal communication due to dysphasia, dysarthria hemianopia, hemiparesis alone or in combination	2. Unable to make all food preferences known	2. Partial dependence: assistance needed to express food preferences. Some meal items not chosen by patient	1*
3. Severe impairment of verbal/non verbal communication due to impairments in (2)	3. Totally unable to express meal preferences, may refuse some meal items	3. Total dependence: cannot express preferences. All items chosen for patient by nurse/other	2*
			Subtotal

*Referral Action Points Scores 1, 2: Speech and language therapist.

CENTER FOR KLINISKE RETNINGSLINJER



Bilag 4

1 SfR Checkliste 5: Undersøgelser af diagnostiske tests

Forfatter, titel: McLaren SMG. Dickerson JWT. Measurement of eating disability in an acute stroke population (EDAS)
 Tidsskrift, år: Clinical Effectiveness in Nursing 2000; 4:109-120

Checkliste udfyldt af: AR, SC, YAH

2 1. INTERN GYLDIGHED

Evalueringskriterier	I hvor høj grad er kriteriet opfyldt?
2.1 Blev <i>testen</i> sammenlignet med en valid referencestandard ("Gold standard")?	Ja 2. Opfyldt i tilstrækkelig grad I mangel af sammenlignelig referencestandard blev EDAS sammenlignet med Barthel Index, som indeholder en kategori om hjælp til spisning, som del af daglig livets almindelige funktioner, dvs. at der testet for konvergens validitet.
2.2 Blev <i>testen</i> og referencestandarderne vurderet uafhængigt (blindet) af hinanden?	Ja 3. Opfyldt i nogen grad Begge test blev udført på samme tid på 35 patienter af én bedømmer.
2.3 Blev patienter udvalgt til referencestandarderne uafhængigt af <i>testresultatet</i> ?	Ja 2. Opfyldt i tilstrækkelig grad
2.4 Blev såvel referencestandarderne som den diagnostiske test målt på alle patienter?	Ja 2. Opfyldt i tilstrækkelig grad
2.5 Blev referencestandarderne målt, før en intervention/behandling blev iværksat på baggrund af initiale <i>testresultater</i> ?	6. Ikke anvendeligt på den aktuelle artikel
2.6 Blev forskellige <i>test</i> sammenlignet i et validt design?	2. I den givne situation opfyldt i tilstrækkelig grad, idet 24 timers energi behov (slight scores 1-5), (moderat scores 6-10), og (severe scores 11-16) for hvert trin blev sammenlignet med referenceværdier for fødeindtag.

2. OVERORDNET BEDØMMELSE AF STUDIET

2.1 I hvilken grad var undersøgelserne udført for at minimere risikoen for bias? <i>Anfør ++, + eller ÷.</i>	+
2.2 Hvis bedømt som + eller ÷, i hvilken grad kan bias påvirke undersøgelsesresultatet?	Alle målinger er udført af samme person.

CENTER FOR KLINISKE RETNINGSLINJER



2.3 Er undersøgelsens resultat direkte anvendeligt på referenceprogrammets patientmålgruppe?	EDAS er uden tvivl et instrument, der giver detaljerede oplysninger om den hjælp, som en borger med apopleksi relaterede vanskeligheder med at spise har brug for. Problemet er, at det er meget omfattende, og vil næppe kunne anvendes af alle i plejegruppen. Der findes kun ganske få publicerede artikler, der beskriver brugbarheden af EDAS.
3. RESULTATER OG KOMMENTARER	
3.1 Var metoden der anvendtes til at vurdere testen i fht. referencestandarden tilstrækkelig?	Da der ikke findes en gylden standard skønnes det at den anvendte metode er tilstrækkelig til vurdering af instrumentets validitet..

