



SUNDHEDSSTYRELSEN

NATIONAL KLINISK RETNINGSLINJE FOR
ØVRE DYSFAGI – OPSPORING, UDREDNING
OG UDVALGTE INDSATSER

2015

Titel National klinisk retningslinje for øvre dysfagi - Opsporing, udredning og udvalgte indsatser

© Sundhedsstyrelsen, 2015. Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

Sundhedsstyrelsen

Islands Brygge 67

2300 København S

URL: <http://www.sst.dk>

Sprog: Dansk

Kategori: Faglig rådgivning

Version: 1.0

Versionsdato: 17.12.2015

Format: *PDF*

Udgivet af Sundhedsstyrelsen, december 2015

Elektronisk ISBN: 978-87-7104-717-2

Indhold

Indhold	3
EVIDENSENS KVALITET – DE FIRE NIVEAUER	6
Centrale budskaber	7
0 Indledning	8
0.1 Formål	8
0.2 Afgrænsning af patientgruppen	8
0.3 Målgruppe/brugere	8
0.4 Emneafgrænsning	8
0.5 Patientperspektivet	9
0.6 Juridiske forhold	10
1 Systematisk opsporing af dysfagi	11
1.1 Fokuseret spørgsmål 1	11
1.2 Anbefaling	11
1.3 Praktiske råd og særlige patientovervejelser	11
1.4 Baggrund for valg af spørgsmål	11
1.5 Sammenfatning	12
1.6 Arbejdsgruppens overvejelser	13
1.7 Rationale for anbefaling	13
1.8 Evidensprofil	14
2 Systematisk klinisk undersøgelse	16
2.1 Fokuseret spørgsmål 2	16
2.2 Anbefaling	16
2.3 Praktiske råd og særlige patientovervejelser	16
2.4 Baggrund for valg af spørgsmål	16
2.5 Sammenfatning	17
2.6 Arbejdsgruppens overvejelser	17
2.7 Rationale for anbefaling	17
3 Instrumentel undersøgelse af synkefunktionen	18
3.1 Fokuseret spørgsmål 3	18
3.2 Anbefaling	18
3.3 Praktiske råd og særlige patientovervejelser	18
3.4 Baggrund for valg af spørgsmål	18
3.5 Sammenfatning	19
3.6 Arbejdsgruppens overvejelser	19
3.7 Rationale for anbefaling	20
3.8 Evidensprofil	21
4 Målerettet måltidsassistance	23
4.1 Fokuseret spørgsmål 4	23
4.2 Anbefaling	23
4.3 Praktiske råd og særlige patientovervejelser	23
4.4 Baggrund for valg af spørgsmål	23
4.5 Sammenfatning	24
4.6 Arbejdsgruppens overvejelser	24
4.7 Rationale for anbefaling	24

5	Træning i spise- og drikkeaktiviteter	25
	5.1 Fokuseret spørgsmål 5	25
	5.2 Anbefaling	25
	5.3 Praktiske råd og særlige patientovervejelser	25
	5.4 Baggrund for valg af spørgsmål	25
	5.5 Sammenfatning	26
	5.6 Arbejdsgruppens overvejelser	26
	5.7 Rationale for anbefaling	26
6	Intensiveret mundhygiejne	27
	6.1 Fokuseret spørgsmål 6	27
	6.2 Anbefaling	27
	6.3 Praktiske råd og særlige patientovervejelser	27
	6.4 Baggrund for valg af spørgsmål	27
	6.5 Sammenfatning	28
	6.6 Arbejdsgruppens overvejelser	28
	6.7 Rationale for anbefaling	28
7	Sensomotorisk træning af tungen	29
	7.1 Fokuseret spørgsmål 7	29
	7.2 Anbefaling	29
	7.3 Praktiske råd og særlige patientovervejelser	29
	7.4 Baggrund for valg af spørgsmål	29
	7.5 Sammenfatning	30
	7.6 Arbejdsgruppens overvejelser	30
	7.7 Rationale for anbefaling	31
	7.8 Evidensprofil	31
8	Trakealkanyle	34
	8.1 Fokuseret spørgsmål 8	34
	8.2 Anbefaling	34
	8.3 Praktiske råd og særlige patientovervejelser	34
	8.4 Baggrund for valg af spørgsmål	34
	8.5 Sammenfatning	35
	8.6 Arbejdsgruppens overvejelser	35
	8.7 Rationale for anbefaling	36
9	Referenceliste	37
10	Bilag	45
	Bilag 1: Baggrund	45
	Bilag 1: Baggrund	46
	Bilag 2: Implementering	48
	Bilag 3: Monitorering	50
	Bilag 4: Opdatering og videre forskning	51
	Bilag 5: Beskrivelse af anvendt metode	53
	Bilag 6: Fokuserede spørgsmål	54
	Bilag 7: Beskrivelse af anbefalingernes styrke og implikationer	68
	Bilag 8: Søgebeskrivelser og evidensvurderinger	71
	Bilag 9: Arbejdsgruppen og referencegruppen	72

EVIDENSENS KVALITET – DE FIRE NIVEAUER

Den anvendte graduering af evidensens kvalitet og anbefalingsstyrke baserer sig på GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation). For yderligere beskrivelse se [bilag 7](#).

Høj (⊕⊕⊕⊕)

Vi er meget sikre på, at den sande effekt ligger tæt på den estimerede effekt.

Moderat (⊕⊕⊕○)

Vi er moderat sikre på den estimerede effekt. Den sande effekt ligger sandsynligvis tæt på denne, men der er en mulighed for, at den er væsentligt anderledes.

Lav (⊕⊕○○)

Vi har begrænset tiltro til den estimerede effekt. Den sande effekt kan være væsentligt anderledes end den estimerede effekt.

Meget lav (⊕○○○)

Vi har meget ringe tiltro til den estimerede effekt. Den sande effekt vil sandsynligvis være væsentligt anderledes end den estimerede effekt.

ANBEFALINGENS STYRKE

Stærk anbefaling for ↑↑

Sundhedsstyrelsen anvender en stærk anbefaling for, når de samlede fordele ved interventionen vurderes at være klart større end ulemperne.

Svag/betinget anbefaling for ↑

Sundhedsstyrelsen anvender en svag/betinget anbefaling for interventionen, når vi vurderer, at fordelene ved interventionen er større end ulemperne, eller den tilgængelige evidens ikke kan udelukke en væsentlig fordel ved interventionen, samtidig med at det vurderes, at skadevirkningerne er få eller fraværende. Anvendes også, når det vurderes, at patienters præferencer varierer.

Svag/betinget anbefaling imod ↓

Sundhedsstyrelsen anvender en svag/betinget anbefaling imod interventionen, når vi vurderer, at ulemperne ved interventionen er større end fordelene, men hvor dette ikke er underbygget af stærk evidens. Vi anvender også denne anbefaling, hvor der er stærk evidens for både gavnlige og skadelige virkninger, men hvor balancen mellem dem er vanskelig at afgøre. Anvendes også, når det vurderes, at patienters præferencer varierer.

Stærk anbefaling imod ↓↓

Sundhedsstyrelsen anvender en stærk anbefaling imod, når der er evidens af høj kvalitet, der viser, at de samlede ulemper ved interventionen er klart større end fordelene. Vi vil også anvende en stærk anbefaling imod, når gennemgangen af evidensen viser, at en intervention med stor sikkerhed er nyttesløs.

God praksis √

God praksis, som bygger på faglig konsensus blandt medlemmerne af arbejdsgruppen, der har udarbejdet den kliniske retningslinje. Anbefalingen kan være enten for eller imod interventionen. En anbefaling om god praksis anvendes, når der ikke foreligger relevant evidens. Derfor er denne type anbefaling svagere end de evidensbaserede anbefalinger, uanset om de er stærke eller svage.

Centrale budskaber

↑ Overvej at tilbyde voksne i høj risiko for øvre dysfagi systematisk opsporing med beskrevet procedure til identifikation af øvre dysfagi (⊕○○○).

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

↑ 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 (⊕⊕○○).

√ 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.

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

√ 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.

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

√ 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.

√ 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.

0 Indledning

0.1 Formål

Formålet med de nationale kliniske retningslinjer er at sikre en evidensbaseret indsats af ensartet høj kvalitet på tværs af landet, medvirke til hensigtsmæssige patientforløb og videnudveksling på tværs af sektorer og faggrupper samt prioritering i sundhedsvæsenet.

Formålet med den kliniske retningslinje er at afdække effekten af relevante opsporingsprocedurer og udredningsmetoder samt indsatser i forhold til øvre dysfagi, med henblik på at øge patientsikkerheden, dvs. mindske komplikationer, som kan medføre øget sygelighed og død, samt sikre ernæringstilstanden. Øvre dysfagi er en hyppigt forekommende følgetilstand ved flere sygdomme. Ved øvre dysfagi er det nødvendigt med en tværfaglig indsats, der inddrager sundhedspersoner med relevante kundskaber og kompetencer fra både lægefaglige-, sygeplejefaglige-, terapeutiske-, audiologopædiske- og human ernærings-specialer.

0.2 Afgrænsning af patientgruppen

Den primære patientgruppe er voksne personer (≥ 18 år), som er i særlig risiko for eller har fået verificeret øvre dysfagi (Se [bilag 1](#)).

Øvre dysfagi kan være relateret til en lang række sygdomme og skader i nervesystemet, strukturelle/mekaniske ændringer i mund og svælg efter hoved-halskræft samt aldersbetingede forandringer i mund og svælg hos ældre patienter med multimorbiditet⁽¹⁾. Øvre dysfagi kan optræde i forskellige grader fra let til svær dysfagi. Kliniske tegn på øvre dysfagi kan være: Utsigtet vægttab, hyppige feberepisoder, hosten uden for og under måltider, gentagne pneumonier, ændret stemme, lang tid om at synke en mundfuld, smerter ved synkning, frygt for at synke, atypisk bevægelse af hovedet ved synkning, savlen, besværet eller rallende vejrtrækning under måltidet, rømning/hosten, kvælningss fornemmelse, spytter mad ud og opkastning under måltidet^(2,3).

0.3 Målgruppe/brugere

Den nationale kliniske retningslinje for øvre dysfagi retter sig primært mod sundhedspersoner, der ordinerer, varetager pleje- og omsorg, diagnosticerer samt planlægger og udfører specifikke indsatser rettet mod øvre dysfagi.

Sekundært henvender retningslinjen sig til interesseorganisationer og beslutningstagere på nationalt, regionalt og kommunalt niveau samt til patienter, som har eller kan være i risiko for øvre dysfagi. (en beskrivelse af implementering og monitorering af denne nationale kliniske retningslinje findes i [bilag 2](#) og [3](#)).

0.4 Emneafgrænsning

Den nationale kliniske retningslinje indeholder handlingsanvisninger for udvalgte og velafgrænsede kliniske problemstillinger ('punktnedslag i patientforløbet'). Disse problemstillinger er prioriteret af den faglige arbejdsgruppe som de områder, hvor det er vigtigst at få afklaret evidensen.

Arbejdsgruppen har prioriteret at fokusere på identifikation og udredning af øvre dysfagi hos voksne i risikopopulationen fx patienter med erhvervede hjerneskader inkl. apopleksi, progredierende neurologiske sygdomme, polyneuropatier og andre sygdomme i det peri-

ferer nervesystem inkl. Guillain Barré, neuromuskulære og muskulære sygdomme, cerebral parese og andre syndromer med lammelse, sequelae efter hoved-halskræft, kirurgi, stråleterapi, kemoterapi, inflammatoriske sygdomme, nyligt ekstuberede, langvarig intubation og ældre med multimorbiditet.

Desuden har arbejdsgruppen ønsket at komme med anbefalinger vedrørende udvalgte tværfaglige og monofaglige specifikke indsatser, der anvendes i Danmark til patienter med øvre dysfagi.

Formålet med de specifikke indsatser er at sikre sufficient ernæring og hydrering samt at minimere aspirationsrisiko. Endvidere er formålet at sikre, at indtagelse af mad og drikke foregår sikkert og effektivt og uden negative psykologiske konsekvenser, som fx angst for at blive kvalt, skamfuldhed ved ikke at kunne deltage i måltider på en passende måde, social isolation og forringet livskvalitet^(4,5).

De indsatser, som de fokuserede spørgsmål berører, og som retningslinjen tager udgangspunkt i, er ikke udtømmende for de patientgrupper, der mødes i en klinisk hverdag. Nogle af de fokuserede spørgsmål dækker områder, hvor specifikke indsatser erfaringsmæssigt er underprioriteret, og andre dækker indsatser, der anvendes hyppigt i dansk klinisk praksis. I processen har arbejdsgruppen overvejet fokuserede spørgsmål vedrørende testegenskaber og diagnostisk præcision af specifikke opsporings- og udredningsmetoder. Arbejdsgruppen fandt dog, at det indenfor rammen af denne nationale kliniske retningslinje (NKR) ikke var muligt at undersøge disse aspekter nærmere. Dette begrundet med, at der i dag er udviklet mange forskellige metoder, der kan benyttes til mange forskellige patientgrupper og i mange forskellige kliniske sammenhænge og situationer. Retningslinjen kommer derfor ikke med anbefalinger til specifikke tests. Valg af disse bør altid bero på en syntese af den aktuelt bedste evidens, klinikerens erfaring og patientens præferencer.

Arbejdsgruppen valgte ligeledes, af pladshensyn, ikke at inddrage fokuserede spørgsmål vedrørende elektrisk stimulation, elektromyografi (EMG), specifik styrketræning af mundhulens og svælgets muskler, kompenserende synkemanøvrer, respiratorisk rehabilitering, ernæring via sonde (PEG og Nasal) samt indsatser rettet mod hypersalivation (sialorrhea). Disse områder, som er elementer i ”dysfagi-håndtering”, kan indgå i en senere opdatering af den kliniske retningslinje. Se mere om ”dysfagi-håndtering” i [bilag 10 ”Forkortelser og begreber”](#). Endvidere afgrænses retningslinjen fra specifikke ernæringsinterventioner, da disse er beskrevet i en særskilt dansk retningslinje⁽⁶⁾.

Det har været kendetegnende for arbejdet med retningslinjen, at der kun foreligger begrænset anvendelig videnskabelig litteratur på området, hvorfor det har været vanskeligt at udarbejde evidensbaserede anbefalinger. Det må understreges, at fravær af evidens ikke betyder, at der ikke skal tilbydes undersøgelse og behandling til patienter med øvre dysfagi.

Konsensus vedrørende indhold og styrke af de udarbejdede anbefalinger er opnået gennem drøftelser i arbejdsgruppen.

0.5 Patientperspektivet

Det er vigtigt, at patientens værdier og præferencer løbende inddrages i patientforløbet.

I denne retningslinje er patientperspektivet repræsenteret via Danske patienter, som har udpeget medlemmer i den nedsatte referencegruppe. Derudover har de haft mulighed for at afgive hørings svar til udkastet til den færdige retningslinje. Se medlemmerne af referencegruppen i [bilag 9](#).

0.6 Juridiske forhold

Sundhedsstyrelsens nationale kliniske retningslinjer er systematisk udarbejdede udsagn med inddragelse af relevant sagkundskab.

Nationale kliniske retningslinjer kan bruges af fagpersoner, når de skal træffe beslutninger om passende og god klinisk sundhedsfaglig ydelse i specifikke situationer. De nationale kliniske retningslinjer er offentligt tilgængelige, og patienter kan også orientere sig i retningslinjerne.

Nationale kliniske retningslinjer klassificeres som faglig rådgivning, hvilket indebærer, at Sundhedsstyrelsen anbefaler relevante fagpersoner at følge retningslinjerne. De nationale kliniske retningslinjer er ikke juridisk bindende, og det vil altid være det faglige skøn i den konkrete kliniske situation, der er afgørende for beslutningen om passende og korrekt sundhedsfaglig ydelse.

1 Systematisk opsporing af dysfagi

1.1 Fokuseret spørgsmål 1

Bør systematisk opsporing med en beskrevet procedure til identifikation af øvre dysfagi tilbydes voksne i risikopopulation?

1.2 Anbefaling

↑*Overvej at tilbyde voksne i høj risiko for øvre dysfagi systematisk opsporing med beskrevet procedure til identifikation af øvre dysfagi* (⊕○○○).

1.3 Praktiske råd og særlige patientovervejelser

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.

1.4 Baggrund for valg af spørgsmål

Uidentificeret og ubehandlet øvre dysfagi er forbundet med øget risiko for død og aspirationsbetinget pneumoni⁽⁴⁾. Tidlig opsporing af øvre dysfagi hos voksne i risikopopulationen er derfor vigtig med henblik på at kunne tilbyde en målrettet indsats⁽⁹⁾.

I litteraturen er der ikke konsensus om hvilken procedure til tidlig opsporing af øvre dysfagi, der er optimal⁽⁹⁻¹⁴⁾, men der er dog enighed om, at proceduren skal være let at administrere, valid (gyldig), reliabel (pålidelig) og med høj sensitivitet (>90 %)⁽⁹⁾. Opsporing af øvre dysfagi kan, afhængigt af den kliniske situation, enten foregå via spørgeskema eller via direkte undersøgelse. Ved den direkte undersøgelse vurderes patientens overordnede mentale funktioner så som bevidsthedsniveau, orienteringsevne, intellektuelle funktioner og energi og handlekraft, postural kontrol samt evne til at kontrollere spyttflåd og synke få konsistentyper (fx vand, fortykket væske og brød). Alle procedurerne er karakteriseret som ”kan/kan ikke” procedurer og benyttes til at identificere patienter med behov for yderligere udredning af orale og faryngeale strukturer, samt om oral indtagelse af mad og drikke umiddelbart er tilrådeligt/forsvarligt⁽⁹⁻¹⁴⁾.

I ”Referenceprogram for behandling af patienter med apopleksi og TCI”⁽¹⁵⁾ samt i ”Forløbsprogram for rehabilitering af voksne med erhvervet hjerneskade”⁽¹⁶⁾ anbefales det, at der foretages opsporing af mulig øvre dysfagi ved indlæggelsen og inden oral føde- eller

væskeindtagelse. I patientombuddets temarapport om dysfagi anbefales retningsgivende dokumenter for tidlig opsporing og undersøgelse af øvre dysfagi⁽¹⁷⁾.

En dansk spørgeskemaundersøgelse konkluderer, at den nuværende praksis i Danmark ikke er på linje med den tilgængelige viden om systematisk opsporing af øvre dysfagi hos patienter med følger efter hoved-halskræft⁽¹⁸⁾. Undersøgelsen estimerer, at kun omkring 10 % af patienter med følger efter hoved-halskræft henvises til videre udredning for øvre dysfagi⁽¹⁸⁾. Arbejdsgruppen har ønsket at opdatere evidensgrundslaget for patienter med apopleksi og Transitorisk Cerebral Iskæmi (TCI, dvs. forbigående blodmangel i en del af hjernen) samt at afklare effekten af systematisk opsporing af øvre dysfagi med beskrevet procedure blandt voksne i hele risikopopulationen, som er beskrevet i [bilag 1](#). Se [bilag 6](#) for nærmere beskrivelse af PICO 1

1.5 Sammenfatning

Evidensgrundlaget for besvarelsen af det fokuserede spørgsmål består af tre randomiserede studier (RCT) (N=3706) identificeret ved primærsøgning⁽¹⁹⁻²¹⁾.

Studierne inkluderer apopleksipatienter i akut fase (N=3658)^(19,20) og patienter i den postoperative fase efter hoftealloplastik (N= 48)⁽²¹⁾.

Interventionen i de tre studier bestod af formaliserede beskrevne procedurer til opsporing af øvre dysfagi hos voksne i risikopopulationen sammenlignet med ikke-systematisk opsporing. I to studier indgik proceduren i kombination med andre systematiske procedurer og som en del af en samlet intervention til patienter med akut apopleksi. Der er ikke udført meta-analyser på data fra de tre RCTer, idet de tre studier var for heterogene til, at en metaanalyse var meningsfuld. Derudover var interventionen i studiet med mest vægt (N=2532)⁽²⁰⁾ defineret retrospektivt og uklart beskrevet.

Middleton et al⁽¹⁹⁾ benyttede indirekte og direkte undersøgelse af synkefunktion, samt monitorering af temperatur og blodsukker hos patienter med akut apopleksi. Synkefunktion blev vurderet via en diagnosespecifik tjekliste med mulige risikofaktorer, kliniske tegn på dysfagi og aspiration samt synkeforsøg af små mængder vand. Temperatur og blodsukker blev også monitoreret i kontrolgruppen. I Hinchey et al⁽²⁰⁾, der er baseret på en retrospektiv opgørelse, blev der benyttet flere forskellige procedurer til opsporing af øvre dysfagi hos patienter med akut apopleksi. Omkring 37 % af disse var baseret på en ”vandtest” (se [bilag 10 Forkortelser og begreber](#)). Alle procedurerne indgik som en del af en samlet udredning af øvre dysfagi hos patienter med akut apopleksi. Osborne et al⁽²¹⁾ benyttede enkle synkeforsøg af små mængder væske suppleret med saturationsmåling til patienter i den postoperative fase efter hoftealloplastik. I sidstnævnte studie identificerede interventionen ikke øvre dysfagi hos nogen af de inkluderede patienter i interventionsgruppen.

