

Spot dysfagi og understøt sikker og effektiv synkning hos borgere med demens

Annette Kjærsgaard, Ergoterapeutisk specialist med Ph.d. inden for dysfagi, ejer af Dysfagiklinikken

Dysfagi



Tak for invitationen til at sætte spot på dysfagi hos borgere med demens. Jeg deltog i dette års DKDK-årsmøde med et frit foredrag omkring samme emne og vil i denne artikel sammenfatte budskaberne herfra.

Dysfagi defineres traditionelt i den medicinske verden som synkebesvær, men dysfagi bliver i denne artikel set i en bredere forståelse, nemlig som problemer med at transportere maden fra hånden og til maven. Dysfagi stammer fra græsk, hvor "dys" betyder dårlig, og "fagein" betyder spise.

Årsager til dysfagi

Dysfagi er *ikke* en sygdom i sig selv, men et symptom ved mange sygdomme og tilstande. Dysfagi kan skyldes medfødte eller erhvervede skader, som f.eks. skader i de muskler og nerver, som styrer den normale tygge- og synkefunktion, anatomiske forandringer i de strukturer, der er relateret til tygge- og synkefunktionen eller infektioner i mund og svælg. Men kan også skyldes, at vi bliver ældre og vores muskler bliver slappe (sarkopeni).

Tegn på dysfagi

Indirekte tegn på dysfagi er f.eks. vægttab, hyppig feber, hoste uden for måltiderne, bronkitis / pneumoni, urinvejsinfektion (pga. dehydrering), ændret stemme, halsbrand eller smerter i brystet (1-2). Direkte tegn på dysfagi under et måltid er f.eks. lang

tid om at synke, smerter ved synkning, bange for at synke, bevæger hovedet atypisk ifm. synkning, berører hals/bryst under synket, savler, rømmer sig, hoster, "kvælning", vil ikke åbne munden, spytter mad ud, levner mad eller kaster op (1-2).

Konsekvenser af dysfagi

Borgere med demens, der har dysfagi, har ofte svært ved at bearbejde maden i munden f.eks. pga. nedsat funktion af tungen, manglende tænder, ikke tilpassede proteser og kan dermed være en større risiko for fejlsynkning af spyt, mad og drikke. Evnen til at rense munden bliver dårligere, derfor er mundhygiejne utrolig vigtig for at beskytte borgerens luftveje. Borgeren vil være i øget risiko for fejlernæring og dehydrering, samt være i øget risiko for lungebetændelse, skrøbelighed, sygdom og død. Samt ikke mindst få en nedsat livskvalitet, da f.eks. det at spise sammen med andre ofte bliver vanskeligt.

Hyppigheden af dysfagi

Studie viser at dysfagi rammer 84% af patienterne med Alzheimer's, op til 40% af de ældre fra 65 år og opefter og mere end 60% af ældre på institution (3). Ældre Sagen beskriver under deres mærkesag "Besvær med at spise", at op imod 87% af alle plejehjemsbeboere har synkeproblemer, og at problemet sandsynligvis også er udbredt blandt hjemmeboende ældre borgere (4).

National klinisk retningslinje omkring øvre dysfagi

Sundhedsstyrelsen udgav i 2015 "National klinisk retningslinje for øvre dysfagi - Opsporing, udredning og udvalgte indsatser" (5). Et af de centrale budskaber i denne retningslinje er en anbefaling, som lyder: "Overvej at tilbyde voksne i høj risiko for øvre dysfagi systematisk opsporing med beskrevet procedure til identifikation af øvre dysfagi". Ældre borgere med demens er i høj risiko for øvre dysfagi, derfor bør der være større fokus på at opspore dysfagi hos denne gruppe borgere i Danmark.

Hvordan kan du, som demenskoordinator, øge dit fokus på dysfagi?

Du kan ved dit første møde med borgeren spørge ham/hende, de pårørende eller plejepersonalet, hvordan borgeren synker f.eks. spyt, mad, drikke samt håndtere at skylle munden med vand ifm. med tandbørstning.

Der er fem tegn på dysfagi man skal være opmærksom på, når borgeren spiser og drikker, og det er om vedkommende:

1. Hoster eller rømmer sig
2. Er lang tid om at synke
3. Ændrer stemme
4. Får en rallende vejrtrækning
5. Angiver smerter ved synkning