CENTER FOR KLINISKE RETNINGSLINJER



Bilag 5

Forfatter	År	Studietype	Studiets kvalitet	Befolknings type	Intervention	Resultater (outcome)	Kommentarer
<p>Maclaren SMG Measurement of eating disability in an acute stroke population</p> <p>Clinical Effectiveness in Nursing.</p>	2000	<p>Diagnostisk test Diagnostisk test af en ordinal skala (EDAS)</p> <p>Instrumentet omfatter 8 kategorier af funktions-nedsættelse: Armfunktion Lukning af læberne Tyggefunktion Synkerefleks-funktion Kropsholdning Kommunikation</p>	+	<p>Sample I 35 akutte apopleksi patienter indgår alle konsekutivt indlagt.</p> <p>Sample II 75 patienter indlagt med akut apopleksi</p>	<p>Inter-rater reliabilitet 3 aspekter af instrumentets reliabilitet blev testet: Inter-rater reliabilitet (kappa koefficient), Test-retest (Spearman's rho)</p> <p>Intern validitet Intern konsistens (Chronbach's alfa)</p> <p>Ekstern Validitet blev testet ved at sammenligne EDAS resultaterne med resultater fra Barthel Index (golden standard), n = 35).</p> <p>Kriterie-relateret validitet mellem MCLaren-scoren for vanskeligheder med at spise og 24 timers indtag af energi og protein (regressionsanalyse).</p>	<p>Inter- rater reliabilitet Inter-rater reliabilitet Kappa mellem 0.65 og 0.95.</p> <p>Test-retest: Single rater, som bedømte to måltider pr. patient. Spearman's rho- koefficienter > 0.85.</p> <p>Intern konsistens Alfa værdier for instrumentet var 0.81.</p> <p>Der blev fundet en stærk negativ sammenhæng mellem scoringerne på EDAS og Barthel Index . Spearman's rho - 0.812 (p <0.001).</p> <p>Der blev fundet signifikant negative sammenhænge mellem skoringer for vanskeligheder med at spise for energi og protein indtag. Især nedsat var arm</p>	<p>God overensstemmelse målinger udført uafhængigt af 2 personer.</p> <p>Høj grad af overensstemmelse mellem to målinger udført af samme person. Høj grad af intern konsistens.</p> <p>Høj grad af Ekstern validitet.</p> <p>Tilfredsstillende resultat af sammenhængen mellem synkeproblemer og energiindtag blev opnået. Der er behov for flere undersøgelser</p>

CENTER FOR KLINISKE RETNINGSLINJER



						bevægelse og synkeproblemer prædiktiv for 24 timers energi indtag.	af vægtningen af skalaen områder.
--	--	--	--	--	--	--	-----------------------------------

CENTER FOR KLINISKE RETNINGSLINJER



Bilag 6

Patientlabel

MEOF-II, Minimal Eating Observation Form-Version II

Vurdér hvorvidt patient/borger klarer at spise uden hjælpemiddel/assistance/kompensation. En markering i gråt område indikerer problemer/vanskeligheder.

Observation ved <input type="checkbox"/> Morgenmad <input type="checkbox"/> Frokost <input type="checkbox"/> Middag <input type="checkbox"/> Mellemmåltid <input type="checkbox"/> Andet	Dato:	Sign.
FØDEINDTAGELSE Klarer selv uden problemer		
A1 Siddestilling (sitter normalt/uden støtte)	Ja 0 <input type="checkbox"/>	Nej 1 <input type="checkbox"/>
A2 Håndtering af mad på tallerken (uden at spilde, uden hjælpemiddel, anvender begge hænder)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
A3 Transport af mad til mund (uden at spilde, rammer munden med det samme, ingen hjælpemidler).	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
SYNKEPROCESSEN Klarer selv uden problemer		
B1 Manipulering af mad i mund (tygger, almindelig konsistens, ingen mad i mundvig og kind)	Ja 0 <input type="checkbox"/>	Nej 1 <input type="checkbox"/>
B2 Selve synkeprocessen (uden hoste, uden særlig koncentration, ingen eller kun få madrester i munden).	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
B3 Er det vanskeligt at tygge maden pga. problemer med tænder/proteser eller mund.	0 <input type="checkbox"/> Aldrig 0 <input type="checkbox"/> Sjældent 1 <input type="checkbox"/> Nogle gange/af og til	1 <input type="checkbox"/> Ganske ofte 1 <input type="checkbox"/> Meget ofte
ENERGI/APPETIT Klarer selv uden problemer		
C1 Spiser mere end ¼ af portionen	1/1 portion (100 %) ¾ portion (75 %) ½ portion (50 %) < ½ portion (<50 %)	Ja 0 <input type="checkbox"/> Nej 1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>
C2 Orker at spise et helt måltid i jævnt forløb og stopper først, når patienten/borgeren føler sig mæt	Ja 0 <input type="checkbox"/>	Nej 1 <input type="checkbox"/>
C3 Appetitten nu sammenlignet	0 <input type="checkbox"/> Kraftigt 0 <input type="checkbox"/> Øget 0 <input type="checkbox"/> Normal 1 <input type="checkbox"/> Nedsat	1 <input type="checkbox"/> Kraftigt

