

FIBEROPTISK UNDERSØGELSE AF SYNKEFUNKTIONEN

Regionshospitalet
Hammel Neurocenter

midt



Patient label

Diagnose

Dato for skaden

Problemstilling

Dato for indlæggelse:

Ambulant

Første undersøgelse – dato:

Kontrol undersøgelse – dato:

Undersøgelse optaget på DVD

Ernæring	<input type="checkbox"/> Oral	<input type="checkbox"/> PEG	<input type="checkbox"/> Nasalsonde	<input type="checkbox"/> Parenteral			
Tracheostomi	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Tidligere tracheostomi				
Trakealtube	<input type="checkbox"/> Taletube	<input type="checkbox"/> Glat tube					
	<input type="checkbox"/> Cuffet tube	<input type="checkbox"/> Afcuffet i forbindelse med spisning		<input type="checkbox"/> Cuffet i forbindelse med spisning			
Terapi	<input type="checkbox"/> Ingen	<input type="checkbox"/> F.O.T.T.	<input type="checkbox"/> Andet:				
Lokal anæstesi	<input type="checkbox"/> Næse	<input type="checkbox"/> Svælg	<input type="checkbox"/> Larynx				
Undersøges via	<input type="checkbox"/> Højre næsebor	<input type="checkbox"/> Venstre næsebor	<input type="checkbox"/> Mund	<input type="checkbox"/> Tracheostoma			
Udgangstilling	<input type="checkbox"/> Siddende i stol	<input type="checkbox"/> Siddende i kørestol	<input type="checkbox"/> Siddende i seng	<input type="checkbox"/> Andet:			
Vågenhed i forbindelse med undersøgelsen							
Scoringer (fra henvisning el. seneste score lavet i afdelingen)							
GCS		RLAS		EFA (total)		FIM (total)	
				ITEM		ITEM	
				FO-Stimulation		Spise og drikke	
				Synkefunktion			
				Tungens bevæg.			

FIBEROPTISK UNDERSØGELSE AF SYNKEFUNKTIONEN

Regionshospitalet
Hammel Neurocenter

midt



En undersøgelse kan inddeles i følgende sektioner:

- Registrering af patientens personlige data, dato for undersøgelsen, aktuel diagnose og specielle problemstillinger af relevans for undersøgelsen.
- Registrering af patientens status.
- Registrering af anatomiske fund i næse, farynx og larynx, ved den fiberoptiske undersøgelse.
- Registrering af resultaterne af en defineret synkeprocedure med forskellige mad konsistenser.
- Vurdering af beskyttelse af luftvejene som resultat af fundene.
- Sammenfatning af terapeutiske anbefalinger.

Personlige data

Før enhver undersøgelse skal patientens status registreres i en detaljeret anamnese, hvor grundlæggende sygdomme og den specielle problematik klart fremgår.

Trakealtube

Typen og funktionen af en eksisterende trakealtube skal noteres, der kan også her være flere muligheder

Anæstesi

Lokal bedøvelse skal altid undlades hvis det er muligt. Lokalbedøvelse er ikke en klar fordel for patienten under undersøgelsen. Derimod kan bedøvelsen betyde en ændring af sensibiliteten i svælg og larynx, der kan have indflydelse på synkefunktionen og dermed undersøgelsens resultater. Et endoskop beklædt med lokalbedøvelse som føres op forbi hårene i næseslimhinden kan efter lidt tid bevirke en bedøvelse i svælg.

Hvis næsen er meget snæver og det er vanskeligt at passere med endoskopet, kan man f.eks. anvende næsespray for at få slimhinderne til at svinde ind og dermed lette passagen. Det har vist sig at en præcis beskrivelse af undersøgelsen for patienten kan i de fleste tilfælde kan betyde at bedøvelse ikke er nødvendig. Undersøgelse af børn er en undtagelse. I de fleste tilfælde kan lokal anæstesi ikke undgås. Vi foretrækker i disse tilfælde at smøre endoskopet med bedøvelse.

