



National klinisk retningslinje for øvre dysfagi – opsporing udredning og udvalgte indsatser

Quick guide

Identifikation og udredning af øvre dysfagi

Overvej at tilbyde voksne i høj risiko for øvre dysfagi systematisk opsporing med protokol til identifikation af øvre dysfagi.

Svag anbefaling

Opdatering af anbefalingen er ikke vurderet nødvendig i 2018

Sværhedsgraden af øvre dysfagi kan variere i løbet af døgnet, og kan påvirkes af fx bevidsthedstilstand, træthed, medicinering og andre kontekstuelle faktorer som tidspunkt, patientens positionering og andet. Derfor bør man fortsat være opmærksom på symptomer på øvre dysfagi hos patienter, der ved den anvendte opsporingsprocedure umiddelbart ikke viste tegn på dysfagi.

Vurder patientens behov for hel eller delvis supplerende ikke-oral ernæring, hvis opsporingsproceduren viser tegn på, at patienten har øvre dysfagi.

Henvis til supplerende klinisk undersøgelse, hvis opsporingsproceduren viser, at patienten har tegn på øvre dysfagi.

Vær opmærksom på, at silent aspiration ikke identificeres via procedurer til opsporing af øvre dysfagi(7,8). Kliniske tegn, der kan tyde på silent aspiration, kan være feberepisoder, rallende vejrtrækning og gentagne pneumonier(7). Identificeres disse tegn, bør opsporingsproceduren suppleres med en systematisk klinisk undersøgelse samt med instrumentel (endoskopisk (FEES) eller radiologisk (FVES)) undersøgelse af synkefunktionen.

Det er god praksis at tilbyde patienter med tegn på øvre dysfagi en systematisk klinisk multi-item undersøgelse.

God praksis (konsensus)

Opdatering af anbefalingen er ikke vurderet nødvendig i 2018

Før en patient med tegn på svær øvre dysfagi begynder at spise og drikke, bør patientens synkefunktion altid være vurderet.



Valg af klinisk undersøgelsesmetode tilpasses patientens funktionsevne. Nogle patienter kan deltage i en klinisk undersøgelse, der kræver aktiv medvirken, fx følge en mundtlig instruktion i forbindelse med synkeforsøg med væske og kost af forskellig konsistens eller deltage i en måltidsobservation eller oralmotorisk- og kranienerveundersøgelse. Hos patienter med svært påvirket bevidsthedstilstand og/eller svært nedsatte mentale funktioner er det tilstrækkeligt, at undersøgelsen begrænser sig til vurdering af orale strukturer, samt om patienten kan synke eget sekret effektivt og sikkert.

Inden patienten undersøges, er det vigtigt, at patienten er oplyst om, hvad der skal undersøges, og hvad konsekvenserne af undersøgelsesresultaterne kan være i forhold til at spise og drikke fremover.

Vær opmærksom på at silent aspiration ikke identificeres via klinisk undersøgelse. Kliniske tegn, der kan tyde på silent aspiration, kan være subfebrilia, rallende vejrtrækning og gentagne pneumonier. Identificeres disse tegn, suppleres med en systematisk klinisk undersøgelse samt med instrumentel (FEES eller FVES) undersøgelse af synkefunktionen.

Overvej at tilbyde patienter med øvre dysfagi supplerende instrumentel undersøgelse, enten med endoskopisk undersøgelse (FEES) eller radiologisk undersøgelse (FVES) af synkefunktionen i tillæg til den kliniske undersøgelse for øvre dysfagi, særligt i situationer hvor patienten efter en klinisk undersøgelse fortsat er diagnostisk uafklaret eller der er mistanke om silent aspiration.

Svag anbefaling

Opdatering af anbefalingen er ikke vurderet nødvendig i 2018

Valg af metode afhænger af den konkrete kliniske situation. Endoskopisk undersøgelse (FEES) kan udføres som "bedside" undersøgelse, der tillader vurdering af patientens evne til at synke sit mundvand, indtagelse af forskellige konsistenser samt vurdering af sensibilitet. Ved FEES vurderes aspiration før og efter synkning. Selve synkningen kan ikke observeres pga. "whiteout" og evaluering af penetration/aspiration foretages på baggrund af fortolkning. Ved radiologisk undersøgelse (FVES) kan hele forløbet gennem alle synkningens faser undersøges med forskellige konsistenser. Ved FVES vurderes aspiration før, under og efter synkning.

Procedurene udføres hensigtsmæssigt i samarbejde med fx en ergoterapeut med specifikke kompetencer på området med henblik på stillingtagen til, hvilke elementer det er vigtigt at undersøge samt hvilke adaptive og kompenserende interventioner, der bør afprøves under undersøgelsen.

Ved mistanke om silent aspiration er der altid indikation for undersøgelse med FEES eller FVES. Der bør gennemføres en FEES inden afcuffning og/eller dekanylet af patienter med trakealkanyle og øvre dysfagi.