CENTER FOR KLINISKE RETNINGSLINJER



med tidligere	øget				nedsat
---------------	------	--	--	--	--------

© Westergren A. Oversat til dansk med tilladelse fra Westergren, A.

Forklaringer til bedømmelse af spiseprocessen ved observation af almindeligt måltid.

- A1 **Siddestilling under måltidet. For bedømmelsen "ja" kræves at:**
- patienten/borgeren sidder selvstændigt og bevæger sig frit efter egen vilje i siddende stilling.
- A2 **Håndtering af mad på tallerken. For bedømmelsen "ja" kræves at:**
- patienten/borgeren bruger begge hænder
 - der er kun beskedent spild ved siden af tallerkenen
 - patienten/borgeren benytter ingen hjælpemidler (f.eks. tallerkenkant, specielt bestik)
 - patienten/borgeren bruger traditionelt bestik (ikke ske til kød og kartofler)
 - patienten/borgeren skærer selv sin mad ud, smører selv sit brød
 - patienten/borgeren både løfter og sætter selv kop og glas fra sig.
- A3 **Transport af mad til mund. For bedømmelsen "ja" kræves at:**
- patienten/borgeren har fri bevægelighed i armene
 - patientens/borgerens bevægelser i arme, krop og hoved koordineres, når maden føres op til munden
 - patienten/borgeren har ikke behov for spisestykke
 - patienten/borgeren rammer munden direkte
 - der er kun beskedent spild ved transport af mad til mund
 - patienten/borgeren holder selv glas/kop/bestik eller smørrebrød
 - patienten/borgeren anvender ikke tilpassede redskaber (f.eks. suppe i krus, sugerør).
- B1 **Manipulering af mad i munden. For bedømmelsen "ja" kræves at:**
- patienten/borgeren har både vertikale og horisontale tyggebevægelser
 - madens konsistens er ikke tilpasset
 - patienten/borgeren flytter nemt maden bagud i munden
 - patienten/borgeren har ikke madrester i munden efter et måltid (kontroller specielt området mellem tænder og kind)
 - samtaler under måltidet er muligt (mellem mundfulde).
- B2 **Synkeprocessen. For bedømmelsen "ja" kræves at:**
- patienten/borgeren har under måltidet kun få moderate host, der kan opfattes som fejlsynkning
 - synkebevægelsen følger umiddelbart efter at maden er færdigtygget
 - patienten/borgeren ikke holder pause og ikke har behov for ekstra koncentration i forbindelse med synkeprocessen
 - efter synkeprocessen er munden stort set tom.
- B3 **Problemer med at tygge. For bedømmelsen "sjældent" eller "aldrig" kræves at:**
- patienten/borgeren tager en passende bid af maden og deler den ikke på afvigende måde (Eksempel: deler ikke brødet ved at trække det mellem tænder og hænder)
 - maden tabes ikke ud af munden på patienten/borgeren, imens han/hun tygger.
- C1 **Mængden af spist mad (hvor det forudsættes, at portionen er tilpasset personens behov ift. mængde og indhold). For bedømmelsen "Ja" 1/1 (100 %) kræves at:**
- patienten/borgeren spiser hele portionen og levner kun krummer eller småbidder
 - der gives ikke kunstig ernæring (enteral eller parenteral) pga. utilstrækkeligt kostindtag.
- C2 **Patienten/borgerens energi. For bedømmelsen "ja" kræves at:**

CENTER FOR KLINISKE RETNINGSLINJER



- måltidet afbrydes kun når patienten/borgeren er mæt, ikke fordi patienten/borgeren ikke orker at fortsætte.

