

RAPPORT RAPPORT

Svelgetesting ved akutt hjerneslag

Konsensusrapport

Slagenhetene ved sykehusene i

Helseregion Sør-Øst

og Høgskolen i Buskerud, avdeling for helsefag

Liv Rugås (red.)



Rapporter fra Høgskolen i Buskerud

Nr. 68

**Svelgetesting ved
akutt hjerneslag**

Konsensusrapport

**Slagenhetene ved sykehusene i Helseregion Sør-Øst
og Høgskolen i Buskerud, avdeling for helsefag**

Av

Liv Rugås (red.)

Drammen 2009

HiBus publikasjoner kan kopieres fritt og videreformidles til andre interesserte uten avgift.

En forutsetning er at navn på utgiver og forfatter(e) angis- og angis korrekt. Det må ikke foretas endringer i verket.

ISBN 82-91116-91-1

ISSN 0807-4488

Forord

Denne rapporten dreier seg om testing av svelgefunksjonen ved akutt hjerneslag.

Rapporten er resultat av et systematisk tverrfaglig tjenesteutviklingssamarbeid ved Sykehuset Buskerud HF, slagenheten og Høgskolen i Buskerud, avdeling for helsefag i perioden 2000 – 2006, og samarbeid med erfarne praktikere ved slagenheter i helseregion Sør – Øst i perioden 2006-2008.

Erfarne sykepleiere, hjelpepleiere, fysioterapeuter, ergoterapeuter og logoped har klinisk kompetanse i vurdering av svelgefunksjonen hos hjerneslagpasienter i akutt fase. Til kartlegging av svelgefunksjonen var det i bruk en rekke ulike skjemaer ved slagenhetene, men man savnet en grundigere gjennomgang av praksis som kunne skape konsensus om den praktiske prosedyren. For å kvalitetssikre svelgetesting har vi søkt etter validerte tester fra forskningslitteraturen som kunne bidra til kunnskapsbasert praksis.

Testing av svelgefunksjonen hos pasienter med hjerneslag i akutt fase kan være vanskelig, og fordrer at personalet som skal utføre prosedyren, har gjennomgått systematisk opplæring. For å kvalitetssikre svelgetesting foreslår vi at prosedyren standardiseres, og at personellet som skal utføre prosedyren sertifiseres etter teoretisk og praktisk opplæring.

Grethe Opsahl
Logoped

Maribeth C. Rivelserud
Logoped

Åshild Slinning Drefvelin
Slagsykepleier

May Sørtdal
Slagsykepleier

Britt Ødegaard
Spesialfysioterapeut

Signy Ryen
Slagsykepleier

Nina T. Johnsen
Slagsykepleier

Eli Fossan Rasmussen
Slagsykepleier

Liv Rugås
Høgskolelektor

Innholdsfortegnelse

Innledning	1
Økende krav om effektiv utredning	1
Klinisk utviklingsarbeid med fokus på dysfagi	2
Konsensus om testing av svelgefunksjonen ved slagenhetene i Helse Sør-Øst	3
Svelgeprosessen ved akutt hjerneslag	5
Normal svelging	5
Hva kan gå galt under svelgeprosessen	7
Standardisering av svelgetesting ved sengekanten	8
Gjennomføring av svelgetesten	8
Forberedelse med observasjon.....	9
Vanntest.....	10
Vurdering og anbefaling.....	11
Internasjonale anbefalinger	13
Tverrfaglig opplæring og sertifisering av personalet	14
Anbefalt svelgetest: skjema og veileder	14
A. FORBEREDELSE	15
B. VANNTTEST	15
C. VURDERING	15
Litteraturliste	16
Vedlegg.....	19

Innledning

I den akutte fasen av et hjerneslag utvikler mer enn halvparten av pasientene lammelser i svelgefunksjonen (dysfagi) (Bath, Bath-Hextall og Smithard 2005). Tegn på dette kan være sikling, vansker med å kontrollere maten i munnen, manglende evne til å initiere svelging, hosting før, under eller etter svelgingen (Stensvold og Utne 1997). Svelgeproblemene bedres hos mange. Det kan være vanskelig å avdekke problemene i akutt fase, da mange slagpasienter er trette og har endret bevissthetsnivå. Slagpasienter med uoppdaget dysfagi kan utsettes for alvorlige komplikasjoner som følge av aspirasjon og underernæring. Dette kan få avgjørende betydning for videre rehabilitering (Bath, Bath-Hextall og Smithard 2005; Dogget Tappe, Mitchell, Chapell, Coates og Turkelseon 2001; Ickenstein, Stein, Ambrosi, Goldstein, Horn, Bogdahn 2005; O'Neill 2000; Perry 2001; Ramsey, Smithard og Kalra 2003).

Økende krav om effektiv utredning

Det stilles økende krav om effektiv utredning og behandling, og kravet til dokumentasjon er styrket gjennom Lov om spesialisthelsetjenesten § 2-3 samt kravet om faglig forsvarlighet i Helsepersonelloven § 4. Lovverket inkluderer alt helsepersonell og stiller krav om at spesialisthelsetjenestene er basert på faglig forsvarlig kunnskap som inkluderer både erfarings- og forskningsbasert kunnskap. Forventningene om samarbeid og kompetanseoverføring mellom avdelinger og enheter i spesialisthelsetjenesten fordrer samtidig at tverrfaglig helsepersonell kvalitetssikrer tjenestene og bidrar aktivt i prosesser som kan fremme kunnskapsbasert og omsorgsfull praksis (Lov om spesialisthelsetjenesten § 7-4). Utvikling av konsensus om viktige prosedyrer er derfor viktig. Kvalitetssikring av prosedyrer styrker tjenestene og kunnskapsutvikling i praksis på tvers av tjenestenivåene og engasjerer alt personell.

I det siste tiåret har det vært arbeidet med forbedring av tjenestene til slagrammede ved flere av slagenhetene i sykehusene i Helseregion Sør - Øst. Arbeidet er tverrfaglig og involverer flere aspekter. I denne rapporten legges fokus på svelgevansker (dysfagi) og testing av svelgefunksjonen hos slagrammede i akutt fase.

Klinisk utviklingsarbeid med fokus på dysfagi

Sykehuset Buskerud HF initierte i år 2000-2002 et klinisk kompetanseprogram i samarbeid med Høgskolen i Buskerud, avdeling helsefag, for å styrke kompetansen hos helsepersonell i nevromuskulær klinikk og for å styrke utvikling av kunnskapsbasert praksis.

Sykepleierne Eli Fossan Rasmussen og Hilde Presberg ved neurologisk avdeling gjennomførte kompetanseprogrammet og valgte fordypning innen ”Dysfagi ved akutt hjerneslag”.

Fordypningen omfattet kliniske observasjoner i egen praksis, identifisering av kliniske problemstillinger, samt systematisk litteratursøk i anerkjente databaser knyttet til dysfagi hos slagrammede i akutt fase. Gjennom systematiske kliniske observasjoner av pasientforløp, bruk av logg og refleksjon oppdaget sykepleierne Eli Fossan Rasmussen og Hilde Presberg flere kritiske situasjoner der pasientens liv og velferd stod i fare særlig i de første timene etter hjerneslaget. Sykepleierne observerte situasjoner der pasientene fikk mat eller drikke, men ikke klarte å svelge. Pneumoni som følge av dette ble vurdert som den mest alvorlige komplikasjonen for pasienter ved slagenheten. Pasientene var ofte søvnige eller trette og ikke våkne nok til å drikke. Det ble også observert at pårørende ofte ønsket å gi pasienten mat mens de satt ved sengekanten. Sykepleierne oppsummerte i 2002 at de ikke i tilstrekkelig grad klarte å ivareta pasientens sikkerhet, og at de manglet kunnskap om systematisk testing av svelgefunksjonen hos slagrammede i akuttfasen.