Kvaliteten af evidensen vedrørende det kritiske outcome ”mortalitet” er meget lav⁽¹⁹⁾. Der ses ingen signifikant effekt af interventionen på mortalitet.

Kvaliteten af evidensen vedrørende det kritiske outcome ”pneumoni” er meget lav for samtlige inkluderede studier. Risikoen for pneumoni var enten signifikant lavere⁽²⁰⁾ eller uændret^(19,21). Kvaliteten af evidensen vedrørende de kritiske outcome ”fysisk livskvalitet” og ”mental livskvalitet” er meget lav. Der var ikke effekt på mental livskvalitet, mens der var en mindre, men signifikant effekt på fysisk livskvalitet⁽¹⁹⁾. For det vigtige outcome ”varighed af indlæggelse (LOS)” er kvaliteten af evidensen meget lav, og resultaterne er modsatrettede med henholdsvis øget indlæggelsestid⁽²⁰⁾ og kortere indlæggelsestid⁽¹⁹⁾ i interventionsgrupperne. Fire vigtige outcomes vedrørende antal genindlæggel-

ser, ernæringsstatus, sværhedsgrad af øvre dysfagi og antal dage til oral indtagelse af mad og drikke blev ikke belyst i de inkluderede studier.

1.6 Arbejdsgruppens overvejelser

Kvaliteten af evidensen	Kvaliteten af evidensen er meget lav.
Balancen mellem gavnlige og skadelige effekter	Når systematisk opsporing af øvre dysfagi indgår som en del af en samlet udredning til patienter med akut apopleksi, ses i ét studie lavere forekomst af pneumoni og højere livskvalitet (fysisk dimension). Der er ikke påvist skadelige effekter af interventionen.
Patientpræferencer	Interventionen skønnes ikke at være præferencefølsom, idet det skønnes, at patienter og pårørende ønsker afklaring af problemstillingerne med at spise og drikke.
Andre overvejelser	Evidensgrundlaget omfatter primært patienter med akut apopleksi.

1.7 Rationale for anbefaling

Der blev i formuleringen af anbefalingen lagt vægt på, at der ses reduceret forekomst af pneumoni og eventuelt øget livskvalitet, når systematisk opsporing med beskrevet procedure til identifikation af øvre dysfagi indgår som en del af en samlet udredning til patienter med akut apopleksi. Det skønnes, at en systematisk tilgang også vil kunne gavne andre patientpopulationer end de inkluderede i litteraturen i evidensgrundlaget. Der var ingen rapporterede skadevirkninger, og der var en forventning om, at de fleste patienter i risiko for øvre dysfagi vil tage imod tilbud om opsporing af øvre dysfagi. Kvaliteten af evidensen var meget lav.

1.8 Evidensprofil

Systematisk opsporing med en beskrevet procedure til identifikation af øvre dysfagi sammenlignet med ingen systematisk opsporing med en beskrevet procedure til identifikation af øvre dysfagi							
Population: Voksne (≥ 18) med symptomer på øvre dysfagi							
Intervention: Systematisk opsporing via beskrevet procedure til identifikation af øvre dysfagi							
Sammenligning: Ingen systematisk opsporing med en beskrevet procedure til identifikation af øvre dysfagi							
Outcomes (Tidsramme)	Absolut effekt (95% CI)			Relativ effekt 95% CI	Antal deltagere (studier), follow-up	Evidensniveau (GRADE)	Kommentarer
	Ingen systematisk opsporing	Systematisk opsporing	Forskel ved systematisk opsporing				
Død (Death) (Længste follow-up (6 til 18 måneder))	49 per 1000	39 per 1000 (22 til 70)	9 færre per 1000 (27 færre til 22 flere)	RR 0,81 (0,45 til 1,44)	1009 (1 studie ⁽¹⁹⁾), 90 dage efter hospitalsindlæggelse	⊕ ⊖ ⊖ ⊖ Meget lav	Upræcist effektestimater og manglende overførbare forhold i forhold til follow-up timing og intervention
Pneumoni (Pneumonia) (Længste follow-up (6 til 18 måneder))	52 per 1000	35 per 1000 (16 til 76)	17 færre per 1000 (35 færre til 24 flere)	RR 0,68 (0,32 til 1,47)	1086 (1 studie ⁽¹⁹⁾), 90 dage efter hospitalsindlæggelse	⊕ ⊖ ⊖ ⊖ Meget lav	Upræcist effektestimater og manglende overførbare mht. intervention og follow-up timing.
Pneumoni (Pneumonia) (Længste follow-up (6 til 18 måneder))	54 per 1000	23 per 1000 (13 til 38)	31 færre per 1000 (40 færre til 15 flere)	RR 0,42 (0,25 til 0,72)	2330 (1 studie ⁽²⁰⁾)	⊕ ⊖ ⊖ ⊖ Meget lav	Meget alvorlig risiko for bias samt manglende overførbare af intervention
Pneumoni (Pneumonia) (Længste follow-up (6 til 18 måneder))	385 per 1000	445 per 1000 (234 to 885)	70 flere 1000 (152 færre til 502 flere)	RR 1,18 (0,61 til 2,3)	48 (1 studie ⁽²¹⁾), postoperativt	⊕ ⊖ ⊖ ⊖ Meget lav	Upræcist effektestimater og manglende overførbare vedrørende patientpopulation.
Genindlæggelser (antal) (Number of readmissions to hospital)							Outcome ikke rapporteret
Ernæringsstatus (Nutritional status) (Længste follow-up (6 til 18 måneder))							Outcome ikke rapporteret
Antal dage til oralt ind-							Outcome ikke rapporteret

tag (Days to initiation of oral intake) (Længste follow-up (6 til 18 måneder))						ret	
Varighed af indlæggelse (Length of hospital stay (LOS)) (Længste follow-up (6 til 18 måneder))	gennemsnit 13,7	gennemsnit 11,3	MD 2,4 (3, 8 færre til 1,0 flere)		1006 (1 studie ⁽¹⁹⁾)	⊕ ⊖ ⊖ ⊖ Meget lav	Manglende overførbare vedrørende intervention.
Varighed af indlæggelse (Length of hospital stay (LOS)) (Længste follow-up (6 til 18 måneder))	gennemsnit 4	gennemsnit 5	MD 1,0 (0,63 flere til 1,37 flere)		2532 (1 studie ⁽²⁰⁾)	⊕ ⊖ ⊖ ⊖ Meget lav	Alvorlig risiko for bias og manglende overførbare vedrørende intervention.
Livskvalitet (Physical quality of life) (Længste follow-up (6 til 18 måneder))	gennemsnit 42,5	gennemsnit 45,6	MD 3,1 (1,81 flere til 4,39 flere)	SF-36 Fysisk sundhed (PCS score). Højre = bedre	1009 (1 studie ⁽¹⁹⁾), 90 dage efter hospitalsindlæggelse.	⊕ ⊖ ⊖ ⊖ Meget lav	Upræcist effekt estimeret, manglende overførbare i forhold til follow-up timing og intervention
Livskvalitet (Mental quality of life) (Længste follow-up (6 til 18 måneder))	gennemsnit 49,4	gennemsnit 49,5	MD 0,1 (1,23 færre til 1,43 flere)	SF-36 Mental sundhed (MCS score) højre = bedre	1009 (1 studie ⁽¹⁹⁾), 90 dage efter hospitalsindlæggelse	⊕ ⊖ ⊖ ⊖ Meget lav	Upræcist effekt estimeret. Manglende overførbare i forhold til follow-up timing og intervention
*Den absolutte effekt i kontrolgruppen er baseret på den gennemsnitlige effekt i de inkluderede studier med mindre andet er angivet i kommentarfeltet. Den absolutte effekt i interventionsgruppen samt forskellen er baseret på den relative effekt og den absolutte risiko i kontrolgruppen. CI: Konfidensinterval ; RR: Relativ risiko , MD: Gennemsnitlig forskel							
GRADE evidensniveauer:							
Høj: Vi er meget sikre på, at den sande effekt ligger tæt på den estimerede.							
Moderat: Vi er moderat sikre på den estimerede effekt. Den sande effekt ligger sandsynligvis tæt på denne, men der er en mulighed for, at den er væsentligt anderledes.							
Lav: Vi har begrænset tiltro til den estimerede effekt. Den sande effekt kan være væsentligt anderledes end den estimerede effekt.							
Meget lav: Vi har meget ringe tiltro til den estimerede effekt. Den sande effekt vil sandsynligvis være væsentligt anderledes end den estimerede effekt.							

2 Systematisk klinisk undersøgelse

2.1 Fokuseret spørgsmål 2

Bør systematisk klinisk undersøgelse tilbydes voksne med tegn på øvre dysfagi?

2.2 Anbefaling

√ *Det er god praksis at tilbyde patienter med tegn på øvre dysfagi en systematisk klinisk undersøgelse.*

2.3 Praktiske råd og særlige patientovervejelser

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 kranienerve-undersøgelse. 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^(7,8). Kliniske tegn, der kan tyde på *silent aspiration*, kan være subfebrilia, rallende vejrtrækning og gentagne pneumonier⁽⁷⁾. Identificeres disse tegn, suppleres med en systematisk klinisk undersøgelse samt med instrumentel (FEES eller FVES) undersøgelse af synkefunktionen.

2.4 Baggrund for valg af spørgsmål

Der er de senere år sket en eksplosiv udvikling og validering af metoder til klinisk undersøgelse af personer med øvre dysfagi^(22,23). Systematisk klinisk undersøgelse af øvre dysfagi danner grundlag for behandlingsplanlægning og adskiller sig fra indledende opsporingsmetoder, der er karakteriseret som "kan/kan ikke" procedurer^(9,24). Formålet med klinisk undersøgelse er at vurdere hvilke konsistenser af mad og drikke, der kan indtages effektivt og sikkert samt udredning af funktionsnedsættelserne og strukturelle forhold relateret til øvre dysfagi. På baggrund af undersøgelsen planlægges interventioner og behov for yderligere udredning via instrumentelle undersøgelser^(9,24). Klinisk undersøgelse består ofte af en vurdering af synkefunktionen af eget sekret, synkning af forskellige konsistenser (fx vand, fortykket væske, blandet konsistens og faste konsistenser, der kan udgøre en risiko for aspiration (fx hård, trævlet/fibrøst, klæbrig, granuleret)) eller måltidsobservation. Dette suppleret med undersøgelse af mentale funktioner såsom vågenhed, orienteringsevne, postural kontrol i forhold til holdning og bevægelse, kranienerver og/eller sensomotorisk funktion af orofaryngeale strukturer^(9,24). I Danmark er det typisk ergoterapeuter, der udfører den kliniske undersøgelse, mens det i udlandet oftest er audiologopæder, der udfører undersøgelsen, hvilket afspejler sig i den internationale litteratur. Valg af

metode, og hvilke elementer, der indgår i den kliniske undersøgelse, beror oftest på en vurdering af patientens funktionsevne^(22,25-27).

I den internationale litteratur er der divergerende resultater vedrørende den diagnostiske præcision af de eksisterende kliniske undersøgelsesmetoder af øvre dysfagi⁽²³⁾. Oplysninger om diagnostisk præcision af en klinisk undersøgelsesmetode i form af sensitivitet og specificitet kan ikke garantere kvalitet i patientbehandlingen eller at metoden forbedrer patientrelaterede outcomes som livskvalitet eller funktionsevne⁽²⁸⁾. Arbejdsgruppen valgte derfor at undersøge effekten af at anvende en systematisk klinisk undersøgelse frem for at vurdere diagnostisk præcision i forhold til en enkelt undersøgelsesmetode, der vurderer synkefunktionen via en enkelt konsistens. Se [bilag 6](#) for nærmere beskrivelse af PICO 2.

2.5 Sammenfatning

Ved den systematiske litteratursøgning blev der ikke fundet RCT'er, der undersøgte effekten af systematisk klinisk undersøgelse af øvre dysfagi sammenlignet med klinisk undersøgelse, der udelukkende inkluderer vurdering af synkefunktionen via en enkelt konsistens.

Arbejdsgruppen kunne på grund af manglende evidens på området ikke udarbejde en evidensbaseret anbefaling. I stedet formulerede arbejdsgruppen en god praksis anbefaling om anvendelse af systematisk klinisk undersøgelse til voksne med symptomer på øvre dysfagi.

2.6 Arbejdsgruppens overvejelser

Kvaliteten af evidensen	Der er ikke fundet evidens på området.
Balancen mellem gavnlige og skadelige effekter	En systematisk tilgang vil, alt andet lige, formentlig forbedre udredningen og målrette den videre behandling. Anbefalinger til oralt indtag kan blive mere målrettede. Der vurderes ikke at være skadevirkninger.
Patientpræferencer	Interventionen skønnes ikke at være præferencefølsom, idet de fleste patienter og deres pårørende vil tage imod undersøgelsen med henblik på afklaring af problemstillingen med at spise og drikke.

2.7 Rationale for anbefaling

Der blev i formuleringen af anbefalingen lagt vægt på, at en systematisk tilgang, alt andet lige, kan optimere udredning og målrette den videre behandling af øvre dysfagi, samt at anbefalinger til oralt indtag kan blive mere målrettede. Der vurderes ikke at være skadevirkninger ved undersøgelsen. Det skønnes, at de fleste patienter vil tage imod en systematisk klinisk undersøgelse med henblik på at sikre afklaring af øvre dysfagi. Der blev ikke fundet evidens på området (se [bilag 4](#) for en beskrivelse af områder, hvor der er behov for mere forskning).

3 Instrumentel undersøgelse af synkefunktionen

3.1 Fokuseret spørgsmål 3

Bør instrumentel undersøgelse af synkefunktionen (FEES og/eller FVES) bruges som et supplement til den kliniske undersøgelse til voksne med øvre dysfagi?

3.2 Anbefaling

↑ *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* (⊕⊕○○).*

3.3 Praktiske råd og særlige patientovervejelser

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.

Procedurerne 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 dekanulering 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.

3.4 Baggrund for valg af spørgsmål

Radiologisk undersøgelse af synkefunktionen foretages overvejende via FVES og endoskopisk undersøgelse af synkefunktionen foretages overvejende med FEES. Begge undersøgelsesmetoder betragtes som ”guld standarder” ved udredning af øvre dysfagi^(29,30). Formålet er at udrede funktionen af mundens/svælgets strukturer, vurdering af om oral indtagelse af mad og drikke kan påbegyndes/foregår effektivt og sikkert, afprøvning af adaptive og kompenserende indsatser; fx ændret hoved- og kropstilling og/eller synke-måner samt konsistensændringer af mad og drikke⁽³⁰⁾.

De eksisterende kliniske undersøgelsesmetoder har ikke tilstrækkelig god diagnostisk præcision, især med hensyn til *silent aspiration*⁽²³⁾, hvorfor der må udføres supplerende undersøgelser i visse situationer.

Arbejdsgruppen fandt det derfor relevant at afklare, hvornår klinisk undersøgelse bør suppleres med instrumentel undersøgelse til voksne patienter med øvre dysfagi. Se [bilag 6](#) for nærmere beskrivelse af PICO 3.

3.5 Sammenfatning

Evidensgrundlaget for besvarelsen af det fokuserede spørgsmål består af ét RCT (N=119) identificeret ved primærsøgning⁽³¹⁾.

Populationen var patienter med erhvervet hjerneskade, herunder apopleksi, der var indlagt på en højt specialiseret neurorehabiliteringsenhed i Danmark, hvor patienterne modtager tværfaglige neurorehabiliteringsindsatser 24 timer i døgnet. Patienterne var overflyttet fra akut hospitalsafdeling indenfor ca. 40 dage efter debut af hjerneskaden⁽³¹⁾.

Interventionen bestod af en klinisk undersøgelse baseret på Facial-Oral-Tract-Therapy (F.O.T.T) metoden^(27,32) suppleret med FEES sammenlignet med klinisk undersøgelse udelukkende baseret på F.O.T.T.. Den kliniske undersøgelse beskrives som ”The Swallowing Assessment of Saliva” (F.O.T.T.-SAS) i Mortensen et al⁽³³⁾ og består af en visuel undersøgelse af mundhulen samt en undersøgelse af patientens sensoriske/motoriske respons på taktil stimulering af mundhulen. Formålet med undersøgelsen var at vurdere, om forudsætningerne for at synke er til stede, samt om oral indtagelse af mad og drikke kan begynde. Undersøgelsen består af vurdering af patientens vågenhed og siddestilling, hvorvidt patienten kan synke eget sekret spontant eller faciliteret, synkefrekvens samt evnen til at beskytte luftveje.

Data i det inkluderede studie tillod ikke beregning af relativ risiko for dikotome outcomes eller absolut forskel for kontinuerte outcomes på grund af stor variation og skæv fordeling af data. Der kan derfor ikke konkluderes, om der er en klinisk relevant effekt til fordel for klinisk undersøgelse suppleret med instrumentel undersøgelse versus klinisk undersøgelse alene.

Kvaliteten af evidensen vedrørende det kritiske outcome ”pneumoni” var lav. Der var ingen effekt på risiko for pneumoni (12 af 57 i interventionsgruppen og 4 af 62 i kontrolgruppen). Da prævalensen var relativt lille i begge grupper, er der dog risiko for type II fejl. Det vil sige, at studiet viser, at der ikke er statistisk forskel mellem de to interventioner, men sandheden er, at der måske er en reel forskel.

For de vigtige outcomes ”varighed af indlæggelse ”og ”antal dage til oral indtagelse af mad og drikke” var der ingen effekt. Kvaliteten af evidensen vedrørende begge vigtige outcomes var moderat.

Et kritisk outcome vedrørende mortalitet og fire vigtige outcomes vedrørende antal genindlæggelser, ernæringsstatus, sværhedsgrad af dysfagi og livskvalitet blev ikke belyst i det inkluderede studie.

3.6 Arbejdsgruppens overvejelser

Kvaliteten af evidensen	Kvaliteten af evidensen er lav.
Balancen mellem gavnlige og skadelige effekter	FEES og FVES giver mulighed for direkte visuel vurdering af de anatomiske forhold i mund, svælg og strube, vurdering af mængden af sekret og stemme-

	<p>bånd samt vurdering af synkebevægelserne (både spontane og ved indtagelse af kost og væske). Det er hensigtsmæssigt i forhold til planlægning af relevante indsatser.</p> <p>Nogle patienter kan opleve let forbigående ubehag, når skopet føres via næsen eller når kontrasten smages. Ved FEES kan der være en lille risiko for næseblod. Ved FVES kan det anvendte kontraststof i sjældne tilfælde give behandlingskrævende overfølsomhedsreaktioner. Langtidsrisikoen for udvikling af kræft på grund af røntgenstråling er ubetydelig.</p>
<p>Patientpræferencer</p>	<p>Instrumentel undersøgelse skønnes forbundet med præferencefølsomhed.</p> <p>Det vurderes, at hovedparten af patienterne vil tage imod tilbuddet om instrumentel undersøgelse med henblik på afklaring af deres spise- og drikkeproblemer.</p>
<p>Andre overvejelser</p>	<p>Der skønnes ikke at være tilstrækkelig kapacitet og hermed adgang til disse undersøgelser.</p> <p>Begge undersøgelser giver udelukkende et øjebliksbillede, hvorfor supplerende observationer og kliniske undersøgelser er vigtige i fortolkningen af undersøgelsesresultat.</p>

3.7 Rationale for anbefaling

Der blev i formuleringen af anbefalingen lagt vægt på, at instrumentel undersøgelse som supplement til den systematiske kliniske undersøgelse formentlig vil optimere udredningen og målrette den videre behandling af øvre dysfagi, samt at anbefalinger til oralt indtag kan blive mere målrettede. Der vurderes ikke at være betydende skadevirkninger. Det skønnes, at et flertal af patienter vil acceptere en instrumentel undersøgelse med henblik på at sikre afklaring af problemstillingen. Der blev fundet evidens af lav kvalitet.

