

# Specialisters behandlingsmål for patienter med dysfagi

**Behandlingsmålet er, at patienter med dysfagi kommer til at spise og drikke alle konsistenser af mad og væske igen. Artiklen gennemgår et eksempel fra praksis på Hammel Neurocenter.**

Annette Kjærsgaard



Else Kruse Dolmer



Lene Hartmann Ommel Petersen



Der er i Danmark øget opmærksomhed på synke-spise-problemer (dysfagi) (1). Dysfagi kan have konsekvenser som manglende oral ernæring og dermed under- og fejlnæring, dehydrering, aspiration, udvikling af aspirationspneumoni eller kvælning (2). Dysfagi er associeret med øget risiko for mortalitet eller morbiditet, øgede samfundsmæssige omkostninger, reduceret livskvalitet og risiko for social isolation (3).

Apopleksi og traumatisk hjerneskade er de største årsager til erhvervet hjerneskade (4). Dysfagi kan medføre en forlængelse af rehabiliteringen og u hensigtsmæssige overflytninger mellem intensiv- og rehabiliteringsafsnit.

Regionshospitalet Hammel Neurocenter er et højt specialiseret neurorehabiliteringshospital, som siden 2000 har haft ansvaret for rehabilitering af patienter med erhvervet hjerneskade fra hele Vestdanmark. Hospitalet har 93 behandlingspladser og behandler årligt omkring 800 patienter (5). Incidensen af dysfagi på Hammel Neurocenter er i et nyere studie påvist at være 47 pct. (6). Mere end 90 pct. af patienterne har haft en nasal sonde, og mere end 50 pct. får også anlagt PEG sonde (6). Det er vigtigt at undersøge patienter for risiko for dysfagi tidligt efter erhvervet hjerneskade, for at minimere risiko for aspirationspneumoni og for at initiere oral indtagelse af mad og drikke.

Fokus i rehabiliteringen omkring synke-spise-ernæringsproblemer er, at patienten ikke taber sig under indlæggelsen, og at patienten ikke aspirerer sekret, mad og væske og derved udvikler aspirationspneumoni. Det overordnede rehabiliteringsmål er, at patienten så vidt muligt igen kommer til at spise og drikke alle konsistenser af mad og væske.

På de følgende sider præsenteres en case fra praksis og herefter defineres forskellige redskaber og diæter i dysfagibehandlingen.

## Referencer

1. Bommersholt M, Bennett M. Temarapport om dysfagi. [http://www.patientombuddet.dk/da/Publicationer/Temarapporter/~/\\_/media/Temarapporter/Temarapport%20om%20dysfagi.ashx](http://www.patientombuddet.dk/da/Publicationer/Temarapporter/~/_/media/Temarapporter/Temarapport%20om%20dysfagi.ashx) . 2012. Patientombuddet. 5-8-2013.
2. Bakheit AM. Management of neurogenic dysphagia. *Postgrad Med J* 2001; 77(913):694-699.
3. Martino R, Beaton D, Diamant NE. Perceptions of psychological issues related to dysphagia differ in acute and chronic patients. *Dysphagia* 2010; 25(1):26-34.
4. Sundhedsstyrelsen. Hjerneskaderehabilitering - en medicin teknologivurdering; Hovedrapport. 13 (1). 2011. København, Sundhedsstyrelsen, sundhedsdokumentation.
5. Hammel Neurocenter. <http://www.hospitalsenhedmidt.dk/afdelinger/hammel+neurocenter> . 2013. 5-8-2013.
6. Kjærsgaard A. Difficulties in swallowing and eating following acquired brain injury - from a professional and a patient perspective. The Institute of Public Health, Faculty of Health Sciences, University of Southern Denmark and Hammel Neurorehabilitation and Research Centre, 2013.
7. Kjærsgaard A. Ansigt, mund og svælg - Undersøgelse og behandling efter Coombes-konceptet. København: Munksgaard, 2005.
8. Regionshospitalet Hammel Neurocenter. Fiberoptisk Endoskopisk Evaluering af Synkefunktion (FEES) - undersøgelse, vurdering og vejledning. <http://www.hospitalsenhedmidt.dk/files/Hospital/HE-Midt/AFDELINGER/Hammel%20Neurocenter/Pjecer/FEES%20-%20Professionelle%20-%20A5.pdf> . 2011. 5-8-2013.