For å styrke praksis delte sykepleierne sin systematiserte kunnskap med de tverrfaglige kollegene i slagenheten. Med aktiv støtte fra logopedene Liv Bjor og Grethe Opsahl, klinikkssjef Brit Standnes og fagutviklingssykepleier Trude Norup (Kari Pharo Skaug fra 2005) valgte personalet i slagenheten å fortsette utviklingssamarbeidet med Høgskolen i Buskerud med veiledningsstøtte fra høgskolelektor Liv Rugås i perioden 2003-2006. Med utgangspunkt i det praktiske kunnskapsgrunnlaget og evidens fra forskning, har denne prosjektgruppen i samarbeid med personalet i slagenheten utviklet en svelgetestprosedyre, prøvet den ut og forbedret praksis (Bjor, Opsahl, Rugås 2007). Alt personalet har fått både teoretisk og praktisk opplæring i svelgetesting og blitt sertifisert etter gjennomført opplæring.

Kunnskapsgenereringen om svelgetesting i denne rapporten tar utgangspunkt i dette systematiske utviklingsarbeidet med innhenting av evidens fra

- a) tverrfaglig ekspertise i en slagenhet i sykehus,
- b) data om slagrammede ved fysiske observasjoner,
- c) data om slagrammede og pårørendes preferanser og verdier,
- d) forskning, teorier og ekspertpanel
- e) vurdering av tilgjengelige helsetjenesteressurser

Dysfagiprojektet ved Sykehuset Buskerud, slagenheten ble gjennomført som et aksjonsforskningssamarbeid i egen organisasjon, slik tilnærmingen er beskrevet av Coghlan/Brannick (2005). Dette innebar at problemstillingene ikke var definert på forhånd, men ble utviklet i praksis. Datainnsamlingen og analysene foregikk fortløpende, og ved halvårige evalueringer av fremdriften, samt søk i databasene Medline, Cinahl og Cochrane etter anerkjente forskningsartikler om dysfagi (søkeord: *acute stroke, dysphagia, aspiration, pneumonia*). I tillegg er svelgetesten prøvet ut og tilpasset av erfarne praktikere ved slagenhetene i helseregion Sør-Øst (se under).

Konsensus om testing av svelgefunksjonen ved slagenhetene i Helse Sør-Øst

I november 2006 tok den tverrfaglige prosjektgruppen ved Sykehuset Buskerud HF initiativ til en dialogkonferanse, og inviterte erfarne praktikere ved slagenhetene i helseregion Sør-Øst for å dele erfaringer og kunnskap om svelgetesting av hjerneslagpasienter i akutt fase. Hensikten med dialogen på tvers av slagenhetene var å utvikle ett evidensbasert kunnskapsgrunnlag basert på klinisk erfaring og forskningsbasert kunnskap, som kunne styrke testingen av svelgefunksjonen hos hjerneslagpasienter i akutt fase.

Helse Sør-Øst har ansvar for spesialisthelsetjenester i Østfold, Akershus, Oslo, Hedmark, Oppland, Buskerud, Vestfold, Telemark, Aust-Agder og Vest-Agder. Pasienter med hjerneslag vil komme til behandling ved alle sykehusene, men alle sykehusene har ikke egne enheter for pasienter med hjerneslag. Det er derfor viktig å spre kunnskap også utover slagenhetene.

62 erfarne klinikere deltok på dialogkonferansen om ”Svelgetesting av slagpasienter i akutt fase” i november 2006, og deltok aktivt i diskusjonen om hvordan svelgetesting kan kvalitetssikres. Deltagerne var sykepleiere/kliniske sykepleiespesialister/slagsykepleiere, spesialhjelpepleier, logopeder, fysioterapeut/spesialfysioterapeuter, ergoterapeuter og lege. De kom fra følgende sykehus:



- Akershus Universitetssykehus, Nevrologisk avdeling
- Aker Universitetssykehus
- Sykehuset Buskerud HF, Nevrologisk avdeling og Avd. for fysikalsk medisin og rehabilitering
- Blefjell sykehus
- Diakonhjemmet sykehus, medisinsk avdeling
- Lovisenberg sykehus, klinikk for med. service
- Ringerike sykehus
- Sunnaas sykehus HF, Avd. for hjerneskader og Spesialped. Kompetansesenter
- Sykehuset i Vestfold, Nevrologisk avdeling, slagenheten
- Sykehuset Asker og Bærum HF
- Sykehuset Innlandet HF
- Sykehuset Telemark HF, Slagenheten
- Sykehuset Telemark Kragerø, Enhet for geriatri og rehabilitering
- Ullevål universitetssykehus, Slagenheten, Rehab og Geriatrisk avdeling.

Foreliggende konsensusrapport om svelgetesting av hjerneslagpasienter i akutt fase er følgelig basert på lokal kunnskap om svelgetesting og analyser av kliniske erfaringer fra flere sykehus samt forskning om standardiserte svelgetester.

Svelgeprosessen ved akutt hjerneslag

Lammelser i svelgefunktjonen kommer brått og uventet for pasienter som rammes av hjerneslag. Graden av svelgevansker varierer, fra litt vansker med å holde bolus i munnen uten å sikle til total svelgeparese. For noen kan det være vanskelig å erkjenne svelgevanskene, og det kan oppleves ubehagelig å ha mistet noe av kontrollen på hånd - munnbevegelsen i spisesituasjonen (Skriung 2004). Effektiv utredning og behandling ved dysfagi inkluderer alle handlinger som påvirker spisesituasjonen.

Normal svelging

For å kunne observere og beskrive svelgevansker ved lammelser, er kunnskap om den normale svelgefunktjonen nødvendig. Svelgeprosessen er en kombinasjon av viljestyrte bevegelser og reflekser. Den er en sammenhengende, smidig og svært hurtig prosess som tar kun 8-20 sekunder. Prosessen tar ofte lengre tid i høy alder. Svelgeprosessen kan beskrives i fire hovedfaser:

- 1) preoral fase (forberedelse til spising)
- 2) oral fase (i munnen)
- 3) faryngal fase (i svelget)
- 4) øsofagal fase (i spiserøret)

Den orale fasen inndeles ytterligere i a) oralforberedende fase (maten forberedes i munnen) og b) oral fase (transport av bolus) (Stensvold og Utne 1997; Kjærsgaard 2005).

1. Preoral fase – sensomotorisk parathet

Svelgeprosessen innledes normalt med tanken på mat og de synkroniserte hånd – munn bevegelsene som fører maten til munnen (Kjærsgaard 2005). Den sensomotoriske paratheten stimuleres av syn, lukt og hørsel ved tilberedning av mat og drikke, og viser seg gjerne i form av økt spyttsekresjon. Noen beskriver denne fasen som forsmaksfasen. Kvaliteten på et måltid påvirkes i denne fasen av sittestilling, motoriske ferdigheter som evnen til hånd-munn-koordinasjon, hodekontroll og åpning av kjeven. Tempoet i spisesituasjonen har også betydning (Kjærsgaard 2005).

2.a Oralforberedende fase - viljestyrt.

Maten puttes i munnen og tygges. Maten blandes med spytt og brytes ned til en konsistens som er passende å svelge. Normalt blir bolus holdt på plass på fremre/midtre del av tungen. Godt kjeve- og leppelukke er en forutsetning for å holde mat og drikke inne i munnen. Kinnene må ha en viss tonus for å holde på maten, og for å presse mat mot tungen under tygging. Normal tyggefunksjon krever intakt muskulatur i leppene, kinnene, tungen og den bløte gane. Det kreves også god under- og overkjevefunksjon.

2.b. Orale fase – viljestyrt og refleks.

Når tungen fører bolus bakover, løftes tungen og skyves bakover mens den klemmer bolus langs ganen. Når bolus når et sted mellom de fremre ganebuene og valleculae, avsluttes vanligvis den orale fase ved at svelgeresponsen utløses. Tungefunksjonen samt å ha noe i munnen er helt avgjørende for å få utløst svelgeresponsen.

3. Faryngeale fase – automatisk.

Maten transporteres fra den bakerste delen av munnhulen ned i svelget. Når vi svelger er hodet lett flektert, og den bløte gane heves for å blokkere for den nasofaryngale åpningen. Stemmeleppene lukkes samtidig som strupehodet heves, og epiglottis legger seg bakover og blokkerer trachea (luftrøret). Svelgsnørene hjelper og skyver maten nedover i svelget. Når strupehodet heves åpnes spiserørsmunnen og slipper mat/væske igjennom. Under denne refleksive fasen har respirasjonen opphørt, og stemmeleppene er lukket. Hvis denne prosessen ikke er tett koordinert, vil det være stor risiko for at pasienten aspirerer (Kjærsgaard 2005).

