

## 10 - Bilag 3: Opdatering og videre forskning

### **Opdatering**

Denne kliniske retningslinje vil blive opdateret af Center for kliniske Retningslinje om fem år eller tidligere, hvis der sker en væsentlig ændring i den eksisterende evidens.

### **Videre forskning**

Denne retningslinje har klarlagt, at den eksisterende videnskabelige litteratur på området er vedrørende effekten af systematisk vurdering af patienter behov for og fortsat genoptræning i forhold til at sikre en sufficient ernæring, er mangelfuld.

Forslag til fremtidig forskning.

Effekten af systematisk og individuel planlægning af ernæringsindsatsen efter udskrivelsen af patienter med akut erhvervet hjerneskade.

Ændringer i kropssammensætningen (muskelmasse, fedt masse), 3, 6, 12 mdr. efter indlæggelsen med akut erhvervet hjerneskade.

Kompetenceudvikling af personale i primærsektor mhp at kunne yde en systematisk og effektiv genoptræning tilpasset patientens og de pårørendes behov for træning og støtte.

## 11 - Bilag 4: Beskrivelse af anvendt metode

Den anvendte graduering af evidensens kvalitet og anbefalingsstyrke baserer sig på GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation). Se også: <http://www.gradeworkinggroup.org>

Sundhedsstyrelsen har udarbejdet en metodehåndbog for nationale kliniske retningslinjer som kan tilgås via [www.sst.dk](http://www.sst.dk). Metodehåndbogen indeholder en beskrivelse af den metodiske tilgang og processen for udarbejdelse af evidensbaserede nationale kliniske retningslinjer.

## 12 - Bilag 5: Fokuserede spørgsmål

### PICO 1

Bør patienter med akut erhvervet hjerneskade i den akutte rehabilitering tilbydes opstart af ernæring (24-36 timer efter indlæggelse)?

#### Baggrund for valg af spørgsmål:

Voksne patienter med akut erhvervet hjerneskade, der opnår min. 75% af beregnede ernæringsbehov i løbet af de første 72 timer af indlæggelsen, lader til at have færre infektioner, bedre funktionsniveau lavere dødelighed. Deres udgangspunkt for rehabilitering bliver bedre.

#### Population (population)

Voksne patienter med akut erhvervet hjerneskade i den akutte og sub-akutte rehabiliteringsfase.

#### Intervention

Opstart af enteral ernæring indenfor 24 timer efter indlæggelse.

#### Comparison (sammenligning)

Praksis hvor patienterne opstarter ernæring efter 24 timer.

Outcomes	Tidsramme	Kritisk/Vigtigt/Ikke vigtig
Død	Længste follow-up (max 12 mdr) efter første indlæggelse	KRITISK
Fysisk funktionsniveau målt med valideret instrument eller test.	Ved udskrivelse efter første indlæggelse	VGTIGT
Fysisk funktionsniveau målt med valideret instrument eller test.	Længste follow-up (max 12 mdr) efter første indlæggelse	VIGTIGT
Alle behandlingskrævende infektioner	Ved udskrivelse efter første indlæggelse	KRITISK
Alle behandlingskrævende infektioner	Længste follow-up (max 12 mdr) efter første indlæggelse	VIGTIGT
Genindlæggelse	Længste follow-up (max 12 mdr) efter første indlæggelse	VIGTIGT
Helbredsrelateret livskvalitet målt ved valideret instrument	Længste follow-up (max 12 mdr) efter første indlæggelse	VIGTIGT

### PICO 2

Bør patienter med akut erhvervet hjerneskade i den akutte rehabilitering lejrtes med eleveret hovedgærde (30-45 grader) under indløb af enteral ernæring?

#### Baggrund for valg af spørgsmål:

Lejring under indgift af sondeernæring, kan reducere risikoen for aspiration af ventrikellindhold til luftvejene. Patienternes præferencer i forbindelse med lejring og administrationsform af sondeernæring er mangelfuldt belyst og kan have betydning for valg af fremgangsmåde ved indgift af sondeernæring.

#### Population (population)

Voksne patienter med akut erhvervet hjerneskade i den akutte og sub-akutte rehabiliteringsfase.

#### Intervention

Lejring med hovedgærdet eleveret under indløb af enteral ernæring

#### Comparison (sammenligning)

Flad lejring under indløb af enteral ernæring

Outcomes	Tidsramme	Kritisk/Vigtigt/Ikke vigtig
----------	-----------	-----------------------------

Død	Under indlæggelsen så længe patienten får enteral ernæring via sonde	KRITISK
Aspiration til luftvejene	Under indlæggelsen så længe man får enteral ernæring via sonde	VIGTIGT
Udvikling af pneumoni eller luftvejsinfektioner	Under indlæggelsen så længe man får enteral ernæring via sonde	KRITISK
Gastrointestinale gener (øvre)	Under indlæggelsen så længe man får enteral ernæring via sonde	VIGTIGT
Patienttilfredshed	Under indlæggelsen så længe man får enteral ernæring via sonde	VIGTIGT

### PICO 3

Bør patienter med akut erhvervet hjerneskade i den akutte rehabilitering tilbydes sondeernæring som kontinuerlig indgift?

#### Baggrund for valg af spørgsmål:

Administrationsform (bolus vs kontinuerligt indgift af sondeernæring) kan reducere risikoen for komplikationer relateret til indgift af sondeernæring. Patienternes præferencer i forbindelse med administrationsform af sondeernæring er mangelfuldt belyst og kan have betydning for valg af fremgangsmåde ved indgift af sondeernæring.