3.8 Evidensprofil

Klinisk undersøgelse suppleret med endoskopisk (FEES) eller radiologisk (FVES) undersøgelse af synkefunktionen sammenlignet med Klinisk udredning uden instrumentel undersøgelse							
Population: Voksne (≥ 18) med symptomer på øvre dysfagi påvist ved klinisk undersøgelse							
Intervention: Klinisk undersøgelse suppleret med endoskopisk (FEES) eller radiologisk (FVES) undersøgelse af synkefunktionen							
Sammenligning: Klinisk udredning uden instrumentel undersøgelse							
Outcomes (Tidsramme)	Absolut effekt* (95% CI)			Relativ effekt 95% CI	Antal delta- gere (studer- er), fol- low-up	Evi- densniveau (GRADE)	Kommen- tarer
	Klinisk udred- ning uden instru- mental undersø- gelse	Klinisk undersø- gelse sup- pleret med in- strumen- tel under- søgelse	Forskel med in- strumen- tel under- søgelse				
Død (Death) (Længste fol- low-up (6 til 18 måneder))							Ingen evi- dens fundet
Pneumoni (pneumonia) (Længste fol- low-up (6 til 18 måneder))	Ikke esti- merbart	Ikke esti- merbart		Ikke estimer- bart	1 stu- die ⁽³¹⁾ (N=119)	⊕ ⊕ ⊖ ⊖ Lav	Risiko for attrition bias (Incomplete outcome data) + upræcist ef- fektestimater pga lav prævalens. Kun ét stu- die.
Genindlæg- gelses (antal) (Number of readmissions to hospital)							Ingen evi- dens fundet
Varighed af indlæggelse (Length of hospital stay (LOS)) (Længste fol- low-up (6 til 18 måneder))	Ikke esti- merbart	Ikke esti- merbart	Ikke esti- merbart		Et stu- die ⁽³¹⁾ (N=119)	⊕ ⊕ ⊖ ⊖ Lav	Stor varia- tion om- kring punktesti- mater for begge grupper. Kun et stu- die
Ernærings- status (Nutri- tional status) (Længste fol- low-up (6 til 18 måneder))							Ingen evi- dens fundet
Sværheds- grad af dys- fagi (Dysphagia severity) (Længste fol- low-up (6 til 18 måneder))							Ingen evi- dens fundet
Antal dage til oralt ind- tag (Days to	Ikke esti- merbart	Ikke esti- merbart	Ikke esti- merbart		1 stu- die ⁽³¹⁾ (N=119)	⊕ ⊕ ⊖ ⊖ Lav	Stor varia- tion om- kring

initiation of oral intake) <i>(Længste follow-up (6 til 18 måneder))</i>)	punktestimater for begge grupper. Kun et studie
Livskvalitet (Quality of life) <i>(Længste follow-up (6 til 18 måneder))</i>		Ingen evidens fundet
*Den absolutte effekt i kontrolgruppen er baseret på den gennemsnitlige effekt i de inkluderede studier medmindre andet er angivet i kommentarfeltet. Den absolutte effekt i interventionsgruppen samt forskellen er baseret på den relative effekt og den absolutte risiko i kontrolgruppen. CI: Konfidensinterval ; RR: Relativ risiko , MD: Gennemsnitlig forskel		
GRADE evidensniveauer: Høj: Vi er meget sikre på, at den sande effekt ligger tæt på den estimerede. Moderat: Vi er moderat sikre på den estimerede effekt. Den sande effekt ligger sandsynligvis tæt på denne, men der er en mulighed for, at den er væsentligt anderledes. Lav: Vi har begrænset tiltro til den estimerede effekt. Den sande effekt kan være væsentligt anderledes end den estimerede effekt. Meget lav: Vi har meget ringe tiltro til den estimerede effekt. Den sande effekt vil sandsynligvis være væsentligt anderledes end den estimerede effekt.		

4 Målrettet måltidsassistance

4.1 Fokuseret spørgsmål 4

Bør målrettet måltidsassistance anvendes til voksne med øvre dysfagi?

4.2 Anbefaling

✓ *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.*

4.3 Praktiske råd og særlige patientovervejelser

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 synketeknikker, 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.

4.4 Baggrund for valg af spørgsmål

Øvre dysfagi forekommer ofte ved sygdomme og tilstande, der medfører funktionsnedsættelser og aktivitetsbegrænsninger i forhold til selv at kunne varetage og udføre anbefalede adaptive og kompenserende indsatser til at sikre effektiv og sikker fødeindtagelse i forbindelse med måltider⁽³⁴⁾.

Observationelle studier viser, at selvhjulpne personer med øvre dysfagi, der ikke følger anbefalede adaptive og kompenserende indsatser i forhold til fx kost- og væskekonsistens samt hoved- og kropsstillinger, har en øget forekomst af pneumoni^(35,36). Det kan derfor antages, at målrettet måltidsassistance, med henblik på at sikre at anbefalede indsatser følges, kan forebygge død og øget sygelighed (pneumonier og kvælning) og forbedre livskvaliteten hos patienter med øvre dysfagi.

Målrettet måltidsassistance har som formål at sikre kompliance i forhold til anbefalede indsatser. Assistanzen planlægges med udgangspunkt i patientens funktionsevne således, at effektiv og sikker fødeindtagelse sikres i forbindelse med måltider^(37,38).

Arbejdsgruppen har derfor valgt at undersøge evidensen på området for at afklare, hvorvidt måltidsassistance bør tilbydes voksne med øvre dysfagi. Se [bilag 6](#) for nærmere beskrivelse af PICO 4.

4.5 Sammenfatning

Ved den systematiske litteratursøgning blev der ikke fundet RCTer, der undersøgte effekten af målrettet måltidsassistance til voksne med øvre dysfagi sammenlignet med standardbehandling uden målrettet måltidsassistance.

Arbejdsgruppen kunne pga. manglende evidens på området ikke udarbejde en evidensbaseret anbefaling. I stedet formulerede arbejdsgruppen en god praksis anbefaling om målrettet måltidsassistance til voksne med øvre dysfagi.

4.6 Arbejdsgruppens overvejelser

Kvaliteten af evidensen	Der er ikke fundet evidens på området.
Balancen mellem gavnlige og skadelige effekter	Interventionen skønnes at medvirke til at sikre, at patienten får sufficient næring, samt at risikoen for aspiration under måltidet mindskes. Der skønnes ikke at være skadelige effekter ved interventionen, men patienter kan føle sig overvåget under måltidet.
Patientpræferencer	Det vurderes, at mange patienter vil ønske at modtage måltidsassistance. Der er dog patienter, der vil fravælge interventionen, hvis de føler sig overvågede og kontrollerede.

4.7 Rationale for anbefaling

Der blev i formuleringen af anbefalingen lagt vægt på, at målrettet måltidsassistance kan sikre, at patienten får sufficient næring samt at risikoen for aspiration under måltid mindskes. Der skønnes ikke at være skadelige effekter ved interventionen, men patienter kan opleve at føle sig overvåget. Det vurderes, at mange patienter vil ønske at modtage måltidsassistance. Der blev ikke fundet evidens på området.

5 Træning i spise- og drikkeaktiviteter

5.1 Fokuseret spørgsmål 5

Bør træning i spise- og drikkeaktivitet tilbydes voksne med øvre dysfagi?

5.2 Anbefaling

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

5.3 Praktiske råd og særlige patientovervejelser

Træningen bør tilrettelægges individuelt med udgangspunkt i patientens funktionsevne i tre af synkningen's 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, konsistensstyper- 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).

5.4 Baggrund for valg af spørgsmål

I forbindelse med den ergoterapeutiske træning til personer med øvre dysfagi benyttes aktiviteterne ”at spise og drikke” som terapeutisk middel til at træne patientens funktioner, færdigheder og selvstændighed⁽³⁹⁻⁴¹⁾. Dette med henblik på progression af funktion samt til at fremme muligheder for aktivitet og deltagelse i hverdagslivet⁽⁴²⁾. Ved træning i spise- og drikkeaktiviteter sikres patienten en sikker, effektiv og kontrolleret udførelse/oplevelse ved indtagelse af mad og drikke⁽⁴³⁾. Træningen tilrettelægges i forhold til patientens individuelle behov; dvs. at aktiviteten og/eller omgivelserne kan gradueres/tilpasses og/eller patienten kan guides verbalt eller fysisk til at udføre hele aktiviteten eller dele af aktiviteten^(27,41).

I Sundhedsstyrelsens NKR for fysioterapi og ergoterapi til voksne med nedsat funktionsevne som følge af erhvervet hjerneskade, herunder apopleksi⁽⁴⁴⁾, gives en stærk anbefaling for træning i personlige og instrumentelle hverdagsaktiviteter samt fritidsaktiviteter.

Arbejdsgruppen har derfor valgt at undersøge, om specifik træning i spise- og drikkeaktiviteter bør tilbydes til voksne med øvre dysfagi. Se [bilag 6](#) for nærmere beskrivelse af PICO 5.

5.5 Sammenfatning

Ved den systematiske litteratursøgning blev der ikke fundet RCTer, der undersøgte effekten af træning i spise- og drikkeaktivitet til voksne med øvre dysfagi sammenlignet med standardbehandling uden træning i spise- og drikkeaktivitet. Det skal bemærkes, at arbejdsgruppen har afgrænset sig fra litteratur, der ikke opfylder kriteriet for aktivitet som terapeutisk middel (se mere i [bilag 10 Forkortelser og begreber](#)).

Arbejdsgruppen kunne på grund af manglende evidens på området ikke udarbejde en evidensbaseret anbefaling. I stedet blev der ved konsensus formuleret en god praksis anbefaling vedrørende træning i spise- og drikkeaktivitet til voksne med øvre dysfagi.

5.6 Arbejdsgruppens overvejelser

Kvaliteten af evidensen	Der er ikke fundet evidens på området.
Balancen mellem gavnlige og skadelige effekter	Når træning foregår i en naturlig kontekst, kan det lærte lettere overføres og dermed appliceres i hverdagslivet. Der skønnes ikke at være skadevirkninger af interventionen.
Patientpræferencer	<p>For patienten og de pårørende er det en meget vigtig faktor, at patienten kan deltage i spise- og drikkeaktiviteter.</p> <p>Der skønnes at være en vis præferencefølsomhed, da patienten kan opleve restriktioner i forhold til, hvordan spise- og drikkeaktiviteten bør udføres, samt hvilke væske- og kosttyper patienten anbefales at indtage.</p> <p>Patienter ønsker ikke nødvendigvis træning, når de er meget sultne.</p>

5.7 Rationale for anbefaling

Der blev i formuleringen af anbefalingen lagt vægt på, at træning i spise- og drikkeaktiviteter kan sikre, at patienten får en oplevelse med mad og drikke i en sikker, kontrolleret situation, samt at det sikres at synkning foregår effektivt og sikkert. Træning foregår i en sammenhæng som ligner hverdagslivet mest muligt, dvs. i forbindelse med måltider. Der skønnes ikke at være skadevirkninger af interventionen. Der blev ikke fundet evidens på området.

6 Intensiveret mundhygiejne

6.1 Fokuseret spørgsmål 6

Bør intensiveret eller almindelig god mundhygiejne tilbydes voksne med øvre dysfagi og som har aktivitetsbegrænsninger i forhold til at varetage omsorg for sig selv?

6.2 Anbefaling

✓ **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.**

6.3 Praktiske råd og særlige patientovervejelser

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.

6.4 Baggrund for valg af spørgsmål

Øvre dysfagi kan være forbundet med ophobning af madrester og sekret i mund og svælg⁽⁴⁵⁾, hvilket øger bakteriel kolonisering og risiko for lungebetændelse^(46,47). Studier har vist, at god mundhygiejne mindsker risikoen for lungebetændelse blandt ældre plejehjemsbeboere⁽⁴⁸⁾ og hos intensivpatienter i respiratorbehandling⁽⁴⁹⁾. Tandbørstning to gange dagligt af to minutters varighed er optimal for at opretholde basal og god mundhygiejne⁽⁵⁰⁾. Flere undersøgelser påpeger dog, at mundpleje nedprioriteres hos indlagte patienter, der ikke er i intensiv behandling⁽⁵⁰⁻⁵³⁾.

Dysfagi forekommer ofte ved sygdomme og tilstande, der medfører aktivitetsbegrænsninger ved udførelse af basale dagligdags aktiviteter som mundhygiejne⁽³⁴⁾. Det kan derfor antages, at forebyggelse af lungebetændelse hos voksne med øvre dysfagi kan opnås

ved intensiveret mundpleje med henblik på fjernelse af patogene bakterier og svampe fra mundhulen.

Arbejdsgruppen fandt det derfor relevant at afklare, hvorvidt voksne patienter med øvre dysfagi bør tilbydes intensiveret mundhygiejne. Se [bilag 6](#) for nærmere beskrivelse af PI-CO 6.

6.5 Sammenfatning

Ved den systematiske litteratursøgning blev der ikke fundet RCTer, der undersøgte effekten af intensiveret mundhygiejne til voksne med øvre dysfagi sammenlignet med standardbehandling.

Arbejdsgruppen kunne på grund af manglende evidens på området ikke udarbejde en evidensbaseret anbefaling, men har heller ikke fundet belæg for, at en intensivering af mundhygiejne ud over almindelig god mundhygiejne gør en forskel for patienterne. I stedet blev der ved konsensus formuleret en god praksis anbefaling vedrørende god daglig mundhygiejne til voksne med øvre dysfagi.

6.6 Arbejdsgruppens overvejelser

Kvaliteten af evidensen	Der er ikke fundet evidens på området.
Balancen mellem gavnlige og skadelige effekter	<p>God mundhygiejne sikrer generelt bedre tandstatus, kan lindre smerter, ubehag og odeur samt øge oral indtagelse.</p> <p>Der kan være risiko for aspiration af vand, tandpasta og mundskyllevæske.</p> <p>Der kan være risiko for at skade mundslimhinden, hvis tandbørstningen er for kraftig eller for langvarig, eller tandbørsten er for hård.</p>
Patientpræferencer	Det skønnes, at et flertal af patienterne vil ønske god mundhygiejne, da det er forbundet med komfort og personligt velbefindende. Patienter, som ikke er vant til at udføre god mundhygiejne, kan afvise tilbud, og kompliance er en udfordring.

6.7 Rationale for anbefaling

Der blev i formuleringen af anbefalingen lagt vægt på, at god mundhygiejne generelt sikrer en bedre tandstatus og dermed mindre risiko for pneumoni. God mundhygiejne kan lindre smerter, ubehag og odeur samt øge oral indtagelse. Der kan være risiko for aspiration af vand og tandpasta ved brug af almindelig tandbørstning. Det skønnes, at et flertal af patienterne vil ønske mundhygiejne, da det er forbundet med komfort og personligt velbefindende.

7 Sensomotorisk træning af tungen

7.1 Fokuseret spørgsmål 7

Bør sensomotorisk træning af tungen tilbydes voksne med øvre dysfagi?

7.2 Anbefaling

↑ *Overvej at tilbyde sensomotorisk træning af tungen som en del af en samlet træningsprotokol til patienter med øvre dysfagi som følge af hoved-halskræft (⊕○○○).*

√ *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.*

7.3 Praktiske råd og særlige patientovervejelser

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 overførbare.

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.

7.4 Baggrund for valg af spørgsmål

Tungens sensoriske og motoriske funktioner har en afgørende betydning for, om bearbejdning og synkning af mad og drikke foregår effektivt og sikkert. Nedsat smagssans, sensibilitet og motorik (bevægelse og styrke) af tungen kan medføre problemer ved bøluddannelse, -kontrol og- transport i mundhulen og svælget samt kontrol af mundvand⁽⁵⁴⁾.

Observationelle studier viser, at nedsat styrke, bevægelighed og kontrol af tungen ses ved øvre dysfagi relateret til sygdomme og skader i nervesystemet, ved hoved-halskræft samt aldersbetinget forandringer i mund og svælg hos ældre med multimorbiditet⁽⁵⁵⁻⁵⁷⁾ og kan øge risiko for aspiration⁽⁵⁴⁾.

Sensomotorisk træning af tungen vil oftest indgå som del af en samlet indsats ved øvre dysfagi. De forskellige metoder ved sensomotorisk træning af tungen kan være, men er ikke begrænset til F.O.T.T.-metoden^(27,32,43), stimulering og mobilisering af tungen (når patienten ikke er i stand til at bevæge tungen aktivt), bevægeøvelser⁽⁵⁸⁾, Masako manøvre (tunge-hold) eller specifik styrketræning af tunge og læber via fx Iowa Oral Performance Instrument (IOPI) eller tungespatler⁽⁵⁹⁾.

Arbejdsgruppen ønskede derfor at undersøge evidensgrundlaget for den gældende praksis. Se [bilag 6](#) for nærmere beskrivelse af PICO 7.

7.5 Sammenfatning

Evidensgrundlaget for besvarelsen af det fokuserede spørgsmål består af seks RCTer (N=251) identificeret ved primærsøgning⁽⁶⁰⁻⁶⁵⁾.

Studierne inkluderer patienter med hoved-halskræft med følgende karakteristika: Der afventer at modtage stråle- og/eller kemoterapibehandling (N=81)^(61,64), der er under stråle- og/eller kemoterapibehandling (N=58)⁽⁶³⁾ eller, der har afsluttet ambulans stråle- og/eller kemoterapibehandling (N=112)^(60,62,65).

Interventionen i alle seks studier var specielt udviklet og beskrevet i studiespecifikke træningsprotokoller, der bestod af flere indsatser. Disse var adaptive strategier^(63,65), fx med tilpasning af væske- og kostkonsistens; kompenserende strategier til at fremme synkeprocessen⁽⁶⁰⁻⁶⁵⁾, fx ændret hovedstilling med Chin tuck (fleksion af hovedet) og synkemanøvrer (Mendelsohn Manøvre, Effortfull (kraftfuldt) synk, Supraglottisk synk eller super-Supraglottisk synk) samt sensomotorisk træning med bevægeøvelser for kæbe og tunge^(60,62,64,65) og styrketræning for tungen⁽⁶⁰⁻⁶³⁾. Træningsprotokollernes enkelte elementer blev typisk gentaget 10-15 gange, tre til fire gange dagligt, og fem til seks dage per uge. Interventionen varede 6 til 12 uger. Interventionen blev sammenlignet med vanlig behandling, der typisk indeholdt adaptive strategier alene⁽⁶³⁾, kompenserende strategier i kombination med få bevægeøvelser af tunge/kæbe^(61,62) eller ingen træning^(60,64,65).

Kvaliteten af evidensen vedrørende det kritiske outcome "livskvalitet" er meget lav. Der ses ingen signifikant effekt på generel livskvalitet. Der ses tilsvarende kvalitet af evidensen samt effekt på de vigtige outcomes "dysfagi sværhedsgrad" og "ernæringsstatus". To kritiske outcomes vedrørende "mortalitet" og "pneumoni" og to vigtige outcomes vedrørende "antal genindlæggelser" og "antal dage til oralt indtag" blev ikke belyst i de inkluderede studier.

I alle de inkluderede RCTer indgik sensomotorisk træning af tungen som et begrænset delelement af en samlet træningsprotokol med flere forskellige interventioner til patienter med hoved-halskræft. Det er derfor vanskeligt at besvare det fokuserede spørgsmål entydigt. Der blev derfor udarbejdet en evidensbaseret anbefaling vedrørende sensomotorisk træning af tungen til patienter med øvre dysfagi efter hoved-halskræft samt en god praksis anbefaling for patienter med øvre dysfagi efter øvrige disponerende faktorer.

7.6 Arbejdsgruppens overvejelser

Kvaliteten af evidensen	Kvaliteten af evidensen er meget lav
Balancen mellem gavnlige og skadelige effekter	Der ses ikke effekt af interventionen i de inkluderede studier. Klinisk erfaring peger dog på, at interventionen kan hjælpe patienter med svær øvre dysfagi til at påbegynde synkebevægelser samt vedligeholde tungen bevægelighed. Hos patienter med mild/moderat øvre dysfagi kan interventionen hjælpe patienten til at øge/opretholde færdighederne i forbin-

delse med indtagelse af mad og drikke.

Der skønnes ikke at være skadelige effekter ved interventionen.

Patientpræferencer

Det skønnes at interventionen er præferencefølsom. Træningen kan opleves grænseoverskridende for patienten. Patienter med Hoved-halskræft kan opleve træningen som en ekstra belastning under stråle- og/eller kemoterapibehandling og vil formentlig fravælge den. Vigtig med dialog, omhyggelig tilrettelæggelse, forberedelse og korrekt udførelse af træningsteknikken.

7.7 Rationale for anbefaling

Der blev i formuleringen af anbefalingerne lagt vægt på, at klinisk erfaring peger på, at interventionen generelt kan hjælpe patienter med øvre dysfagi som følge af sygdomme og skader i nervesystemet, ved hoved-halskræft samt aldersbetingede forandringer i mund og svælg hos ældre med multimorbiditet til at øge og/eller bibeholde aktivitetsniveau. Kvaliteten af evidensen var meget lav. Der var ingen rapporterede skadevirkninger. Der var en forventning om, at de fleste patienter med øvre dysfagi og nedsat sensorisk og/eller motorisk funktion af tungen vil tage imod tilbud om sensomotorisk træning af tungen.