4. Øsofagale fase – autonom (utløses fra spiserøret, ikke nødvendig med kontroll fra hjernen).

Ved hjelp av tyngdekraften og peristaltiske bølgebevegelser føres bolus gjennom spiserøret og inn i magesekken. Strupehodet senkes ned til sitt opprinnelige nivå. Nederste spiserørs-sfinkter forhindrer at maveinnholdet kommer opp igjen i munnhulen (refluks).

Normal svelgeprosess forutsetter altså koordinerte øye- håndbevegelser, intakt sensibilitet i munn, tunge og svelg og normal tonus og muskelmotorikk, samt at man kan kontrollere respirasjonen under hele svelgebevegelsen.

Hva kan gå galt under svelgeprosessen

Spise- og svelgevansker etter hjerneslag kan forekomme i alle faser av svelgingen, også i flere faser samtidig.

I *oral fase* ser vi ofte vansker med leppelukket hos pasienter med facialisparese. Mat eller drikke renner ut av munnen, eller personen sikler. Dersom tungen ikke klarer å samle maten til en bolus, blir mat/drikke liggende rundt i munnhulen. Noe kan renne ukontrollert ned i halsen før svelgereflexen utløses og kan føre til aspirasjon. Ved redusert kinnmuskulatur vil mat falle ned på utsiden av tennene og bli liggende i furen mellom tennene og kinnet. Denne hamstringen kan i verste fall føre til aspirasjon, dersom pasienten ikke får munnstell før han ligger flatt i sengen. Forsinket eller manglende initiering av svelging, kan føre til at bolus eller deler av bolus blir liggende i svelget. I verste fall kan det føre til aspirasjon. Aspirasjon kan også forekomme i *faryngale fase* dersom epiglottis ikke legger seg ordentlig på plass over luftrøret, eller dersom det ligger igjen rester i svelget (sinus pyriformes og valleculae). *Øsofagale* vansker forekommer også ofte. Dette fordrer tverrfaglige medisinske vurderinger og tiltak.

I akutt fase er faren for aspirasjon stor og vurdering av svelgefunksjonen er dermed svært viktig. Stille aspirasjoner kan forekomme uten ytre tegn på svelgeproblemer (Ramsey, Smithard og Kalra 2005). Selv om svelgerøntgen eller videofluoroskopi kan være ønskelig, kan det være vanskelig å gjennomføre for pasientene i akutt fase. Dette kan ha større relevans ved vedvarende dysfagi (Ramsey, Smithard og Kalra 2003;2005). Utfordringen synes derfor å være å utvikle svelgetesting som kan gjennomføres effektivt ved sengekanten av alt personale (Ramsey, Smithard og Kalra 2003).

Standardisering av svelgetesting ved sengekanten

Å avdekke svelgeproblemer kan være vanskelig og fordrer at alt personalet har kunnskap om hvordan svelgefunksjonen affiseres ved lammelser. Utvikling av klinisk erfaring og forståelse for at enhver prosedyre må tilpasses den enkelte pasients situasjon, er samtidig helt grunnleggende for en faglig forsvarlig praksis (Melnik, Fineout-Overholt 2005).

For at systematisk observasjon av svelgefunksjonen skal kunne implementeres i praksis, er det viktig at det tverrfaglige personalet har gode testinstruksjoner, slik at risikopasienter identifiseres raskt (Doggett *et al* 2001; Perry 2001; O'Neill 2000; Ramsey, Smithard og Kalra 2003). Ved å standardisere kliniske observasjoner og anvende beskrivende norske uttrykk i vurderingene, er det mulig å unngå unøyaktig språkbruk, som f. eks "svelger dårlig". Det kan føre til misforståelser. Vi har erfart at testingen må være enkel i bruk slik at alle gjør det samme hver gang og kan diskutere problemene etterpå.

Gjennomføring av svelgetesten

Alle pasienter vurderes og testes i løpet av første døgnet etter hjerneslaget, og testen skal alltid være gjennomført før pasienten får mat eller drikke. Svelgetesten utføres ikke dersom pasienten er komatøs eller ikke kan støttes opp til en stabil og god sittestilling (tilnærmet 90°).

Testen er tredelt:

- Forberedelse med observasjon,
- Vanntest
- Vurdering og anbefaling.

Forberedelse med observasjon

Vi har valgt å standardisere forberedelsene og observasjonene med 6 spørsmål og observasjoner:

FORBEREDELSE		Test	
		Ja	Nei
1	Er pasienten våken og responderer på tiltale?		
2	Kan pasienten sitte oppreist med en viss hodekontroll?		
Er svaret nei på et av spørsmålene – gå ikke videre! Vurder igjen innen 24 timer.			
3	Kan pasienten rekke tunge?		
4	Kan pasienten slikke seg rundt munnen?		
5	Kan pasienten svelge spyttet sitt?		
6	Kan pasienten hoste på oppfordring?		

For å vurdere svelgefunksjonen er det først nødvendig å avklare pasientens bevissthetsnivå og vitale funksjoner:

1. Er pasienten våken nok til å kunne respondere på tiltale?

Dersom pasienten er trøtt, prøves vekking med berøring. Bruk gjerne pasientens egen hånd.

2. Kan pasienten sitte oppreist eller støttes opp i sengen til en stabil og god sittestilling (tilnærmet 70-90°)?

Hodet bør være fritt, eventuelt støttet av hjelper. Hodeenden i sengen heves, fotenden senkes på sengen og støttes eventuelt opp med puter, så pasienten ikke sitter bakoverlent med hodet.

Kan vi svare bekreftende på de to første spørsmålene, fortsetter forberedelsene. Pasienten blir vist et glass isvann og en stålteskje, og får en enkel forklaring på hva som skal gjøres. Den kalde, våte teskjeen strykes over pasientens lepper, oppe og nede. Pasienten blir bedt om å strekke ut tungen, eller vi demonstrerer. Teskjeen strykes over pasientens tunge og trykkes ned mot tungen. Pasienten blir bedt om å trykke imot. Både impressiv afasi og kognitiv svikt kan gjøre det vanskelig for pasienten å følge instruksjonen. Ofte er pasienten tørst, og han både våkner til og responderer på denne forberedelsen.

Pasientens orale funksjon og evne til å følge instruksjon observeres under forberedelsene:

3. Kan pasienten rekke tunge?
4. Kan pasienten slikke seg rundt munnen?

Pasientens evne til å beskytte luftveiene observeres ved:

5. Greier pasienten å svelge spyttet sitt, eller renner det ukontrollert ut av munnen?
6. Kan pasienten hoste/kremte på oppfordring?

Hvis pasienten er våken og kan følge med på instruksjonen, fortsettes prosedyren. Vanntesten gjennomføres ikke hvis pasienten er svært trett, har respirasjonsproblemer eller mangler spyttkontroll. Ny vurdering gjøres innen 24 timer.

Vanntest

Svelgeprosessen vurderes ved å bruke vann, først teskjevis og deretter i et glass.

Vanntesten er standardisert etter følgende fremgangsmåte:

- Pasienten tilbys 1 teskje vann 3 ganger, for pasienten kan være tørr i munnen.
Vi ser, hører og kjenner med fingrene over pasientens strupehode etter svelgebevegelsen (4-fingertesten) (Stensvold og Utne 1997, s.68).
Det kan bli for liten mengde å svelge fordi pasienten har dårlig leppelukke og fordi en del av vannet renner ut.
- Hvis pasienten hoster mer enn en gang, tilbyr vi vann med fortykningsmiddel. Hoster pasienten fortsatt, avventer vi og prøver igjen innen 24 timer.
Ofte er fortykning i drikke nok til at pasienten takler svelgingen, og prosedyren kan fortsette. I fortykning anbefales ”kefir”- konsistens.
- Pasienten tilbys et fullt glass vann for å unngå tilbakebøyning av hodet, med eller uten fortykning. Pasienten oppfordres til å holde glasset selv. Om nødvendig kan vi støtte rundt pasientens hånd og albu. Det er ofte lettere for pasienten å svelge når han selv holder glasset og sitter i en naturlig sittestilling. Da er det pasienten som styrer bevegelsen, og forberedelsen blir naturlig.

