

Ernæring og dysfagi. Neuroenhed Nord, Regionshospital Nordjylland

Indhold

1.0. Beskrivelse	3
1.1. Målgruppe.....	3
1.2. Formål	3
1.3. Problemstilling.	3
2.0. Opsporing og udredning	4
2.1. Dysfagiscreening	4
2.2. Ernæringscreening.	7
2.3. Instrumentelle undersøgelser af synkefunktionen.....	8
3.0. Interventioner og monofaglige ansvarsopgaver	9
3.1. Sygepleje	10
3.1.1. Mundhygiejne.....	11
3.1.2. Ernæringsplan:.....	12
3.1.3. Sondeernæring	13
3.1.4. Parenteral ernæring.	17
3.1.5. Ophør af enteral og parenteral ernæring	17
3.2. Ergoterapi	17
3.3. Diætist	18
3.4. Fysioterapi	18
3.5. Læge	19
3.6. Servicemedarbejdere	19
4.0. Udskrivelse	20
4.1. Lægens ansvarsområder.	20
4.2. Diætists ansvarsområder	20
4.3. Sygeplejepersonalets ansvarsområder.....	21
4.4. Ergoterapeutens ansvarsområder:.....	22
4.5. Fysioterapeutens ansvarsområde.....	23
Bilagsoversigt	24
Referencer:	25

1.0. Beskrivelse

Denne tværfaglige instruks omfatter behandling af ernærings- og dysfagi problematikker hos patienter i neurorehabiliteringsforløb på Neuroenhed Nord Brønderslev og Frederikshavn, Regionshospital Nordjylland.

1.1. Målgruppe

Instruksen anvendes af sundhedsfagligt personale, der varetager opgaver i forbindelse med patienters neurorehabilitering.

1.2. Formål

- At sikre høj kvalitet i ernærings- og dysfagibehandling til patienter i neurorehabilitering, for dermed
 - at sikre tidlig opstart af ernæring og medvirke til at genvinde spise-synkefunktion
 - at forebygge og reducere komplikationer relateret til insufficient ernæring
 - at understøtte en optimal rehabiliteringsindsats
- At sikre en fælles tværfaglig tilgang og viden om procedurer i relation til sufficient ernæring- og dysfagibehandling
- At beskrive arbejdsprocesser og ansvarsfordeling i forhold til ernærings- og dysfagibehandling.

1.3. Problemstilling.

40 - 78 % af alle patienter med apopleksi rammes af dysfagi i større eller mindre grad.

Indenfor de første 7 dages indlæggelse er ca. 50% af patienter med apopleksi vurderet underernærede.

[Referenceprogram for behandling af patienter med apopleksi og TCL.](#) (1).

Dysfagi er den overordnede betegnelse for problemer i en eller flere synkefunktioner. I praksis udvides begrebet til en definition, der beskriver synke, spise og drikke som komplekse funktioner og aktiviteter, der kræver effektive og koordinerede sensoriske, motoriske og kognitive færdigheder.

Insufficient ernæring og dysfagi problematikker kan medføre risiko for forlænget rehabiliteringsperiode og nedsat livskvalitet. Fejlsynkning og dårlig mundhygiejne kan medføre risiko for pneumoni.

Grundig opsporing, udredning, samt kontinuerlig vurdering og behandling af ernærings- og dysfagi problematikker har derfor afgørende betydning for patienter i neurorehabiliteringsforløb.

2.0. Opsporing og udredning

2.1. Dysfagiscreening

Dysfagiscreening foretages i forbindelse med indlæggelsen og har til formål, at vurdere patientens ressourcer og begrænsninger i forbindelse med sikker og effektiv indtagelse af mad og drikke.

Dysfagiscreening er en vurdering af patientens funktionsevne i forhold til oral indtagelse af ernæring, herunder vurdering af konsistens for kost og væske. Screeningen indeholder observation af spisning og oral klinisk undersøgelse samt evt. synketest (2).

Behovet for dysfagiscreening vurderes ud fra overflytningsnotat fra henvisende afdeling, samt ved modtagelse af patienten i afdelingen, hvor modtagende personale (ergoterapeut og/eller sygeplejepersonale) vurderer efter kriterier som vågenhed, våd stemme, hoste og mundflåd.

Der kan udføres dysfagiscreening, selvom der ikke tydeligt af henvisningspapirer eller modtagelse fremgår dysfagi, da der er andre parameter på neurorehabiliteringsafdelingen, der kan influere på patientens funktionsevne end ved tidligere vurderinger, f.eks. at patienten skal spise i spisestue med andre patienter. Ved mindste mistanke om risiko for fejlsynk skal dysfagiscreening udføres.

Som udgangspunkt udføres dysfagiscreening ved ergoterapeut.

I fravær af ergoterapeut ved modtagelse, tilbydes patient den ernæringsform, der er anbefalet fra henvisende afdeling. Undtagelsesvis kan plejepersonale med erfaring i dysfagi udføre screening for dysfagi, ved brug af Guggin Swallowing Screen, GUSS, der er en indirekte og direkte synketest. [Screening for dysfagi - Gugging Swallowing Screen \(GUSS\)](#) (3). Ved mistanke om dysfagi henvises altid til yderligere udredning ved ergoterapeut (4).

Ernæres patienten oralt foretages dysfagiscreening ved observation af spisning, herunder udførelse af synketest/afprøvning af konsistens på føde og væske. Der observeres for normale og unormale reaktioner i alle fire faser af synkeprocessen. Screeningen suppleres ofte med en klinisk undersøgelse af ansigt, mund og svælg. Ernæres patienten ikke oralt, men primært gennem sonde, skal der inden 72 timer foretages en klinisk undersøgelse af mund og svælg.

