

Der er et berettiget fokus på ernæring i forbindelse med sygdom og indlæggelse på sygehus, og der er udarbejdet både generelle og specifikke måder til at identificere patienter i ernæringsmæssig risiko (1, 2).

Den opdaterede kliniske retningslinie for ernæring til patienter med apopleksi, som det kort skal refereres til her, er specifikt rettet mod patienter med apopleksi og de problemer de kan have i forhold til at indtage næring og indtage næring nok, samt eventuelle problemer i forbindelse med påvirket synkefunktion.

Opdateringen er sket for at ajourføre den kliniske retningslinie og forsigt sikre at apopleksipatienterne tilbydes relevant screening for dysfagi, bedste metoder til identifikation og behandling af synke-spiseproblemer og at patienten får den nødvendige mængde energi, protein og væske for at undgå utilsigtet vægttab i sygdomsforløbet og for at opretholde livsvigtig væskebalance.

Januar 2000 forelå en evidensbaseret klinisk retningslinie vedrørende ernæring til patienter med apopleksi. Der er tidligere redegjort for denne kliniske retningslinies udarbejdelse og opbygning (3). Da den kliniske retningslinie vedrørende ernæring til patienter med apopleksi har været offentlig tilgængelig, er det usikkert hvor den er implementeret, det ligger imidlertid fast at retningslinien er implementeret på apopleksiafsnit i H:S og neurologisk apopleksiafsnit F3, Århus Kommunehospital, Århus universitetshospital.

I det Nationale Indikator Projekt (NIP) vedrørende apopleksi er vurdering af ernæringsrisiko et indikatorområde, og i NIP regi vil der i efteråret 2003 blive gennemført en national audit, hvor det vil fremgå i hvor høj grad mindst 90% får vurderet deres ernæringsrisiko senest 2. indlæggelsesdøgn (4). I en udvidet klinisk apopleksidatabase mellem Hovedstadens Sygehusfællesskab (H:S) og Århus Amt, hvor der bl.a. måles på indikatorerne: Body Mass Index, vægt, spisning målt ved hjælp af Barthel Index og antal pneumonier behandlet med antibiotika i forløbet, er en audit også ved at være på trapperne (5). Men der bør også i egen interesse følges op med audit på lokalt niveau.

Ernæring til patienter - opdatering af evidensbaseret

Den nye kliniske retningslinie

Problemstilling

De væsentligste ændringer fra 2000 til 2003 versionen af den kliniske retningslinie for ernæring til patienter med apopleksi er, at problemstillingen er delt op i tre afsnit, hhv. underernæring, dysfagi og sondeernæring. Vedrørende afsnittet om underernæring er en væsentlig ændring fra tidligere, at undersøgelser viser at ældre har vanskeligt ved at kompensere for vægttab opstået under sygdom, hvilket vil sige at patienter over 70 år skal tildeles en score på 1 i forbindelse med udregning af risikofaktorer (1,6,7). Dysfagi afsnittet fokuserer på de omfattende problemer der kan være med at identificere patientens spise-synke problemer og at både screening- undersøgelse og behandling af dysfagi er en tværfaglig opgave.

Sondeernæring er kort nævnt og det fremgår at ernæringsindgift via percutan endoskopisk gastrostomisonde (PEG) ved vedvarende ernæringsproblemer kan forbedre patientens ernæringsstatus sammenlignet med ernæringsindgift via naso-gastrisk sonde (NG), fordi patientens ernæringsbehov dækkes mere stabilt via en PEG-sonde.

Anbefalinger for god klinisk praksis

Anbefalingerne i den opdaterede kliniske retningslinie for ernæring til apopleksipatienter er i tråd både med indikatorerne i NIP og anbefalingerne i Referenceprogrammet for behandling af akut apopleksi (8). Anbefalingerne omfatter:

- Identifikation af risikopatienter v.h.a. klinisk dysfagiscreening (fig.1)./Vurdering af ernærings-tilstand og risiko.
- Dysfagiudredning mhp specialiseret dysfagi-program.
- Ernæringsterapi til risikopatienter, beregning af ernæringsbehov.
- Sondeernæring, anbefalet tidspunkt for opstart af hhv. NG- og PEG sonde.
- Monitorering.

Indikatorer for kvalitet

Patientens evne til at spise selv, målt på standardiseret score f.eks. Barthel Index.

nter med apopleksi

seret klinisk retningslinie

Patienten Body Mass Index målt ved indlæggelsen, efter 3 uger og ved udskrivelsen.
Tilfælde af pneumoni der er behandlet med antibiotika i forløbet.

Referencer

Forskningslitteraturen er gennemgået efter samme principper som anvendes i Sekretariatet for Referenceprogrammer (SfR) (9). Som i den første kliniske retningslinie er evidensstyrken for anbefalingerne forholdsvis lave, de ligger hovedsageligt på C og D niveau. Kun en enkelt anbefaling vedr. tilskud af protein- og energidrikke i forhold til beregnet ernæringsbehov opnår en anbefaling på evidensstyrke A, ligesom anlæggelse af PEG sonde ved vedvarende insuffi- cient ernæringsindtag ligger på evidensstyrke B.

Den kliniske retningslinie incl. referencer og evidens- gradueringstabel kan downloades fra DSFA's hjemmeside, hvor der også er findes eksempler på fremgangs- måde ved identifikation af risikopatienter, dysfagiscre- ening, beregning af ernæringsbehov og vandtest.

Referencer

1. Vejledning til læger, sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter og kliniske diætister. Screening og behandling af patienter i ernærings- mæssig risiko. Sundhedsstyrelsen 2003. www.sst.dk
2. Zielke S og Christensen D. Ernæring ved apopleksi. Sygeplejersken 2000;18:50-56.
3. Christensen D og Zielke S. Evidensbaserede kliniske retningslinier. Sygeplejersken 2000;17:38-43.
4. www.NIP.dk
5. Klinisk apopleksidatabase for apopleksi. Hovedstadens Sygehusfælles- skab (H:S) og Århus Universitetshospital, upubl. 1.5. 2000.
6. Espen Guidelines for Nutrition Screening 2002. European Society of Parenteral And Enteral Nutrition. www. Espen. com
7. Ingerslev J, Beck AM, Bjørnsbo KS, Hessov I, Hyldstrup L, Pedersen AN. Ernæring og aldring. Ernæringsrådet. Publ. nr. 28, 2002. www. enæringsraadet.dk
8. Referenceprogrammer for behandling af patienter med apopleksi. Sekretariatet for Referenceprogrammer, SfR, april 2003. sfr@dadl.dk
9. Vejledning i udarbejdelse af referenceprogrammer. Sekretariatet for Referenceprogrammer, SfR, september 2002. sfr@dadl.dk

Fig. 1 Dysfagiscreening

Alle der arbejder med patienter med apopleksi skal kunne udføre en grundlæggende screening for dysfagi inklusive udføre vandtest og vurdere resultatet af denne. Fremgangsmåden i screeningen er beskrevet af Odderson IR et al (21) og har form som et flowdiagram. Det nye i flowdiagrammet er, at den der udfører screeningen efter hver observation skal vurdere om screeningen skal fortsætte eller afbrydes og at det er klart beskrevet hvad konsekvenserne er. Det er hensigten at der anvendes et nyt dysfa- giscreenings ark ved hver screening indtil patienten opnår normal synke- tykkefunktion. Det vil sige at den sidst udførte screening for dysfagi danner baggrund for den tværfaglige indsats/diagnose, og at alle i teamet er for- pligtiget til at følge de angive retningslinier for hvordan patienten ernæres.