Noen pasienter tømmer glasset for raskt, for eksempel ved kognitiv svikt. Andre svelger greit i begynnelsen, men har liten utholdenhet og blir fort trette. Da tar det lengre tid å utløse svelgingen, og pasienten kan svelge vrangt fordi væsken kan lekke til luftveiene før epiglottis legges på. Vi anbefaler fortykning i drikke, og forsiktighet og god observasjon videre.

- Hvis pasienten greier å drikke 1/3 av fullt vannglass, vurderer vi i første omgang at svelgingen er normal.

Vurdering og anbefaling

Under vanntestingen observerer og registrerer vi faresignaler ved hjelp av fire spørsmål. Vi ser, hører og kjenner etter svelgebevegelsen.

VURDERING			Test med teskje				Test med glass			
			Uten fortykning		Med fortykning		Uten fortykning		Med fortykning	
			Ja	Nei	Ja	Nei	Ja	Nei	Ja	Nei
7	Er svelgebevegelsen	Tydelig og fullstendig								
		Forsinket								
		Ufullstendig, forlenget svelgegangsetting								
		Usikker								
		Ingen svelging								
8	Hoster pasienten etter svelgingen?									
9	Er stemmen surklede etter svelgingen?									
10	Er pustemønsteret forandret etter svelgingen?									

Fare- og risikosignaler inkluderer *respirasjonsforandringer* som kortpustethet og surklende lyder. Dette kan være alvorlige tegn på aspirasjon. Andre viktige faresignaler er hoste og stemmeforandring. Pasienten skal da ikke ha noe per os (gjennom munnen).

Hosting og kremting er nødvendige funksjoner, og kroppens egen måte å beskytte seg på mot aspirasjon. Men det er også et viktig tegn på at svelgeprosessen ikke fungerer som den skal.

Surkling kan være tegn på at væske eller spytt ligger i svelget eller i øvre luftveier.

Surkling kan høres på pasientens stemme, eller på respirasjonen. Stemmen blir uren og grøtet.

Vurderingen av svelgebevegelsen beskrives med følgende fem kjennetegn:

- **Tydlig:** Svelgingen utløses raskt, og det er tydelig heving av strupehodet.
- **Forsinket:** Det tar mer enn 3 sekunder før pasienten greier å svelge.
 Det kan ha sammenheng med facialisparese, som ofte gir redusert leppelukke og nedsatt kraft og sensibilitet i kinnmuskulaturen. Oralmotorikken kan være svekket, spesielt i tungen, slik at evnen til å samle bolus og transportere den bakover, er redusert.
- **Ufullstendig:** Pasienten svelger flere ganger på hver munnfull.
 På grunn av svekket svelgemuskulatur (parese på en side) kan vann/fortykning lett bli liggende igjen både i munnen og i svelget. Mat kan også ligge igjen i munnen.
- **Usikker:** Det er vanskelig å registrere heving av strupehodet, eventuelt bare små bevegelser opp og ned. Vi hører ingen svelging, ser og kjenner ingen svelgebevegelse. Pasienten smatter og gjør pumpebevegelser med tungen uten at svelgingen utløses.
- **Ingen svelging:** Ingen bevegelse av strupehodet. Det høres ingen svelgelyd og vi kjenner ingen svelgebevegelse.

Det er vanlig å observere blandingsformer av disse kjennetegnene. Da vurderingen inneholder både observerbare tegn og klinisk skjønn, er det hensiktsmessig å være to under testen for å kunne diskutere vurderingen.

I akutt fase av hjerneslaget har pasientene ofte svelgeproblemer. Det er ikke mulig å forutsi når eller hvem som får alvorlige lammelser i svelget. Det er derfor nødvendig å vurdere alle pasienters svelgefunksjon de første døgnene.

Vi har erfart at instruksjonens krav om å svare ja eller nei er viktige. Vurderes funksjonen til nei, skal prosedyren avsluttes. Noen mener det kan være grader mellom ja og nei, men for sikkerhets skyld har vi valgt å ikke gradere. Er vi i tvil, skårer vi nei.

Testen avsluttes med en kort anbefaling. Anbefalingen kan for eksempel være ”0 per os” dersom pasienten ikke har tydelig svelgebevegelse, eller ”fortykning i drikke” dersom svelgebevegelsen er noe forsinket.

For at det ikke skal være noen tvil om testing av svelgefunksjonen er gjennomført før pasientene får mat eller drikke, er det viktig å kvittere med navn, stilling og dato på testskjemaet:

Test Dato:.....Kl:Utført av.....

ANBEFALING: _____

Dato og signatur fra den som har gjennomført testen, gir også raskt mulighet for videre vurderinger sammen.

Internasjonale anbefalinger

Å teste svelgefunksjonen hos pasienter med akutt hjerneslag ved sengekanten som beskrevet i svelgetestprosedyren er beskrevet og validert i flere internasjonale studier (Perry 2001; Ramsey *et al* 2003, Trapl *et al* 2007; Warnecke *et al* 2008).

Warnecke *et al* (2008) understreker at pasienter med akutt hjerneslag som har forlenget svelgeigangsetting > 3 sekunder skal ha 0 pr os (se spørsmål 7 i svelgetesten). Pasienter som kan svelge, men viser kliniske tegn på ufullstendige svelginger hvor vann/fortykning blir liggende igjen i munnen, bør også ha 0 pr os, eller om mulig undersøkes ved videofluoroscopi for å verifisere faren for aspirasjon (Warnecke *et al* 2008). Dersom pasienten svelger normalt med vann eller fortykning i vanntesten og ikke viser noen kliniske tegn på svelgevansker, kan han spise (Warnecke *et al* 2008).

Tverrfaglig opplæring og sertifisering av personalet

For å styrke forståelsen for dysfagi i hele personalgruppen er det nødvendig å stadig ajourføre det faglige grunnlaget. Turnusarbeid og utskiftninger i personalet fordrer at temaet dysfagi kommer inn regelmessig i internopplæringen. Tverrfaglig opplæring kan gjennomføres som dagsseminar med teoretisk kunnskap om normal svelgefunksjon, fare- og risikosignaler, og en praktisk del med nøye gjennomgang av svelgetesten. Personalet bør også prøve ut vanntesten på hverandre.

I tillegg til seminarer har vi valgt å innføre en sertifiseringsordning, der alle ansatte i slagenheten må følge en logoped eller en erfaren og sertifisert sykepleier minst 3 ganger under svelgetesting for å bli sertifisert. Den ansatte får et sertifikat som bekreftelse på gjennomført opplæring i svelgetesting.

I det tverrfaglige teamet i slagenheter ved sykehus har erfarne hjelpepleiere, sykepleiere, logopeder, ergoterapeuter og fysioterapeuter kompetanse i forhold til å observere og vurdere svelgefunksjonen. I testingen av svelgefunksjonen ved sengekanten er det nyttig å være to under observasjonen og vurderingen. Det styrker forståelsen og samarbeidet.

Anbefalt svelgetest: skjema og veileder

Svelgetesten er en *kvalitetssikring* som dokumenterer at alle pasientene har fått et halvt glass vann og har blitt observert før de får annen mat eller drikke. Vanntesten er også et *arbeidsredskap*, som sikrer vurderingene. Svelgetest skjemaet har en side, er oversiktlig og bør alltid være nær pasienten. På en stor sykehusavdeling er det mange forskjellige pleiere rundt pasienten. Dokumentasjonen på svelgetestskjemaet viser når pasienten ble testet sist og av hvem, og det er raskt å finne ut hvem man skal diskutere videre med. Pasienter med alvorlige svelgevansker bør testes hver dag. Bruk av skjemaet systematisk vil synliggjøre om det er endringer i svelgefunksjonen.

TEST AV SVELGEFUNKSJONEN

Pasient: _____

A. FORBEREDELSE

- Nødvendig utstyr: glass med isvann + stålteskje
- Sørg for at pasienten sitter stabilt og så oppreist som mulig i seng eller stol
- Svelgingen forberedes ved å stryke en kald, våt teskje over pasientens lepper og tunge
- Pasienten bør selv holde/støttes til å holde glass og føre skje til munnen om mulig.

		Test	
		Ja	Nei
1	Er pasienten våken og responderer på tiltale?		
2	Kan pasienten sitte oppreist med en viss hodekontroll? Evt sitte oppreist med støtte		

Er svaret nei på ett av spørsmålene – gå ikke videre! Vurder igjen innen 24 timer.