Vågenhed i forbindelse med undersøgelsen

Patientens vågenhed under undersøgelsen beskrives kort

FIBEROPTISK UNDERSØGELSE AF SYNKEFUNKTIONEN

Regionshospitalet
Hammel Neurocenter

midt



UNDERSØGELSE AF ANATOMI OG FUNKTION

Slimhinde/spytproduktion

Slimhinde	Normal	0	Rød/inficeret	1	Tør	1
Synkefrekvens	Antal pr. 1 min.:		Antal pr. 2 min.:		Antal pr. 5 min.:	

Den bløde gane

Undersøgelse	Symmetri		Ødem	Hø		Ve		Atrofi	Hø		Ve	
Bevægelighed	Symmetrisk	0	Indskrænket	Hø	1	Ve	1	Ophævet	Hø	2	Ve	2
Lukning	Symmetrisk	0	Indskrænket	Hø	1	Ve	1	Ophævet	Hø	2	Ve	2

Svælgets bagvæg

Undersøgelse	Symmetri		Ødem	Hø		Ve		Atrofi	Hø		Ve	
Bevægelighed	Symmetrisk	0	Indskrænket	Hø	1	Ve	1	Ophævet	Hø	2	Ve	2

Tungeroden/Valleculae

Undersøgelse	Symmetri		Ødem	Hø		Ve		Atrofi	Hø		Ve	
Bevægelighed	Symmetrisk	0	Indskrænket	Hø	1	Ve	1	Ophævet	Hø	2	Ve	2

Sinus piriformis

Undersøgelse	Symmetri		Kortvarigt indblik	Hø		Ve		Ikke synlig	Hø		Ve	
Bevægelighed	Symmetrisk	0	Indskrænket	Hø	1	Ve	1	Ophævet	Hø	2	Ve	2

Strubehovedet

Anatomi

Aryregionen	Symmetri		Ødem	Hø		Ve		Atrofi	Hø		Ve	
Epiglottis	Symmetri		Ødem	Hø		Ve		Atrofi	Hø		Ve	
Falske stemmelæber	Symmetri		Ødem	Hø		Ve		Atrofi	Hø		Ve	
Stemmelæber	Symmetri		Ødem	Hø		Ve		Atrofi	Hø		Ve	

Funktion

Stemmelæber	Symmetri		Nedsat bevægelighed	Hø		Ve		Ingen bevægelighed	Hø		Ve	
Holde vejret	Mulig	0	Indskrænket				1	Ikke muligt				2
Holdevejret (presse)	Mulig	0	Indskrænket				1	Ikke muligt				2
Respiration	Mulig	0	Indskrænket				1	Ikke muligt				2
Fonation	Mulig	0	Indskrænket				1	Ikke muligt				2

FIBEROPTISK UNDERSØGELSE AF SYNKEFUNKTIONEN

Regionshospitalet
Hammel Neurocenter

midt



Slimhinde

En **normal** slimhinde har en lys farve. Hvis slimhinden er blevet **rød**, vil der i de fleste tilfælde være en infektion. Slimhinden vil da fremstå skinnende rød. **Tør** slimhinde f.eks. som konsekvens af strålebehandling er næsten hvid. I disse tilfælde er der ofte også tykt slim som kun vanskeligt kan fjernes.

Synkefrekvens

Den **normale synkefrekvens er ca. 2-3 synk pr. minut** og kan aftage en smule med alder og under søvn. Registrering af frekvensen observeres gennem hele undersøgelsen.

Den bløde gane

Der er en **indskrænket** bevægelse når det ikke lykkedes ganesejlet at lukke fuldstændig af mod svælgets bagvæg, selvom der er en synlig bevægelse af ganesejlet. Bevægelse er "**ophævet**" når ganesejlet slet ikke bevæger sig.

Svælgets bagvæg

Defekt ses oftest efter operation eller "systemsygdomme". Ved undersøgelsen af **bevægelighed** skal der kunne observeres en bevægelse mellem den bagerste ganebue og svælgets bagvæg ved et synk eller en hostereaktion. Evalueringen rettes efter om der er **symmetri** af bevægelsen mellem svælgets sider og bagvæggen. Hvis bevægelse ikke kan ses (mangler) skal dette scores som **ophævet**.

Tungeroden/Vallecula

Atrofi opstår som oftest efter en operation og skal kun bedømmes som sådan i denne sammenhæng. Ved **ødem** klager patienten ofte over at have en "fremmed" følelse.