7.8 Evidensprofil

Senso-motorisk træning af tungens funktioner sammen med standardbehandling sammenlignet med standardbehandling uden tillæg af senso-motorisk træning af tungen							
Population: Voksne (≥ 18 år) med øvre dysfagi, hvor problemet er nedsat bevægelse, koordination, styrke og/eller udholdenhed af tungens funktioner, der medfører svækket synkeeffektivitet og - sikkerhed.							
Intervention: Senso-motorisk træning af tungens funktioner sammen med standardbehandling							
Sammenligning: Standardbehandling uden tillæg af senso-motorisk træning af tungen							
Outcomes (Tidsramme)	Absolut effekt* (95% CI)			Relativ effekt 95% CI	Antal deltagere (studier), follow-up	Evidensniveau (GRADE)	Kommentarer
Død (Death) (Længste follow-up (6 til 18 måneder))	Standardbehandling uden tillæg af senso-motorisk træning af tungen	Sensomotorisk træning af tungens funktioner sammen med standardbehandling	Forskel med sensomotorisk træning af tungens funktioner sammen med standardbehandling				Ingen evidens fundet
Pneumoni (Pneumonia)							Ingen evidens fundet

<i>(Længste follow-up (6 til 18 måneder))</i>							
Sværhedsgrad af dysfagi (Dysphagia severity)/ Forbedring af dysfagi (dysphagia improvement)	657 per 1000	811 per 1000 (-433 til 1524)	154 flere per 1000 (226 færre til 870 flere)	RR 1,23 (-0,66 to 2,32)	72 (2 studier ^(60,61))	⊕ ⊖ ⊖ ⊖ Meget lav	Risiko for bias (performance, attrition, reporting), upræcist effektestimater, inkonsistente resultater
Indlæggelser (antal) (Number of admissions to hospital)							Ingen evidens fundet
Ernæringsstatus (Nutritional status) (Længste follow-up (6 til 18 måneder))	gennemsnit 80,8	gennemsnit 75,5	MD 5,3 (25,05 færre til 35,65 flere)		37 (1 studie ⁽⁶¹⁾ , 12 mdr's follow up)	⊕ ⊖ ⊖ ⊖ Meget lav	Risiko for bias (performance, attrition, reporting), upræcist effektestimater, manglende overførbarehed for intervention
Sværhedsgrad af dysfagi (Dysphagia severity) (Længste follow-up (6 til 18 måneder))			SMD 0,19 (0,25 færre til 0,63 flere)		82 (3 studier ⁽⁶²⁻⁶⁴⁾ , 6 mdr's follow up)	⊕ ⊖ ⊖ ⊖ Meget lav	Risiko for bias (performance, attrition), upræcist effektestimater, manglende overførbarehed for intervention
Livskvalitet (Quality of life)/General (Længste follow-up (6 til 18 måneder))			SMD 0,36 (0,07 færre til 0,79 flere)		90 (3 studier ^(62,64,65) , 6 mdr's follow up)	⊕ ⊖ ⊖ ⊖ Meget lav	risiko for bias (performance, detection, reporting), upræcist effektestimater, manglende overførbarehed for intervention
Dage til oralt indtag (Days to oral intake) (Ved endt intervention)							Ingen evidens fundet
*Den absolutte effekt i kontrolgruppen er baseret på den gennemsnitlige effekt i de inkluderede studier medmindre andet er angivet i kommentarfeltet. Den absolutte effekt i interventionsgruppen samt forskellen er baseret på den relative effekt og den absolutte risiko i kontrolgruppen. CI: Konfidensinterval ; RR: Relativ ri-							

siko, MD: **Gennemsnitlig forskel**, SMD: **Standardiserede gennemsnitlige forskelle**

GRADE evidensniveauer:

Høj: Vi er meget sikre på, at den sande effekt ligger tæt på den estimerede.

Moderat: Vi er moderat sikre på den estimerede effekt. Den sande effekt ligger sandsynligvis tæt på denne, men der er en mulighed for, at den er væsentligt anderledes.

Lav: Vi har begrænset tiltro til den estimerede effekt. Den sande effekt kan være væsentligt anderledes end den estimerede effekt.

Meget lav: Vi har meget ringe tiltro til den estimerede effekt. Den sande effekt vil sandsynligvis være væsentligt anderledes end den estimerede effekt.

8 Trakealkanyle

8.1 Fokuseret spørgsmål 8

Bør systematisk tværfaglig indsats anvendes til patienter med cuffet trakealkanyle og øvre dysfagi med henblik på hensigtsmæssig afcuffning og eventuelt dekanyleing?

8.2 Anbefaling

√ *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 dekanyleing.*

8.3 Praktiske råd og særlige patientovervejelser

Der bør udvikles lokale retningslinjer og flowcharts vedrørende afcuffning og eventuelt dekanyleing; 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 dekanyleing.

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

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

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

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

8.4 Baggrund for valg af spørgsmål

Hos voksne med svær dysfagi og stor risiko for aspiration er der ofte behov for at anlægge en cuffet trakealkanyle (dvs. der er en lille ballon omkring trakealkanyle, der pustes op, således at aspireret materiale forhindres i at komme ned i de dybe luftveje)⁽⁶⁶⁾. Det vil typisk forekomme ved fx apopleksi, hovedtraumer, encephalitis, Guillain-Barrés syndrom, critical illness polyneuropati samt hos patienter efter langvarig respiratorbehandling for ikke-neurologiske lidelser^(67,68). Der er tale om patienter, der har forskellige neurologiske udfald (fx kranienerve pareser), patienter med stærkt påvirket vågenhed (vegetative til minimalt bevidste) samt patienter med følger efter kirurgi og strålebehandling ved hoved-halskræft.

Det antages, at en cuffet trakealkanyle i sig selv kan påvirke synkefunktionen negativt; fx begrundet i fikseret hovedstilling, ændret åndedrætsmønster og lugte-/smagssans, nedsat aktivitet af stemmelæberne, svækket hostekraft og -effektivitet, nedsat sensibilitet i trachea, nedstat bevægelighed af struben på grund af tyngden fra kanylen samt øget sekretdannelse⁽⁶⁹⁾. Derudover beskrives en sammenhæng mellem langvarig trakeostomi og en

række medicinske komplikationer som fx kanyle blokeret af sekret eller koagel, tubedisplacering, blødning, larynxstenose, granulationer (uhensigtsmæssigt vækst af arvæv), fistler og respiratorisk infektion⁽⁷⁰⁾. Derfor anbefales det, at patienter med øvre dysfagi og cuffet trakealkanyle påbegynder afcuffning med henblik på skift til glat trakealkanyle og eventuel dekanyle, så snart tilstanden tillader det⁽⁷¹⁾.

Afcuffning med henblik på skift til en glat trakealkanyle og senere dekanyle er en kompleks og mange-facetteret proces⁽⁷¹⁾. I Danmark foregår afcuffning og dekanyle typisk i et tværfagligt samarbejde i hospitalsregi, hvor det tværfaglige team inkluderer læge, sygeplejerske, fysioterapeut og ergoterapeut⁽⁷²⁾. Det er dog arbejdsgruppens oplevelse, at der er stor variation i dansk klinisk praksis vedrørende inddragelse af alle relevante sundhedspersoner samt brug af algoritmer, flowcharts eller lignende. I de tilfælde, hvor afcuffning og eventuel dekanyle ikke foregår tværfagligt, kan der ses komplikationer, fx gentagne pneumonier, svære respiratoriske problemer, respirationsstop, genoplæggelse af trakealkanylen og lignende⁽⁷¹⁾.

Arbejdsgruppen ønskede at afklare evidensen for anvendelse af tværfaglige retningslinjer og flowcharts til afcuffning og eventuel dekanyle, idet dysfagien og de respiratoriske problemer kan være så betydende, at der enten er risiko for at patienterne forbliver på en trakealkanyle, fordi der ikke foretages relevant træning, eller at patientens trakealkanyle ikke afcuffes og dekanyles sikkert og hensigtsmæssigt med store komplikationer til følge. (Se [bilag 6](#) for nærmere beskrivelse af PICO 8).

8.5 Sammenfatning

Ved den systematiske litteratursøgning blev der ikke fundet RCT'er, der kunne besvare det fokuserede spørgsmål.

Et observationelt studie har undersøgt effekten af en tværfaglig indsats vedrørende afcuffning og dekanyle hos patienter med cuffet trakealkanyle. Interventionen var beskrevet i en lokal retningsline; herunder et afcuffnings- og dekanyle-flowchart til patienter med svær neurogen dysfagi og trakeostomi indlagt på en højtspecialiseret neurorehabiliteringsklinik⁽⁷³⁾. Interventionen var baseret på F.O.T.T-metoden⁽³²⁾. På baggrund af en retrospektiv undersøgelse af data fra en stikprøve på N= 47 (interventionsgruppe (N=35) og en historisk kontrolgruppe (N=12)), fandt man en reduktion i antal dage til dekanyle hos de patienter, der modtog en tværfaglig indsats. Studiet fandt ingen effekt på pneumoni⁽⁷³⁾. Studier med denne type undersøgelsesdesign kan dog ikke belyse en mulig årsagssammenhæng mellem en givet intervention og et udfald hos patienten.

Arbejdsgruppen kunne pga. manglende evidens på området ikke udarbejde en evidensbaseret anbefaling. I stedet blev der ved konsensus formuleret en god praksis anbefaling.

8.6 Arbejdsgruppens overvejelser

Kvaliteten af evidensen	Der er ikke identificeret brugbar evidens.
Balancen mellem gavnlige og skadelige effekter	Klinisk erfaring peger på, at interventionen med en tværfaglig retningslinje og flowchart til afcuffning og eventuel dekanyle kan medføre et positivt outcome. Sandsynligheden for at kunne skifte til en glat kanyle eller dekanyle

	<p>øges. Dette kan give en betydelig bedring i patientens livskvalitet.</p> <p>Derudover skønnes der ikke at være nogen betydende risici forbundet med interventionen. Derimod kan uhensigtsmæssig afcuffning og dekanylering medføre komplikationer, forlængede indlæggelser og utilfredsstillende og utrygge forløb for patient og pårørende.</p>
Patientpræferencer	Interventionen skønnes ikke at være præferencefølsom. Patienter vil ønske hensigtsmæssig og sikker dekanylering.
Andre overvejelser	Medicinske komplikationer forbundet med for hurtig dekanylering kan forlænge hospitalsindlæggelsen og rehabiliteringen samt medføre øgede omkostninger.

8.7 Rationale for anbefaling

Der blev i formuleringen af anbefalingen lagt vægt på, at en systematisk tværfaglig intervention med henblik på hensigtsmæssig og sikker afcuffning og eventuel dekanylering til patienter med trakealkanyle og øvre dysfagi kan optimere udredning og målrette den videre behandling. Der vurderes ikke at være skadevirkninger ved systematisk tværfaglig intervention vedrørende afcuffning og dekanylering. Der blev ikke fundet brugbar evidens på området, men klinisk erfaring peger på positive outcomes, samt at uhensigtsmæssig afcuffning kan medføre komplikationer i form af pneumoni, forlængede indlæggelser og eventuelt død.

9 Referenceliste

- (1) Roden DF, Altman KW. Causes of dysphagia among different age groups: a systematic review of the literature. *Otolaryngol Clin North Am* 2013 Dec;46(6):965-987.
- (2) Denk-Linnert DM. Evaluation of Symptoms. In: *Dysphagia*. Ekberg O (ed). Medical Radiology : Diagnostic Imaging Berlin; Heidelberg;: Springer, 2012. p. 71-81.
- (3) Park YH, Han HR, Oh BM, Lee J, Park JA, Yu SJ, et al. Prevalence and associated factors of dysphagia in nursing home residents. *Geriatr Nurs* 2013;34(3):212-217.
- (4) Altman KW, Yu GP, Schaefer SD. Consequence of dysphagia in the hospitalized patient: impact on prognosis and hospital resources. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2010;136(8):784-789.
- (5) Ickenstein G. *Diagnosis and treatment of neurogenic oropharyngeal dysphagia*. Bremen; London; Boston, Mass.: UNI-MED-Verl., 2014.
- (6) Klinisk retningslinje for modificeret kost og væske til voksne (+18 år) personer med øvre dysfagi. Aarhus : Center for Kliniske Retningslinjer, 2012. [Link](#)
- (7) Ramsey D, Smithard D, Kalra L. Silent aspiration: what do we know? *Dysphagia* 2005;20(3):218-225.
- (8) Garon BR, Sierzant T, Ormiston C. Silent aspiration: results of 2,000 video fluoroscopic evaluations. *J Neurosci Nurs* 2009;41(4):178-85; quiz 186-7.
- (9) Donovan NJ, Daniels SK, Edmiaston J, Weinhardt J, Summers D, Mitchell PH, et al. Dysphagia screening: state of the art: invitational conference proceeding from the State-of-the-Art Nursing Symposium, International Stroke Conference 2012. *Stroke* 2013;44(4):e24-31.
- (10) Daniels SK, Anderson JA, Willson PC. Valid items for screening dysphagia risk in patients with stroke: a systematic review. *Stroke* 2012;43(3):892-897.
- (11) Kertscher B, Speyer R, Palmieri M, Plant C. Bedside screening to detect oropharyngeal dysphagia in patients with neurological disorders: an updated systematic review. *Dysphagia* 2014;29(2):204-212.
- (12) Etges CL, Scheeren B, Gomes E, Barbosa Lde R. Screening tools for dysphagia: a systematic review. *Codas* 2014;26(5):343-349.
- (13) Martino R, Flowers H, Shaw S, Diamant N. A Systematic Review of Current Clinical and Instrumental Swallowing Assessment Methods. *Curr Phys Med Rehabil Rep* 2013;1(4):267-279.
- (14) Park YH, Bang HL, Han HR, Chang HK. Dysphagia screening measures for use in nursing homes: a systematic review. *J Korean Acad Nurs* 2015;45(1):1-13.

- (15) Referenceprogram for behandling af patienter med apopleksi og TCI. Dansk Selskab for Apopleksi. 2013. Senest hentet: 17-08-2015. [Link](#)
- (16) Sundhedsstyrelsen. Forløbsprogram for rehabilitering af voksne med erhvervet hjerne-skade - apopleksi og transitorisk cerebral iskæmi (TCI) - traume, infektion, tumor, subarachnoidalblødning og encephalopati. Version 1.0; Versionsdato: 15.06.2011. København : Sundhedsstyrelsen, 2011. [Link](#)
- (17) Bommersholdt ME, Bennett M, Patientombuddet. Temarapport om dysfagi : om fa-ren ved fejlsynkning. Patientombuddet, 2012. [Link](#)
- (18) Fredslund SV, Hogdal N, Christensen MB, Wessel I. Dysphagia training after head and neck cancer fails to follow legislation and national recommendations. *Dan Med J* 2015;62(5):A5067.
- (19) Middleton S, McElduff P, Ward J, Grimshaw JM, Dale S, D'Este C, et al. Implemen-tation of evidence-based treatment protocols to manage fever, hyperglycaemia, and swal-lowing dysfunction in acute stroke (QASC): A cluster randomised controlled trial. *The Lancet* 2011;378(9804):1699-1706.
- (20) Hinchey JA, Shephard T, Furie K, Smith D, Wang D, Tonn S. Formal dysphagia screening protocols prevent pneumonia. *Stroke* 2005;36(9):1972-1976.
- (21) Osborne S, Gardner G, Gardner A, Franklin S, Tuohy E, Fisher A. Using a moni-tored test to assess risk of aspiration in postoperative patients. *AORN J* 2006;83(4):908-912.
- (22) Vogels B, Cartwright J, Cocks N. The bedside assessment practices of speech-language pathologists in adult dysphagia. *Int J Speech Lang Pathol* 2015;17(4):390-400.
- (23) O'Horo JC, Rogus-Pulia N, Garcia-Arguello L, Robbins J, Safdar N. Bedside diag-nosis of dysphagia: a systematic review. *J Hosp Med* 2015;10(4):256-265.
- (24) Carnaby-Mann G, Lenius K. The bedside examination in dysphagia. *Phys Med Re-habil Clin N Am* 2008;19(4):747-68, viii.
- (25) Bateman C, Leslie P, Drinnan MJ. Adult dysphagia assessment in the UK and Ire-land: are SLTs assessing the same factors? *Dysphagia* 2007;22(3):174-186.
- (26) Pettigrew CM, O'Toole C. Dysphagia evaluation practices of speech and language therapists in Ireland: clinical assessment and instrumental examination decision-making. *Dysphagia* 2007;22(3):235-244.
- (27) Hansen TS, Jakobsen D. A decision-algorithm defining the rehabilitation approach: 'Facial oral tract therapy'. *Disabil Rehabil* 2010;32(17):1447-1460.
- (28) Van den Bruel A, Cleemput I, Aertgeerts B, Ramaekers D, Buntinx F. The evalua-tion of diagnostic tests: evidence on technical and diagnostic accuracy, impact on patient outcome and cost-effectiveness is needed. *J Clin Epidemiol* 2007;60(11):1116-1122.

- (29) Aviv JE. Prospective, randomized outcome study of endoscopy versus modified barium swallow in patients with dysphagia. *Laryngoscope* 2000;110(4):563-574.
- (30) Brady S, Donzelli J. The modified barium swallow and the functional endoscopic evaluation of swallowing. *Otolaryngol Clin North Am* 2013;46(6):1009-1022.
- (31) Kjaersgaard A, Nielsen LH, Sjolund BH. Randomized trial of two swallowing assessment approaches in patients with acquired brain injury: Facial-Oral Tract Therapy versus Fiberoptic Endoscopic Evaluation of Swallowing. *Clin Rehabil* 2014 Mar;28(3):243-253.
- (32) Nusser-Müller-Busch R(. Die Therapie des Facio-Oralen Trakts : F.O.T.T. nach Kay Coombes. 3rd ed. Heidelberg: Springer Medizin, 2011.
- (33) Mortensen J, Jensen D, Kjaersgaard A. A validation study of the Facial-Oral Tract Therapy Swallowing Assessment of Saliva. *Clin Rehabil* 2015 Apr 8 (Epub).
- (34) Clave P, Shaker R. Dysphagia: current reality and scope of the problem. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol* 2015;12(5):259-270.
- (35) Low J, Wyles C, Wilkinson T, Sainsbury R. The effect of compliance on clinical outcomes for patients with dysphagia on videofluoroscopy. *Dysphagia* 2001;16(2):123-127.
- (36) Colodny N. Dysphagic independent feeders' justifications for noncompliance with recommendations by a speech-language pathologist. *Am J Speech Lang Pathol* 2005;14(1):61-70.
- (37) Colodny N. Construction and validation of the mealtime and dysphagia questionnaire: an instrument designed to assess nursing staff reasons for noncompliance with SLP dysphagia and feeding recommendations. *Dysphagia* 2001;16(4):263-271.
- (38) Rosenvinge SK, Starke ID. Improving care for patients with dysphagia. *Age Ageing* 2005;34(6):587-593.
- (39) Clark GF, Avery-Smith W, Wold LS, Anthony P, Holm SE, Eating and Feeding Task Force, et al. Specialized knowledge and skills in feeding, eating, and swallowing for occupational therapy practice. *Am J Occup Ther* 2007;61(6):686-700.
- (40) Canadian Association of Occupational Therapists (CAOT). CAOT Position Statement : Feeding, eating and swallowing and occupational therapy. Canadian Association of Occupational Therapists, 2010. [Link](#)
- (41) Meriano C, Latella D. Activities of daily living. In: Meriano C, Latella D, editors. *Occupational Therapy Interventions: Function and Occupations*: Slack, 2008. Chapter 3: 131-236.
- (42) Brandt Å, Madsen AJ, Peoples H. *Basisbog i ergoterapi: aktivitet og deltagelse i hverdagslivet*. 3. udgave. Kbh.: Munksgaard, 2013.