3	Kan pasienten rekke tunge?		
4	Kan pasienten slikke seg rundt munnen?		
5	Kan pasienten svelge spyttet sitt?		
6	Kan pasienten hoste/kremte på oppfordring?		

Er svaret NEI på punktene 5 og 6 - rådfør deg med kyndig personell.

B. VANNTTEST

- Tilby pasienten 1 teskje vann 3 ganger. Observer og kjenn med 4-fingertest

Hvis pasienten hoster:

- Tilby pasienten en teskje fortykket vann (kefir konsistens).

Hvis pasienten fortsatt hoster med fortykket vann, avbryt testen og kontakt logoped eller annet kyndig personell.

Hvis svelgingen går greit:

- La pasienten drikke 1/3 av fullt vannglass (ca 50 ml) med eller uten fortykning.
- Pasienten skal selv holde / støttes til å holde glasset

C. VURDERING

			Test med teskje				Test med glass				
			Uten fortykning		Med fortykning		Uten fortykning		Med fortykning		
			Ja	Nei	Ja	Nei	Ja	Nei	Ja	Nei	
7	Er svelgebevegelsen	Tydlig, fullstendig løfting/senking av strupehodet									
		Forsinket, forlenget svelge-igangsetting > 3 sekunder									
		Ufullstendig, gjentatte svelginger på samme munnfull									
		Usikker									
		Ingen svelging									
8	Hoster pasienten etter svelgingen?										
9	Er stemmen surklete etter svelgingen?										
10	Er pustemønsteret forandret etter svelgingen?										
Test: Dato:				Kl.:				Utført av:			
Anbefaling:											

Litteraturliste

- Aker sykehus og Oslo kommune (1999) *Tverrfaglig metodebok i dysfagi, Kartlegging og praktiske tiltak*. Prosjekt styrket rehabilitering. Avdeling for rehabilitering og geriatri
- Bath, PMW, Bath-Hextall, FJ, Smithard, DG (2005) Interventions for dysphagia in acute stroke, *The Cochrane Library*, (1): (CD000323)
- Bjor,L., Opsahl,G., Rugås,L (2007) Svelgetesting – avdekking av dysfagi hos hjerneslagpasienter i akutfasen. *Norsk tidsskrift for logopedi*, nr 2, 26-31
- CODA Guidelines (1998) *Screening and management of stroke patients with dysphagia*. Stroke Research Unit, Queen Elisabeth Hospital.
<http://www.ncl.ac.uk/stroke-research-unit/>
- Doggett, DL, Tappe, KA, Mitchell, MD, Chapell, R, Coates, V, Turkelseon, CM (2001) Prevention of pneumonia in elderly stroke patients by systematic diagnosis and treatment of dysphagia: An evidence-based comprehensive analysis of the literature, *Dysphagia*, Vol 16, no 4:279-95
- Hinchey, J.A., Shephard, T., Furie, K., Smith, D., Wang, D., Tonn, S. (2006) Formal Dysphagia Screening Protocols Prevent Pneumonia. *Stroke*, 36:1972-1976
- Ickenstein,G., Stein, J., Ambrosi, D., Goldstein, R., Horn, M., Bogdahn, U. (2005) Predictors of survival after severe dysphagic stroke. *Journal of Neurology*, 252:1510-1516
- Kjærsgaard, A. (2005) *Ansigt, mund og svælg*, København: FADLs Forlag.
- Lees, L., Sharpe,L., Edwards, A. (2006) Nurse-led dysphagia screening in acute stroke patients, *Nursing Standard*, vol 21, no 6: 35-42.
- Melnyk, BM, Fineout-Overholt, E (2005) *Evidence-based Practice in Nursing & Healthcare. A Guide to Best Practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins
- O'Neill, PA (2000) Swallowing and prevention of complications, *British Medical Bulletin*, Vol 56, no 2: 457-65
- Perry, L (2001) Screening swallowing function of patients with acute stroke. Part one: Identification, implementation and initial evaluation of a screening tool for use by nurses". *Journal of Clinical Nursing*, Vol 10, no 4, pp 463-4737
- Perry, L (2001) Screening swallowing function of patients with acute stroke. Part two: detailed evaluation of the tool used by nurses. *Journal of Clinical Nursing*, Vol 10: 474-481

- Perry, L. (2006) Promoting evidence-based practice in stroke care in Australia. *Nursing Standard*, 20, 34, 35-42
- Perry, L., McLarren, S. (2004) An exploration of nutrition and eating disabilities in relation to quality of life at 6 months post-stroke. *Health and Social Care in the Community*, 12 (4), 288-297.
- Perry, L., McLarren, S. (2003) Implementing evidence-based guidelines for nutritional support in acute stroke. *Evidence Based Nursing*, 6, 68-71
- Power, M.L., Fraser, C.H., Hobson, A., Singh, S., Tyrrell, P., Nichol森, D.A., Turnbull, I., Thompson, D.G., Hamdy, S. (2006) Evaluating Oral Stimulation as a Treatment for Dysphagia after Stroke. *Springer Science+Business Media*
<http://www.springerlink.com/content/jpn20607w231nw50/fulltext.html>
- Presberg, H., Rasmussen, EF (2002) *Hvordan kan sykepleiere avdekke dysfagi hos slagpasienter i akuttfasen?* Avsluttende oppgave, Klinisk spesialist i sykepleie, Sykehuset Buskerud, Nevrologisk avdeling, november 2002.
- Provencio-Arambula, M., Provencio, D., Hegde, MN. (2007) *Assessment of Dysphagia in Adults. Resources and Protocols in English and Spanish*, San Diego: Plural Publishing
- Ramsey, DJC, Smithard, DG, Kalra, L (2003) Assessments of Dysphagia and Aspiration Risk in Acute Stroke Patients. *Stroke*, Vol 34; 1252-1257.
- Ramsey, DJC, Smithard, DG, Kalra, L (2003) Early Assessments of Dysphagia and Aspiration Risk in Acute Stroke Patients. *Stroke*, Vol 34: 1252-1257
- Ramsey, D., Smithard, D., Donaldson, N., Kalra, L. (2005) Is the Gag reflex Useful in the Management of Swallowing Problems in Acute Stroke? *Springer Science+Business Media*
<http://www.springerlink.com/content/h2773877740828p4/fulltext.html>
- Ramsey, D., Smithard, D., Kalra, L. (2005) Silent Aspiration: What Do We Know? *Dysphagia*, vol 20: 218-225.
- Rugås, L., Rasmussen, E.F., Presberg, H., Bjor, L., Opsahl, G. (2005) Sveltesting hindrer dødsfall. *Sykepleien*, nr 9: 66-67
- Skriung M. (2004) *Dysfagi etter hjerneslag. Mestring av spise- og svelgevansker etter hjerneslag*, Hovedoppgave i spesialpedagogikk, Universitetet i Oslo, Det utdanningsvitenskapelige fakultet, Institutt for spesialpedagogikk, Våren 2004.
- Smith, H.A., Lee, S.H., O'Neill, P.A., Connolly, M.J. (2000) The combination of bedside swallowing assessment and oxygen saturation monitoring of swallowing in acute stroke: a safe and humane screening tool. *Age and Aging*, 29: 495-499

- Socialstyrelsen (2004) *Nationelle riktlinjer för strokesjukvård – Version för hälso- och sjukvårdspersonal*. <http://www.sos.se/fulltext/0000-028/0000-028.htm> (nedlastet 12.10.2004)
- Stensvold, H., Utne, L. (1997) *Dysfagi*, Oslo: Ad Notam Gyldendal AS
- Sørsdal, M. (2001) *Kan sykepleieren kartlegge spise- og svelgvansker hos en slagrammet pasient?* Avsluttende eksamen i sykepleie, bachelor. Høgskolen i Vestfold, avdeling for helsefag
- Trapl, M., Enderle, P., Nowotny, M., Teuschl, Y., Matz, K., Dachenhausen, A., Brainin, M.B. (2007) Dysphagia Bedside Screening for Acute-Stroke Patients. The Gugging Swallowing Screen. *Stroke*, 38, 11, 2948-2952
<http://stroke.ahajournals.org/cgi/reprint/38/11/2948>
- Veterans Health Administration, Department of Defense (2003) *VA/DoD clinical practice guideline for the management of stroke rehabilitation in the primary care setting*. Washington (DC): Department of Veteran Affairs.
- Warnecke, Teisman, I., Meinman, W., Ölenberg, S., Zimmermann, J., Krämen, C., Ringelstein, B., Schäbitz, W.R., Dziewas, R. (2008) Assessment of aspiration risk in acute ischaemic stroke evaluation of the simple swallowing provocation test. *J. Neurosurg. Psychiatry*, 79, 312-314
- Westergren, A. (2006) Detection of eating difficulties after stroke: a systematic review. *International Nursing review*, 53: 143-149