Sinus piriformis

Sinus er generelt symmetrisk. Ved ødem forårsages en cellevækst af Sinus og dermed asymmetri. En defekt er altid en konsekvens af en operation

Strubehovedets anatomi

Epiglottis

Atrofi kan ses efter operation, i tilfælde af tumor eller ses efter mekanisk irritation (mavesonde). **Ødem** opstår oftest som følge af inflammatoriske forandringer, f.eks. i forbindelse med reflux-oesofagitis eller ved anlæggelse af mavesonde eller tumor.

Stemmelæber: Der er **symmetri** hvis der fra udgangsstillingen er en fuldstændig lukning af stemmelæberne. **Nedsat bevægelighed** er hvis åbningen på den ene side ikke er fuldstændig (f.eks. hævelse forårsaget forandringer) eller hvis lukningen af stemmelæberne er ufuldstændig. **Ingen** bevægelighed scores hvis stemmelæberne i en midterposition ikke kan bevæges ved brug af stemmen.

Strubehovedets funktion

Stemmelæber: Funktionen er **indskrænket** hvis der kommer luft ud, når patienten er bedt om "at holde vejret" eller "holde vejret og presse", eller hvis patienten ikke kan udføre øvelserne. **Ikke muligt** betyder at patienten ikke kan følge opfordringen enten pga. mekaniske årsager, manglende koordination eller kognitive årsager. Det er vigtigt at være opmærksom på at stemmelæbelukningen ikke behøver at være fuldstændig ved en normal synkning.

Respiration: **Indskrænket** vejrtrækning kan f.eks. skyldes ødem eller hævelse mellem de falske og "ægte" stemmelæber eller en dobbeltsidig ophævet bevægelse af stemmelæberne. **Ikke muligt** betyder at det ikke er muligt at foretage inspiration eller expiration gennem larynx.

Fonation: **Indskrænket** scores hvis ikke der er en tydelig tone/lyd ved brug af stemme. **Ikke muligt** er når der ved opfordring ikke kan høres nogen tone, uafhængig af om det er umuligt for patienten at producere en tone pga. mekaniske årsager eller kognitive årsager.

FIBEROPTISK UNDERSØGELSE AF SYNKEFUNKTIONEN

Regionshospitalet
Hammel Neurocenter

midt



Lufttrøret (når der er en tracheostomi)

Slimhinde	Normal		Rød over cuffen		Rød under cuffen	
Sekret	Ovenover cuffen				Nedenunder cuffen	

Scoring af anatomi og funktion

I alt

UNDERSØGELSE AF SYNKEFUNKTIONEN

Sekret

Undersøgelse/synkning ikke mulig					8	
Hjælp til synkning	Ingen hjælp	0	Kun på opfordring	4	Kun ved facilitering	4

Hjælpemiddel: Plastske

Næringsmiddel: Ice-chip tilsat blå frugtfarve

Hypofarynx

Lækage	Nej	0	Ja	1
Residue		Hø	Ve	
Svælgets bagvæg		0		
Vallecula		0		
Sinus piriformis		1		
Eftersynk	Ja	0	Nej	3

Larynx

i.a.	0
Supraglottis med hoste	1
Supraglottis uden hoste	3
Glottis med hoste	3
Glottis uden hoste	6
Subglottis med hoste	7
Subglottis uden hoste	8

Puré

Ingen undersøgelse nødvendig	0	Undersøgelse/synkning ikke mulig	8
------------------------------	---	----------------------------------	---

Hjælpemiddel: Plastske

Næringsmiddel: 3 skefulde frugtmos med blå farve

Hjælp til synkning	Spontan	0	Kun på opfordring	4	Kun ved facilitering	4
---------------------------	---------	---	-------------------	---	----------------------	---

Hypofarynx

Lækage	Nej	0	Ja	1
Residue		Hø	Ve	
Svælgets bagvæg		0		
Vallecula		0		
Sinus piriformis		1		
Eftersynk	Ja	0	Nej	3

Larynx

i.a.	0
Supraglottis med hoste	1
Supraglottis uden hoste	3
Glottis med hoste	3
Glottis uden hoste	6
Subglottis med hoste	7
Subglottis uden hoste	8

FIBEROPTISK UNDERSØGELSE AF SYNKEFUNKTIONEN

Regionshospitalet
Hammel Neurocenter

midt



Lufttrøret (når der er en tracheostomi)

Rødmen af slimhinden i lufttrøret kan være et yderligere tegn på mulig aspiration. Ved aspiration, findes sekret i larynx og trakea.