# Praksiseksempel på et tre måneder langt patientforløb

## I det efterfølgende gives en kort præsentation af et patientforløb på Regionshospitalet Hammel Neurocenter.

Patienten, H, er en mand på 54 år, som i mange år har arbejdet som eksportchauffør. Bor i hus med hustru og har 3 sønner. H er udpræget "handy mand", i god fysisk form, meget humoristisk og har altid en kæk kommentar at dele ud af.

Beskrivelse af patientforløbet med fokus på neurorehabiliteringsperioden og synke-spise-ernæringsproblemer.

### 8. april 2013

H fik stort infarkt cerebri dxt., blev indlagt på akut hospital. Efter 2 dage foretages kraniektomi, for at give plads til hævelser i hjernen. Forløbet kompliceret af bl.a. urosepsis og flytninger mellem tre hospitaler, inden han kom til Hammel.

### 29. april 2013

Indlæggelse på Hammel Neurocenter. Vejede ved indlæggelse 71.8 kg. Habituelle vægt ca. 80 kg. Patienten blev ernæret via nasal sonde og fiberrig sondeernæring.

Ved indlæggelse lå H i sengen med hoveddrejning, og det var ikke muligt at placere hovedet i midtlinien. Var meget træt og havde en udholdenhed på 10-15 min i forbindelse med aktivitet. Ville helst ligge i sengen, ingen sikker kommunikation. Kommunikerede ved at nikke eller ryste med hovedet, men kunne godt tale, hvis han blev kraftigt promptet til det. Paralyse af venstre arm og ben, og ingen stabilitet i truncus til at sidde uden massiv støtte. Generet af kvalme og hikke.

Ikke muligt for den behandlende ergoterapeut at foretage standard dysfagi screening (7) inden for 24 timer efter indlæggelsen, da H ikke kunne samarbejde til screeningen, fx var det ikke muligt at få ham til at åbne munden, når der blev ført ske til mund. Derfor påbegyndte ergoterapeuten den mere detaljerede kliniske undersøgelse af mund og svælg (se faktaboks), som blev udført over flere dage.

H's funktionelle scoringer ved indlæggelse var FIM: 23, EFA 44, RLAS: 5, og FOIS:1 (se faktaboks).

### 3. maj 2013

Der blev foretaget en FEES undersøgelse (8) (se faktaboks) som viste, at der var hævelser omkring tungeroden, formentligt skyldtes det nasalsonden. Desuden påvist, at H aspirerede tynde væsker. Der blev afprøvet purékonsistenser (æblegrød), og der blev fastsat en ny FEES undersøgelse efter anlæggelse af PEG sonde.

### 6. maj 2013

Første møde med klinisk diætist. H klager over rumlen i maven ved sondeindgift, og derfor ændres ernæringen til fiberfri sondeernæring.

H's udholdenhed øges langsomt, tilbydes nu et måltid med purékonsistens en gang dagligt, med meget svingende succes, da han havde en del kvalme og opkastninger. I denne periode yderligere vægttab, var nede på 70 kg. Den kliniske diætist skønnede, at det ville hjælpe at give sondemad på "low" på ernæringspumpen, hvilket resulterede i en forbedring, men fortsat tendens til kvalme og opkastninger.

H var hypersensibel i den venstre side af ansigtet og munden, hvilket betød, at han i starten af forløbet spændte op i ansigtet, især ved berøringer. Målet i den ergoterapeutiske behandling var, ved hjælp af bl.a. mundstimulation, at normalisere hans sensibilitet i ansigt og mund og facilitere til synkning af sekret.

H havde en nedsat indsigt i sin egen situation, hvilket er meget kendetegnende for en person med skade på højre side af hjernen. Dette kan betyde, at

man kan have svært ved at se, hvad der er mest hensigtsmæssigt for en selv. Således ingen forståelse for, at det ikke var hensigtsmæssigt at spise og drikke, når der kom kraftige host og efterfølgende våd stemme. Havde også svært ved at se nødvendigheden i at starte stille og roligt op i forhold til indtagelse af mad og drikke. Havde også massiv neglect af venstre side og for venstre side af rummet, hvilket betød, at det til tider var svært for ham at spise, da han ikke kunne se den venstre side af tallerknen. H havde behov for verbal eller fysisk guidning for at kunne se det til venstre for ham, og ligeledes behov for hjælp til ikke at spise for hurtigt og blive mindet om at skulle rømme sig, når han havde våd stemme.