Vedlegg

Deltagerliste fra dialogseminar om svelgetesting av slagpasienter i akutt fase, 2006

Noen svelgetestskjemaer i bruk ved sykehusenes slagenheter i Helse Sør-Øst:

- Retningslinjer. Testing av svelg til Akutt Hjerneslagpasienter ved Sykehuset Asker og Bærum, Geriatri-Slag- og Rehabiliteringsavdeling
- Dysfagiutredning, Aker universitetssykehus, 2006
- Tverrfaglig sjekklister for dysfagi og Kort tilleggsundersøkelse, Aker universitetssykehus HF, 2006
- Observasjonsskjema for spise- og svelgeproblemer, Sykehuset i Vestfold
- Veiledende sykepleieplan: Pasienter med hoste- og svelgeproblemer etter hjerneslag, Sykehuset i Vestfold, Slagenheten ved Nevrologisk avdeling, 2004
- SVELGE-TEST, Sykehuset Buskerud HF, 2007

Svelgetestprosedyrer "Bedside Screening Tools for Acute-Stroke Patients" utviklet gjennom forskning:

- Davies (1999) *Dysphagia screening tool (suspect cerebrovascular accident or transient ischaemic attack only)*. Referert i Lees, L *et al* (2006)
- Perry (2001) *Standardised Swallowing Screen*
- CODA- Guidelines (2006) *Dysphagia Screening Test. Staff Swallowing Assessment (SSA)*


Deltakere: Dialogseminar om svelgetesting av slagpasienter i akutt fase
Torsdag 16.11.06 kl. 08.30 – 15.00

Gabrielsen	Ellen	Ergoterap.	Ahus, nevrologisk avd.
*Ryen	Signy	Kl. sykepl.spes.	Aker Universitetssykehus
* Drefvelin	Åshild S.	Kl. sykepl.spes.	Aker Universitetssykehus
Skriung	Malin	Logoped	Aker Universitetssykehus
Fasting	Vivi	Fysioterap.	Aker Universitetssykehus
Austad	Gro	Sykepl.	Akershus universitetssykehus Nevrologisk avd., akutt slagbehandling, syd-9
Kristensen	Rune	Sykepl.	Akershus universitetssykehus Nevrologisk avd., akutt slagbehandling, syd-9
Solvik	Ruth	Fagsykepl.	Akershus universitetssykehus Nevrologisk avd., akutt slagbehandling, syd-9
Holen	Karete	Ergoterap.	Avd. for fys. med. og rehab.
Schmidt	Noor	Fysioterap.	Blefjell sykehus, Notodden
Merde	Aslaug Strømsnes	Sykepl.	Blefjell sykehus, Notodden
Græsvold	Jofrid	Fagsykepl.	Diakonhjemmet sykehus Med. avd.
Flesland	Ingunn	Logoped	Diakonhjemmet sykehus Post 6
Froholdt	Anne	Avd.sjef	Fysmed. rehab.
Chetwynd	Jorunn	Klinisk spes.	Lovisenberg diakonale sykehus Med. avd., post 9
Holen	Anne Marthe	Logoped	Lovisenberg sykehus Klinikk for med. service
Egeberg	Jeanette	Logoped	Lovisenberg sykehus Klinikk for med. service
Sørvik	Torill	Sykepl.	Nevrologisk avd. SBHF
Presberg	Hilde	Sykepl.	Nevrologisk avd.SBHF
Haagensen	Sidsel	Hjelpepl.	Nevrologisk avd.SBHF

Bjør	Liv	Logoped	Nevrologisk avd.SBHF
Opsahl	Grethe	Logoped	Nevrologisk avd.SBHF
Rasmussen	Eli Fossan	Slagsykepl.	Nevromusk. sengepostSBHF
Vestby	Eva	Sykepl.	Ringerike sykehus, I 3
Wikstrøm	Ida	Sykepl.	Ringerike sykehus, I 3
Johnsrud	Marian	Hjelpepl.	Ringerike sykehus, I 3
Rivelsrud	Maribeth Caya	Logoped	Sunnaas spesialped. kompetansesenter
Mylèn	Borgny	Logoped	Sunnaas spesialped. kompetansesenter
Schjøberg	Åste	Sykepl.	Sunnaas sykehus HF, avd. for hjernesker (HS2)
* Sørsdahl	May	Slagsykepl.	SIV Tønsberg Slagenheten
Bratlid	Torill	Logoped	SIV, Tønsberg, C-3, nevrologisk
Hirsch	Tellervo	Logoped	SIV, Tønsberg, C-3, nevrologisk
* Johnsen	NinaT.		Sykehuset Asker og Bærum HF
Bondevik	Klara	Logoped	Sykehuset Asker og Bærum HF
Grøndal	Glenn	Sykepl.	Sykehuset Asker og Bærum HF
N.N.		Fysioterap.	Sykehuset Asker og Bærum HF
* Ødegaard	Britt	Fysioterap.	Sykehuset Innlandet HF
Andersson	Eli	Sykepl.	Sykehuset Telemark HF,Slagenheten
Josefsen	Carina	Sykepl.	Sykehuset Telemark HF Slagenheten
Murstad	Ragnhild	Fysioterap.	Sykehuset Telemark HF Slagenheten
Hornsletten	Mette	Ergoterap.	Sykehuset Telemark HF Slagenheten
Kollerud	Kristin	Ergoterap.	Sykehuset Telemark Kragerø Enhet for geriatri og rehabilitering
Solgaard	Mari	Spes.hjelpepl.	Sykehuset Telemark Kragerø Enhet for geriatri og rehabilitering
Iversen	Ingrid H.	Sykepl.	Ullevål Universitetssykehus Slagenheten Rehab
Bergheim	Åse	Spesialfysioter.	Ullevås Universitetssykehus Geriatrisk avd.
Andersen	Karianne	Masterstudent	i klinisk helsearbeid, studieretning aldring og eldreomsorg (ale)

Brænden	Trine Lill	masterstudent	i klinisk helsearbeid, studier. ale
Bråthen	Knut Scott	masterstudent	i klinisk helsearbeid, studier. ale
Bønke	Sturla	masterstudent	i klinisk helsearbeid, studier. ale
Gullen	Hanna	masterstudent	i klinisk helsearbeid, studier. ale
Hausvik	Gunvor	masterstudent	i klinisk helsearbeid, studier. ale
Hobbelstad	Heidi	masterstudent	i klinisk helsearbeid, studier. ale
Krzykawska	Ulla	masterstudent	i klinisk helsearbeid, studier. ale
Pettersen	Heidi Teigstad	masterstudent	i klinisk helsearbeid, studier. ale
Samuelsen	Ina Jensrud	masterstudent	i klinisk helsearbeid, studier. ale
Skjeldal	Karete	masterstudent	i klinisk helsearbeid, studier. ale
Solberg	Inger Synnøve	masterstudent	i klinisk helsearbeid, studier. ale
Storheil	Anne Julie	masterstudent	i klinisk helsearbeid, studier. ale
Sæveland	Bjørg-Gro	masterstudent	i klinisk helsearbeid, studier. ale

Kvalitetssystem for Sykehuset Asker og Bærum HF

 Sykehuset Asker og Bærum	Retningslinjer Testing av svelg til Akutt Hjerneslagpasienter		DM.GSR.4 Ver: 0.00 Skrives
	Divisjon medisin Geriatri- Slag- og Rehabiliteringsavdeli ng	Skrevet av: Nina T. Johnsen	Ansv. for revisjon: <ansv>
Gjelder andre avd: < Nei >		Gjelder fra: <input type="checkbox"/> Gjelder til: <input type="checkbox"/>	Side 1 av 1