- (43) Kjærsgaard A. Ansigt, mund og svælg: undersøgelse og behandling efter Coombes-konceptet. 1. udgave.. Kbh.: FADL, 2005.
- (44) Sundhedsstyrelsen. National klinisk retningslinje for fysioterapi og ergoterapi til voksne med nedsat funktionsevne som følge af erhvervet hjerneskade, herunder apopleksi – 8 udvalgte indsatser. København : Sundhedsstyrelsen, 2014. [Link](#)
- (45) Farneti D. Pooling score: an endoscopic model for evaluating severity of dysphagia. *Acta Otorhinolaryngol Ital* 2008;28(3):135-140.
- (46) Ortega O, Parra C, Zarcero S, Nart J, Sakwinska O, Clave P. Oral health in older patients with oropharyngeal dysphagia. *Age Ageing* 2014;43(1):132-137.
- (47) Kikutani T, Tamura F, Tashiro H, Yoshida M, Konishi K, Hamada R. Relationship between oral bacteria count and pneumonia onset in elderly nursing home residents. *Geriatr Gerontol Int* 2015;15(4):417-421.
- (48) Sjogren P, Nilsson E, Forsell M, Johansson O, Hoogstraate J. A systematic review of the preventive effect of oral hygiene on pneumonia and respiratory tract infection in elderly people in hospitals and nursing homes: effect estimates and methodological quality of randomized controlled trials. *J Am Geriatr Soc* 2008;56(11):2124-2130.
- (49) Shi Z, Xie H, Wang P, Zhang Q, Wu Y, Chen E, et al. Oral hygiene care for critically ill patients to prevent ventilator-associated pneumonia. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;8:CD008367.
- (50) Fardrup L, Peters K, Øraker A. Husk lige tandbørsten ! *Sygeplejersken* 2013;113(12):72-74.
- (51) Gravlin G, Phoenix Bittner N. Nurses' and nursing assistants' reports of missed care and delegation. *J Nurs Adm* 2010;40(7-8):329-335.
- (52) Kalisch BJ, Landstrom G, Williams RA. Missed nursing care: errors of omission. *Nurs Outlook* 2009;57(1):3-9.
- (53) Klinisk retningslinje til identifikation af behov for mundpleje og udførelse af tandbørstning hos voksne hospitalsindlagte patienter. Aalborg : Center for Kliniske Retningslinjer, 2010. [Link](#)
- (54) Steele CM, Cichero JA. Physiological factors related to aspiration risk: a systematic review. *Dysphagia* 2014;29(3):295-304.
- (55) Adams V, Mathisen B, Baines S, Lazarus C, Callister R. A systematic review and meta-analysis of measurements of tongue and hand strength and endurance using the Iowa Oral Performance Instrument (IOPI). *Dysphagia* 2013 Sep;28(3):350-369.
- (56) Wall LR, Ward EC, Cartmill B, Hill AJ. Physiological changes to the swallowing mechanism following (chemo)radiotherapy for head and neck cancer: a systematic review. *Dysphagia* 2013 Dec;28(4):481-493.

(57) Maeda K, Akagi J. Decreased tongue pressure is associated with sarcopenia and sarcopenic dysphagia in the elderly. *Dysphagia* 2015;30(1):80-87.

(58) Robbins J, Butler SG, Daniels SK, Diez Gross R, Langmore S, Lazarus CL, et al. Swallowing and dysphagia rehabilitation: translating principles of neural plasticity into clinically oriented evidence. *J Speech Lang Hear Res* 2008;51(1):S276-300.

(59) Hind J, Robbins J. Oropharyngeal Strengthening and Rehabilitation of Deglutitive Disorders. In: *Manual of Diagnostic and Therapeutic Techniques for Disorders of Deglutition*. Shaker R, Easterling C, Belafsky P, Postma G, editors. New York: Springer, 2013. p. 237-256.

(60) Tang Y, Shen Q, Wang Y, Lu K, Peng Y. A randomized prospective study of rehabilitation therapy in the treatment of radiation-induced dysphagia and trismus. *Strahlentherapie und Onkologie* 2011;187(1):39-44.

(61) van der Molen L, van Rossum MA, Rasch CR, Smeele LE, Hilgers FJ. Two-year results of a prospective preventive swallowing rehabilitation trial in patients treated with chemoradiation for advanced head and neck cancer. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2014 May;271(5):1257-1270.

(62) Lazarus CL, Husaini H, Falciglia D, DeLacure M, Branski RC, Kraus D, et al. Effects of exercise on swallowing and tongue strength in patients with oral and oropharyngeal cancer treated with primary radiotherapy with or without chemotherapy. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2014 May;43(5):523-530.

(63) Carnaby-Mann G, Crary MA, Schmalfluss I, Amdur R. "Pharyngocise": randomized controlled trial of preventative exercises to maintain muscle structure and swallowing function during head-and-neck chemoradiotherapy. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2012 May 1;83(1):210-219.

(64) Kotz T, Federman AD, Kao J, Milman L, Packer S, Lopez-Prieto C, et al. Prophylactic swallowing exercises in patients with head and neck cancer undergoing chemoradiation: a randomized trial. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2012 Apr;138(4):376-382.

(65) Zhen Y, Wang J-, Tao D, Wang H-, Chen W-. Efficacy survey of swallowing function and quality of life in response to therapeutic intervention following rehabilitation treatment in dysphagic tongue cancer patients. *European Journal of Oncology Nursing* 2012;16(1):54-58.

(66) Elman LB, Dubin RM, Kelley M, McCluskey L. Management of oropharyngeal and tracheobronchial secretions in patients with neurologic disease. *J Palliat Med* 2005;8(6):1150-1159.

(67) Bosel J. Tracheostomy in stroke patients. *Curr Treat Options Neurol* 2014;16(1):274.

(68) Zielske J, Bohne S, Brunkhorst FM, Axer H, Guntinas-Lichius O. Acute and long-term dysphagia in critically ill patients with severe sepsis: results of a prospective controlled observational study. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2014;271(11):3085-3093.

- (69) Alvo A, Olavarria C. Decannulation and assessment of deglutition in the tracheostomized patient in non-neurocritical intensive care. *Acta Otorrinolaringol Esp* 2014;65(2):114-119.
- (70) Checklin M, ETTY-Leal M, Iseli TA, Potter N, Fisher S, Chapman L. Saliva management options for difficult-to-wean people with tracheostomy following severe acquired brain injury (ABI): A review of the literature. *Brain Injury* 2015;29(1):1-10.
- (71) Garuti G, Reverberi C, Briganti A, Massobrio M, Lombardi F, Lusuardi M. Swallowing disorders in tracheostomised patients: a multidisciplinary/multiprofessional approach in decannulation protocols. *Multidiscip Respir Med* 2014;9(1):36.
- (72) Regionshospital Midt - Hammel Neurocenter. Trakealtubemanual - opdateret version. Senest hentet: 17-08-2015. [Link](#)
- (73) Frank U, Mäder M, Sticher H. Dysphagic patients with tracheotomies: a multidisciplinary approach to treatment and decannulation management. *Dysphagia* 2007;22(1):20-29.
- (73) Klassifikation af sygdomme : SKS browser, version 4.02. Nationalt Sundheds-IT, Statens Serum Institut. Løbende opdatering. Senest hentet: 17-08-2015. [Link](#)
- (75) Shaw SM, Martino R. The normal swallow: muscular and neurophysiological control. *Otolaryngol Clin North Am* 2013;46(6):937-956.
- (76) Bolser DC, Gestreau C, Morris KF, Davenport PW, Pitts TE. Central neural circuits for coordination of swallowing, breathing, and coughing: predictions from computational modeling and simulation. *Otolaryngol Clin North Am* 2013;46(6):957-964.
- (77) van der Maarel-Wierink CD, Vanobbergen JN, Bronkhorst EM, Schols JM, de Baat C. Risk factors for aspiration pneumonia in frail older people: a systematic literature review. *J Am Med Dir Assoc* 2011;12(5):344-354.
- (78) Cabre M, Serra-Prat M, Palomera E, Almirall J, Pallares R, Clave P. Prevalence and prognostic implications of dysphagia in elderly patients with pneumonia. *Age Ageing* 2010;39(1):39-45.
- (79) Cabre M, Serra-Prat M, Force L, Almirall J, Palomera E, Clave P. Oropharyngeal dysphagia is a risk factor for readmission for pneumonia in the very elderly persons: observational prospective study. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2014;69(3):330-337.
- (80) Serra-Prat M, Hinojosa G, Lopez D, Juan M, Fabre E, Voss DS, et al. Prevalence of oropharyngeal dysphagia and impaired safety and efficacy of swallow in independently living older persons. *J Am Geriatr Soc* 2011;59(1):186-187.
- (81) Serra-Prat M, Palomera M, Gomez C, Sar-Shalom D, Saiz A, Montoya JG, et al. Oropharyngeal dysphagia as a risk factor for malnutrition and lower respiratory tract infection in independently living older persons: a population-based prospective study. *Age Ageing* 2012;41(3):376-381.

- (82) Foley NC, Martin RE, Salter KL, Teasell RW. A review of the relationship between dysphagia and malnutrition following stroke. *J Rehabil Med* 2009;41(9):707-713.
- (83) Eslick GD, Talley NJ. Dysphagia: epidemiology, risk factors and impact on quality of life--a population-based study. *Aliment Pharmacol Ther* 2008;27(10):971-979.
- (84) Vesey S. Dysphagia and quality of life. *Br J Community Nurs* 2013;Suppl:S14, S16, S18-9.
- (85) Humbert IA, Robbins J. Dysphagia in the elderly. *Phys Med Rehabil Clin N Am* 2008;19(4):853-66, ix-x.
- (86) Rofes L, Arreola V, Almirall J, Cabre M, Campins L, Garcia-Peris P, et al. Diagnosis and management of oropharyngeal Dysphagia and its nutritional and respiratory complications in the elderly. *Gastroenterol Res Pract* 2011; Article ID 818979.
- (87) Cecconi E, Di Piero V. Dysphagia--pathophysiology, diagnosis and treatment. *Front Neurol Neurosci* 2012;30:86-89.
- (88) Cichero JAY, Murdoch BE. *Dysphagia: foundation, theory, and practice*. Chichester: John Wiley & Sons, 2006.
- (89) Ekberg O. *Dysphagia: diagnosis and treatment*. Heidelberg: Springer Verlag, 2012.
- (90) Reilly S, Ward E. The epidemiology of dysphagia. Describing the problem – are we too late? *International Journal of Speech-Language Pathology* 2005;7(1):14-23.
- (91) Shem K, Castillo K, Wong S, Chang J. Dysphagia in individuals with tetraplegia: incidence and risk factors. *J Spinal Cord Med* 2011;34(1):85-92.
- (92) Chaw E, Shem K, Castillo K, Wong SL, Chang J. Dysphagia and associated respiratory considerations in cervical spinal cord injury. *Top Spinal Cord Inj Rehabil* 2012;18(4):291-299.
- (93) Guan XL, Wang H, Huang HS, Meng L. Prevalence of dysphagia in multiple sclerosis: a systematic review and meta-analysis. *Neurol Sci* 2015;36(5):671-681.
- (94) Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). *Brain injury rehabilitation in adults*. Edinburgh : SIGN, 2013 (SIGN publication no. 130).
- (95) Arrese LC, Lazarus CL. Special groups: head and neck cancer. *Otolaryngol Clin North Am* 2013;46(6):1123-1136.
- (96) Hey C, Lange BP, Aere C, Eberle S, Zaretsky Y, Sader R, et al. Predictability of oral and laryngopharyngeal function for aspiration and limitation of oral intake in patients after surgery for head and neck cancer. *Anticancer Res* 2013;33(8):3347-3353.
- (97) Khan A, Carmona R, Traube M. Dysphagia in the elderly. *Clin Geriatr Med* 2014;30(1):43-53.

(98) Sarabia-Cobo CM, Perez V, de Lorena P, Dominguez E, Hermosilla C, Nunez MJ, et al. The incidence and prognostic implications of dysphagia in elderly patients institutionalized: A multicenter study in Spain. *Appl Nurs Res* 2015 Jul 4 (Epub).

(99) Campbell M, Fitzpatrick R, Haines A, Kinmonth AL, Sandercock P, Spiegelhalter D, et al. Framework for design and evaluation of complex interventions to improve health. *BMJ* 2000;321(7262):694-696.

10 Bilag

Bilag 1:	Baggrund
Bilag 2:	Implementering
Bilag 3:	Monitorering
Bilag 4:	Opdatering og videre forskning
Bilag 5:	Beskrivelse af anvendt metode
Bilag 6:	Fokuserede spørgsmål på PICO-form
Bilag 7:	Beskrivelse af anbefalingernes styrke og implikationer
Bilag 8:	Søgebeskrivelser og evidensvurderinger
Bilag 9:	Arbejdsgruppen og referencegruppen
Bilag 10:	Forkortelser og begreber

Bilag 1: Baggrund

Dysfagi er den overordnede betegnelse for problemer med synkefunktionen^(34,74). En vel-fungerende synkefunktion er afgørende for, at mad og drikke bringes sikkert fra mundhulen gennem svælget og spiserøret til mavesækken med passende frekvens og hastighed. Synkefunktionen opdeles i mundhulens-, svælgets- og spiserørets synkefunktion og afgrænses til funktioner i alle strukturer fra læber til nedre øsofageale spiserørsmuskler^(75,76).

Dysfagi nedsætter synkesikkerheden og/eller synkeeffektiviteten. Nedsat synkesikkerhed kan medføre nedsat luftvejsbeskyttelse og dermed fejlsynkning af mad og drikke til luft-rør og lunger (aspiration). Nedsat synkeeffektivitet kan medføre nedsat bearbejdning og transport af mad og drikke samt rensning af mundhulen^(5,34). Dysfagi giver anledning til to grupper af klinisk relevante komplikationer: Pneumoni (aspirationsbetinget)⁽⁷⁷⁻⁸¹⁾ samt utilstrækkelig ernæring og dehydrering^(34,82). Dysfagi er associeret med øget risiko for sygelighed og død⁽⁴⁾, reduceret livskvalitet og risiko for social isolation^(83,84).

Årsagerne til dysfagi er mangfoldige. Dysfagi kan forekomme hos børn og voksne og omfatter både motoriske, sensoriske og/eller kognitive funktionsnedsættelser^(34,85-87). Der skelnes mellem øvre og nedre dysfagi. Øvre dysfagi er relateret til mund og svælg, mens nedre dysfagi er relateret til spiserør og mavesækken⁽³⁴⁾. Denne retningslinje omhandler øvre dysfagi hos voksne, der kan optræde i forskellige grader fra let til svær. Ved let øvre dysfagi, kan der evt. være behov for mindre ændringer af kost og/eller væske. Ved svær øvre dysfagi, hvor der er aspiration ved flere konsistenser og evt. eget mundvand, kan det være nødvendigt med alternativ form for ernæring via sonde. Hvis lungemæssig status er kompromitteret, anbefales "intet per os"^(88,89).

Den eksakte prævalens og insidens af øvre dysfagi er uklar, og rapporterede estimater er varierende. Dette kan formentligt tilskrives manglende konsensus i litteraturen vedrørende, hvordan øvre dysfagi præcist defineres og dermed bedst undersøges^(1,90). Øvre dysfagi forekommer hyppigt ved apopleksi (25-81 %), andre erhvervede hjerneskader (25-78 %), cerebral parese (CP) (6 %), Parkinson (15-87 %), Amyotrofisk lateral sclerose (86 %), demens (19-57 %), multipel sclerose (MS) (24-34 %), neuromuskulære sygdomme (18-86 %), erhvervede cervikale rygmarvsskader (30-40 %)^(1,91-94) samt hos patienter med hoved-halskræft (9-67 % før stråle-/kemoterapi og 23-100 % efter stråle-/kemoterapi)⁽⁹⁵⁾, og op til 65 % efter kirurgi⁽⁹⁶⁾. Nogle af disse sygdomme er progressive, hvor øvre dysfagi ses som en følge i løbet af sygdomsforløbet (ALS, neuromuskulære sygdomme, MS osv), mens andre manifesteres i forbindelse med debut, fx apopleksi og erhvervet hjerneskade. Mange ældre udvikler øvre dysfagi, og forekomsten af øvre dysfagi blandt ældre, som bor i plejebolig, er en underbelyst problemstilling^(86,97,98). Derfor anbefales generelt tidlig opsporing og klinisk undersøgelse samt relevante specifikke indsatser som en del af dysfagihåndtering af personer i risikopopulationen^(34,86,87).

I Danmark har der de sidste 20 år været en stigende opmærksomhed på øvre dysfagi; især til voksne personer med erhvervede hjerneskader, hvor det anbefales, at der foretages opsporing af mulig øvre dysfagi ved indlæggelsen og inden oral føde- eller væskeindtagelse^(15,16). Der foreligger dog ikke retningsgivende dokumenter for tidlig opsporing og undersøgelse af dysfagi hos voksne med andre sygdomme eller tilstande. Det er samtidig arbejdsgruppens vurdering, at problemstillingen generelt er underbelyst, og at der derfor er en høj grad af underdiagnostik og dermed ringe mulighed for at tilbyde relevant behandling til de brede patientgrupper, der rammes.

I 2011 blev der indberettet 22 hændelser til Dansk Patientsikkerhedsdatabase, hvor dysfagi har været en medvirkende faktor til den utilsigtede hændelse⁽¹⁷⁾. I patientombuddets temarapport om dysfagi anbefales derfor retningsgivende dokumenter for tidlig opsporing og undersøgelse af øvre dysfagi⁽¹⁷⁾.

I 2012 blev der udgivet en klinisk retningslinje med anbefalinger til ernæringsinterventioner⁽⁶⁾. Derudover foreligger der ikke anbefalinger til specifikke indsatser (adaptive, kompensatoriske og rehabiliterende) til voksne i risikopopulationen.

Arbejdsgruppen har derfor fundet det nødvendigt at afdække relevante opsporings- og udredningsmetoder samt specifikke indsatser, med henblik på at tilbyde relevante undersøgelse- og behandlingsindsatser samt øge patientsikkerheden.

Bilag 2: Implementering

Dette afsnit beskriver, hvilke aktører (organisationer, faggrupper, myndigheder), der har et medansvar for at sikre udbredelsen af kendskabet til samt anvendelse af retningslinjens anbefalinger hos det sundhedsfaglige personale, der i den kliniske praksis møder voksne personer med øvre dysfagi og skal tage stilling til diagnostik (identifikation og udredning) og rehabilitering af denne patientgruppe. Afsnittet indeholder desuden arbejdsgruppens forslag til de konkrete aktiviteter, som de pågældende aktører kan iværksætte for at understøtte implementeringen.

Idet øvre dysfagi er et symptom, der optræder hos patienter med mange forskellige diagnoser, vil mange forskellige fagligheder være involveret i behandlingen, ligesom behandlingen i udtalt grad foregår på tværs af sektorer. Det skønnes, at disse forhold kan fordre yderligere fokus på bred implementering af anbefalingerne.

Regionerne, regionernes sygehuse og kommuner spiller en vigtig rolle i at understøtte implementeringen af den nationale kliniske retningslinje gennem formidling af retningslinjens indhold og ved at understøtte retningslinjens anvendelse i praksis. For at understøtte retningslinjens anvendelse lokalt er det hensigtsmæssigt, at den nationale kliniske retningslinje samstemmes med eller integreres i de forløbsbeskrivelser, instrukser og vejledninger, som allerede anvendes her. Regionerne bør således sikre, at de anbefalinger, som må være relevante for specialiserede afdelinger på sygehusniveau, indarbejdes i instrukser og vejledninger i den pågældende region. Kommunerne bør sikre, at de anbefalinger, som må være relevante i en kommunal sammenhæng, indarbejdes i instrukser og vejledninger.

For almen praksis indebærer det, at anbefalinger fra den nationale kliniske retningslinje indarbejdes i regionernes forløbsbeskrivelser for de diagnosegrupper, hvor risikoen for øvre dysfagi er høj. Således vil de evidensbaserede relevante anbefalinger indgå i de patientvejledninger, som alment praktiserende læger allerede anvender, og som forholder sig til organisering i øvrigt i den pågældende region. Forløbsbeskrivelserne kan med fordel indeholde et link til den fulde nationale kliniske retningslinje.

Herudover kan der med fordel indsættes et link til den nationale kliniske retningslinje i lægehåndbogen. Regionernes praksiskonsulenter kan desuden have en rolle i at tage stilling til den konkrete implementering. Det bør sikres, at sundhedsprofessionelle i de tværfaglige teams omkring patienter i risikopopulationen har/opnår et tilstrækkeligt viden-, færdigheds og kompetencegrundlag, således at retningslinjens anbefalinger kan implementeres i henhold til faggruppernes rekommandation af specialiserings- og kompetence-niveauer. Det kan være hensigtsmæssigt at overveje brugen af tværgående specialister til sikring af tilstedeværelse af relevante kompetencer i en given klinisk sammenhæng (evt. på tværs af sektorer eller flere små kommuner).

De faglige selskaber er en vigtig aktør i at udbrede kendskabet til retningslinjen. Sundhedsstyrelsen foreslår således, at den nationale kliniske retningslinje omtales på de relevante faglige selskabers hjemmeside, evt. med orientering om, hvad den indebærer for det pågældende speciale og med et link til den fulde version af retningslinjen. Sundhedsstyrelsen foreslår ligeledes, at retningslinjen præsenteres på årsmøder i regi af de faglige selskaber og på lægedage. Information kan også formidles via medlemsblade og elektroniske nyhedsbreve.

Sundhedsstyrelsen foreslår desuden, at retningslinjens indhold formidles til patienterne, og at relevante patientforeninger kan spille en rolle heri.