Resultatet af FEES og FVES kan være påvirket, hvis patienten er udtrættet, fx efter lang transporttid til undersøgelsen.



Indsatser omhandlende spise- og drikke aktivitet

Det er god praksis at overveje at tilbyde målrettet måltidsassistance til patienter med øvre dysfagi, som ikke selv kan varetage egen sikkerhed i forbindelse med indtagelse af mad og drikke.

God praksis (konsensus)

Opdatering af anbefalingen er ikke vurderet nødvendig i 2018

Patientens behov for og indhold af måltidsassistance bør være vurderet og dokumenteret af sundhedsperson med relevante kompetencer og kan fx bestå i hensigtsmæssig sidde- og hovedstilling som forebygger aspiration, behov for hjælpemidler, brug af kompenserende synketechnikker, fysisk eller verbal hjælp, supervision/opsyn, hensigtsmæssige konsistenser og mængde per mundfuld, rensning af mundhulen for madrester, sekret og lignende før og efter måltidet, sensorisk stimulering af eller behov for afskærmning fra distraherende elementer som visuelle eller auditive stimuli under måltidet.

Det frarådes, at patienter med øvre dysfagi spiser og drikker liggende eller lænet langt tilbage på grund af øget risiko for aspiration.

Når patienter, der indtager mad og drikke under et måltid, har behov for supplerende ikke-oral ernæring (fx parenteral eller enteral med sonde), bør det sædvanligvis gives efter måltidet.

Når patienter med øvre dysfagi har behov for personlig assistance til spisning, er det vigtigt, at det foregår i et roligt tempo samt at have opmærksomhed på, om patienten aspirerer.

Måltidet tilrettelægges så det i størst mulig grad foregår i naturlige omgivelser, på sædvanlige tidspunkter og i relevante sociale sammenhænge.

Det er god praksis at overveje at tilbyde træning i spise- og drikkeaktiviteter til voksne med øvre dysfagi, som supplement til anden træning.

God praksis (konsensus)

Opdatering af anbefalingen er ikke vurderet nødvendig i 2018

Træningen bør tilrettelægges individuelt med udgangspunkt i patientens funktionsevne i tre af synkningens faser: Præ-oral, oral, og faryngeal fase, samt på baggrund af klinisk undersøgelse evt. suppleret med instrumentel undersøgelse.



Forud for træning i spise- og drikkeaktivitet skal det sikres, at munden er "klar til træning", fx at mundhulen er rensset for madrester, sekret og lignende.

Træning i spise- og drikkeaktiviteter kan foregå såvel i forbindelse med måltider som udenfor måltider afhængigt af den konkrete patients behov.

Træningen skal gradueres i forhold til patientens progression. Graduering kan omfatte ændring i: Omgivelsesmæssige faktorer (lokalisering, møbler, hjælpemidler, spiseredskaber, konsistens typer- og mængder), den terapeutiske støtte (positionering, mobilisering, guidning og facilitering), og spise-drikkeaktiviteten (fra høj kompleksitet, fx et måltid med andre til mindre kompleksitet via træning i delhandlinger samt anvendelse af kompensatoriske teknikker).

Nogle patienter er usikre/bange for at spise, fx på grund af smerter eller frygt for aspiration af mad og drikke. Her kan træning i spise- og drikkeaktivitet fokusere på psykologiske aspekter, så indtagelse af mad og drikke kan foregå med så få negative psykologiske konsekvenser som muligt.

Sufficient ernæring skal sikres uanset behov for træning. Der kan være behov for supplerende ikke-oral ernæring (fx parenteral eller enteral via sonde).

Mundhygiejne

Det er god praksis at tilbyde voksne med øvre dysfagi, og som har aktivitetsbegrænsninger i forhold til at varetage omsorg for sig selv, assistance til at udføre en almindelig god mundhygiejne, da det minimerer risikoen for infektioner med mundhulebakterier i mundhule, luftveje og via blodbanen.

God praksis (konsensus)

Opdatering af anbefalingen er ikke vurderet nødvendig i 2018

Voksne med øvre dysfagi, som ikke har problemer med at udføre og varetage omsorg for sig selv, bør opfordres til at udføre almindelig god mundhygiejne. Til patienter med nedsat funktionsevne og som ikke selv kan varetage den fornødne daglige mundpleje ydes hjælp til mundhygiejne af plejepersonale.

Oprethold god mundhygiejne med tandbørstning 2 gange dagligt med fluorholdig tandpasta på 1.450 ppm (receptpligtig tandpasta).

For patienter med udtalt mundtørhed kan tænder og mundslimhinde fugtes med spyterstatningsmidler, der fås som mundspray, mundgel eller mundskyllevæske for at fremme oral funktion og minimere risikoen for infektion i mundhulen.

Mundhulen renses for madrester, sekret og lignende før og efter indtagelse af mad og drikke.



Mundhygiejne til sengeliggende patienter bør ikke udføres i rygliggende position, da risikoen for aspiration er stor i denne stilling. Sengeliggende patienten bør lejres på siden eller i halvsiddende stilling.