C3 **Appetitten nu, sammenlignet med tidligere:**

- spørg primært om patienten/borgerens egen vurdering, derefter foretages et skøn af observatøren
- patientens/borgerens appetit nu skal sammenlignes med patientens/borgerens sædvanlige appetit.

Westergren A, Lindholm C, Mattson A, Ulander K (2009) Minimal Eating Observation Form: Reliability and Validity. The Journal of Nutrition Health and Ageing 13(1):6-12.

Bilag7

Oversættelsesprocedure

”Minimal Eating Observation Form-Version II MEOF-II”

Trin 1: Forberedelse

Anbefaling: indhente forfatterens tilladelse til at oversætte og bruge og oversætte og bruge det aktuelle instrument.

Der forligger tilladelse fra forfatteren A. Westergren til at oversætte og anvende en dansk version af MEOF II (mail af 12.sept 2012)

Trin 2: Forlæns oversættelse

Anbefaling : Oversættelse af det originale instrument (source language) til det sprog, hvor oversættelsen skal anvendes (target language) .

Den svenske originaludgave af MEOF-II er oversat til dansk af en svenskfødt og dansk-talende herboende person.

Trin 3 Sammenligning af ord og begreber

Anbefaling: Sammenligning (merging) af de ord og begreber, der anvendes i oversættelsen og de ord og begreber, som anvendes i det land, hvor oversættelsen skal bruges.

Arbejdsgruppen har justeret oversættelsen i forhold til de begreber der anvendes i en dansk kontekst på mødet den 8.april.

Trin 3 Tilbageoversættelse

Anbefaling :Tilbageoversættelse af instrumentet foretages af anden oversætter, som ikke tidligere har været involveret i proceduren. Krav til oversætteren: Professionel oversætter, indfødt mht. det sprog som instrumentet oversættes til (target language), taler kildesproget (source language) flydende, bosiddende i det land, som instrumentet oversættes til.

Det professionelle oversætterfirma, ”Easy Translate”, har udført tilbageoversættelsen af den danske oversættelse af MEOF-II til svensk.

Trin 4 Gennemgang og harmonisering af tilbageoversættelsen.

Anbefaling: sammenligning af en (eller flere) udgaver af tilbageoversættelsen med henblik på at identificere uoverensstemmelse mellem udgaverne.

Tilbageoversættelsen af den danske oversættelse af MEOF-II til svensk er identisk med den originale version af MEOF-II, og giver ikke anledning til yderligere justeringer.

CENTER FOR KLINISKE RETNINGSLINJER



Trin 5 Afprøvning af instrumentet i praksis ‘Cognitive debriefing’.

Anbefaling: sammenligning af en (eller flere) udgaver af tilbageoversættelsen med henblik på at identificere uoverensstemmelse mellem udgaverne.

MEOF-II er afprøvet på udvalgte patienter /borgere i primær og sekundærsektoren. 1 ergoterapeut, 3 sosu-assistenten og 1 plejehjemsassistent deltog i afprøvningen. I alt blev MEOF-II afprøvet på 9 patienter. Alle synes godt om redskabet. Gav kun anledning til få kommentarer vedr. udfyldelse.

Trin 6 Endelig godkendelse

Anbefaling (Korrekturlæsning med arbejdsgruppens endelige godkendelse af den endelige version)
Arbejdsgruppen har godkendt den danske version af MEOF-II maj 2013.

