



Temarapport om dysfagi

- om faren ved fejlsynkning

Titel: Temarapport om dysfagi

© Patientombuddet, 15. juni 2012. Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

Patientombuddet
Finsensvej 15
2000 Frederiksberg

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

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

Format: pdf

Rapporten er udarbejdet af:

Oversygeplejerske Martin E. Bommersholdt, Patientombuddets læringsenhed,
i samarbejde med specialeansvarlig ergoterapeut Maja Bennett, Holbæk Sygehus.

Indhold

1.	Indledning	4
	1.1 Hvad er dysfagi?	4
	1.2 Hvem får dysfagi?	4
	1.3 Hvad er problemet?	5
2.	Klinisk retningslinje	5
3.	Kvalitetsmål	6
4.	Internationale anbefalinger	6
5.	Dansk Patientsikkerhedsdatabase	6
	5.1 Utilsigtede hændelser fra sygehuse	7
	5.2 Utilsigtede hændelser fra kommuner	7
6.	Afsnit om klage- og erstatningssager	8
7.	Undersøgelse af dysfagi screening på Holbæk Sygehus	9
8.	Konklusion	9
9.	Litteratur	10

1. Indledning

1.1 Hvad er dysfagi?

Dysfagi er en samlet betegnelse for klinisk betydende synkeproblemer, der kan skyldes motoriske, sensoriske og kognitive problemer.

Dysfagi er et symptom ved mange sygdomme og tilstande, og kan blandt andet skyldes 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, samt infektioner i mund og svælg.

1.2 Hvem får dysfagi?

Af et dysfagireview¹ fremgår det blandt andet at:

- 60-87 procent af beboere på plejehjem for ældre har problemer med at synke.
- 30 procent af alle apopleksipatienter har dysfagi. Omkring 15.500 danskere rammes hvert år af apopleksi. Forekomsten af dysfagi er cirka 37 – 78 procent ved akut apopleksi.¹ Hos patienter i den akutte fase, er dysfagi/aspiration en betydende dødsårsdag. Herudover lever 30-40.000 danskere med senfølger efter en apopleksi, nogle har dysfagi.²
- 20-50 procent af patienter med Parkinson og Alzheimer har dysfagi. Der er tale om progressive sygdomme. Således er andelen af patienter med dysfagi stigende og følger sygdommens progression. Der lever i dag 6.000 patienter med Parkinson³ og 45.000 patienter med Alzheimer.⁴
- 20-30 procent af patienter med Amyotrofisk Lateral Sclerose (ALS) har dysfagi. For denne patientgruppe gælder, at der er tale om en hastigt progressiv sygdom, som stort set i alle tilfælde giver dysfagi. I Danmark er der omkring 400 personer med ALS, og der er cirka 130 nye tilfælde om året.⁵
- 30-60 procent af patienter med muskelsvind har dysfagi. Det er især patienter med diagnoserne Duchennes Muskeldystrofi og Spinale muskelatrofi type II og III som udvikler dysfagi. I Danmark opstår der cirka syv nye tilfælde af Duchennes Muskeldystrofi om året, og man regner med, at cirka 170 personer har sygdommen. Der er cirka 160 personer der har Spinale muskelatrofi type II og III.⁵
- Herudover findes der cirka 10.000 børn, unge og voksne med Cerebral Parese, og en del af disse har betydelige problemer med synkefunktionen.⁶

Det er således en bred vifte af patienter inden for det neurologiske og medicinske speciale, der kan have dysfagi.

Undersøgelser viser, at dysfagi er associeret med høj morbiditet og mortalitet, og har store sociale og personlige omkostninger for patienterne.^{7 8 9 10 11}

Tidlig opdagelse af dysfagi hos patienter med akut apopleksi kan reducere komplikationer og længden på hospitalsindlæggelsen.¹²

Omkring 50 procent af alle danskere, der rammes af en hjerneskade, udvikler dysfagi i den akutte fase. 25 procent har fortsat dysfagi efter en uge, og 10 procent har dysfagi efter 6 måneder.^{13 14 15}

1.3 Hvad er problemet?

Dysfagi kan resultere i manglende oral ernæring og dermed under- eller fejlnæring, dehydrering, aspiration, kvælning samt øget risiko for aspirationsaspirationspneumoni. Aspirationspneumoni er lungebetændelse forårsaget af fejlsynkning af mad og væske til lungerne.^{16 17 18 19}

En tredjedel af patienter med akut apopleksi og dysfagi udvikler aspirationspneumoni. Ved dødsfald efter akut apopleksi er cirka 35 procent forårsaget af aspirationspneumoni.²⁰

Et andet hyppigt forekommende problem er manglende medicinindtag hos patienter med dysfagi.