Implementering af national klinisk retningslinje for øvre dysfagi er som udgangspunkt et regionalt og kommunalt ansvar. Dog ønsker Sundhedsstyrelsen at understøtte implementeringen. I foråret 2014 publicerede Sundhedsstyrelsen således en værktøjskasse med konkrete redskaber til implementering. Den er tilgængelig som et elektronisk opslagsværk på Sundhedsstyrelsens hjemmeside og kan tilgås [her](#). Værktøjskassen bygger på evidensen for effekten af interventioner, og den er tænkt som en hjælp til lederen eller projektlederen, der lokalt skal arbejde med implementering af forandringer af et vist omfang.

Foruden den fulde retningslinje udgives en [quick guide](#). Quick guiden er en kort version på 1-2 A4-ark. Den gengiver alene retningslinjens anbefalinger og evt. centrale budskaber, med angivelse af evidensgraduering og anbefalingens styrke. Herudover er en applikation til smartphones og tablets, hvorfra man kan tilgå de nationale kliniske retningslinjer, under udvikling.

Bilag 3: Monitorering

Overordnet set er det vanskeligt at monitorere på dette område, da det er et forholdsvist nyt fokusområde, samt at der for nuværende ikke er konsensus omkring, hvordan øvre dysfagi defineres og dermed identificeres og håndteres. Det kan derfor være vanskeligt at opstille relevante indikatorer, der kan monitoreres på.

Med spørgeskemaer vil det være muligt at afdække de aktuelle forhold, og ved opfølgning at afdække, om der sker en udvikling på området, og om der fx ses en større ensretning i muligheder og indsatser på tværs af landet, sektorer og forskellige patientgrupper. Spørgeskemaundersøgelser kan fx afdække nuværende status og senere udvikling i forhold til:

- Ressourcemæssige muligheder (fx tilgængelighed af metoder til klinisk og instrumentel undersøgelse)
- Nuværende praksis i forhold til dysfagi-håndtering (opsporing, udredning og specifikke indsatser) og inddragelse af relevante sundhedsprofessionelle.

Med henblik på at kunne monitorere om anbefalingerne implementeres, bør der tilsigtes en ensartet brug af procedurekoder på tværs af sektorer og landsdele. Det indebærer faglig konsensus omkring, hvad der bør indberettes i relation til øvre dysfagi.

Der kan også monitoreres ved hjælp af journalaudit, fx i forhold til om genoptræningsplaner til personer med øvre dysfagi følges op; hvor lang tid der går fra en person er identificeret, som værende i risiko for dysfagi, til klinisk undersøgelse udføres; om specifikke anbefalinger i forhold til fx måltidsassistance følges; og hvordan der handles på gentagne pneumonier.

Det understreges, at mangelfuld evidens for en indsats øger kravet til sundhedspersoner om løbende at evaluere effekten af den konkrete indsats.

Bilag 4: Opdatering og videre forskning

Opdatering

Som udgangspunkt bør retningslinjen opdateres 3 år efter udgivelsesdato, med mindre ny evidens eller den teknologiske udvikling på området tilsiger andet.

Videre forskning

I forskning, såvel som i klinisk praksis, er der ikke konsensus om definitionen af øvre dysfagi, og dermed hvordan det bedst undersøges^(1,18,90). Fremtidig forskning bør derfor definere og afdække problemets omfang samt dets konsekvenser via veludførte epidemiologiske studier.

Evidensgrundlaget for de otte nedslagspunkter i denne NKR er yderst sparsomt. Generelt kan dysfagi-håndtering derfor ses som et fremtidig monofagligt, tværfagligt og/eller tværsektorielt forskningsfelt, der bør prioriteres. Det er dog arbejdsgruppens indtryk, at der er en stor vækst i den forskningsmæssige aktivitet indenfor dysfagi-håndtering, især er der øget fokus på rehabiliterende indsatser.

Der er ikke en entydig og klar differentiering mellem procedurer til tidlig opsporing (benævnes screening i den internationale litteratur) og klinisk undersøgelse/udredning af øvre dysfagi^(1,9), og der er ikke konsensus vedrørende hvilke variable, der bør være opmærksomhedspunkter ved tidlig opsporing^(9,10); (I [bilag 6](#) behandles tidlig opsporing og klinisk undersøgelse som særskilte processer med forskellige formål og metode). Litteraturgennemgangen identificerede primært effektstudier relateret til tidlig opsporing (PICO 1). I litteraturen anbefales en diagnostik strategi med tre trin: Tidlig opsporing, klinisk undersøgelse (ikke-instrumentel) og instrumentel undersøgelse⁽⁵⁾. Effekten af denne flerledelede proces bør udgøre et fremtidigt forskningsfelt.

Indsatser, der har til formål at forbedre funktionsevnen hos voksne personer med øvre dysfagi, er komplekse og består ofte af flere interagerende komponenter^(5,27,88). Litteratursøgningen har afdækket stor variation i de forskellige indsatser indenfor de PICO spørgsmål, som er besvaret med evidens. Det er derfor uklart, hvilke aspekter af indsatserne, der er mest vigtige. De inkluderede studier undersøgte overvejende indsatser, der blev givet som en del af en samlet protokol eller som tillæg til standardindsats. Beskrivelserne af disse protokoller og standardindsatser har dog været mangelfulde eller uklare. Arbejdsgruppen har derfor valgt at betragte standardindsats som et bredt spektrum af indsatser til personer med øvre dysfagi. Udvikling og evaluering af indsatser til personer med øvre dysfagi i fremtidige kliniske forsøg bør fx baseres på retningslinjerne fra UK Medical Research Council⁽⁹⁹⁾. Her beskrives at specifikke rehabiliteringsindsatser bør defineres og beskrives detaljeret samt sammenlignes med anden veldefineret indsats. Dette med henblik på at sikre, at resultaterne reelt kan tilskrives interventionen.

Derudover er der stor variation i populationen på tværs af de inkluderede RCT'er. Det er derfor uklart hvilke typer patienter (diagnoser og aldersgrupper), der har bedst gavn af indsatserne, samt på hvilket tidspunkt i forløbet indsatserne bør tilbydes. Derfor bør specifikke indsatser evalueres i de forskellige faser (akut, sub-akut og kronisk).

Endvidere var der i den inkluderede litteratur stor variation i forhold til outcomes, valgte effektmål og tidspunktet for måling af effektmål. Der var stor variation i de anvendte måleredskaber i den inkluderede litteratur. Ideelt set bør fremtidige kliniske forsøg benytte patientrelevante outcomes og identiske måleredskaber. Da dansk er et lille sprogeområde,

vil der være behov for at velvaliderede udenlandske spørgeskemaer og måleredskaber oversættes og kulturelt tilpasses til en dansk kontekst.

I forbindelse med gennemgangen af litteraturen til belysning af PICO-spørgsmålene er arbejdsgruppen blevet opmærksom på, at der mangler systematisk brug af måleredskaber i relation til deltagelsesniveau, livskvalitet og skadevirkninger. Samtidig har litteraturgennemgangen vist, at der i meget begrænset omfang anvendes måleredskaber og data på patientperspektiv, patientpræferencer og patientens motivation. Disse outcome har dog ikke direkte været fastsat som prædefinerede outcome i denne retningslinje, men kan evt. danne grundlag for videre forskning. Arbejdsgruppen anbefaler derfor, at måleredskaber for disse aspekter såvel på deltagelse, livskvalitet, patientpræferencer og skadevirkninger bliver inkorporeret i testbatteriet ved fremtidige kliniske undersøgelser indenfor dysfagi-håndtering. Endvidere vil klinisk praksis kunne nyde godt heraf i forbindelse med evaluering af de anvendte specifikke indsatser.

Bilag 5: Beskrivelse af anvendt metode

For en uddybet beskrivelse af metoden henvises til Sundhedsstyrelsens NKR metodehåndbog version 2.1. Metodehåndbogen kan tilgås [her](#).

Bilag 6: Fokuserede spørgsmål

Dette bilag indeholder en oversigt over de fokuserede spørgsmål for denne nationale kliniske retningslinje.

PICO 1: Bør systematisk opsporing af øvre dysfagi tilbydes voksne i risiko-population?

Population (population)

Voksne personer (≥ 18 år) som har et eller flere tegn, der kan give mistanke om øvre dysfagi. Disse kan være: utilsigtet vægttab, gentagne lungebetændelser, hyppig feber, host uden for måltider, eller ændret stemmekvalitet (fugtig/våd). Ved indtagelse af mad og drikke kan der være forlænget synketid, smerter, frygt for at synke, hovedet bevæges atypisk, savl, rømmen /host, ”får mad i den gale hals”, spytter mad ud, er småt-spisende, undgår specifikke fødevarer eller drikke.

Patienter med følgende sygdomme/tilstande er i særlig risiko, hvorfor søgning vil blive foretaget med udgangspunkt i dette P:

- 1) *Øvre dysfagi relateret til sygdomme og skader i nervesystemet:*
 - *Erhvervede hjerneskader inkl. apopleksi*
 - *Betændelsessygdomme i centralnervesystemet: Encefalitis, alle typer (DG00-DG09)*
 - *Generelle atrofier og andre sygdomme som påvirker centralnervesystemet: Post Poliosyndrom (2 typer) (DG10-DG14); Amyotrofisk Lateral Sklerose (Motor Neuron Disease) (DG122), Spinale muskelatrofier og beslægtede syndromer (DG 12)*
 - *Ekstrapyramidale sygdomme og bevægestyrrelser: Parkinson sygdom (DG20 + alle undertyper)*
 - *Andre degenerative sygdomme i centralnervesystemet: inkl. Alheimers sygdom og andre degenerative i centralnervesystemet (DG 30 -DG 32)*
 - *Demyliniserende sygdomme i centralnervesystemet (DG 35-DG 37) Multipel Sklerose (MS)*
 - *Polyneuropatier og andre sygdomme i det perifere nervesystem (DG60-DG64) inkl. Guillain Barré*
 - *Neuromuskulære og muskulære sygdomme (DG 70-DG73)*
 - *Cerebral parese og andre syndromer med lammelse (para- eller tetraplegi) (DG80-DG83)*

- 2) *Øvre dysfagi med udgangspunkt i strukturelle/mekaniske tilstande i mund og svælg:*
 - *Hoved-halskræft (sequelae efter tumorer i mund og/eller svælg, kirurgi, stråleterapi, kemoterapi); inflammatoriske sygdom; nyligt ekstuberede, langvarig intubation.*

- 3) *Øvre dysfagi relateret til aldersbetinget forandringer i mund og svælg hos ældre patienter med multimorbiditet.*

Intervention

Systematisk opsporing via beskrevet procedure til identifikation af øvre dysfagi i risikopopulationen gennemføres med henblik på at vurdere behovet for yderligere klinisk undersøgelse af relevant sundhedsperson og/eller at vurdere om oral indtagelse af mad og drikke kan påbegyndes eller udføres forsvarligt. Vurderingen foretages via spørgeskema og/eller undersøgelse af patientens mentale funktioner (fx bevidsthedsniveau og orientering i tid, sted og egne data), postural kontrol samt evne til at kontrollere spytlåb og synke få konsistenstyper.

Comparison (sammenligning)

Ingen systematisk opsporing med beskrevet procedure til identifikation af øvre dysfagi i risikopopulationen.

Outcomes	Timing	Kritisk/Vigtigt
<i>Død</i>	<i>Længste follow-up (fra min 6 mdr til ≤18 mdr)</i>	<i>Kritisk</i>
<i>Varighed af indlæggelse (LOS)</i>	<i>Længste follow-up (fra min 6 mdr til ≤18 mdr)</i>	<i>Vigtig</i>
<i>Genindlæggelser (Antal)</i>	<i>Længste follow-up (fra min 6 mdr til ≤18 mdr)</i>	<i>Vigtig</i>
<i>Pneumoni (Antal)</i>	<i>Længste follow-up (fra min 6 mdr til ≤18 mdr)</i>	<i>Kritisk</i>
<i>Ernæringsstatus (Fx BMI)</i>	<i>Længste follow-up (fra min 6 mdr til ≤18 mdr)</i>	<i>Vigtig</i>
<i>Sværhedsgrad af øvre dysfagi (fx Functional Oral Intake scale(FOIS), Dysphagia outcome severity scale(DOSS))</i>	<i>Længste follow-up (fra min 6 mdr til ≤18 mdr)</i>	<i>Vigtig</i>
<i>Antal dage til oral indtagelse af mad og drikke</i>	<i>Længste follow-up (fra min 6 mdr til ≤18 mdr)</i>	<i>Vigtig</i>
<i>Livskvalitet (Fx Swal Qol)</i>	<i>Længste follow-up (fra min 6 mdr til ≤18 mdr)</i>	<i>Kritisk</i>

PICO 2: Bør systematisk klinisk undersøgelse tilbydes voksne med symptomer på øvre dysfagi?

Population (population)

Voksne personer (≥ 18 år) der er indlagt på sygehus, er i genoptræningsforløb på specialiseret enhed eller i kommunalt regi, bor i eget hjem med eller uden hjælp, plejebolig eller anden beskyttet boform og som den tidligere opsporing har identificeret som i risiko for at have øvre dysfagi relateret til fx.:

1) Sygdomme og skader i nervesystemet:

- *Erhvervede hjerneskader inkl. apopleksi*
- *Betændelsessygdomme i centralnervesystemet: Encefalitis, alle typer (DG00-DG09)*
- *Generelle atrofier og andre sygdomme som påvirker centralnervesystemet: Post Poliosyndrom (2 typer) (DG10-DG14); Amyotrofisk Lateral Sklerose (Motor Neuron Disease) (DG122), Spinale muskelatrofier og beslægtede syndromer (DG 12)*
- *Ekstrapyramidale sygdomme og bevægeforstyrrelser: Parkinson sygdom (DG20 + alle undertyper)*
- *Andre degenerative sygdomme i centralnervesystemet: inkl. Alheimers sygdom og andre degenerative i centralnervesystemet (DG 30 -DG 32)*
- *Demyliniserende sygdomme i centralnervesystemet (DG 35-DG 37) Multipel Sklerose (MS)*
- *Polyneuropatier og andre sygdomme i det perifere nervesystem (DG60-DG64) inkl. Guillain Barré*
- *Neuromuskulære og muskulære sygdomme (DG 70-DG73)*
- *Cerebral parese og andre syndromer med lammelse (para- eller tetraplegi) (DG80-DG83)*

2) Strukturelle/mekaniske tilstande i mund og svælg:

- *Hoved-halskræft (sequelae efter tumorer i mund og/eller svælg, kirurgi, stråleterapi, kemoterapi); inflammatoriske sygdom; nyligt ekstuberede, langvarig intubation.*

3) Aldersbetinget forandringer i mund og svælg hos ældre patienter med multimorbiditet.

Intervention

Systematisk klinisk undersøgelse foretages med henblik på at vurdere hvilken konsistens af mad og drikke som patienten kan indtage effektivt og sikkert samt udrede dysfagiens patofysiologi med henblik på planlægning af intervention. En klinisk undersøgelse består af vurdering af synkefunktionen med forskellige konsistenser (fx vand, fortykket væske, blandet konsistens, faste konsistenser der kan udgøre en risiko for aspiration (fx hård, trævlet/fibrøs, klæbrig, granuleret)) eller måltidsobservation suppleret med undersøgelse af mentale funktioner såsom bevidsthedsniveau, og mindst et af følgende: kranienerveundersøgelse eller sensomotorisk funktionsundersøgelse af orofaryngeale strukturer. Systematisk klinisk undersøgelse foretages med henblik på at vurdere hvilken konsistens af mad og drikke som patienten kan indtage effektivt og sikkert samt udrede dysfagiens patofysiologi med henblik på planlægning af intervention. En klinisk undersøgelse består af vurdering af synkefunktionen med forskellige konsistenser (fx vand, fortykket væske, blandet konsistens, faste konsistenser der kan udgøre en risiko for aspiration (fx hård, trævlet/fibrøs, klæbrig, granuleret)) eller måltidsobservation suppleret med undersøgelse af mentale funktioner såsom bevidsthedsniveau, og mindst et af følgende: kranienerveundersøgelse eller sensomotorisk funktionsundersøgelse af orofaryngeale strukturer. System-

matisk klinisk undersøgelse udføres af sundhedspersoner med relevante kompetencer.

Comparison (sammenligning)

Klinisk undersøgelse, der udelukkende inkluderer vurdering af synkefunktionen via få konsistenser (fx: Water swallow test, Volume-Viscosity Swallow test (V-VST), Gugging Swallowing Screen (GUSS), Berlin (Bolus) Swallow Test (BST), Yale swallow protocol, Modified swallowing assessment (MSA)).

Outcomes	Timing	Kritisk/Vigtigt
<i>Død</i>	Længste follow-up (fra min 6 mdr til ≤18 mdr)	Kritisk
<i>Varighed af indlæggelse (LOS)</i>	Længste follow-up (fra min 6 mdr til ≤18 mdr)	Vigtig
<i>Genindlæggelser (Antal)</i>	Længste follow-up (fra min 6 mdr)	Vigtig
<i>Pneumoni (antal)</i>	Længste follow-up (fra min 6 mdr til ≤18 mdr)	Kritisk
<i>Ernæringsstatus (Fx BMI)</i>	Længste follow-up (fra min 6 mdr til ≤18 mdr)	Vigtig
<i>Sværhedsgrad af øvre dysfagi (fx Functional Oral Intake scale(FOIS), Dysphagia outcome severity scale(DOSS))</i>	Længste follow-up (fra min 6 mdr til ≤18 mdr)	Vigtig
<i>Dage til oralt indtag</i>	Længste follow-up (fra min 6 mdr til ≤18 mdr)	Vigtig
<i>Livskvalitet (Fx Swal Qol)</i>	Længste follow-up (fra min 6 mdr til ≤18 mdr)	Kritisk

PICO 3: Bør instrumentel undersøgelse bruges som et supplement til den kliniske undersøgelse til voksne med øvre dysfagi?

Population (population)

Voksne personer (≥ 18 år) der er indlagt på sygehus, er i genoptræningsforløb i kommunalt regi, bor i eget hjem med eller uden hjælp, plejebolig eller anden beskyttet boform og hvor klinisk undersøgelse af synkefunktionen viser påvirket synkeeffektivitet og/eller sikkerhed -effektivitet pga:

1) Øvre dysfagi relateret til sygdomme og skader i nervesystemet:

- Erhvervede hjerneskader inkl. apopleksi
- Betændelsessygdomme i centralnervesystemet: Encefalitis ,alle typer (DG00-DG09)
- Generelle atrofier og andre sygdomme som påvirker centralnervesystemet: Post Poliosyndrom (2 typer) (DG10-DG14); Amyotrofisk Lateral Sklerose (Motor Neuron Disease) (DG122), Spinale muskelatrofier og beslægtede syndromer (DG 12)
- Ekstrapyramidale sygdomme og bevægeforstyrrelser: Parkinson sygdom (DG20 + alle undertyper)
- Andre degenerative sygdomme i centralnervesystemet: inkl. Alheimers sygdom og andre degenerative i centralnervesystemet (DG 30 -DG 32)
- Demyliniserende sygdomme i centralnervesystemet (DG 35-DG 37) Multipel Sklerose (MS)
- Polyneuropatier og andre sygdomme i det perifere nervesystem (DG60-DG64) inkl. Guillain Barré
- Neuromuskulære og muskulære sygdomme (DG 70-DG73)
- Cerebral parese og andre syndromer med lammelse(para- eller tetraplegi) (DG80-DG83)

2) Øvre dysfagi med udgangspunkt i strukturelle/mekaniske tilstande i mund og svælg:

- Hoved-halskræft (sequelae efter tumorer i mund og/eller svælg, kirurgi, stråleterapi, kemoterapi); inflammatoriske sygdom; nyligt ekstuberede, langvarig intubation.

3) Øvre dysfagi relateret til aldersbetinget forandringer i mund og svælg hos ældre patienter med multimorbiditet.

Intervention

Klinisk undersøgelse suppleret med instrumentel undersøgelse, og behandling på baggrund af resultater heraf.

Klinisk undersøgelse med vurdering af synkefunktionen via enkelt- konsistenser eller måltidsobservation suppleret med undersøgelse af mentale funktioner så som bevidsthedsniveau, og mindst et af følgende: kranienerveundersøgelse eller sensomotorisk funktionsundersøgelse af orofaryngeale strukturer. Systematisk klinisk undersøgelse udføres af sundhedspersoner med relevante kompetencer.

Instrumentel undersøgelse foretaget via Funktionel Videoradiologisk Evaluering af Synkefunktionen” (FVES) eller Fiberoptisk Endoskopisk Evaluering af synkefunktionen (FEES) mhp udredning af patofysiologi og afprøvning af kompenserende hovedstilling og/eller synkemanøvre.

Comparison

Klinisk udredning uden instrumentel undersøgelse.