CENTER FOR KLINISKE RETNINGSLINJER



Bilag 8

SfR Checkliste 5: Undersøgelser af diagnostiske tests	
Forfatter, titel: Westergren A. Lindholm C. Mattson A. Ulander K. Minimal Eating Observation Form: Reliabilitet and validity	
Tidsskrift, år: The Journal of Nutrition, Health and Aging. 2009;13:6-12	
Checkliste udfyldt af: SZS, YAH	
1. INTERN GYLDIGHED	
Evalueringskriterier	I hvor høj grad er kriteriet opfyldt?
2.7 Blev <i>testen</i> sammenlignet med en valid referencestandard ("Gold standard")?	3. Dårligt opfyldt Der findes ikke en gylden standard. I mangel af bedre er validiteten af MEOF-II testet ved at undersøge associationen mellem med lavt BMI og vægttab. Der er fundet signifikante sammenhænge mellem lavt BMI indtag af føde (OR 2.54; CI 95% 2.07- 3.11), og vægttab og energi & appetit og synkning (OR 6.04; CI 95 % 4.80-7.60)
2.8 Blev <i>testen</i> og referencestandardens vurderet uafhængigt (blindet) af hinanden?	2. Opfyldt i tilstrækkelig grad. Data til undersøgelsen (i alt 2600 indlagte patienter) er indsamlet og analyseret uafhængigt af test for validitet.
2.9 Blev patienter udvalgt til referencestandardens uafhængigt af <i>testresultatet</i> ?	1. Opfyldt i høj grad Data vedrørende vægt og højde er indsamlet under indlæggelse i 2005 og først senere er validiteten af instrumentet udført.
2.10 Blev såvel referencestandardens som den diagnostiske test målt på alle patienter?	1. Opfyldt i høj grad Der er indsamlet vægtdata på alle 2600 patienter.
2.11 Blev referencestandardens målt, før en intervention/behandling blev iværksat på baggrund af initiale <i>testresultater</i> ?	2. Opfyldt i høj grad
2.12 Blev forskellige <i>test</i> sammenlignet i et validt design?	2. Opfyldt tilfredsstillende Der er anvendt logistisk regressionsanalyse, og der er beregnet odds ratio med 95 % sikkerhedsintervaller for sammenhængen mellem BMI og vægttab og hvert spiseproblem.
2. OVERORDNET BEDØMMELSE AF STUDIET	
2.4 I hvilken grad var undersøgelse udført for at minimere risikoen for bias?	+
3 <i>Anfør ++, + eller ÷.</i>	

CENTER FOR KLINISKE RETNINGSLINJER



2.5 Hvis bedømt som + eller ÷, i hvilken grad kan bias påvirke undersøgelsesresultatet?	Data vedrørende vægt og højde og væggtab er indsamlet af hospitalspersonalet ved hjælp af det udstyr, der var til rådighed. Det beskrives ikke, hvordan utilsigtet væggtab er bergnet.
2.6 Er undersøgelsens resultat direkte anvendeligt på referenceprogrammets patientmålgruppe?	Det ville være en fordel, hvis der forelå beregninger af sensitivitet og specificitet. Det skønnes, at instrumentet kan anvendes, men der er ingen sikkerhed for, at brug af instrumentet i sig selv kan forebygge underernæring.
3. RESULTATER OG KOMMENTARER	
3.1 Var metoden, der anvendtes til at vurdere testen i fht. Referencestandard, tilstrækkelig?	Det skønnes, at instrumentet kan anvendes, eventuelt som et supplement til et instrument, der kan screene for underernæring.