2. Klinisk retningslinje

I Referenceprogrammet for behandling af patienter med apopleksi (2009), er den omtalte sammenhæng mellem akut apopleksi og komplikationer som dysfagi, aspiration og aspirationspneumoni også beskrevet.

Referenceprogrammet beskriver, at der i Det Nationale Indikatorprojekt, NIP, er registreret aspirationspneumoni hos 9 procent af 2.154 patienter med akut apopleksi, men at årsagen til aspirationspneumonien ikke kan udledes.

Referenceprogrammet anbefaler et tidligt intensivt behandlingsprogram, som omfatter:

- vejledning
- synketeknikker og øvelser
- tilpasning af kostens konsistens.

Tilpasning af kostens konsistens er vigtig, fordi det er vist, at det signifikant øger andelen af patienter, der genvinder normal spise- og synkefunktion ef-

ter seks måneder, samt mindsker komplikationer som aspirationspneumoni, død og anbringelse på institution.²¹

I 2008 er der udarbejdet en klinisk retningslinje for akut indlagte, voksne patienter med apopleksi cerebri med fokus på behovsområdet ernæring og problemstillingen dysfagi. De anbefaler screening, udredning og evaluering af dysfagi.²²

3. Kvalitetsmål

Det Nationale indikatorprojekt (NIP) for apopleksi nedjusterede i 2011 kvalitetsmålet for andelen af patienter med akut apopleksi, som skal have foretaget en dysfagi screening, fra 90 til 80 procent.

Tallene fra 2011 viser, at dysfagi screening på landsplan er opfyldt med 81 procent (4 ud af 5 regioner ligger over 80 procent).²³

4. Internationale anbefalinger

Der er ikke fundet evidens for, at screening for dysfagi i sig selv kan reducere forekomsten af aspirationspneumoni, men i flere studier er det beskrevet, at brug af dysfagi-screening vil reducere forekomsten af aspirationspneumoni, og at det anbefales, at dysfagi-screening foretages før patienten tilbydes mad og væske.^{24 25}

Det er ligeledes beskrevet, at anbefalinger, der følges omkring modificerede konsistenser af mad og væske, kan reducere fejlsynkning og forekomsten af aspirationspneumoni.^{26 27}

Rosenvinge og Starke henviser til et review, der beskriver, at den stærkeste evidens for at reducere forekomsten af aspirationspneumoni er relateret til modificerede konsistenser af mad og væske, og de giver udtryk for vigtigheden i at overholde anbefalingerne omkring modificerede konsistenser, da det ellers vil medføre øget mortalitet og højere forekomst af død forårsaget af aspirationspneumoni.²⁸

5. Dansk Patientsikkerhedsdatabase

Der er i 2011 rapporteret 22 hændelser til Dansk Patientsikkerhedsdatabase, hvor dysfagi har været en medvirkende faktor til den utilsigtede hændelse. Der er søgt på kombinationer af 'dysfagi', 'fejlsynkning', 'vandtest', 'synkebesvær' og 'GUSS' i hændelsesbeskrivelsen.

Af de 22 rapporterede utilsigtede hændelser var 1 dødelig, 4 alvorlige, 4 moderate, 6 milde og 7 hændelser havde ingen konsekvens for patienten. Hændelserne er primært rapporteret fra kommuner og sygehuse.

5.1 Utilsigtede hændelser fra sygehuse

En hændelse omhandlede en patient med dysfagi, der fik tynde væsker af plejepersonale under en weekendvagt. Det var tydeligt beskrevet i journalen, på patientstuen og i plejepersonalets kostregistreringsmappe, at patienten ikke måtte få tynde væsker. Patienten udviklede en aspirationspneumoni.

Flere hændelser omhandlede patienter med dysfagi, hvor en ergoterapeut havde anbefalet væsker tilsat fortykkelsesmiddel. Patienterne fik alligevel tynde væsker, der resulterede i aspiration og efterfølgende lungebetændelse.

Årsagerne til hændelserne blev beskrevet i rapporterne som:

- Restriktionsskilte ved patientens seng blev overset.
- Notatet fra ergoterapeuten blev først skrevet ind i journalen af sekretæren dagen efter.
- I flere hændelser beskrives, at aftenvagten gav tynde væsker trods viden om, at patienten skulle have væske med fortykkelsesmiddel.
- Ergoterapeutens besked om kostrestriktioner til plejepersonalet blev ikke noteret i sygeplejefjournalen eller givet videre til næste vagt-hold.
- For lidt introduktion til pleje af patienter med dysfagi. På nogle afdelinger var det en sjælden opgave at blande fortykkelsesmiddel i væsker, derfor opstod der usikkerhed og fejl.