Outcomes	Timing	Kritisk/Vigtigt
<i>Død</i>	<i>Længste follow-up (fra min 6 mdr til ≤18 mdr)</i>	<i>Kritisk</i>
<i>Varighed af indlæggelse (LOS)</i>	<i>Længste follow-up (fra min 6 mdr til ≤18 mdr)</i>	<i>Vigtig</i>
<i>Genindlæggelser (Antal)</i>	<i>Længste follow-up (fra min 6 mdr til ≤18 mdr)</i>	<i>Vigtig</i>
<i>Pneumoni (Antal)</i>	<i>Længste follow-up (fra min 6 mdr til ≤18 mdr)</i>	<i>Kritisk</i>
<i>Ernæringsstatus (Fx BMI)</i>	<i>Længste follow-up (fra min 6 mdr til ≤18 mdr)</i>	<i>Vigtig</i>
<i>Sværhedsgrad af øvre dysfagi (fx Functional Oral Intake scale (FOIS), Dysphagia outcome severity scale (DOSS))</i>	<i>Længste follow-up (fra min 6 mdr til ≤18 mdr)</i>	<i>Vigtig</i>
<i>Dage til oralt indtag</i>	<i>Længste follow-up (fra min 6 mdr til ≤18 mdr)</i>	<i>Vigtig</i>
<i>Livskvalitet (Fx Swal Qol)</i>	<i>Længste follow-up (fra min 6 mdr til ≤18 mdr)</i>	<i>Kritisk</i>

PICO 4: Bør målrettet måltidsassistance anvendes til voksne med øvre dysfagi?

Population (population)

Voksne personer (≥ 18 år) med øvre dysfagi, og som har nedsat funktionsevne mht. selv at kunne varetage og udføre anbefalede strategier til at sikre effektiv og sikker fødeindtagelse i forbindelse med måltider.

1) Øvre dysfagi relateret til sygdomme og skader i nervesystemet:

- Erhvervede hjerneskader inkl. apopleksi*
- Betændelsessygdomme i centralnervesystemet: Encefalitis, alle typer (DG00-DG09)*
- Generelle atrofier og andre sygdomme som påvirker centralnervesystemet: Post Poliosyndrom (2 typer) (DG10-DG14); Amyotrofisk Lateral Sklerose (Motor Neuron Disease) (DG122), Spinale muskelatrofier og beslægtede syndromer (DG 12)*
- Ekstrapyramidale sygdomme og bevægeforstyrrelser: Parkinson sygdom (DG20 + alle undertyper)*
- Andre degenerative sygdomme i centralnervesystemet: inkl. Alheimers sygdom*

- dom og andre degenerative i centralnervesystemet (DG 30 -DG 32)
 - Demyliniserende sygdomme i centralnervesystemet (DG 35-DG 37) Multipel Sklerose (MS)
 - Polyneuropatier og andre sygdomme i det perifere nervesystem (DG60-DG64) inkl. Guillain Barré
 - Neuromuskulære og muskulære sygdomme (DG 70-DG73)
 - Cerebral parese og andre syndromer med lammelse (para- eller tetraplegi) (DG80-DG83)
- 2) Øvre dysfagi med udgangspunkt i strukturelle/mekaniske tilstande i mund og svælg:
- Hoved-halskræft (sequelae efter tumorer i mund og/eller svælg, kirurgi, stråleterapi, kemoterapi); inflammatoriske sygdom; nyligt ekstuberede, langvarig intubation.
- 3) Øvre dysfagi relateret til aldersbetinget forandringer i mund og svælg hos ældre patienter med multimorbiditet.

Intervention

Målrettet assistance udført af pleje- eller omsorgsperson under måltider sammen med standardbehandling:

Indsatsen inkluderer assistance under et måltid til mindst to af følgende specificerede anbefalinger til at sikre effektiv og sikker fødeindtagelse i forbindelse med måltider: Hensigtsmæssig siddestilling, sensorisk stimulering af mundhulen som forberedelse inden måltid, hensigtsmæssig hovedstilling, hensigtsmæssig eller kompensatorisk synketeknik, hjælp til synkning og host/ rømme sig, hjælp til justering af tempoet for spise/ drikke samt mængde af mad og drikke, modificeret konsistens af kost og/eller væske, hjælpemidler (fx special kop), fysisk hjælp til at føre mad og drikke til munden.

Standardbehandling inkluderer træning i kompensatorisk hovedstilling og synketeknikker, sensomotorisk træning af orofaryngeale strukturer, styrkelse af postural kontrol, respiratorisk rehabilitering.

Eksklusion: social støtte, effektmåling af den enkelte anbefaling som fx konsistensændring

Comparison (sammenligning)

Standardbehandling uden at der gives målrettet professionel assistance under måltider

Outcomes	Timing	Kritisk/Vigtigt
Død	Ved follow-up (fra min 6-12 mdr)	Kritisk
Indlæggelser (Antal)	Ved follow-up (fra min 6-12 mdr)	Vigtig
Pneumoni (Antal)	Ved follow-up (fra min 6-12 mdr)	kritisk
Ernæringsstatus (Fx BMI)	Ved follow-up (fra min 6-12 mdr)	Vigtig

<i>Sværhedsgrad af øvre dysfagi (fx Functional Oral Intake Scale(FOIS), Dysphagia outcome severity scale(DOSS)</i>	<i>Ved endt intervention</i>	<i>Vigtig</i>
<i>Dage til oralt indtag</i>	<i>Ved endt intervention</i>	<i>Vigtig</i>
<i>Livskvalitet (Fx Swal Qol)</i>	<i>Ved follow-up (fra min 6-12 mdr)</i>	<i>Kritisk</i>

PICO 5: Bør træning i spise- og drikkeaktivitet tilbydes voksne med øvre dysfagi?

Population (population)

Voksne personer (≥ 18 år) der er indlagt på sygehus, er i genoptræningsforløb i kommunalt regi, bor i plejebolig eller anden beskyttet boform og som har øvre dysfagi relateret til:

1) Sygdomme og skader i nervesystemet:

- *Erhvervede hjerneskader inkl. apopleksi*
- *Betændelsessygdomme i centralnervesystemet: Encefalitis, alle typer (DG00-DG09)*
- *Generelle atrofier og andre sygdomme som påvirker centralnervesystemet: Post Poliosyndrom (2 typer) (DG10-DG14); Amyotrofisk Lateral Sklerose (Motor Neuron Disease) (DG122), Spinale muskelatrofier og beslægtede syndromer (DG 12)*
- *Ekstrapyramidale sygdomme og bevægeforstyrrelser: Parkinson sygdom (DG20 + alle undertyper)*
- *Andre degenerative sygdomme i centralnervesystemet: inkl. Alheimers sygdom og andre degenerative i centralnervesystemet (DG 30 -DG 32)*
- *Demyliniserende sygdomme i centralnervesystemet (DG 35-DG 37) Multipel Sklerose (MS)*
- *Polyneuropatier og andre sygdomme i det perifere nervesystem (DG60-DG64) inkl. Guillain Barré*
- *Neuromuskulære og muskulære sygdomme (DG 70-DG73)*
- *Cerebral parese og andre syndromer med lammelse (para- eller tetraplegi) (DG80-DG83)*

2) Strukturelle/mekaniske tilstande i mund og svælg:

- *Hoved-halskræft (sequelae efter tumorer i mund og/eller svælg, kirurgi, stråleterapi, kemoterapi); inflammatoriske sygdom; nyligt ekstuberede, langvarig intubation.*

3) Aldersbetinget forandringer i mund og svælg hos ældre patienter med multimorbiditet.

Intervention

Træning i spise- og drikkeaktivitet sammen med standardbehandling

Ved træning i aktiviteterne at spise- og drikke er fokus en sikker og kontrolleret udførelse/oplevelse ved indtagelse af mad og drikke. Træningen tilrettelægges i forhold til patientens individuelle behov. Dvs. aktiviteten og/eller omgivelserne kan gradueres/tilpasses og/eller patienten kan guides verbalt eller fysisk til at udføre hele aktiviteten eller dele af aktiviteten.

Standardbehandling kan inkludere kompenserende strategier, konsistensændringer eller sensomotorisk træning af orofaciale strukturer.

Comparison (sammenligning)

Standardbehandling uden tillæg af træning af aktiviteterne at spise- og drikke.

Outcomes	Timing	Kritisk/Vigtigt
<i>Død</i>	<i>Længste follow-up (fra min 6-12 mdr)</i>	<i>Kritisk</i>
<i>Genindlæggelser (Antal)</i>	<i>Længste follow-up (fra min 6-12 mdr)</i>	<i>Vigtig</i>
<i>Pneumoni (Antal)</i>	<i>Længste follow-up (fra min 6-12 mdr)</i>	<i>kritisk</i>
<i>Ernæringsstatus (Fx BMI)</i>	<i>Længste follow-up (fra min 6-12 mdr)</i>	<i>Vigtig</i>
<i>Sværhedsgrad af øvre dysfagi (fx Functional Oral Intake Scale(FOIS), Dysphagia outcome severity scale(DOSS)</i>	<i>Længste follow-up (fra min 6-12 mdr)</i>	<i>Vigtig</i>
<i>Dage til oralt indtag</i>	<i>Ved endt intervention</i>	<i>Vigtig</i>
<i>Udførelse af aktiviteten at spise og drikke (Fx McGill Ingestive Skills Assessment (MISA)</i>	<i>Længste follow-up (fra min 6-12 mdr)</i>	<i>kritisk</i>
<i>Livskvalitet (Fx Swal Qol)</i>	<i>Længste follow-up (fra min 6-12 mdr)</i>	<i>Kritisk</i>

PICO 6: Bør intensiveret mundhygiejne tilbydes voksne med øvre dysfagi?

Population (population)

Voksne personer (≥ 18 år) med øvre dysfagi, og som har aktivitetsbegrænsninger i forhold til selv at varetage egen mundhygiejne som fx at børste tænder inkl. at anvende el-tandbørste, bruge tandtråd inkl. med tilpasninger, bruge tandstikkere og passe tandprotese.

Den øvre dysfagi kan være relateret til:

1) Sygdomme og skader i nervesystemet:

- Erhvervede hjerneskader inkl. apopleksi
- Betændelsessygdomme i centralnervesystemet: Encefalitis, alle typer (DG00-DG09)
- Generelle atrofier og andre sygdomme som påvirker centralnervesystemet: Post Poliosyndrom (2 typer) (DG10-DG14); Amyotrofisk Lateral Sklerose (Motor Neuron Disease) (DG122), Spinale muskelatrofier og beslægtede syndromer (DG 12)
- Ekstrapyramidale sygdomme og bevægeforstyrrelser: Parkinson sygdom (DG20 + alle undertyper)
- Andre degenerative sygdomme i centralnervesystemet: inkl. Alheimers sygdom og andre degenerative i centralnervesystemet (DG 30 -DG 32)
- Demyliniserende sygdomme i centralnervesystemet (DG 35-DG 37) Multipel Sklerose (MS)
- Polyneuropatier og andre sygdomme i det perifere nervesystem (DG60-DG64) inkl. Guillain Barré
- Neuromuskulære og muskulære sygdomme (DG 70-DG73)
- Cerebral parese og andre syndromer med lammelse(para- eller tetraplegi) (DG80-DG83)

2) Strukturelle/mekaniske tilstande i mund og svælg:

- Hoved-halskræft (sequelae efter tumorer i mund og/eller svælg, kirurgi, stråleterapi, kemoterapi); inflammatoriske sygdom; nyligt ekstuberede, langvarig intubation.

3) Aldersbetinget forandringer i mund og svælg hos ældre patienter med multimorbiditet.

Intervention

Intensiveret mundhygiejne består af mindst to af følgende indsatser: Tandbørstning (almindelig eller EL) mindst 2 gange dagligt med flourtandpasta med højt flourindhold (receptpligtig) udført af personen selv, udført med personlig assistance som støtte eller udført af en anden person, rensning af kindhuler, rensning af tunge, fugtning af mundhule og svælg, forebyggende antibakteriel rensning. Indsatserne tilpasses den enkeltes funktionsniveau og grad af øvre dysfagi.

Comparison (sammenligning)

Standardbehandling: inkluderer sædvanlig mundhygiejnerutine med tandbørstning, men uden at dette foregår regelmæssigt og uden tillæg af specifik rensning af kindhuler og tunge, fugtning af mundhule og svælg eller forebyggende antibakteriel rensning.

Outcomes	Timing	Kritisk/Vigtigt
<i>Død</i>	<i>Længste follow-up (fra min 6 mdr til ≤18 mdr)</i>	<i>kritisk</i>
<i>Længde af indlæggelse (LOS)</i>	<i>Længste follow-up (fra min 6 mdr til ≤18 mdr)</i>	<i>Vigtig</i>
<i>Indlæggelser (Antal)</i>	<i>Længste follow-up (fra min 6 mdr til ≤18 mdr)</i>	<i>Vigtig</i>
<i>Pneumoni (Antal)</i>	<i>Længste follow-up (fra min 6 mdr til ≤18 mdr)</i>	<i>kritisk</i>
<i>Svampeinfektion i mundhulen</i>	<i>Længste follow-up (fra min 6 mdr til ≤18 mdr)</i>	<i>kritisk</i>
<i>Tandstatus (caries og paradentose)</i>	<i>Længste follow-up (fra min 6 mdr til ≤18 mdr)</i>	<i>Vigtig</i>
<i>Sværhedsgrad af øvre dysfagi (fx Functional Oral Intake Scale(FOIS), Dysphagia outcome severity scale(DOSS))</i>	<i>Ved endt intervention</i>	<i>Vigtig</i>
<i>Livskvalitet (Fx Swal Qol)</i>	<i>Længste follow-up (fra min 6 mdr til ≤18 mdr)</i>	<i>Vigtig</i>

PICO 7: Bør sensomotorisk træning af tungen tilbydes voksne med øvre dysfagi?

Population (population)

Voksne personer (≥ 18 år) med øvre dysfagi, hvor problemet er nedsat bevægelse, koordination, styrke og/eller udholdenhed af tungens funktioner, der medfører svækket synkeeffektivitet og - sikkerhed.

Patienter med følgende sygdomme/tilstande er i særlig risiko, hvorfor søgning vil blive foretaget med udgangspunkt i dette P:

- 1) *Øvre dysfagi relateret til sygdomme og skader i nervesystemet:*
 - *Erhvervede hjerneskader inkl. apopleksi*
 - *Betændelsessygdomme i centralnervesystemet: Encefalitis ,alle typer (DG00-DG09)*
 - *Generelle atrofier og andre sygdomme som påvirker centralnervesystemet: Post Poliosyndrom (2 typer) (DG10-DG14); Amyotrofisk Lateral Sklerose (Motor Neuron Disease) (DG122), Spinale muskelatrofier og beslægtede syndromer (DG 12)*
 - *Ekstrapyramidale sygdomme og bevægestyrrelser: Parkinson sygdom (DG20 + alle undertyper)*

- Andre degenerative sygdomme i centralnervesystemet: inkl. Alheimers sygdom og andre degenerative i centralnervesystemet (DG 30 -DG 32)
 - Demyliniserende sygdomme i centralnervesystemet (DG 35-DG 37) Multipel Sklerose (MS)
 - Polyneuropatier og andre sygdomme i det perifere nervesystem (DG60-DG64) inkl. Guillain Barré
 - Neuromuskulære og muskulære sygdomme (DG 70-DG73)
 - Cerebral parese og andre syndromer med lammelse(para- eller tetraplegi) (DG80-DG83)
- 2) Øvre dysfagi med udgangspunkt i strukturelle/mekaniske tilstande i mund og svælg:
- Hoved-halskræft (sequelae efter tumorer i mund og/eller svælg, kirurgi, stråleterapi, kemoterapi); inflammatoriske sygdom; nyligt ekstuberede, langvarig intubation.
- 3) Øvre dysfagi relateret til aldersbetinget forandringer i mund og svælg hos ældre patienter med multimorbiditet.

Intervention

Sensomotorisk træning rettet mod tungens funktioner sammen med standardbehandling

Sensomotorisk træning af tungen: inkluderer indsatser rettet mod forbedring af bevægelighed og styrke af tungen, og kan inkludere: stimulering og mobilisering af tungen (når patienten ikke er i stand til at bevæge tungen aktivt), bevægeøvelser, Masako manøvre (tunge-hold) eller specifik styrketræning af tunge og læber via fx Iowa Oral Performance Instrument (IOPI) eller tungespatler. Indsatsen udføres under supervision / ved hjælp fra sundhedspersoner med relevante kompetencer.

Standardbehandling: Skal inkludere kompensatorisk hovedstilling og synketeknikker samt konsistensændringer.

Comparison (sammenligning)

Standardbehandling uden tillæg af sensomotorisk træning af tungen

Outcomes	Timing	Kritisk/Vigtigt
Død	Længste follow-up (fra min 6-12 mdr)	Kritisk
Genindlæggelser (Antal)	Længste follow-up (fra min 6-12 mdr)	Vigtig
Pneumoni (Antal)	Længste follow-up (fra min 6-12 mdr)	kritisk

<i>Ernæringsstatus (Fx BMI)</i>	<i>Længste follow-up (fra min 6-12 mdr)</i>	<i>Vigtig</i>
<i>Sværhedsgrad af øvre dysfagi (fx Functional Oral Intake Scale(FOIS), Dysphagia outcome severity scale(DOSS)</i>	<i>Længste follow-up (fra min 6-12 mdr)</i>	<i>Vigtig</i>
<i>Dage til oralt indtag</i>	<i>Ved endt intervention</i>	<i>Vigtig</i>
<i>Livskvalitet (Fx Swal Qol)</i>	<i>Længste follow-up (fra min 6-12 mdr)</i>	<i>Kritisk</i>

**PICO 8: Bør systematisk tværfaglig intervention tilbydes patienter med tra-
kealkanyle og øvre dysfagi med henblik på hensigtsmæssig og sikker afvæn-
ning og dekanylering?**

Population (population)

Voksne personer (≥18 år) med midlertidigt behov for cuffed trachealkanyle pga øvre dysfagi og stor risiko for aspiration efter fx apopleksi, hovedtraumer, encephalitis; Guillain-Barrés syndrom; critical illness polyneuropati samt patienter som efter langvarig respiratorbehandling for ikke-neurologiske lidelser har trachealkanyle og øvre dysfagi. Der er dels tale om patienter der har forskellige neurologiske udfald (fx kranienervepareser), patienter med stærk påvirket vågenhed (vegetative til minimalt bevidste) samt patienter med følger efter kirurgi og strålebehandling i mund og svælg. Dvs. indikationen er patienter med respirationsinsufficiens og øvre dysfagi eller øvre dysfagi alene, indlagt på ITA eller på specialiseret genoptræningsafdeling..

Eksklusion: Kronisk respirationsinsufficiente (fx ved progredierende sygdom som ALS eller forskellige muskelsvindssygdomme samt patienter med COLD), behov for respirator.

Intervention

Tværfaglig intervention baseret på lokal retningslinje og flowcharts for formaliseret og systematisk afcuffning og dekanylering. Indsatsen indeholder trinvis afvænning fra tra-kealkanyle (cuffet, afcuffet, glat kanyle, proppet kanyle), der understøttes af ergoterapeutisk og fysioterapeutisk indsats (evt baseret på facio-oral trakt terapi og Bobath konceptet).

Standardbehandling: Trinvis afvænning eller seponering af kanylen uden at afklare sværhedsgraden af øvre dysfagi bortset fra Saturationsmåling og CO₂ – måling i blodet samt uden ergoterapeutiske og fysioterapeutisk indsats

Comparison (sammenligning)

Standardbehandling

Outcomes	Timing	Kritisk/Vigtigt
<i>Død</i>	<i>Længste follow-up (fra min 6 mdr)</i>	<i>Kritisk</i>
<i>Varighed af indlæggelse på intensiv afdeling</i>	<i>Længste follow-up (fra 6-12 mdr) (ved udskrivelse fra intensiv)</i>	<i>Vigtig</i>
<i>Dage til dekanaliserings</i>	<i>Ved endt intervention</i>	<i>Vigtig</i>
<i>Aspiration (Fx Penetration-Aspiration scale (PAS))</i>	<i>Ved endt intervention</i>	<i>Kritisk</i>
<i>Pneumoni (Antal)</i>	<i>Længste follow-up (fra min 6 mdr)</i>	<i>Kritisk</i>
<i>Ernæringsstatus (Fx BMI)</i>	<i>Længste follow-up (fra min 6 mdr)</i>	<i>Vigtig</i>
<i>Sværhedsgrad af øvre dysfagi (fx Functional Oral Intake scale(FOIS), Dysphagia outcome severity scale(DOSS))</i>	<i>Længste follow-up (fra min 6 mdr)</i>	<i>Vigtig</i>
<i>Dage til oral indtagelse af mad og drikke</i>	<i>Ved endt intervention</i>	<i>Vigtig</i>

Bilag 7: Beskrivelse af anbefalingernes styrke og implikationer

Ved evidens vælges en af de første fire typer af anbefalinger. Er der ikke fundet evidens vælges i stedet en god praksis anbefaling.