Nogle patienter kan have specielle problemer, fx en uhensigtsmæssig bidereaktion, som betyder at patienten bider sammen om tandbørsten eller aspiration af vand, tandpasta eller mundskyllevæske. Til disse patienter bør der tages særlig højde for individuel tilpasning af udgangsstilling og fremgangsmåde af mundhygiejnen.

Sensomotorisk træning af tungen

Overvej at tilbyde sensomotorisk træning af tungen som en del af en samlet træningsprotokol til patienter med øvre dysfagi som følge af hoved-halskræft.

Svag anbefaling

Opdatering af anbefalingen er ikke vurderet nødvendig i 2018

Planlæg sensomotorisk træning af tungen på baggrund af en grundig klinisk undersøgelse, hvor graden og årsagen til den specifikke funktionsnedsættelse af tungen samt synkefunktionen afklares.

Afklar årsagen til funktionsnedsættelse af tungen og synkefunktionen med instrumentel undersøgelse, hvis denne ikke kan afklares fuldt ud ved klinisk undersøgelse alene.

Planlæg den sensomotoriske træning af tungen under hensyntagen til patientens motivation, bevidsthedsniveau, energiniveau, kognitive status, medicinske diagnose og prognose.

Inddrag træningsfysiologiske principper vedrørende intensitet (træningsbelastning, antal gentagelser, pauser og omfang), specificitet samt overførbarehed.

Sensomotorisk træning tilrettelægges hensigtsmæssigt i forbindelse med konkrete aktiviteter, fx ved at placere små mængder væske eller kost på læber, tandkød, gane etc. og bede patienten om at tage det med tungen.

Det er god praksis at overveje at tilbyde sensomotorisk træning af tungen som en del af en samlet træningsprotokol til patienter med øvre dysfagi og nedsat sensorisk og/eller motorisk funktion af tungen.

God praksis (konsensus)

Opdatering af anbefalingen er ikke vurderet nødvendig i 2018



Cuffet trakealkanyle

Det er god praksis at overveje at anvende en systematisk tværfaglig intervention til patienter med cuffet trakealkanyle og øvre dysfagi med henblik på en hensigtsmæssig og sikker afcuffning og eventuelt dekanylering.

God praksis (konsensus)

Opdatering af anbefalingen er ikke vurderet nødvendig i 2018

Der bør udvikles lokale retningslinjer og flowcharts vedrørende afcuffning og eventuelt dekanylering; herunder beskrivelse af de nødvendige kompetencer hos de relevante sundhedspersoner, hvilke terapeutiske tilgange, der benyttes inden afcuffning kan påbegyndes, hvilke forudsætninger der skal være opfyldt hos patienten med hensyn til, hvornår afcuffning kan påbegyndes samt hvilke terapeutiske tilgange, der anvendes i forbindelse med afcuffning og eventuel dekanylering.

Patienten med cuffet trakealkanyle må ikke være sederet, når afcuffning påbegyndes eller ved dekanylering.

Det er vigtigt, at alle relevante sundhedspersoner inddrages i beslutningen om afcuffning og eventuelt dekanylering, og at der er en opmærksomhed på, at det kan være en længerevarende proces.

Når patientens tilstand tilsiger det, bør synkefunktionen vurderes med instrumentel undersøgelse (endoskopisk (FEES) eller radiologisk (FVES)) i forbindelse med afcuffning og eventuel dekanylering.

Da en cuffet trakealkanyle forhindrer patienten i at tale, bør alternative og supplerende kommunikationsformer overvejes og tilbydes, når det er relevant.



Om quick guiden

Quick guiden indeholder de centrale anbefalinger i den nationale kliniske retningslinje for øvre dysfagi – opsporing, udredning og udvalgte indsatser.

Retningslinjen er udarbejdet i regi af Sundhedsstyrelsen.

Fokus for den nationale kliniske retningslinje er identifikation og udredning af øvre dysfagi, samt udvalgte tværfaglige og monofaglige specifikke indsatser.

Den nationale kliniske retningslinje indeholder anbefalinger for udvalgte dele af området, og kan ikke stå alene, men skal ses i sammenhæng med øvrige retningslinjer, vejledninger, forløbsbeskrivelser mv. på området.

Yderligere information fra Sundhedsstyrelsen

På Sundhedsstyrelsens hjemmeside (www.sst.dk) kan man tilgå den fulde version af den nationale kliniske retningslinje inklusiv en detaljeret gennemgang af den bagvedliggende evidens for anbefalingerne.

Om de nationale kliniske retningslinjer

Denne nationale kliniske retningslinje er en af de nationale kliniske retningslinjer (NKR), der blev udarbejdet af Sundhedsstyrelsen i perioden 2013-2016. I perioden 2017-2020 er de nationale kliniske retningslinjer blevet vurderet for behov for opdatering.

Uddybende materiale om emnevalg, metode og proces ligger på www.sst.dk