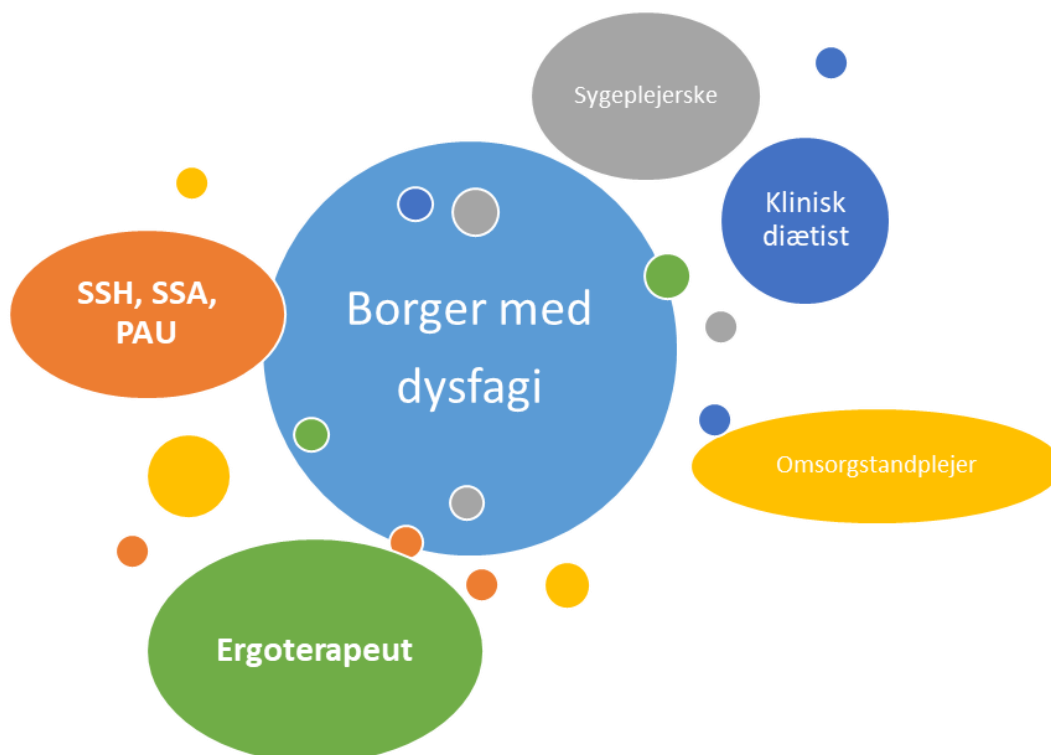
Spørg desuden til:

6. Om borgeren hyppigt har feber,
7. gentagende lungebetændelser
8. eller har haft et uønsket væggtab.

Hvis du ser ét eller flere af de fem tegn, når du eller andre observerer borgeren spise og drikke, eller hvis borgeren/pårørende/hjælperen svarer ja til ét eller flere af de tre yderligere spørgsmål, Så skal du henvisse denne borger til yderligere udredning for dysfagi hos en ergoterapeut.

Opsporing og udredning af dysfagi

Systematisk undersøgelse og behandling en borger med dysfagi kræver flere faggrupper, da der er en stor kompleksitet i håndtering af borgere med dysfagi. Det er *frontpersonalet*, der skal have viden og færdigheder til at *screene/opsøre* dysfagi, derfor er de helt afgørende.



Det er desuden vigtigt, at der kan sammensættes et tværfagligt team omkring borgeren med dysfagi. *Udredning* af dysfagi er i Danmark blevet et *ergoterapeutisk kompetenceområde*, hvor ergoterapeuten, som oftest, er den koordinerende og ansvarlige for systematisk udredning og behandling.

Nedenstående figur illustrerer den tværfaglige tilgang, der bør være tilstede for at kunne tilbyde borgere med dysfagi en optimal opsporing, udredning og behandling.

Inden for akut stroke behandling er der fundet evidens for, at et tværfagligt sammensat synketeam kan nedsætte antal patienter med lungebetændelse (6). Der er endnu ikke udført sådanne studier inden for gruppen af ældre borgere med demens.

Er der en økonomisk gevinst ved at have fokus på en tværfaglig tilgang til dysfagi?

I Danmark kan vi helt sikkert også nedsætte antallet af indlæggelser og gen-indlæggelser med lungebetændelser, ved en tidlig, systematisk og tværfaglig tilgang til dysfagi, der er dog endnu ikke udført nogle studier, som vil kunne bekræfte denne hypotese, men der vil helt sikkert også være penge at spare i det danske sundhedsvæsen på netop dette område. I et studie fra 2018 fra Region Nord finder de, at borgere indlagt på Ældre medicinsk Afsnit med dysfagi er i gennemsnit 37,3 % dyrere på hospitalet og 33,3 % dyrere i kommunen end borgere uden dysfagi (7). Så der er evidens for, at ældre borgere med dysfagi koster mere for det danske samfund end ældre borgere uden dysfagi.

Hvordan kan plejen understøtte sikker og effektiv synkning?

Der er tre vigtige fokusområder, hvor hjælperen ganske enkelt med lidt instruktion kan ændre på forståelsen for vigtigheden af:

1. Borgerens siddestilling ved måltidet
2. Konsistensen af mad og drikke, der skal serveres
3. Mundhygiejne efter hvert måltid

Med denne nye viden vil plejepersonalet kunne være med til at understøtte den spiseinformation, som den behandlende ergoterapeut har udarbejdet (8).

Min påstand er, at i langt de fleste tilfælde handler det ikke om, at hjælperen anvender mere tid hos borgere med dysfagi, men det handler om at ændre på den måde, man i dag hjælper disse borgere før, under og efter et måltid samt i forbindelse med mundhygiejne.