I flere hændelser fremgår det, at det er vigtigt at plejepersonalet er opmærksomme på problemet 'fejlsynkning'.

Pleje af patienter med dysfagi, bør være en fast del af introduktionen på den enkelte afdeling eller uddannelsen generelt.

Blød og hakket kost er sjældent ment som det samme. Blød kost refererer ofte til purékost (grød, mos, yoghurt og lign.), hvor hakket kost er en svære konsistens ofte gratin eller findelt konsistens (mosede grønsager, kødsovs og lignende).

5.2 Utilsigtede hændelser fra kommuner

En hændelse omhandlede en borger med kendt dysfagi, der kortvarigt blev bevidstløs og blå omkring læberne i forbindelse med, at borgeren fik havregrød galt i halsen. Borgeren vågnede op kort tid efter og havde det fint.

Hjemmesygeplejersken blev først informeret af hjemmehjælpen om hændelsen 3-4 timer efter at patienten havde været bevidstløs.

En anden hændelse omhandlede en borger, der fik hjertestop i forbindelse med fejlsynkning af mad. Hændelsen skete i en plejebolig i forbindelse med, at borgeren blev madet i sengen. Under madningen faldt han hen og fejlsank. Borgeren blev bevidstløs og fik kort tid efter hjertestop. Der blev ydet førstehjælp. Personalet fra lægeambulancen fik beboeren stabiliseret, og til sidst vågnede beboeren. Det fremgik af hændelsen, at vurderingen fra ergoterapeuten om kostrestriktion ikke blev fulgt.

En hændelse fra et plejecenter omhandlede en borger med dysfagi. Der var ordineret blød kost. Der var til aftensmaden ikke blevet bestilt blød kost. Derfor gav plejepersonalet borgeren den almindelige aftensmad. Dagen efter begyndte borgeren at hoste sejt slim op. Borgeren blev mere og mere træt og døde et par dage efter. Det fremgår ikke af hændelsen, om der var mistanke om lungebetændelse.

En hændelse omhandlede en beboer med dysfagi, som gennem en hel weekend ikke fik fortykningsmiddel i sine væsker. Plejepersonalet havde selv vurderet beboeren i stand til at synke normalt. Der var ikke foretaget en vandtest af synkefunktionen. Rapportøren beskriver i hændelsen, at det er sandsynligt, at patienten efter dette kunne udvikle en lungebetændelse.

Flere rapporter omhandlede hændelser, hvor borgere med dysfagi i aften- og nattevagter havde fået væske og mad uden fortykningsmiddel, selv om dette var ordineret. Det beskrives i alle hændelserne, at ergoterapeutens vurdering ikke blev fulgt.

6. Afsnit om klage- og erstatningssager

Der er ikke registreret klager fra patienter omkring dysfagi. I Patientforsikringen er registreret to sager. Den ene sag omhandlede en patient, der fejlsank under en røntgenoptagelse af spiserøret. Den anden hændelse omhandlede en patient, der fejlsank på grund af en fejl på en trachestomi. Der blev tilsammen udbetalt erstatninger på cirka. 15.000 kroner.

7. Undersøgelse af dysfagi screening på Holbæk Sygehus

Der blev i 2011 gennemført en tværsnitsundersøgelse med intern journalaudit på Holbæk Sygehus. Undersøgelsen blev foretaget af specialeansvarlig ergoterapeut Maja Bennett.

Undersøgelsen inkluderede 171 patientforløb med akut apopleksi. Et af resultaterne var, at vandtesten (dysfagi-screening) og den ergoterapeutiske undersøgelse ofte gav forskellige resultater omkring fejlsynkning. Herudover viste undersøgelsen, at en stor del af patienterne, der udviklede fejlsynkning, også udviklede aspirationspneumoni og døde.

Konklusionen var, at den ergoterapeutiske undersøgelse fandt dysfagi hos over dobbelt så mange patienter som ved vandtest, samtidigt med at dysfagi konstateret ved en ergoterapeut var langt stærkere associeret med aspirationspneumoni.

At en stor del af de patienter, der af ergoterapeuten, fik konstateret dysfagi også udviklede aspirationspneumoni, kan skyldes, at den konsistens af mad og væske der blev anbefalet, for at forhindre aspiration, ikke blev fulgt, og patienten derfor blev udsat for aspiration og aspirationspneumoni.

Der anbefales retningsgivende dokumenter for screening og undersøgelse af dysfagi, samt for hvordan anbefalinger af den rette konsistens af mad og væske følges.