Sekret

Hvis patientens fysiske og/eller kognitive tilstand ikke tillader undersøgelsen eller patienten ikke kan udføre et synk (med sekret eller en mad/drikke konsistens) skal man afkrydse/dokumentere **synkning ikke muligt**. Hvis patienten er afhængig af ekstra hjælp for at udløse synk, betyder dette en svær indskrænkning og en stor risiko for aspiration.

Undersøgelse af synkefunktionen

Hypofarynx

Lækage

Betyder at der forekommer "overløb" af mad i farynx, uden at det udløser et synk

Residue

Betegner evt. madrester efter synkning.

Eftersynk

Betyder den færdighed at kunne mærke *residue* og uden opfordring – hverken verbal eller faciliteret – starter et nyt synkeforsøg og fjerner *residue*.

Laryngeal

Supraglottis

Betegner de falske stemmelæber, aryregionen og den laryngeale epiglottis. Der er mistanke om aspiration, når mad/sekret lægger sig på epiglottis kanterne. Retention ved den laryngale del af epiglottis skal ikke scores, hvis fjernes ved næste synk fra den aryepiglottis fold og transporters til sinus piriformis

Glottis

Betegner området omkring stemmelæberne.

Subglottis

Denne aspiration er ofte kun til at se, hvis der bliver hostet noget op fra strubehovedet eller trakea.

Afprøvning med ice-chips

Giv 2 til 3 ml. ice-chip (hugget is... ca. 1/2 tsk.) tilsat blå frugtfarve

Stimulerede ice-chips til et synk? ja nej

Rensede synk (helt eller delvis) sekretet væk? ja nej

Blev ice-chips aspireret? ja nej

Hvis ja.. stimulerede det til et host? ja nej

Retningslinier:

- Hvis patienten ikke synker den huggede is første gang (aspirerer eller synker det ikke), gentag da mindst en gang.
- Hvis ikke der synkes efter 3 gange, stop da undersøgelsen
- Hvis patienten synker; men stadigvæk aspirerer den huggede is, gentag da flere gange for at undersøge forbedringen i latenstiden eller styrken af synkningen.

ENDOSCOPIC EVALUATION and TREATMENT of SWALLOWING DISORDERS af Susan E. Langmore – 2001 by Thieme Medical Publishers Inc. – ISBN 0-86577-838-8 – side 99-100

FIBEROPTISK UNDERSØGELSE AF SYNKEFUNKTIONEN

Regionshospitalet
Hammel Neurocenter

midt



Tyndtflydende

Ingen undersøgelse nødvendig	0	Undersøgelse/synkning ikke mulig	8
Hjælpemiddel:	<input type="checkbox"/> Plastske	<input type="checkbox"/> Glas	<input type="checkbox"/> Sugerør
Næringsmiddel:	<input type="checkbox"/> 3 slurke vand med blå frugtfarve	<input type="checkbox"/> 3 slurke mineralvand med blå frugtfarve	<input type="checkbox"/> 3 slurke mælk med blå frugtfarve

Hjælp til synkning	Spontan	0	Kun på opfordring	4	Kun ved facilitering	4
---------------------------	---------	---	-------------------	---	----------------------	---

Hypofarynx

Lækage	Nej	0	Ja	1
Residue		Hø	Ve	
Svælgets bagvæg		0		
Vallecula		0		
Sinus piriformis		1		
Eftersynk	Ja	0	Nej	3

Larynx

i.a.	0
Supraglottis med hoste	1
Supraglottis uden hoste	3
Glottis med hoste	3
Glottis uden hoste	6
Subglottis med hoste	7
Subglottis uden hoste	8

