

Høringssvar til **Klinisk retningslinje for vurdering af iatrogene abstinenser hos børn fra 0 – 17 år indlagt til intensiv terapi**

Indsendt af:	Kommentar	Svar
Tine Brink Henriksen, PhD <i>Consultant Chair</i> Dept Pediatrics/Neonatology, Aarhus University Hospital <i>Professor, Deputy Head of Research</i> Dept Clinical Medicine, Health, Aarhus University Denmark	1. Det er super at tage højde for, at nyfødte ikke er omfattet af de evaluerede metoder; det står fint i teksten, men ikke i PICO tabellen, ser det ud til. Må jeg foreslå at man specificerer P(ICO) således at P udelukkende omfatter børn 28 dage efter forventet termin (redskaberne har fx ikke været grundigt undersøgt hos det nyfødt barn, som er født i uge 24, som er 28 dage gammelt)	Den opdateret retningslinje er fra alderen 0 til 17 år. De to redskaber er ikke valideret på præmature børn, men har inkluderet nyfødte.
Tine Brink Henriksen, PhD <i>Consultant Chair</i> Dept Pediatrics/Neonatology, Aarhus University Hospital <i>Professor, Deputy Head of Research</i> Dept Clinical Medicine, Health, Aarhus University Denmark	2. Kunne man i tabellen med PPV og NPV i stedet præsentere sensitivitet og specificitet (?). PPV og NPV er jo stærkt afhængige af case-mix og den population, man udsætter for det pågældende værktøj - så de vil sikkert være forskellige fra afdeling til afdeling. Det gælder ikke for sensitivitet, specificitet (og likelihood ratio).	Der er udarbejdet nye Summary of Findings tabeller, hvori sensitivitet og specificitet fremgår. Det er desværre ikke muligt at bytte ud med PPV og NPV. Det er også skrevet under tabellerne.

Udvalget for Akut- og Intensiv Pædiatri Dansk Pædiatrisk Selskab	Retningslinjen er muligvis udformet i et standardformat og vanskelig at rette til. Vi mener dog ikke, den egner sig som <i>klinisk</i> retningslinje, men mere som et lærebogskapitel/en litteratur- og anbefalingsgennemgang.	En klinisk retningslinje har til formål at besvare en afgrænset klinisk problemstilling på baggrund af en systematisk og kritisk vurdering af evidens. Formålet er at understøtte klinisk praksis ved at give anbefalinger, der kan danne grundlag for lokale instrukser og beslutningsstøtte i kliniske sammenhæng. Center for kliniske retningslinjer har en skabelon og høj standard for kritisk vurdering af evidens som skal opfyldes for at blive publiceret.
Udvalget for Akut- og Intensiv Pædiatri Dansk Pædiatrisk Selskab	Med henblik på, at en så vigtig retningslinje rent faktisk vil blive anvendt i klinikken, vil vi opfordre til, at det klinisk relevante indhold fremhæves/trækkes op i begyndelsen/skæres ud til sit eget dokument, og det øvrige arbejde tituleres som baggrund. Der er, med vores klinikerøjne, meget stor risiko for, at retningslinjen i sin nuværende form i praksis aldrig vil blive brugt af de klinikere, der rent faktisk står med de børn, den drejer sig om.	Først i retningslinjen er der et opsummeret afsnit med centrale budskaber. Her håber vi læseren hurtigt kan danne sig et overblik.
Udvalget for Akut- og Intensiv Pædiatri Dansk Pædiatrisk Selskab	Man kunne evt. inddrage klinikere/praktikere, når der skal sorteres i informationen, så det vigtigste for det udøvende personale bliver nemmere at få øje på.	Alle forfattere og konsulenter på denne retningslinje er klinisk personale (sygeplejersker og læger) fra Rigshospitalet, Odense og Skejby hospital.

Udviklingssygeplejerske Helle Gøtzsche Olesen Kvinder og Nyfødte, Regionshospitalet Randers	Der beskrives i retningslinjen at Neonatal Abstinence Syndrome Scoring Chart (NASS) anvendes til nyfødte og at de fleste nyere scoringsredskaber er baseret på dette. Der argumenteres relevant for at redskabet er uhensigtsmæssigt at anvende til større børn. Dog kunne man med fordel tydeliggøre om forfatterne vurderer at redskabet er relevant også til iatrogene abstinenser i afdelinger som udelukkende arbejder med nyfødte, hvor der ikke er behov for et redskab til større børn. Disse afdelinger kunne i så fald få den fremhævede fordel af udelukkende at anvende et redskab da NASS anbefales af Dansk Pædiatrisk Selskab til abstinenser efter mødres forbrug af opioider eller andre afhængighedsskabende midler (redskabet kaldes dog heri "Finnegan abstinensscore"): https://paediatric.dk/images/dokumenter/Retningslinjer_2021/DPS_NAS	NASS kan anvendes til børn der har været udsat for opioider under graviditeten. Denne score er ikke valideret til at kunne vurdere iatrogene abstinenser, og derfor kan vi ikke anbefale brugen af denne.
Christoffer Sølling Formand for UFIM	Målgruppen kan være svær at finde. Den er defineret præcist nederst på side 9 og bør måske tydeliggøres.	Målgruppen, nyfødte børn og unge op til 17 år indlagt til intensiv terapi fremstår i overskriften af retningslinjen