De fire typer af anbefalinger til evidensbaserede anbefalinger

En anbefaling kan enten være for eller imod en given intervention. En anbefaling kan enten være stærk eller svag/betinget. Der er således følgende fire typer af anbefalinger:

Stærk anbefaling for ↑↑

Ordlyd: *Giv/brug/anvend...*

Sundhedsstyrelsen giver en stærk anbefaling for, når der er pålidelig evidens, der viser, at de samlede fordele ved interventionen er klart større end ulemperne.

Følgende vil trække i retning af en stærk anbefaling for:

- Høj eller moderat tiltro til de estimerede effekter.
- Stor gavnlige effekt og ingen eller få skadevirkninger.
- Patienternes værdier og præferencer er velkendte og ensartet til fordel for interventionen.

Implikationer:

- De fleste patienter vurderes at ønske interventionen.
- Langt de fleste klinikere vil tilbyde interventionen.

Svag/betinget anbefaling for ↑

Ordlyd: *Overvej at...*

Sundhedsstyrelsen giver en svag/betinget anbefaling for intervention en, når det vurderes, at fordelene ved interventionen er marginalt større end ulemperne, eller den tilgængelige evidens ikke kan udelukke en væsentlig fordel ved en eksisterende praksis, samtidig med at skadevirkningerne er få eller fraværende.

Følgende vil trække i retning af en svag/betinget anbefaling for:

- Lav eller meget lav tiltro til de estimerede effekter.
- Balancen mellem gavnlige og skadelige virkninger ikke er entydig.
- Patienternes præferencer og værdier vurderes at variere væsentligt, eller de er ukendte.

Implikationer:

- De fleste patienter vurderes at ønske interventionen, men nogen vil afstå.

- Klinikeren vil skulle bistå patienten med at træffe en beslutning, der passer til patientens værdier og præferencer.

Svag/betinget anbefaling imod ↓

Ordlyd: *Anvend kun ... efter nøje overvejelse, da den gavnlige effekt er usikker og/eller lille, og der er dokumenterede skadevirkninger såsom...*

Sundhedsstyrelsen giver en svag/betinget anbefaling imod interventionen, når ulemperne ved interventionen vurderes at være større end fordelene, men hvor man ikke har høj tiltro til de estimerede effekter. Den svage/betingede anbefaling imod, anvendes også hvor der er stærk evidens for både gavnlige og skadelige virkninger, men hvor balancen mellem dem er vanskelig at afgøre.

Følgende vil trække i retning af en svag anbefaling imod:

- Lav eller meget lav tiltro til de estimerede effekter. Balancen mellem gavnlige og skadelige virkninger ikke er entydig.
- Skadevirkningerne vurderes at være marginalt større end den gavnlige effekt.
- Patienternes præferencer og værdier vurderes at variere væsentligt, eller de er ukendte.

Implikationer:

- De fleste patienter vurderes at ville afstå fra interventionen, men nogen vil ønske den.
- Klinikeren vil skulle bistå patienten med at træffe en beslutning, der passer til patientens værdier og præferencer.

Stærk anbefaling imod ↓↓

Ordlyd: *Giv ikke/brug ikke/anvend ikke/undlad at...*

Sundhedsstyrelsen giver en stærk anbefaling imod, når der er der er høj tiltro til, der viser, at de samlede ulemper er klart større end fordelene. Det samme gælder, hvis der er stor tiltro til, at en intervention er nyttesløs.

Følgende vil trække i retning af en stærk anbefaling imod:

- Høj eller moderat tiltro til de estimerede effekter.
- Der er stor tiltro til, at interventionen ikke gavner, eller at den gavnlige effekt er lille.
- Der er stor tiltro til, at interventionen har betydelige skadevirkninger.
- Patienternes værdier og præferencer er velkendte og ensartede imod interventionen.

Implikationer:

- De fleste patienter vurderes ikke at ville ønske interventionen.

- Klinikeren vil meget sjældent tilbyde interventionen

For yderligere beskrivelse af de forskellige evidensbaserede anbefalinger se venligst:

<http://www.gradeworkinggroup.org>

De to typer af anbefalinger til god praksis anbefalinger

God praksis ✓

For:

Det er god praksis at...

Imod:

Det er ikke god praksis at...

Det er ikke god praksis rutinemæssigt at...

Det er god praksis at undlade at...

Det er god praksis at undlade rutinemæssigt at...

God praksis, som bygger på faglig konsensus blandt medlemmerne af arbejdsgruppen, der har udarbejdet den kliniske retningslinje. Anbefalingen kan være enten for eller imod interventionen. En anbefaling om god praksis anvendes, når der ikke foreligger relevant evidens. Derfor er denne type anbefaling svagere end de evidensbaserede anbefalinger, uanset om de er stærke eller svage.

Bilag 8: Søgebeskrivelser og evidensvurderinger

Søgebeskrivelser samt evidensvurderinger er offentliggjort på Sundhedsstyrelsens hjemmeside.

- Søgebeskrivelse kan tilgås [her](#)
- Søgeprotokoller kan tilgås [her](#)
- AGREE-vurderinger kan tilgås [her](#)
- AMSTAR-vurderinger kan tilgås [her](#)
- RevMan-filer med risiko for bias-vurderinger og meta-analyser samt beskrivelse af in- og ekskluderede studier kan tilgås [her](#)
- Flowcharts kan tilgås [her](#)

Bilag 9: Arbejdsgruppen og referencegruppen

Arbejdsgruppen

Arbejdsgruppen vedr. NKR for *orofaryngeal dysfagi* består af følgende personer:

- Ane Bonnerup Vind (formand), overlæge, Sundhedsstyrelsen
- Annette Kjærsgaard, udpeget af Ergoterapeutfagligt Selskab for Dysfagi, forskningsansvarlig ergoterapeut, projektleder, Forskningsenheden, Regionshospitalet Hammel Neurocenter, Universitetsklinik for Neurorehabilitering, Hospitalsenhed Midt, Hammel
- Daniela Jakobsen, udpeget af Ergoterapeutfagligt Selskab for Dysfagi, udviklingsergoterapeut, Klinik for Højt Specialiseret Neurorehabilitering/Traumatisk Hjerneskade, med udefunktion på Hvidovre Hospital
- Irene Wessel, udpeget af Dansk Selskab for Otolaryngologi, overlæge, Øre-, næse-, halskirurgisk og audiologisk klinik, Rigshospitalet
- Karin Bak Aksglæde, Udpeget af Dansk Radiologisk Selskab, overlæge, Motilitetsafsnittet, Kirurgisk Gastroenterologisk afd. L, Aarhus Universitetshospital
- Kenneth Jensen, udpeget af Dansk Selskab for Klinisk Onkologi, overlæge, kræftafdelingen, Århus Universitetshospital
- Leanne Langhorn, udpeget af Dansk Sygepleje Selskab, klinisk sygeplejespecialist, Neurokirurgisk Afdeling, Aarhus Universitetshospital
- Marlene Munch, udpeget af Dansk Selskab for Neurorehabilitering, tværfaglig udviklingskoordinator, Center for Neurorehabilitering, Filadelfia
- Mie Kirstien Christensen, udpeget af Ergoterapeutfagligt Selskab for Dysfagi, rehabiliteringskonsulent, Center for Sundhed og Omsorg, Egedal kommune
- Niels Christian Bjerregaard, udpeget af Dansk Kirurgisk Selskab, overlæge, kirurgisk gastroenterologisk afdeling L, Aarhus Universitetshospital
- Rudolf Albert Scheller, udpeget af Dansk Selskab for Geriatri, overlæge, Geriatrisk Afdeling G, Odense Universitetshospital
- Sine Secher Mortensen, udpeget af Dansk Selskab for Fysioterapi, specialeansvarlig fysioterapeut, Klinik for Tidlig Neurorehabilitering, Regionshospitalet Hammel Neurocenter - Region Midt
- Tove Grønbæk Jensen, udpeget af Dansk Neurologisk Selskab, overlæge, Klinik for Højt Specialiseret Neurorehabilitering/ Traumatisk Hjerneskade, med udefunktion på Hvidovre Hospital

Fagkonsulenten Tina Hasen har som en del af sekretariatet, jf. nedenfor, været overordnet ansvarlig for litteraturgennemgangen og for at udarbejde udkast til retningslinjen til drøftelse i arbejdsgruppen.

Habilitetsforhold

En person, der virker inden for det offentlige, og som har en personlig interesse i udfaldet af en konkret sag, må ikke deltage i behandlingen af denne sag. Hvis en person er inhabil, er der risiko for, at han eller hun ikke er uvildig ved vurderingen af en sag. Der foreligger habilitetserklæringer for alle arbejdsgruppemedlemmer. Habilitetserklæringerne kan tilgås [her](#).

Referencegruppen

Referencegruppen er udpeget af regioner, kommuner, patientforeninger og andre relevante interessenter på området, og dens opgave har bestået i at kommentere på afgrænsningen af og det faglige indhold i retningslinjen.

Referencegruppen vedr. NKR for øvre dysfagi består af følgende personer:

- Addý Guðjóns Kristinsdóttir, udpeget af Audiologopædisk Forening, logoæld, Senhjerneskaedeområdet hos CSV Odensen-Brangstrup-Vestfyn
- Bahareh Bakshaie Philipsen, udpeget af Region Syddanmark, afdelingslæge på øre næse og hals kirurgisk afdeling, Odense universitets hospital
- Camilla Højgaard Nielsen, udpeget af Socialstyrelsen, faglig konsulent, Kontor for kognitive handicap og hjernesker, Socialstyrelsen
- Carsten Kock-Jensen, udpeget af Region Midtjylland, overlæge, Neurokirurgisk afdeling, Aarhus Universitetshospital
- Diana Hol, udpeget af Danske Patienter, logopæd, Parkinsonforeningen
- Hanne Bæk Thorup, udpeget af Danske Handicaporganisationer, klinisk diætist, Sclerosehospitalet i Ry
- Helle Kaufmann, udpeget af Danske patienter, medlem af Netværk for patienter med hals- og mundhulekræft v/Kræftens Bekæmpelse
- Lars Hedemann Nielsen, udpeget af Dansk Selskab for Anæstesiologi og Intensiv medicin, overlæge, Hammel Neurocenter
- Lise Holten, udpeget af KL, konsulent, KL
- Lise Kay, udpeget af Danske Handicaporganisationer, overlæge, Polio-, Trafik- og Ulykkesskadede
- Lise Lemming Sørensen, udpeget af KL, ergoterapeut, Sundheds- og Omsorgsforvaltningen Bispebjerg/Nørrebro i Københavns kommune
- Malte Harbou Thyssen, udpeget af Danske Regioner, konsulent, Danske Regioner
- Mette Lund Jespersen, udpeget af Region Hovedstaden, 1. reservelæge, Enhed for Hospitalsplanlægning, Region Hovedstaden
- Niels Jessen, udpeget af Danske patienter, formand for Netværk for patienter med hals- og mundhulekræft v/Kræftens bekæmpelse

- Peter Ravn Riis, udpeget af Sundheds- og Ældreministeriet, specialkonsulent, Sundheds- og Ældreministeriet
- Susanne Zielke Schaarup, udpeget af Dansk Selskab for Apopleksi, klinisk sygeplejespecialist, Neurologisk afdeling Bispebjerg Hospital

Sekretariat

Sekretariatet for begge grupper:

- Betina Højgaard, projektleder, Sundhedsstyrelsen
- Elisabeth Marie Ginnerup-Nielsen, metodekonsulent, Sundhedsstyrelsen
- Julie Bolvig Hansen, metodekonsulent, Sundhedsstyrelsen
- Kirsten Birkefoss, søgespecialist, Sundhedsstyrelsen
- Tina Hansen, fagkonsulent, Sundhedsstyrelsen
- Tóra Haraldsen Dahl, faglig ressource, Sundhedsstyrelsen

Peer review og offentlig høring

Den nationale kliniske retningslinje for øvre dysfagi har forud for udgivelsen været i høring blandt følgende høringsparter:

- Audiologopædisk Forening
- Ergoterapeutforeningen
- Dansk Kirurgisk Selskab
- Dansk Neurologisk Selskab
- Dansk Radiologisk Selskab
- Dansk Selskab for Almen Medicin
- Dansk Selskab for Anæstesiologi og Intensiv Medicin
- Dansk Selskab for Apopleksi
- Dansk Selskab for Geriatri
- Dansk Selskab for Fysioterapi
- Dansk Selskab for Klinisk Onkologi
- Dansk Selskab for Otolaryngologi
- Dansk Selskab for Neurorehabilitering

- Dansk Sygepleje Selskab
- Danske Handicaporganisationer
- Danske Patienter
- Danske Regioner
- KL
- Socialstyrelsen
- Sundheds og Ældreministeriet
- Tandlægeforeningen Oplisting af høringsparter

Retningslinjen er desuden i samme periode peer reviewet af:

- Olle Ekberg, overlæge, Lunds Universitet
- Maribeth C Rivalsrud, logopæd, Sunnaas Sykehus HF
- Trine Schow, ergoterapeut, Hjerneskadecentret BOMI i Roskilde

Bilag 10: Forkortelser og begreber

Adaptive indsatser: Er specifikke indsatser, der vedrører facilitering af fødeindtagelse uden at påvirke den underliggende neuromuskulære forstyrrelse. Disse kan inkludere, men er ikke begrænset til: Tilpasning af omgivelser, aktiviteten og modificeret kost/væske konsistens, brug af hjælpemidler til lejrning og spisning samt mundhygiejne.

Aktivitet og deltagelse: Aktivitet er en persons udførelse af en opgave eller en handling. Termen repræsenterer funktionsevne på individniveau. Deltagelse er en persons involvering i dagliglivet.

Aktivitet som terapeutisk middel: Aktivitet benyttes indenfor ergoterapi som et terapeutisk middel til at fremme personens aktivitetsudførelse samt personens psykiske, sociale og fysiske autonomi og velbefindende.

Aspiration: Indånding eller nedsugning i trakea bronkier eller lunger af luft, sekret, væske eller faste stoffer. Dvs, aspireret materiale kommer under stemmelæberne.

Bolus: Fødebolle, dvs. mad og mundvand er blandet sammen til en homogen konsistens, der er effektiv og sikker at synke. Kan også være væske.

Cuffed trakealkanyle: Den cuffed trakealkanyle består af et rør, der placeres nede i luftrøret. Herved vil vejrtrækningen foregå via trakealkanyle. På røret sidder en ballon, som er pustet op og udfylder luftrøret. Ballonen er med til at beskytte lungerne for aspireret mundvand. En cuffed trakealkanyle kan være cuffed eller afcuffed. Luften trykkes ind eller lukkes ud af cuffen ved hjælp af en udvendig ventil. Når kanylen er cuffed, beskytter den lungerne for store mængder sekret. Patienten er ikke i stand til at tale, når kanylen er cuffed.

Dysfagi: Dysfagi kommer fra græsk. ”Dys” betyder vanskeligheder eller besvær og ”fagi” betyder at spise eller synke. I ”International klassifikation af funktionsevne, funktionsevneindsættelse og helbredstilstand” (ICF) defineres synkefunktion som ”funktioner bestemmende for at bringe mad og drikke fra mundhulen gennem svælget og spiserøret til mavesækken med passende frekvens og hastighed” (ICF kode b5105). I WHO's diagnoseklassifikationssystem (ICD-10, http://www.medinfo.dk/sks/brows.php?s_nod=5717) er dysfagi klassificeret under ”Symptomer og abnorme fund i fordøjelsessystemet og abdomen” (DR10-DR19), og har koden DR13. Øvre dysfagi er relateret til mund og svælg, mens nedre dysfagi er relateret til spiserør og mavesækken. Denne retningslinje handler om øvre dysfagi.

Dysfagi-håndtering: Består overordnet af en diagnostisk strategi med tre trin: Tidlig opsporing, klinisk undersøgelse (ikke-instrumentel) og instrumentel klinisk undersøgelse samt specifikke indsatser, der foregår i et tæt tværfagligt samarbejde mellem ergoterapeut, sygeplejerspersonale, social- og sundhedsassistent, audiologopæd, diætist, afdelingslæge/privat praktiserende læge, Øre-næse-hals-læge, onkolog, geriater, neurolog og intern mediciner.

Faryngeal fase: Transport af bolus gennem svælget med samtidig beskyttelse af luftveje (lukke af til trakea under synket og hoste/rømme sig ved penetration/aspiration).

Fiberoptisk Endoskopisk Evaluering af Synkefunktionen (FEES): Undersøgelsen foretages med et fleksibelt fiberskop gennem det ene næsebor. Giver mulighed for at vurdere anatomi generelt, forhold i svælget, spontane synkebevægelser, mængden af sekret og stemmebåndene. Patienten gives testmåltid af forskellig konsistens (er ofte tilsat frugtfarve) og synkebevægelserne vurderes. Aspiration og penetration vurderes ved forskellige konsistenser. Det er muligt at foretage forskellige terapeutiske tiltag samtidig med og vurdere effekten heraf. Derudover vurderes sensibiliteten i svælget.

Funktionel Videoradiologisk Evaluering af Synkefunktionen (FVES): Er en røntgenundersøgelse af synkefunktionen. I forbindelse med indtagelse af kontrast og kontrastholdige fødeemner, kan man vurdere fødens behandling i mundhulen og den videre passage gennem svælget til spiserøret. Hvis der ved undersøgelsen påvises forhold, der kan forklare personens synkeproblemer, kan man i forbindelse med undersøgelsen afprøve forskellige kompensatoriske teknikker samt fx ændring af hovedstilling, siddestilling, ændring af fødens konsistens og/eller mængde. Kaldes også Modified Barium swallowing study (MBS) eller Videoradiologisk Evaluering af Synkefunktionen (VES, på engelsk VFES).

Kompenserende indsatser: er specifikke indsatser, der vedrører facilitering af synkeprocessen uden at "fjerne" de underliggende neuromuskulære forstyrrelser og eller strukturelle forandringer. disse kan inkludere, men er ikke begrænset til: kompenserende hoved- og kroppsstilling og specifikke synkemanøvre.

Oral fase: Opdeles i to: "Forberedelse" - bider af, smager og mærker mad og drikke i munden, tygger og former maden til en bolus og "Transport"- fører bolus til midten af munden og transporterer den gennem mundhulen til svælget.

Penetration: Når sekret, væske eller fast stof indsuges i luftvejene, men forbliver over stemmelæberne

PICO: De fokuserede spørgsmål specificerer patientgruppen, interventionen, alternativet til interventionen og outcome. Dette afspejles i akronymet PICO (Population, Intervention, Comparison and Outcomes)

Pneumoni (aspirationsbetinget): Aspirationspneumoni defineres som lungebetændelse som følge af aspiration (fx af saliva, maveindhold eller føde hos bevidstløse eller patienter med synkebesvær). Idet der er stor variation i forskningslitteraturen vedrørende definitionen af aspirationspneumoni og derved hvilke kriterier, der skal være til stede for at diagnosen stilles, benyttes termen pneumoni i denne NKR.

Præ-oral fase: Forberedelse til at spise og drikke: Ser, erkender, dufter mad og drikke; spyttproduktionen og synkestimulationen starter; maden føres til munden.

Rehabiliterende indsatser: Er specifikke indsatser, der vedrører forbedring og normalisering af motorisk og sensorisk kontrol af muskulaturen involveret ved synkning (Ickenstein, 2014). Disse baseres på træningsfysiologi og kan inkludere, men er ikke begrænset til træning af: Kroppen; respirationen; koordination til synke-spise-drikke; ansigt, mund og svælg.

Sensomotorisk træning: Fokuserer på forbedring af personens sensomotoriske funktionsevne (Sensibilitet (Taktil-kinæstetisk), perception og motorik (bevægelse, styrke, koordination), samt disses samspil). Antagelsen er, at systematisk træning giver nervesystemet mulighed for at modnes og udvikles (neuroplasticitet). Der findes flere forskellige terapeutiske koncepter, der bygger på sensomotorisk træning.

Synkefunktionen: Funktioner, bestemmende for at bringe mad og drikke fra mundhulen gennem svælget og spiserøret til mavesækken med passende frekvens og hastighed. (WHO, 2001)

Silent aspiration: Aspiration, der ikke opfattes/mærkes af personen, fx pga. nedsat sensibilitet. Personen hoster ikke/rømmer sig ikke.

Vandtest: Er betegnelsen for en metode til identifikation af øvre dysfagi, hvor patientens synkefunktion vurderes i forhold til effektivitet og sikkerhed. Der findes forskellige variationer af metoden med hensyn til væskevolumen, der indtages samt hvilke variabler, der undersøges.

Whiteout: Er en hvidfarvet refleksion på computerskærmen, således at svælget ikke kan visualiseres. Forekommer fordi svælget klemmer rundt om endoskopkameraet under selve synket.

Øsofageal fase: Transport af bolus gennem spiserøret til maven (nedre dysfagi manifesteres i denne fase).