Fast

Ingen undersøgelse nødvendig	0	Undersøgelse/synkning ikke mulig	8
Hjælpemiddel:	<input type="checkbox"/> Gaffel		
Næringsmiddel:	<input type="checkbox"/> 3 små bidder rugbrød med flødeost m/ blå frugtfarve		

Hjælp til synkning	Spontan	0	Kun på opfordring	4	Kun ved facilitering	4
---------------------------	---------	---	-------------------	---	----------------------	---

Hypofarynx

Lækage	Nej	0	Ja	1
Residue		Hø	Ve	
Svælgets bagvæg		0		
Vallecula		0		
Sinus piriformis		1		
Eftersynk	Ja	0	Nej	3

Larynx

i.a.	0
Supraglottis med hoste	1
Supraglottis uden hoste	3
Glottis med hoste	3
Glottis uden hoste	6
Subglottis med hoste	7
Subglottis uden hoste	8

Scoring af synkefunktion

I alt	
--------------	--

Hoste, rømme sig, sekrettransport og synkning efter hoste bliver observeret i forbindelse med undersøgelsen. Scoringen af synkefunktionen følger opdelt efter hver konsistens, til scoringen skal følgende tabel benyttes.

Samlet analyse af synkefunktionen

Score	Betydning
0 < = 3	Normale til ringe indskrænkninger
4 < 8	Indskrænkninger, hvor terapi er nødvendig
> = 8	Massive indskrænkninger, hvor terapi er ubetinget nødvendig

FIBEROPTISK UNDERSØGELSE AF SYNKEFUNKTIONEN

Regionshospitalet
Hammel Neurocenter

midt



Scoring af synkefunktionen

Sammenlægning af de enkelte værdier fra de individuelle synkeforsøg muliggør en estimering af sværhedsgraden af synkeforstyrrelsen.

FIBEROPTISK UNDERSØGELSE AF SYNKEFUNKTIONEN

Regionshospitalet
Hammel Neurocenter

midt



BESKYTTELSE AF LUFTVEJENE

Hoste/rømme sig	Spontan	0	Ikke spontan	0	Manglende	2
Sekrettransport	Produktiv	0	Indskrænket	1	Ikke produktiv	2
Synke efter hoste	Ja	0	Ikke fuldstændig	1	Nej	2
Synkning af spyt	Fuldstændig	0	Ikke fuldstændig	1	Ikke mulig	2
Synkning af puré	Fuldstændig	0	Ikke fuldstændig	1	Ikke mulig	2
Synkning af tyndtflydende	Fuldstændig	0	Ikke fuldstændig	1	Ikke mulig	2
Synkning af fast kost	Fuldstændig	0	Ikke fuldstændig	1	Ikke mulig	2

Scoring beskyttelse af luftvejene

I alt

SENSIBILITETSTEST

	Højre	Venstre
Næsen		
Næsesvælgrummet		
Den bløde gane		
Tungeroden		
Svælgets bagvæg		
Epiglottis		
Aryregionen		

(0 følelsesløs, + mærke det, ++ ubehageligt, +++ opkastningsfølelse)

FESST (Laryngopharyngeal Sensory Discrimination Test (LPSDT))

Aryregionen	Højre			Venstre		
Normal <4.0 mmHg						
Moderat 4.0-6.0 mmHg						
Svær >6.0 mmHg						

(+ = Positiv respons, ÷ = Negativ respons, LL = Laryngeal lukning og S = Synkning)

FIBEROPTISK UNDERSØGELSE AF SYNKEFUNKTIONEN

Regionshospitalet
Hammel Neurocenter

midt



Beskyttelse af luftvejene

Ved effektiv beskyttelse af luftvejene udløses hoste reflekser "hoste og rømme sig" automatisk. For at kontrollere sekret transport og synkning efter hoste, skal man undersøge om hoste og rømme sig sker **spontan**.

Aspiratet skal være fuldstændigt hostet op og sekret transporten skal være **produktiv**. Hvis hoste kraften er for svag til at fjerne hele aspiratet, skal sekret transport scores som **indskrænket**. Hvis aspiratet forbliver i larynx eller trakea, er beskyttelsen af luftveje **ikke produktiv**. Forbliver aspiratet i svælget er synk efter hoste **ikke fuldstændig**. Forbliver aspiratet i svælget uden at patienten forsøger at synke skal der scores **nej**.