CENTER FOR KLINISKE RETNINGSLINJER



CENTER FOR KLINISKE RETNINGSLINJER

Forfatter	År	Studietype	Studiets kvalitet	Befolkningstype	Intervention	Resultater (outcome)	Kommentarer
<p>Westergren A.</p> <p>Minimal Eating observation form: Reliability and Validity The Journal of Nutrition Health & Aging.</p>	2009	<p>Diagnostisk test</p> <p>Minimal Eating observation form MEOF-II, er en kategorisk skala med 3 dimensioner af vanskeligheder med at spise og i alt 11 specifikke vanskeligheder med at spise, som er retningsgivende for handlinger.</p>	+	<p>Sample 1 50 patienter (30 mænd og 20 kvinder) indlagt konsekutivt på et apopleksiafsnit. Af disse havde 54 % brug for total eller delvis hjælp til spisning.</p> <p>Sample 2 I alt 2600 patienter (1726 fra kommunale institutioner og 874 fra hospitalsafdelinger) indgik i en undersøgelse, der havde til formål at kortlægge vanskeligheder med at spise hos patienter indlagt på hospital (874 patienter) og på 57 særlige rehabiliterende afdelinger i 6 kommuner (1726) beboere. Af de 2400 patienter var 444 apopleksi patienter. Gennemsnitsalder 80 år (SD 14.3).</p>	<p>Inter-rater reliabilitet Blev udført af en sygeplejerske og af 20 mindre uddannede observatører.</p> <p>Intern validitet af MEOF-II Der anvendes faktor analyse til vurdering af den interne validitet. Angives Chronbach's alfa værdier.</p> <p>Kriterievaliditet (ekstern validitet) Der anvendes logistisk regression til vurdering af sammenhængen mellem flere eksterne kriterier (lavt BMI & vægttab og køn & alder) og instrumentets hovedområder.</p>	<p>Inter-rater reliabilitet Overensstemmelse mellem observatørerne på 89 %. Total Kappa værdi blandt: Uddannede 0.89. Utrænede 0.70</p> <p>Intern validitet Chronbach's alfa for: Fødeindtagelse 0.63; Synkeprocessen: 0.66; Energi / appetit: 0.61. Alfa > 0.70 er god stabilitet</p> <p>Kriterievaliditet Der ses en statistisk signifikant sammenhæng mellem de to eksterne kriterier lavt BMI og vægttab og vanskeligheder med at spise 'energi og appetit' og 'synkeprocessen'. Derudover ses nogle komplicerede sammenhænge mellem de interne kriterier, som er vanskelige at tolke.</p>	<p>Inter-rater reliabilitet er god.</p> <p>Den interne validitet af MEOF-II er tilfredsstillende.</p> <p>Der foreligger ikke gylden standard på området, det er derfor ikke muligt at testet for sensitivitet og specificitet.</p> <p>Generelt om MEOF-II: Det kan med en kort introduktion anvendes af alle involverede personalegrupper.</p>

EVIDENSBASERET INSTRUKS

IDENTIFICERING AF SPISEVANSKELIGHEDER EFTER APOPLEKSI

FORMÅL

Systematisk identifikation af vanskeligheder med at spise hos borgere /patienter > 65 år efter apopleksi med henblik på at iværksætte en målrettet indsats.

MÅLGRUPPE

Borgere/patienter på 65 år eller over med nedsat funktionsevne som følge af apopleksi.

SUNDHEDSPROFESSIONELLE

Medarbejdere i primær og sekundær sektor, der yder behandling, træning og pleje til borgere/patienter med apopleksi.

DEFINITION AF BEGREBER

Instruksen er relateret til vanskeligheder ved at spise som følge af apopleksi.

Begreberne defineres med afsæt i International klassifikation af funktionsevne, funktionsevnenedsættelse og helbredstilstande (ICF). ICF anskuer vanskeligheder ved at spise i et bio-psyko-socialt perspektiv.

Apoplexia cerebri: En pludseligt opstået neurologisk skade eller udfald på baggrund af iskæmi (nedsat blodforsyning) i hjernen. Den kan enten skyldes en blodprop i et forsynende blodkar eller en bristning af et blodkar, der medfører en blødning i hjernens væv.

Spise: At udføre sammensatte handlinger i forbindelse med indtagelse af føde, som er serveret for en, få maden op til munden og spise på en kulturelt accepteret måde, skære eller bryde maden i stykker, åbne flasker og dåser, anvende spiseredskaber, deltage i måltider og festligheder.

Drikke: At holde om en drik, tage drikken op til munden og drikke på en kulturelt accepteret måde, blande, omrøre og skænke drikke op, åbne flasker og dåser, bruge sugerør, drikke rindende vand fra en hane eller kilde.

Fødeindtagelse:

Indtagelse og bearbejdning af fødemidler og væsker gennem munden.

Synkefunktion:

Funktioner, bestemmende for at bringe mad og drikke fra mundhulen gennem svælget og spiserøret til mavesækken med passende frekvens og hastighed.

Dysfagi:

Problemer med at synke.