### 8. maj 2013

Spiste H en halv fromage. Disse mellemmåltider er fremstillet i det centrale køkken på Regionshospitalet Silkeborg og anvendes ofte i træningsøjemed, da fromage(purekost ikke kræver så store oral motoriske funktioner, som fx normal fast konsistens (se faktaboks).

På grund af den fortsatte kvalme i forbindelse med mad pr os, ordineres der kvalmeprofylakse, men vurderingen var fortsat, at der kunne forventes en længere periode, inden H kunne ernæres sufficient pr os.

### 15. maj 2013

Anlæggelse af PEG sonde. Ny FEES viste, at de hævelser, H havde ved tungeroden, var forsvundet. Spisetræningen blev intensiveret med flere små daglige måltider af purekonsistens. H havde dog fortsat kvalme og startede i Motilium behandling for at øge ventrikeltømmningen. Der var dog stadig vægttab, og vægten var nede på 68,7 kg. Den kliniske diætist og plejen blev enige om at supplere H's kost med calogen, hvilket H klarede uden at få kvalme.

### 25. maj 2013

Blev det vurderet, at H havde funktioner til at spise gratinkost og drikke sirupskonsistenser, og der blev udarbejdet en spiseinformation. Ergoterapeuterne trænede videre med blød kost. Når en konsistens vurderes at være forsvarlig at spise med tværfagligt personale, udarbejdes der en spiseinformation, hvor der gives vejledning til bl.a. siddestillingen, forberedelse inden mad og drikke, konsistens af mad og drikke, hvilken hjælp patienten har behov for, hvilke hjælpemidler, der evt. er behov for, og mundhygiejne. I H's spiseinformation blev der desuden beskrevet, hvordan hans neglect skulle håndteres i forbindelse med spisesituationen.

### 26. maj 2013

Kunne H indtage fuld oral ernæring og skulle ikke længere suppleres i sonden. Dog havde han fortsat behov for modificeret mad og væske.

### 6. juni 2013

Ergoterapeuten vurderede, at H havde funktion til at spise blød kost og drikke kulsyreholdige væsker med tværfagligt personale, og der blev udarbejdet en ny spiseinformation. Kulsyren kan være med til at stimulere synkereflexen, så der ikke længere er behov for fortykningsmidler.

### 11. juni 2013

H's funktionelle scoringer blev nu scoret til FIM: 43, EFA: 73, RLAS: 6 FOIS: 6.

### 18. juni 2013

Calogenerne sponoreret, og vægten var nu på 72,3. H havde en god appetit, og udholdenheden var forbedret. H havde opnået en bedre forståelse for sin situation og var blevet bedre til at korrigere sig selv.

### 28. juni 2013

Havde H funktioner i mund og svælg og udholdenheden/indsigt til at spise og drikke alle konsistenser med det tværfaglige team og sine pårørende, hvilket var til stor, stor glæde for H.

## UNDERSØGELSER

### EFA – Early Functional Abilities

EFA er en funktionsscore, som er udviklet for at kunne dokumentere rehabiliteringsforløb for svært hjerneskadede patienter, hvis funktionsniveau endnu ikke kan registreres på andre funktionsniveauskalaer. EFA er inddelt i fire hovedområder: vegetative funktioner, facio-orale område, senso-motorik og kognition. Disse fire områder er igen opdelt i forskellige underområder (items). EFA har fire items under det facio-orale hovedområde: FO-stimulation/mundhygiejne, synke, tunge/tygge og mimik, som hver scores med point fra 1-5, hvor 1 er udtryk for, at funktionen/færdigheden mangler, den kan ikke sikkert observeres, og 5 er udtryk for, at der ikke er nogen væsentlig funktionel indskrænkning.

### RLAS – Ranchos Los Amigos Scale

RLAS er en 8-trins skala, som inddeler patienterne efter grad af bevidsthed og globalt reaktionsmønster. RLAS anvendes til at vurdere det kognitive funktionsniveau. Ved brug af RLAS er det muligt at måle patientens bevidsthed på niveauerne: ingen respons, generaliseret respons, lokaliseret respons, forvirret – ophidset respons, forvirret – inadækvat respons, forvirret – adækvat respons, automatisk respons og målrettet – adækvat respons. Ud fra patientens reaktioner gives en score mellem 1-8 for bevidsthedsniveau.