Sensibilitetstest

Det er lettest at teste at sensibilitet ved hjælp af luft (FEESST) via endoskop; men det kan også gøres via berøring af slimhinde på aryregionerne med endoskopet. Man skal dog være meget opmærksom på risiko for laryngospasme.

FIBEROPTISK UNDERSØGELSE AF SYNKEFUNKTIONEN

Regionshospitalet
Hammel Neurocenter

midt



TERAPI ANBEFALINGER

Følgende terapianbefalinger bør efterprøves!

Scoring	Betydning for synk/luftveje	Terapi
0	Normal funktion	Terapi er ikke nødvendig. Hvis der er trakealtuber kan den fjernes
< = 3	Målbar indskrænket funktion	Der bør opstartes terapi
> = 4	Spontan hosterefleks Synkefunktion ikke fuldstændig	Behov for terapi. Tøletube uden cuff er mulig. Indikation for sondeernæring efterprøves.
> = 6	Ingen spontan hosterefleks Ingen fuldstændig synkefunktion	Behov for terapi. Tracheostomi bør overvejes, evt. cuffet trakealtube kan evt. periodevis afcuffes. Sondeernæring er nødvendig.
> = 8	Ingen spontan hosterefleks Stærkt indskrænket synkefunktion	Behov for terapi. Tracheostomi er nødvendig. Cuffet tube kan være nødvendig.. Sondeernæring er nødvendig.

SAMMENFATNING	Undersøgelsen varede	min.
----------------------	----------------------	------

Berliner Dysfagi Indeks	
Scoring undersøgelse anatomi og funktion	
Scoring synkefunktion	
Scoring beskyttelse af luftvejene	
SAMLET SCORE	

Dysfunktion	Terapi
Ingen	
Præoral	
Oral – bolusformation	
Oral – bolustransport	
Faryngeal	
Øsofageal	

FIBEROPTISK UNDERSØGELSE AF SYNKEFUNKTIONEN

Regionshospitalet
Hammel Neurocenter

midt



Functional Oral Intake Scale (F.O.I.S.)

Niveau 1:

Udelukkende næring via sonde, uden overhovedet forsøg med næring pr. os.

Niveau 2:

Primær sonde mad, men med afprøvning af mad eller drikke i forbindelse med terapeutisk spisning. Minimale forsøg kan være puré kost, væske (fortykket), eller forsøg med at tygge æble eller lignende i gaze. Mængden af mad/drikke patienten indtager pr. os er så begrænset at det ikke behøver at blive kostregistreret.

Niveau 3:

Hvis der samtidig med sonde mad gives mad eller væske ved træning og/eller uden for træning i så store mængder at det skal kostregistreres. OBS- der kan være forholdsvis stor forskel på 1.gang patientens "funktionsniveau" indenfor dysfagi 1. gang vedkommende scores på niveau 3 – og han/hende lige er startet med at spise flere konsistenser og så store mængder at man begynder at kostregistrere - til man vurderer at patienten udelukkende kan ernæres pr os og altså får seponeret sonden og rykker op til minimum niveau 4. (med dette menes at niveau 3 kan være en bred kategorisering)

Niveau 4:

Der gives ikke længere sonde mad/væske men patienten kan kun indtage 1-2 konsistenser - typisk puré kost eller fortykket væske.

Niveau 5:

Speciel forberedelse kan være at maden skal skæres ud, at den skal placeres på en bestemt måde mv. Med kompensation menes: f.eks. hjælp til at tygge, kæbekontrol, speciel udgangsstilling, hjælpemidler som speciel kop, ske med fortykket greb. Med forberedelse menes: f.eks. mundstimulering, guidning, tungeøvelser, hjælp til positionering og strukturering af mad og drikke.

Niveau 6:

Speciel begrænsning af mad, kan her både opfattes som begrænsning af mad mængden (ved patienter som ikke har mæthedsfornemmelse) og/eller begrænsning af nogle madvarer at patienten f.eks. ikke kan tygge noget meget hårdt eller sejt som flæskesvær. Det kan også være begrænsninger i forhold til mad, hvis patienten udtrættes hurtigt og derfor primært skal spise energiberigede madvarer.