8. Konklusion

Patientombuddet ønsker med denne temarapport om dysfagi at medvirke til patienternes sikkerhed ved at sætte fokus på følgende:

- Dysfagi er forbundet med øget mortalitet og morbiditet for en bred vifte af patientgrupper.
- Dysfagi kan medføre under- eller fejlnæring, dehydrering, aspiration, kvælning samt øget risiko for aspirationspneumoni.
- Anbefalingen om, at der foreligger retningsgivende dokumenter for screening og undersøgelse af dysfagi, samt anbefalinger om at den rette konsistens af mad og væske følges.
- Patienter med dysfagi skal generelt betragtes som en risikogruppe.
- Blød og hakket kost er ikke det samme. Personale bør kende og kunne adskille begreberne for modificeret kostformer.

9. Litteratur

- 1 Cook I.J. Ian J. Oropharyngeal Dysphagia. Gastro. Clin N Am 38: 411-431. 2009.
- 2 Hjerteforeningen, www.hjerteforeningen.dk
- 3 Parkinsonforeningen, www.parkinson.dk
- 4 Alzheimerforeningen, www.alzheimer.dk
- 5 Rehabiliteringscenter for Muskelsving, www.rcfm.dk/
- 6 Spastikerforeningen, www.spastikerforeningen.dk
- 7 Kjærsgaard A. Ansigt, mund og svælg – undersøgelse og behandling efter coombes – konceptet. FADL. 2005.
- 8 Martino R, Foley N, Bhogal S et al. Dysphagia after stroke: incidence, diagnosis and pulmonary complications. Stroke 2005;36:2756-2763.
- 9 Terré R og Mearin F. Oropharyngeal dysphagia after the acute phase of stroke: Predictors of aspiration. Neurogastroenterol Motil 2006;18, 200–205.
- 10 Perry L og Claire P. Screening for Dysphagia and aspiration in Acute stroke: Asystematic Review, Dysphagia 2001;16:7-18
- 11 C.D. van der maarel-Wierink, J.N.O. Vanobbergen, E.M. Bronkhorst Et.al. Meta-analysis of dysphagia and Aspiration Pneumonia in Frail Elders. J Dent Res 90(12):1398-1404, 2011.
- 12 Martino R, Foley N, Bhogal S et al. Dysphagia after stroke: incidence, diagnosis and pulmonary complications. Stroke 2005;36:2756-2763.
- 13 Hinchey JA, Shephard T, Furie K et al. Formal dysphagia screening protocols prevent pneumonia. Stroke 2005;36:1972-1976.
- 14 Martino R, Foley N, Bhogal S et al. Dysphagia after stroke: incidence, diagnosis and pulmonary complications. Stroke 2005;36:2756-2763.
- 15 Lakshminarayan K, Tsai AW, Tong X et. al. Use of dysphagia screening results in predicting poststroke pneumonia. Stroke 2010;41(12):2849-2854.
- 16 Kjærsgaard A. Indledning. I: Kjærsgaard A. Ansigt, mund og svælg – undersøgelse og behandling efter coombes – konceptet. København: FADL, 2005:15-19.
- 17 Hinchey JA, Shephard T, Furie K et al. Formal dysphagia screening protocols prevent pneumonia. Stroke 2005;36:1972-1976.
- 18 Martino R, Foley N, Bhogal S et al. Dysphagia after stroke: incidence, diagnosis and pulmonary complications. Stroke 2005;36:2756-2763.
- 19 Petersen P, Andersen G, Boysen G et al. Referenceprogram for behandling af patienter med apopleksi. København: Dansk Selskab for Apopleksi, 2009.

-
- 20 Hinchey JA, Shephard T, Furie K et al. Formal dysphagia screening protocols prevent pneumonia. *Stroke* 2005;36:1972-1976.
- 21 Petersen P, Andersen G, Boysen G et al. Referenceprogram for behandling af patienter med apopleksi. København: Dansk Selskab for Apopleksi, 2009.
- 22 Århus Sygehus 2008, www.dsfa.dk/Dokumenter/Fagligt/Klinisk-retningslinie-dysfagi-februar-2008.pdf
- 23 Det nationale Indikatorprojekt, 2011 www.nip.dk
- 24 Hinchey JA, Shephard T, Furie K et al. Formal dysphagia screening protocols prevent pneumonia. *Stroke* 2005;36:1972-1976.
- 25 Lakshminarayan K, Tsai AW, Tong X et. al. Use of dysphagia screening results in predicting poststroke pneumonia. *Stroke* 2010;41(12):2849-2854.
- 26 Rosenvinge SK og Starke ID. Improving care for patients with dysphagia. *Age and Ageing* 2005;34:587-593.
- 27 Langhorne P, Bernhardt J, Kwakkel G. Stroke rehabilitation. *Lancet* 2011;377:1693-702.
- 28 Rosenvinge SK og Starke ID. Improving care for patients with dysphagia. *Age and Ageing* 2005;34:587-593.