Hjælperens rolle før måltidet

Det er vigtigt at skabe gode rammer for måltidet for borgere med dysfagi. Sørg for farver og kontraster f.eks. viser forskning, at demente borgere spiser mere af blå tallerkner end af hvide (9). Under måltidet er der også behov for, at hjælperen skaber ro, rutiner og forudsigelighed.

Hjælperen skal være med til, at skabe den mest optimale hoved- og siddestilling ved bordet for dermed at være med til at sikre sikker og effektiv synkning for en borger med dysfagi. Borgeren skal sidde med fødderne på gulvet, maven ind mod bordkanten, armene oppe på bordet og hagen ned mod brystet.

Hjælperens rolle under måltidet

Borgere med dysfagi skal altid have serveret kost som småtspisende, da de er i høj risiko for at blive fejl- og/eller underernæret, og der skal serveres den rette konsistens af mad og drikke, som anbefalet i spiseinformationen fra den behandlende ergoterapeut.

Når en borger har dysfagi, har vedkommende også vanskeligheder med at synke og indtage medicin som kapsler og piller, derfor skal der findes alternativer som kan gives i knust eller flydende form i samarbejde med borgerens praktiserende læge.

Hjælperens rolle efter måltidet

Det er vigtigt, at hjælperen har fokus på mundhygiejne hos borgeren med dysfagi efter måltidet. Mundhygiejne er med til at minimere risiko for lungebetændelse. Har borgeren nedsat tungefunktion, er det vanskeligt for vedkommende at rense munden. Derfor bør der tilbydes hjælp til rensning af mundhule og protese efter hvert måltid. Samt hjælp til tandbørstning minimum to gange dagligt. Udfør ikke mundhygiejne rygliggende hos borgere med dysfagi pga. risiko for fejlsynkning. En god mundhygiejne er med til at øge borgerens velvære og appetit.

Hvordan øges den tværfaglige forståelse for dysfagi i Danmark?

Ældre Sagen beskriver under deres mærkesag "Besvær med at spise", at langt de fleste spise- og

Kort præsentation af forfatteren til denne artikel

Annette Kjærsgaard har Ph.d. indenfor dysfagi og mere end 30 års erfaring i arbejdet med borgere med dysfagi. Har desuden kandidatuddannelse i ergoterapi (MScOT), er instruktør i Facial-Oral Tract Therapy (F.O.T.T.) samt er ergoterapeutisk specialist i neurorehabilitering. Skrev i 2005 bogen "Ansigt, mund og svælg – undersøgelse og behandling", som i øjeblikket er under en stor revision og forventes udgivet ved Munksgaards Forlag medio 2020.

Annette Kjærsgaard ejer Dysfagiklinikken, som tilbyder kurser. Du kan læse mere om kurserne på www.annettekjaersgaard.dk eller få tilsendt foldere om kurserne ved at skrive til: info@annettekjaersgaard.dk

synkeproblemer kan løses med den rette professionelle hjælp. Ældre Sagen opfordrer derfor kommunerne til at sætte fokus på, at opdage problemerne tidligt og, at handle hurtigt i en målrettet, tværfaglig indsats (4).

Det kan jeg, som specialist inden for dysfagi, kun bakke op om. Jeg har gennem de sidste 20 år udannet mere end 2.000 ergoterapeuter i Danmark, som har kompetencer til at udrede og behandle. Men der savnes viden og færdigheder hos frontpersonalet (social- og sundhedshjælpere, social- og sundhedsassistenter, pædagogiske assistenter) til at spotte dysfagi og til understøttelse af sikker og effektiv synkning hos borgere med dysfagi. Disse kompetencer er utrolig vigtige, hvis vi i Danmark skal opnå Ældre Sagens mål om en hurtig og målrettet, tværfaglig indsats over for bl.a. borgere med demens, der har dysfagi.

Referencer

1. Payne et al Editorial. Dysphagia, dementia and frailty. Journal of Nutrition, Health and Aging 2018; 22(5)562-565.
2. Park et al., Prevalence and associated factors of dysphagia in nursing home residents. Geriatric Nursing. 2013: 212-217.
3. Rofes L et al. Diagnosis and Management of Oropharyngeal Dysphagia and Its Nutritional and Respiratory Complications in the Elderly" Gastroenterology Research and Practice vol. 2011.
4. Ældre Sagen. Besvær med at spise (tilgængelig 25.11.2019).
5. Sundhedsstyrelsen. National klinisk retningslinje for øvre dysfagi - Opsporing, udredning og udvalgte indsatser (tilgængelig 25.11.2019).
6. Aoki S et al. The Multidisciplinary Swallowing Team Approach Decreases Pneumonia Onset in Acute Stroke Patients. PLoS One. 2016 May 3;11(5).
7. Westmark S, Melgaard D, Rethmeier LO, Ehlers LH. The cost of dysphagia in geriatric patients. Clinicoecon Outcomes Res. 2018 Jun 6;10:321-326.
8. Kjærsgaard A. Ansigt, mund og svælg – undersøgelse og behandling. Munksgaards Forlag, København, 2005.
9. Jyllands-Posten. Demente spiser mere fra farvede tallerkner. (tilgængelig 25.11.2019).