Niveau 7:

Der scores 7 hvis alle konsistenser er frigivet og patienten kan spise sikkert uden opsyn. Patienten kan fortsat have behov for yderligere FOTT træning, af f.eks. stemme, vejrtrækning, mimik mv. Dog scores ikke 7 hvis patienten stadig har massive dysfagi problemer i henhold til terapeutisk vurdering, men kosten er frigivet med ønske fra pårørende, patienten selv eller af andre årsager.

Crary MA; Mann GDC; Groher ME. Initial Psychometric Assessment of a Functional Oral Intake Scale for Dysphagia in Stroke Patients. Arch Phys Med Rehabil 86, 2005:1516-20.

FIBEROPTISK UNDERSØGELSE AF SYNKEFUNKTIONEN

Regionshospitalet
Hammel Neurocenter

midt



ANBEFALINGER TERAPI OG VIDERE UNDERSØGELSER

Ingen terapi	
F.O.T.T.	<input type="checkbox"/> Tungemobilisation <input type="checkbox"/> aktiv <input type="checkbox"/> passiv <input type="checkbox"/> Facilitering synkning
Kompensationsteknikker	
Medicinsk behandling	
Klinisk diætist	
Ernæring via ventrikel-duodenalsonde, PEG	
Tracheotomi	
<input type="checkbox"/> Cuffet trakealtube	<input type="checkbox"/> Afcuffet trakealtube
Seponere trakealtube	
Videofluoskopi	

Ernæringsform: Intet pr os (niveau 1)
(F.O.I.S) Afhængig af sonde, minimal pr os (niveau 2)
 Afhængig af sonde, regelmæssig pr os (niveau 3)
 Udelukkende pr os en konsistens (niveau 4)
 Udelukkende pr os flere konsistenser + speciel (niveau 5)
 Udelukkende pr os flere konsistenser- forberedelse + begrænsning (niveau 6)
 Fuldstændig diæt pr os uden restriktioner (niveau 7)

Spise og drikke: Brug for hjælp til at spise og drikke

Forberedelse inden spisning:

Mundstimulering (FOTT) Drikke noget meget koldt

Konsistens:

- Mad: Normal Blød Gratin Puré
- Drikke: Normal Kakaomælk Sirup Gele

Medicin gives: Normalt Knust med tyktflydende Knust/flydende i sonden

Siddestilling: Alm. spisestuestol med ryglæn og ekstra lændestøtte ved bord
 Sidd. kørestolen med fødderne på jorden/armene op på bordet Andet:

Hovedstilling: Hagen ned mod brystet, når der synkes
 Brug for hjælp til symmetrisk hovedstilling – kæbekontrolgreb
 Hovedet roteret til: Afficeret side Ikke afficeret side

Hjælpemidler: Lille, flad plast ske Sugerør
 Tudkop med "flad tud" (Heidi kop) Andet:

Efter måltidet: Sidde oprejst i 30 min. Drikke vand Andet:

Mundhygiejne: Tænderne børstes efter hvert måltid Munden skylles efter hvert måltid
 Der må ikke skylles med vand pga. risiko for fejlsynkning

Specielle forhold:

Kontrol undersøgelse

Ingen Efter _____ uger/måneder Efter behov

Undersøgelsen er udført af:

Dato: Tidspunkt:

Læge:

Ergoterapeut:

FIBEROPTISK UNDERSØGELSE AF SYNKEFUNKTIONEN

Regionshospitalet
Hammel Neurocenter

midt



Litteratur vedrørende Der Berliner Dysphagie Index

Seidl R and Nusser-Müller-Busch R. Der Berliner Dysphagie Index - Eine Einführung (2001). Unfallkrankenhaus Berlin.

Seidl R and Nusser-Müller-Busch R (2003). Die Berliner Schlucksprechstunde. Forum Logopädie 6, 20-23.

Seidl R, Nusser-Müller-Busch R, and Ernst A (2002). Evaluation eines Untersuchungsbogen zur endoskopischen Schluckuntersuchung. Sprache - Stimme - Gehör 26, 28-36.

<http://www.schlucksprechstunde.de/>