Stikkord: dysfagi, slag, cerebralt insult, tia, apoplexia, svelgproblem, ernæring

Navn/Id:

Dato:

TESTING AV SVELG

1. Informer pasienten. Pasienten sitter med hodet litt fremoverbøyd i seng/stol ca. 90 grader.
2. **Kjenn etter om strupehodet løfter seg normalt!**

	JA	NEI			
Er pasienten våken og responderer på tiltale?					
Har pasienten har innsikt/oppmerksomhet i hva som skal skje?					
Kremting/hosting på kommando?					
Kan pasienten si: "AAAA"?					
Svelger pasienten sitt eget spytt?					
Kan pasienten svelge en teskje kald Farris /vann?					
Kan pasienten svelge en teskje fortykket kald appelsinjuice ?					
Er det noen forskjell når pasienten nå sier "AAAA"?					
(Grøtet stemme/ surklede respirasjon)					
Evt.: Kan pasienten drikke, 1 dl – ½ glass Farris/vann (gjærne hvor pasienten selv får holde glasset)?					
OBSERVASJONER:					
Kan pasienten "ta imot"?					
Hoster (under eller like etter svelging)?					
Forsinket svelgrefleks/ gjentatte svelginger?					
Renner ut igjen, sikling (fasialisparese)?					
Blir bolus liggende i munnen (hamstring)?					
Snakker pasienten før svelging?					
Blir pasienten for sliten/ ukonsentrert?					
KONKLUSJON: Svelgproblemer til stede?					
Videre ernæring:	JA	NEI	Hvis pr.os.:	JA	NEI
Pr.os?			Vanlig kost		
Dersom ja – bruk Forholdsregler ved spising.					
Intravenøst?			Farse/ purre?		
Naso sonde? Vurderes etter det akutte stadiet (2-3 døgn)			Lett tyggelig kost?		
PEG?			Fortykning i drikke?		

Pasienter med svelgproblem bør sitte i rolige omgivelser uten noen forstyrrende elementer rundt seg. **Pasienten skal aldri sitte alene under de første måltidene!** OBS mengderegulering.

Skal henvises til tverrfaglig videre utredning og behandling/trening.

Husk: Dersom pasient ikke kan svelge- gjenta testen neste døgn.

Kryssreferanser / Eksterne referanser / Vedlegg

DYSFAGIUTREDNING

Dysfagi krever ofte tværfaglig utredning. Lovisenberg Sykehus har laget en fast prosedyre for hvordan denne utredningen skal foregå. Det er også utarbeidet en svelgtest som pleiepersonalet gjør på slagpasientene.

DATO:	UTFØRT AV:		
SVELGTEST			
	JA	NEI	
Tar pasienten instruksjon? Er han våken? (Min. 4 på "bevissthet" på SSS)			
Kan pasienten sitte (ev med støtte) og holde hodet rett?			
Har pasienten facialisparese?			
Har pasienten dysartri?			
Kan pasienten åpne/lukke munnen?			
Puster pasienten normalt?			
Kan pasienten hoste og kremte på oppfordring?			
Kan pasienten si "AAA"?			
VANNTTEST			
	JA	NEI	
Gi én teskje vann og se/kjenn etter om:			
strupehodet løfter seg.			
svelging skjer innen 2 sek.			
gjentatte svelginger.			
vannet renner ut av munnen.			
pasienten hoster.			
pasienten kan si en ren "AAA".			
<p>Dette gjøres 3 ganger etter hverandre. Hvis han svelger normalt 2 av 3 ganger, be ham drikke ½ dl vann uten opphold.</p>			
	JA	NEI	
Kan pasienten drikke opp?			
Hvor lang tid?sek.			
Hvor mange slurker?			
Hoste under eller etter?			
Puster pasienten normalt?			
Kan pasienten si en ren "AAA"?			
<p>Hvis pasienten har vansker med å svelge vann, prøv med 1 ts gelesaft. NB: Da må pasienten kunne hoste spontant eller viljestyrt!</p>			
KONKLUSJON	JA	NEI	VET IKKE
Har pasienten svelgproblemer?			
<p>KOSTFORSLAG (sett ring rundt det aktuelle) 0 pr.os, sondenæring, intravenøs næring, KSV-1, KSV-Fa, C-kost, Normal kost, tykke drikker.</p>			
<p>SPISESITUASJONEN – Mates, tilsyn under måltid, spiser alene</p>			
<p>Jorunn Chetwynd 18.08.05</p>			

OBSERVASJONSSKJEMA FOR SPISE -OG SVELGEPROBLEMER

NAVN

DET ER EN FORUTSETNING AT PASIENTEN HAR

DATO

EN GOD UTGANGSSTILLING FOR SVELGING

FØRSTEGANGS OBSERVASJON/ KARTLEGGING		JA	NEI	KOMMENTAR
1.	Er ansiktet usymmetrisk ?			
2.	Har pasienten vanskelig for å blåse opp kinnene og fortsatt holde kinnene oppblåst ved lett trykk ?			
3.	Har pasienten problemer med å slikke seg på leppene ?			
4.	Har pasienten problemer med å svelge på oppfordring ?			
5.	Renner det spytt ut av munnen ?			
6.	Gi pasienten en skje/ slurk vann. Er det nedsatt aktivitet i strupehodet ved bruk av firefingertest ?			
7.	Hoster/ kremter pasienten før, under eller etter svelging ?			

DATO

OBSERVASJON I SPISESITUASJON/ MÅLTID		JA	NEI	KOMMENTAR
8.	Hvordan er pasientens munnstatus (munnhule/ tunge/ tenner) ?			
10.	Blir mat liggende igjen utenpå/ rundt munnen ?			
11.	Samler pasienten mat på affisert side i munnen ?			
12.	Har pasienten problemer med å tygge maten ?			
13.	Setter pasienten maten lett i halsen ?			
14.	Har pasienten forandret smak/ lukt/ varme opplevelse ?			
15.	Blir pasienten tungpusten i forbindelse med/ etter måltidet ?			
16.	Bruker pasienten > 30 minutter på å spise ?			
17.	Er pasienten urolig/ ukonsentert i forbindelse med måltidet ?			

Tid	Problemer/ressurser	Svake	Styrke	Anslått tid
3	Pasienten har hoste- og svelgproblemer på grunn av : <ul style="list-style-type: none"> - Pasienten lukker ikke leppene - Nedsatt tunge/kjevebevegelser - Endret sensibilitet - Kognitive utfall Ressurser: Mål: Unngå aspirasjon		Stimulere pasientens ansiktsmuskulatur ved behov (leppe, tunge og gane før måltider) Guide pasienten i deler av måltidet (ikke for lenge, pasienten skal ikke bli for sliten) Måle væske og næringsinntak Unngå å gi mat og drikke i samme munnfull Sørg for at mat og drikke har riktig konsistens ved å bruke fortykningsmidler eller mose maten Sett en og en rett foran pasienten Be pasienten rense munnen med tungen Be pasienten tørke seg rundt munnen under måltidet Sørg for rolige omgivelser under måltidet Pasienten skal sitte oppe 20 minutter etter måltidet	
3	Pasienten har økt tendens til aspirasjon på grunn av: <ul style="list-style-type: none"> - manglende lukking av ganeseilet - manglende lukking av epiglottis - nedsatt løfting av strupehodet Ressurser: Mål: Unngå aspirasjon		Observer svelgfunksjon Hjelpe til med å kontrollere svelgingen ved å dreie hodet godt frem og over til lam side når pasienten skal svelge. Pasienten skal sitte oppe 20 minutter etter måltidet	
3	Pasienten trenger hjelp til å utføre munnhygiene Ressurser: Mål: Unngå infeksjoner Forhindre aspirasjon		Munnstell etter hvert måltid Utfør munnstell med faste og rolige bevegelser for å unngå at tonus øker	

Ansvarlig sykepleier:

SVELGE-TEST Pasient: _____

FORBEREDELSE

- Pasienten sitter så oppreist som mulig i seng eller stol
- Svelgingen forberedes ved å stryke en kald, våt teskje (som står i et glass med isbiter og vann) over pasientens lepper og tunge

		Test 1		Test 2	
		Ja	Nei	Ja	Nei
1	Er pasienten våken og responderer på tiltale?				
2	Kan pasienten sitte oppreist med en viss hodekontroll?				