#### Population (population)

Voksne patienter med akut erhvervet hjerneskade i den akutte og sub-akutte rehabiliteringsfase.

#### Intervention

Sondeernæring som kontinuerlig indgift (via maskine)

#### Comparison (sammenligning)

Sondeernæring givet som bolus (manuelt)

Outcomes	Tidsramme	Kritisk/Vigtig/Ikke vigtig
Energiindtag	Under indlæggelsen så længe man får enteral ernæring via sonde	VIGTIGT
Død	Under indlæggelsen så længe man får enteral ernæring via sonde	KRITISK
Aspiration til luftvejene	Under indlæggelsen så længe man får enteral ernæring via sonde	VIGTIGT
Udvikling af pneumoni eller luftvejsinfektioner	Under indlæggelsen så længe patienten får enteral ernæring via sonde	KRITISK
Gastrointestinale gener (øvre)	Under indlæggelsen så længe patienten får enteral ernæring via sonde	VIGTIGT
Patienttilfredshed	Under indlæggelsen så længe patienten får enteral ernæring via sonde	VIGTIGT

### PICO 4

Bør der foretages systematisk overlevering/videregivning af tegn på måltidsproblemer fra hospital til primær sektor hos voksne med akut erhvervet hjerneskade ved udskrivelse?

#### Baggrund for valg af spørgsmål:

Omkring 30% af danske patienter, der har været indlagt med apopleksi er underernærede fire mdr. efter udskrivelse fra sygehus eller rehabilitering, fordi ernærings tilstand og måltidsproblemer ikke identificeres, afhjælpes og ernærings tilstanden ikke monitoreres systematisk. Kontinuiteten af iværksatte tiltag brydes ved sektorskift. Uidentificerede måltidsproblemer øger risiko for udvikling af pneumoni, genindlæggelse på sygehus og død. Derudover

øges risikoen for social tilbagetrækning, både blandt patienter og pårørende.

### Population (population)

Voksne patienter med akut erhvervet hjerneskade efter udskrivelse fra sygehus eller rehabilitering, til eget hjem, med eller uden tilknytning til hjemmeplejeordning.

### Intervention

Systematisk overlevering af tegn på måltidsproblemer fra hospital til primær sektor

### Comparison (sammenligning)

Praksis, hvor dette ikke gøres systematiske

Outcomes	Tidsramme	Kritisk/Vigtig/Ikke vigtig
Helbredsrelateret livskvalitet (fysisk og/eller psykisk) målt ved valideret instrument	Længste follow-up (max 12 mdr) efter første indlæggelse	VIGTIGT
Fysisk funktionsniveau målt med valideret instrument eller test.	Længste follow-up (max 12 mdr) efter udskrivelse fra første indlæggelse	KRITISK
Fejlnæring (over eller underernæring) målt ved utilsigtet vægtændring eller ændring i BMI	Længste follow-up (max 12 mdr) efter udskrivelse fra første indlæggelse	VIGTIGT
Kropssammensætning med faldende muskelstyrke målt ved eksempelvis hand-crip, bioimpedance.	Længste follow-up (max 12 mdr) efter udskrivelse fra første indlæggelse	VIGTIGT
Genindlæggelser	Længste follow-up (max 12 mdr) efter udskrivelse fra første indlæggelse	VIGTIGT
Alle behandlingskrævende infektioner	Længste follow-up (max 12 mdr) efter udskrivelse fra første indlæggelse	KRITISK
Social tilbagetrækning målt ved valideret instrument.	Længste follow-up (max 12 mdr) efter udskrivelse fra første indlæggelse	VIGTIG

### PICO 5

Bør der foretages systematisk vurdering/opsporing af tegn på måltidsproblemer og iværksættelse af tiltag efter udskrivelse fra sygehus?

### Baggrund for valg af spørgsmål:

Omkring 30% af danske patienter, der har været indlagt med apopleksi er underernærede fire mdr. efter udskrivelse fra sygehus eller rehabilitering, hvilket reducerer patienternes funktionsniveau, øger afhængighed af hjælp og nedsætter patienternes livskvalitet.

### Population (population)

Voksne patienter med akut erhvervet hjerneskade i eget hjem.

### Intervention

Systematisk vurdering af tegn på måltidsproblemer samt iværksættelse af tiltag efter udskrivelse fra sygehus?

### Comparison (sammenligning)

Praksis, hvor der ikke foretages systematisk vurdering

Outcomes	Tidsramme	Kritisk/Vigtig/Ikke vigtig
Helbredsrelateret livskvalitet (fysisk og/eller psykisk) målt ved valideret instrument	Længste follow-up (max 12 mdr) efter første indlæggelse	VIGTIGT

Fysisk funktionsniveau målt med valideret instrument eller test.	Længste follow-up (max 12 mdr) efter udskrivelse fra første indlæggelse	VIGTIGT
Fejlnæring (over eller underernæring) målt ved utilsigtet vægtændring eller ændring i BMI,	Længste follow-up (max 12 mdr) efter udskrivelse fra første indlæggelse	KRITISK
Kropssammensætning med faldende muskelstyrke målt ved eksempelvis hand-crip, bioimpedance.	Længste follow-up (max 12 mdr) efter udskrivelse fra første indlæggelse	VIGTIGT
Genindlæggelser	Længste follow-up (max 12 mdr) efter udskrivelse fra første indlæggelse	VIGTIGT
Alle behandlingskrævende infektioner	Længste follow-up (max 12 mdr) efter udskrivelse fra første indlæggelse	KRITISK
Social tilbagetrækning målt ved valideret instrument.	Længste follow-up (max 12 mdr) efter udskrivelse fra første indlæggelse	VIGTIG