### FOIS – Functional Oral Intake Scale

FOIS er en 7-trins skala, som inddeler patientens funktionsniveau for sikkerhed af oral indtagelse af mad og væske. Niveau 1 scores ved intet pr. os.; 2: Afhængig af sonde, minimale forsøg med mad eller væske pr. os.; 3: Afhængig af sonde, regelmæssig mad eller væske pr. os.; 4: Udelukkende diæt pr. os., med en enkelt konsistens; 5: Udelukkende diæt pr. os., med flere konsistenser. men behov for speciel forberedelse eller kompensation; 6: Udelukkende diæt pr. os. med flere konsistenser uden behov for forberedelse, men med speciel begrænsning af mad og 7: Fuldstændig diæt pr os uden restriktioner.

### Klinisk undersøgelse af mund og svælg

Klinisk undersøgelse er en standardiseret undersøgelse, hvor både de motoriske og sensoriske funktioner omkring mund og svælg undersøges: <http://munks.gyldendal-uddannelse.dk/Books/9788777493904.aspx>

### FEES undersøgelse - Fiberoptisk Endoskopisk

#### Evaluering af Synkefunktionen

Er en standardiseret test, hvor der bruges et fleksibelt, fiberoptisk endoskop, som bliver ført gennem næsen og videre ned til svælget. Undersøgelsen giver mulighed for at se stemmelæberne, strubelåget etc., både i forbindelse med synkning og stemmedannelse.

FEES giver mulighed for direkte at se synkefunktionen, når patienten spiser og drikker. Undersøgelsen giver en fuld evaluering af synkefunktionen, fra maden passerer fra munden ned i svælget. Man kan se funktionelle dysfunktioner, den hjælper med at afdække den sikreste udgangsposition (hoved- og siddestilling), kan afdække hvilken konsistens af mad og drikke, der er forsvarlig, og den er med til at minimere risiko for aspiration og kan afdække, om patienten er i stand til at beskytte sine luftveje.

FEES benyttes på den måde som supplement til den kliniske undersøgelse og kvalificerer dermed behandlingstiltagene yderligere.

Hammel Neurocenter har dysfagi ambulatorium, hvor henvisning sker via egen læge – se dette link: <http://www.hospitalsenhedmidt.dk/afdelinger/hammel+neurocenter/sundhedsprofessionelle/6+ambulatorier/ambulatorium+for+dysfagi+og+endoskopi>

## MÅLEREDSKABER

Nedenstående måleredskaber scores systematisk af det tværfaglige team ved indlæggelse, hver 4. uge, og ved udskrivelse til registrering af ændringer af patientens funktionsniveau.

### FIM – Functional Independence Measure

FIM er et måleredskab, der giver et billede af patientens funktionsniveau, både fysisk, psykisk og socialt. Man vurderer på seks hovedområder: 1. personlig pleje, 2. blære- og tarmkontrol, 3. mobilitet, 4. kommunikation og 5. sociale og 6. intellektuelle funktioner. Disse seks områder er yderligere opdelt i 18 funktionsområder, som gives en score fra 1 – 7, hvor 1 angiver, at patienten er totalt afhængig af hjælp, og 7, at han er selvhjulpent.

# MODIFICERET KONSISTENS AF MAD OG VÆSKE

## MODIFICERET KONSISTENS AF MAD

### Purékost

Purékonsistens indeholder mad med en cremet, ensartet og tyk konsistens, som ikke kræver tygning, og som uden anstrengelse kan danne en bolus (sammenhængende konsistens), der gør det let at synke maden. Til patienter med hjerneskader anvendes sammenhængende/purékonsistens ofte ikke som fuldgyldig ernæring; men som den første konsistens, patienten er i stand til at spise, og kombineres med sondeernæring. Sondeernæringen er ofte den primære, og den orale ernæring den sekundære. Forudsætter ikke tyggefunktion, men patienten skal være i stand til nogen grad af tungetransport og spontan eller faciliteret synkning.