MEOF-II (Minimal Eating Observation Form – Version II):

Redskab, der identificerer tre overordnede kategorier af vanskeligheder ved at spise: fødeindtagelsen, synkeprocessen samt energi og appetit.

MEOF-II anvendes til at identificere vanskeligheder ved at spise hos patienter/borgere med nedsat funktionsniveau som følge af apopleksi.

MEOF-II er et supplement til redskaber, der anvendes til ernæringsvurdering og dysfagi-screening, så som redskabet "Ernæringsvurdering" (God Mad – Godt Liv) og screeningsredskabet "Gugging Swallowing Screen" (GUSS). MEOF-II afdækker kompleksiteten i vanskelighederne ved at spise – se klinisk retningslinje (indsæt link)

ANBEFALING

Vanskeligheder ved at spise identificeres og dokumenteres hos alle patienter med apopleksi umiddelbart inden udskrivelse fra hospitalet.

Borgere/patienter med funktionsnedsættelse som følge af apopleksi screenes med MEOF-II for vanskeligheder ved at spise - som minimum hhv. tre og seks måneder efter apopleksiens opståen.

Er risiko for underernæring eller dysfagi allerede identificeret, anvendes MEOF-II som supplement for at afdække årsagen til vanskeligheder ved at spise.

HANDLINGSANVISNING

Det anbefales at kommunen beskriver tværfaglige arbejdsgange, hvor det præciseres hvem, der udfører screeningen og efterfølgende hvem, der inddrages i løsningen af de enkelte problemfelter.

Det anbefales, at der dokumenteres i IT-systemer.

Fremgangsmåde

Er screeningen foretaget på hospitalet anvendes resultaterne til at målrette, planlægge og iværksætte den videre indsats sammen med borgeren.

Hvis screening ikke er foretaget på hospitalet ved udskrivelsen, screenes borgeren som en del af den tidlige udredning.

På baggrund af resultaterne fra screeningen målrettes, planlægges og iværksættes

den videre indsats i samarbejde mellem borgeren, de pårørende og relevante sundhedsprofessionelle.

Efter tre og seks måneder gentages screeningen med MEOF- II, og der iværksættes nye indsatser eller justeres på eksisterende indsatser.

LOKAL HANDLINGSANVISNING

Lokale arbejdsgange og rutiner relateret til instruksens, inklusiv dokumentation.

Herunder beskrivelse af:

Den tværfaglige arbejdsgang

Hvem der inddrages i løsninger

Dokumentation i journalsystem

Hvordan borgeren kontaktes efter 3 måneder

Hvordan borgeren kontaktes efter 6 måneder

Hvordan en indsats iværksættes eller justeres

Hvordan brugen af MEOF-II kombineres med de øvrige anbefalede screeningsredskaber i forhold til ernæringstilstanden og dysfagi / "God Mad – Godt Liv" anbefalet af Socialstyrelsen og Sundhedsstyrelsen samt GUSS anbefalet i "Referenceprogrammet for behandling af patienter med apopleksi 2013"

KOMPETENCER

Det er en forudsætning, at de sundhedsprofessionelle kan anvende systematiske screeningsredskaber og har fået introduktion til MEOF-II.

LOKALE SPECIFIKATIONER

Kontaktpersoner og disses telefonnumre og mailadresser

RETNINGSLINJEN, SOM INSTRUKSEN ER AFLEDT FRA

Systematisk identificering af vanskeligheder med at spise hos borgere/patienter (>65 år) med nedsat funktionsevne som følge af apopleksi

GODKENDELSE

Den ansvarlige for at autorisere ibrugtagelse af instruksen

DATO FOR INSTRUKSENS UDLØB - ANSVARLIG KONTAKTPERSON/PERSONER

Dato XX. XX. XX. – anføres, når den kliniske retningslinje, som ligger til grund for instruksen, er endeligt godkendt af *Center for kliniske retningslinjer* og dato for udløb er fastlagt

Ansvarlige kontaktpersoner – f.eks. ift. hvordan instruksen bruges, eller ift. hvordan der dokumenteres i forbindelse med brug af instruksen