		(s.1). Herudover er det præciseret som det første under centrale budskaber (s.4).
Christoffer Sølling Formand for UFIM	Den overordnede anbefaling står ikke klar.	Vi mener, at den overordnede anbefaling og svar på det fokuserede spørgsmål står klart i en markeret boks både under centrale budskaber (s.4) og under litteraturgennemgang (s.16).
Christoffer Sølling Formand for UFIM	Den primære anbefaling siger: Der findes 2 valide redskaber. Det ene kan ikke anbefales over det andet.	Det er korrekt. Vi skriver: På baggrund af disse evidensprofiler er det ikke muligt at anbefale det ene redskab frem for det andet.
Christoffer Sølling Formand for UFIM	Så kommer der en supplerende anbefaling fra arbejdsgruppen i fritekst nedenunder: Arbejdsgruppen anbefaler SOS-PD af pragmatiske hensyn. De anbefaler implementering, så scoren kan bruges x 1 per vagt nationalt.	Arbejdsgruppen anbefaler anvendelsen af SOS-PD af følgende pragmatiske begrundelser: "Ved anvendelse af SOS-PD fås ét samlet redskab til at screene for to forskellige tilstande med overlappende symptomer. Dette optimerer vurderingen af patienten, der er i risiko for at udvikle iatrogene abstinenser såvel som delirium som komplikationer til intensiv pleje og behandling. Herudover kan ét samlet redskab lette overblikket over barnets/den unges tilstand. Redskabet kan desuden lette sundhedspersonalets arbejde, da der kun skal anvendes én skala til screening fremfor to forskellige".
Christoffer Sølling Formand for UFIM	SOS-PD er valgt uden der er evidens for, at den er bedst, men da den dækker delir er den valgt.	Korrekt, der er ikke evidens for at SOS er bedre end WAT-1. Det er arbejdsgruppen

		pens anbefaling at vi national anvender SOS-PD på baggrund af ovenstående argumenter.
Christoffer Sølling Formand for UFIM	Argumentationen for PD delen er sparsom. Der mangler diskussion af kvaliteten af PD delen i forhold til andre redskaber til delir scoring.	Vi har tilføjet argumentation. Der findes flere validerede delirium screenings redskaber, men arbejdsgruppen bag den danske kliniske retningslinje om pædiatrisk delirium hos kritisk syge børn i alderen 3 måneder til 18 år anbefaler anvendelsen af SOS-PD (21). Deliriumdelen af SOS-PD er valideret i en dansk kontekst, hvor der var 94% accuracy mellem sygeplejerskernes anvendelse af SOS-PD sammenlignet med en børne-ungdomspsykiaters vurdering som er guldstandard for diagnosticering af delirium (22).
Christoffer Sølling Formand for UFIM	Det er kun på side 17 under afsnittet "Kort uddybning af den opdaterede anbefaling og gode praktiske råd", at der anbefales scoring x 1 i vagten efter 3-5 dage med opioid/benzo. Det bør fremgå tidligere eller mere klart et centralt sted i dokumentet.	Dette er tilføjet under centrale budskaber.
Christoffer Sølling Formand for UFIM	Fordele og ulemper ved implementering af SOS-PD er ikke berørt. Det er et problem, fordi man umiddelbart	Vi har tilføjet et afsnit omhandlende dette på side 17.

	ser, at arbejdsgruppen ønsker en national implementering.	
Christoffer Sølling Formand for UFIM	Evidens niveauet er lavt. Der er ingen kliniske studier af effekten af screeningsværktøjerne. Man antager implicit, at det er klinisk godt at stille en diagnose.	Vi har tilføjet et afsnit omhandlende dette på side 17.
Christoffer Sølling Formand for UFIM	Ressourcer til implementering vs. antal patienter, der forventeligt vil få gavn af implementeringen	Vi har tilføjet et afsnit omhandlende dette på side 17.
Christoffer Sølling Formand for UFIM	Kan man i hverdagen opretholde samme høje positive/negative prædiktive værdier som i studierne, hvor der formentlig er brugt mange ressourcer på at udanne alt personale og dermed mindske interobservervariation?	Vi har tilføjet et afsnit omhandlende dette på side 17.
Christoffer Sølling Formand for UFIM	Samlet kunne man sagtens argumentere for ikke at anvende store ressourcer på at implementere et værktøj, som ikke nødvendigvis giver patientnære outcomes. Alternativet kunne være en protokolleret brug i enkelte områder og først herefter bredere implementering.	Denne retningslinje har været publiceret siden 2018, hvor der blev anbefalet at anvende et valideret screeningsredskab til at identificere iatrogene abstinenser. Vi har nu revideret retningslinjen for at sikre os den nyeste evidens. I denne forbindelse anbefaler arbejdsgruppen et konkret screeningsredskab af ovenstående pragmatiske begrundelser.

		Herved anbefaler vi ikke en ny praksis. SOS-PD er allerede i dag implementeret på Rigshospitalet, Odense og Skejby sygehus.
--	--	---