### Gratinkost

Gratinkonsistens indeholder mad, der har en blød/ensartet/sammenhængende konsistens, der er let at tygge, og som uden anstrengelse danner en bolus. Det består af purerede råvarer. Det anvendes ofte som en overgangskost fra det mere sammenhængende/puré/grødagtige til en kost, der er fastere i konsistensen og med en højere energitæthed. Til patienter med hjerneskader anvendes gratinkonsistens ofte som

næsten fuldgyldig ernæring og kombineres så med sondeernæring til væske. Den orale ernæring er ofte den primære, og sondeernæringen den sekundære. Forudsætter, at patienten har nogen tyggefunktion, nogen tungetransport og spontan synkning.

### Blød kost

Blød konsistens består af findelte og/eller hakkede råvarer, som tilberedes dampet og/eller let stegt og serveres som en sammenhængende kost med en blød konsistens, som ikke kræver en fuldstændig tyggefunktion. Det vil sige, at patienten er i stand til at spise godt kogte grøntsager og sovs, men at det er kødet, som skal tilberedes specielt. Blød kost anvendes som det sidste skridt på vejen inden fuldstændig oral ernæring. Til patienter med hjerneskader anvendes blød konsistens ofte som fuldgyldig ernæring og kombineres evt. med fortykkede drikkevarer. Forudsætter, at patienten har en næsten fuldstændig tyggefunktion, en fuldstændig tungetransport samt en normal synkefunktion.

Der kan i øvrigt læses om tygge-synkevenlig kost i Den Nationale Kosthåndbog <http://www.kostforum.dk/-/p-49>

## MODIFICERET KONSISTENS AF VÆSKE

### Gelekonsistens

Gelékonsistens er så tyk, at væsken kan spises med en ske. Forudsætter, at patienten kan synke eget spyt, har en spontan hoste og ikke aspirerer (fejlsynker).

### Sirupkonsistens

Sirupkonsistens kan drikkes af et glas; men det "løber" meget langsomt.

Konsistensen er ensartet og så tyk, at et sugerør kan stå alene i glasset. Forudsætter, at patienten er i stand til at "drikke" gelékonsistens uden at hoste/aspirere (fejlsynke).

### Kakaomælkskonsistens

Kakaomælkskonsistens drikkes af et glas; men det "løber" langsommere end normale tynde drikke. Forudsætter, at patienten er i stand til at "drikke" sirupkonsistens uden at hoste/aspirere (fejlsynke).

annette.kjaersgaard@hammel.rm.dk, elsedolm@rm.dk, lenepete@rm.dk

## Se FaKD´s hjemmeside, hvis du vil vide mere...

### Afhandlingen "Synke- og spiseproblemer efter erhvervet hjerneskade – set fra både professionelt- og patientperspektiv"

Annette Kjærsgaard er PhD, MSc, OT, og ansat på Forskningsenheden, Hammel Neurocenter.

I afhandlingen konkluderes, at dysfagi forekommer hos næsten halvdelen af de patienter, der indlægges til neurorehabilitering i Danmark. Det er blevet påvist, at en ikke-instrumentel tilgang som Facial-Oral Tract Therapy (F.O.T.T.) til undersøgelse af synkeproblemer hos patienter med erhvervede hjerneskader kan være lige så effektiv til at forudsige sikker synkefunktion (sikker, hvad angår ingen eller minimal fejlsynkning) som en instrumentel tilgang som Fiberoptic Endoscopic Evaluation of Swallowing (FEES). Det kvalitative studie viser, at det at leve med synke- og spiseproblemer afhænger af, i hvilken fase af sygdomsforløbet patienterne befinder sig. Den (selv midlertidigt) nedsatte eller tabte synke- og/eller spisefunktion er uventet, svær og fremkalder stærke følelsesmæssige reaktioner, selv 18 måneder efter skaden. I resultaterne fremkommer således ny viden af klinisk interesse, hvor det bl.a. påvises, at det er muligt at adaptere og udvikle nye strukturer for værdifulde aktiviteter relateret til synkning og spisning.

Nøggleord: Dysfagi, Neurorehabilitering, Facial-Oral Tract Therapy.

For den fulde sammenfatning af afhandlingen; se FaKD´s hjemmeside eller kontakt Annette Kjærsgaard på [annette.kjaersgaard@hammel.rm.dk](mailto:annette.kjaersgaard@hammel.rm.dk)