

Identifikation af vanskeligheder med at spise hos patienter/borgere (>65 år) efter apopleksi med henblik på at iværksætte en målrettet indsats

CENTER FOR KLINISKE RETNINGSLINJER

- CLEARINGHOUSE

Godkendt dato: 27. november 2013

Revisionsdato: 27. maj 2017

Udløbsdato: 26. november 2018

Den kliniske retningslinje kan, mod angivelse af kilde, frit citeres helt eller delvis i ikke kommercielle sammenhænge. Indgår de i kommercielle sammenhænge skal der indgås specifik aftale.

www.cfkr.dk

kontakt@cfkr.dk

Institut for Medicin og Sundhedsteknologi
Aalborg Universitet
Frederik Bajers Vej 7 E4
DK-9220 Aalborg



Titel

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

Indeksering

Hovedsøgeord: Ernæring

Indeks søgeord: Spisevanskeligheder, spiseproblemer, apopleksi, identifikation, screening.

Forfattergruppe

Forfattergruppen

Forfatternes rolle i forbindelse med udarbejdelsen af den kliniske retningslinje ekspliciteres løbende i metodeafsnittet.

Hovedforfattere:

- 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

- 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.

Konsulent:

Lene Borrits læge, forskningsbibliotekar db, master i SundhedsIT, Det Natur-og videnskabelige Fakultetsbibliotek, har assisteret med den systematiske litteratursøgning.

Kontaktperson:

Susanne Zielke Schaarup, klinisk oversygeplejerske MHSsc, Neurologisk afdeling Bispebjerg Hospital
Mail: Susanne.Schaarup@regionh.dk Telefon: 4086 6395

Godkendelse:

Godkendt af Rådet for Center for Kliniske Retningslinjer, efter intern og eksternt 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. november 2013

Revisionsdato: 27. maj 2017

Udløbsdato: 26. november 2018

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

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).

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).

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).

En stor registerundersøgelse har vist, at underernæring (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).

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 spise på en kulturel accepteret måde, skære eller bryde maden i stykker, åbne flasker og dåser, anvende spiseredskaber, deltage i måltider og festligheder.

Drikke (d560)

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.

Patient/borger

Der skelnes mellem "patient" og "borger". Termen "patient" anvendes under indlæggelsen på hospital. Termen "borger" anvendes efter udskrivelse fra hospitalet.

Apopleksi (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.

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".

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.

Hits eksklusiv overlap

I alt 51 studier, hvoraf 15 studier blev udvalgt på baggrund af abstrakt. Efter nærlæsning opfylder to studier inklusionskriterierne (bilag2).

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.

Tidspunkt for litteratursøgning

Den primære litteratursøgning er udført i december måned 2012 med løbende opdateringer og suppleret med håndsøgninger indtil marts 2013.

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.

Litteratur gennemgang

Med henblik på at finde et valideret instrument har det fokuserede spørgsmål været styrende for udvælgelsen af litteraturen.

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.

1. Eating Disabilities Assessment Scales (EDAS) (III) (10)
2. Minimal Eating Observation Form (MEOF-II) (III)(24)

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. Synkereflexfunktion
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 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, om patienten/borgeren kan klare sig uden hjælp og hjælpemidler. Markeringen i rubrikken "nej" indikerer, at der er 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

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.

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).

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.

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.

Konklusion - MEOF-II

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).

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

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 spisevanskeligheder er mangelfuld ved udskrivelse
2. underernæring forekommer 4 mdr. efter udskrivelsen
3. spisevanskeligheder er identificeret hos borgere med apopleksi i op til 16 mdr. efter udskrivelsen

kan følgende indikatorer anvendes:

- 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

- 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.
- 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.

- 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 Adaptation Process for Patient-Reported Outcomes (PRO) Measures: Report of the ISPOR Task Force Translation and Cultural Adaptation. *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 - crosssectional study. BMC Nursing 10:24 2011.
- 28 Referenceprogram for behandling af patienter med apopleksi og TCI. København: Dansk Selskab for Apopleksi; 2013.
- 29 Westergren A. Detection of eating difficulties after stroke: a systematic review. Int Nurs Rev 2006;53(2):143-9.
- 30 Ernæringsvurdering: Socialstyrelsen.

Bilag

Bilag 1: Resume

Bilag 2: Søgeprotokol

Bilag 3: Eating Disabilities Assessment Scales (EDAS)

Bilag 4: Checkliste EDAS

Bilag 5: Evidenstabel EDAS

Bilag 6: Minimal Eating Observation Form (MEOF-II)

Bilag 7: Oversættelsesprocedure

Bilag 8: Checkliste MEOF-II

Bilag 9: Evidenstabel MEOF-II

Bilag 10: Evidenstabel generisk instruks

Formkrav

Følger opsætning og overskrifter angivet i manualen

Redaktionel uafhængighed

Den kliniske retningslinje er udviklet uden ekstern støtte og den bidragydende organisations synspunkter eller interesser har ikke haft indflydelse på de endelige anbefalinger.

Interesse konflikt

Ingen af gruppens medlemmer har interessekonflikter i forhold til den udarbejdede klinisk retningslinje.