Er svaret nei på et av spørsmålene – gå ikke videre! Vurder igjen innen 24 timer.

3	Kan pasienten svelge spyttet sitt?				
4	Kan pasienten rekke tunge?				
5	Kan pasienten slikke seg rundt munnen?				
6	Kan pasienten hoste på oppfordring?				

Vær forsiktig eller avbryt hvis svaret er nei på noen av spørsmålene!

VANNTEST

- Tilby pasienten en teskje vann 3 ganger.

Hvis pasienten hoster mer enn en gang:

- Tilby pasienten en teskje fortykket vann.

Hvis pasienten fortsatt hoster – avbryt testen og kontakt logoped eller annet kyndig personell.

Hvis svelgingen går greit:

- Tilby pasienten 50 ml vann (med eller uten fortykning) i et glass. Pasienten skal selv holde / støttes til å holde glasset, drikke og tømme det uten avbrytelse.

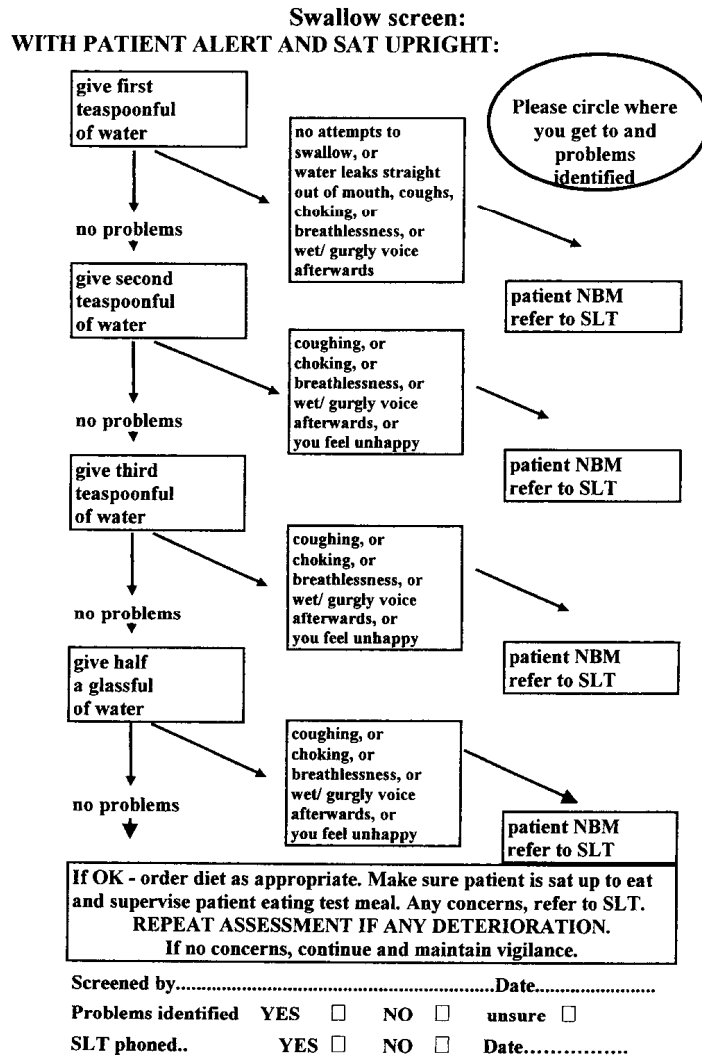
		Test 1				Test 2			
		Uten fortykning		Med fortykning		Uten fortykning		Med fortykning	
		Ja	Nei	Ja	Nei	Ja	Nei	Ja	Nei
7	Hoster pasienten?								
8	Er stemmen surklede etter svelgingen?								
9	Er pustemønsteret forandret?								
10	Er svelgebevegelsen	Tydelig							
		Forsinket							
		Ufullstendig (flere svelginger)							
		Usikker							
		Ingen svelging							

Test 1: Dato:Kl..... Utført av:

ANBEFALING:

Test 2: Dato:Kl..... Utført av:

ANBEFALING:



**Dysphagia Screening Test
Staff Swallowing Assessment (SSA)**

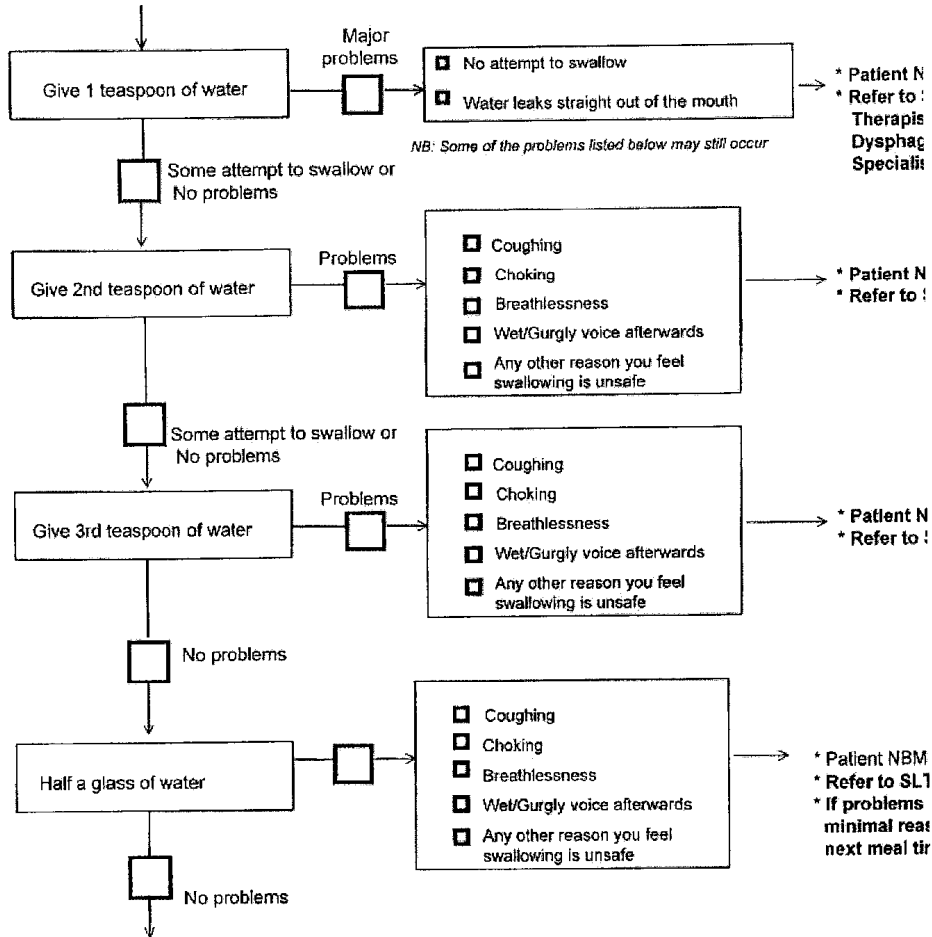
Name, ward, cons

Date: ___/___/___ Time: ___:___

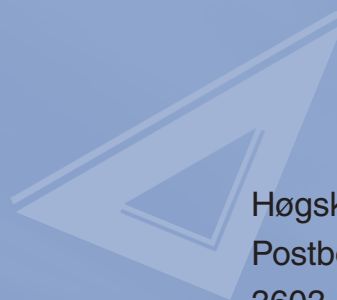
Assessors Name: _____

Please tick big and small boxes

Is the patient alert enough to be assessed?
SIT PATIENT UPRIGHT



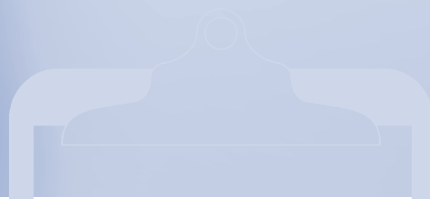
* If OK → Free diet/fluids. Observe patient eating solid food.
* Always make sure patients are sat well up before attempt to feed.



Høgskolen i Buskerud
Postboks 235
3603 Kongsberg
Telefon: 32 86 95 00
Telefaks: 32 86 98 83

www.hibu.no

ISSN 0807-4488



HØGSKOLEN
i Buskerud