Den kliniske undersøgelse af mund og svælg kan udføres med udgangspunkt i en eller flere af følgende redskaber:

F.O.T.T. Facio Oral Tract Therapy: F.O.T.T. er et komplekst koncept, der indeholder principper, teknikker og metoder til brug ved klinisk undersøgelse og behandling af ansigt, mund og svælg hos personer med medfødt eller erhvervet hjerneskade. F.O.T.T. omfatter 4 hovedområder

- synkning (af mundvand, spise og drikke)

- ansigtsudtryk/ansigtsbevægelser
- mundhygiejne
- vejrtrækning, stemme og artikulation

Til systematisering af den kliniske undersøgelse og behandling af ansigt, mund og svælg i forbindelse med F.O.T.T. kan anvendes:

- F.O.T.T. Algoritme . En model til undersøgelse og behandling af ansigt, mund og svælg. https://www.etf.dk/uploads/uploads/public/documents/Faglige_selskaber/EFS_Dysfagi/dansk_2018_fott_algoritmen.pdf (5)
- F.O.T.T.- skemaer fra Anette Kjærsgaards bog kan anvendes (6)
- F.O.T.T.-SAS anvendes som konklusionen på ”undersøgelse af mund og svælg” og som konklusion på om oralt indtag kan initieres i form af f.eks. terapeutisk spisning [Facial-Oral Tract Therapy Swallowing Assessment of Saliva \(F.O.T.T.-SAS\)](#) (7)(8)

MISA: The McGill Ingestive Skills Assessment er et observationsbaseret undersøgelsesredskab, der fokuserer på aktivitetsudførelsen under et måltid. Der vurderes på patientens evne til sikker, effektiv og selvstændig indtagelse af forskellige kosttyper og væsker. Kræver kursuslicens.

MEOF-II: Minimal Eating Observation Form-Version II. Redskab, der har til formål at identificere spiseproblemer hos patienter med nedsat funktionsevne som følge af apopleksi (Westergren A. MEOF-II skala). Ergoterapifagligt Selskab. Etf. Publikationer 2015: [MEOF II](#) (9)

Synketest kan udføres ved brug af:

V-VST: Volume-Viscosity Swallow Test. Klinisk metode til diagnostisering af orofaryngeal dysfagi.

Undersøgelsen vurderer effektivitet og sikkerhed ved synkefunktionen [Volume-Viscosity Swallow Test. V-VST](#) (10).

GUSS: Gugging swallowing Screen. Synketest. Kan vurdere sværhedsgrad af dysfagi og er vejledende vedrørende kostform/konsistens/indgiftsform og behov for yderligere undersøgelser. Anvendes af erfarent plejepersonale og ergoterapeuter, der ikke har G-F.O.T.T.

[Screening for dysfagi - Gugging Swallowing Screen \(GUSS\)](#) (3)

Ud fra resultatet af dysfagiscreeningen konkluderes;

- Om patienten kan indtage oral ernæring
- Hvilke kostkonsistens (mad og væske) patienten kan indtage og evt. mængde pr. mundfuld

- Om der er særlige forhold vedrørende spisesituationen, fx optimering af siddestilling, behov for særlige støtteforanstaltninger eller hjælpemidler, brug af kompenserende synketeknikker, fysisk eller verbal hjælp, supervision/opsyn og lign.
- Om der er særlige forhold vedr. forberedelse og afslutning, herunder rutine for mundstimulation og mundpleje

Når ergoterapeuten har vurderet, at der er tale om dysfagi udfyldes kostform i Clinical Suite med afkrydsning samt beskrivelse af konsistens for væske/ kost og eventuelt særlige forholdsregler i spisesituationen. Desuden udfærdiges en ergoterapeutisk handleplan med konklusion på dysfagiscreening. Begge tilknyttes problemet ernæring, da de således fremstår under fanen 'plejeplan'.

Ergoterapeuten er ansvarlig for at formidle konklusionen omkring dysfagiscreening og konsistensniveau til patient, pårørende og patientens team, der har ansvar for at notere kost- og væskekonsistens de steder, som er aftalt på den pågældende afdeling. Her anvendes eksempelvis print fra oversigtstavle over patienter, kostordinationsseddel (bilag 5) og der noteres "ingen mad og drikke pr. os" eller den aktuelle konsistens for mad og væske.

De forskellige niveauer for modificeret kost og væske fremgår af "Konsistenstrappen" og "Oversigt over Drikkekonsistens"(bilag 1a og 1b) (10).

Niveauinddelingen tager udgangspunkt i Den nationale kosthåndbogs definitioner, hvor kost inddeles i cremet konsistens, gratin konsistens, blød konsistens og normal konsistens; væske inddeles i svært fortykket konsistens(gelé), moderat fortykket konsistens(sirup), let fortykket konsistens (kakaomælk) og normal konsistens/umodificeret kost. [Kosthåndbogen: Kost med modificeret konsistens](#) (bilag 1-3)(11) (12).

Det er vigtigt, at der tydeligt og præcist er anført kost- og væskekonsistens jævnfør Konsistenstrappen hhv Oversigt over Væskekonsistens (bilag 1a og 1b), så det er tydeligt for relevant personale - herunder servicemedarbejdere, hvilken kostform de enkelte patienter kan indtage uden risiko. Vær opmærksom på, at der kan være forskellige betegnelser for kost- og væskekonsistens på tværs af afdelinger og sektorer. Der noteres desuden, hvis der er øvrige forhold vedrørende spisesituationen f.eks. målrettet måltidsassistance jf. ovenstående.

Anvisningen vedrørende konsistens skal være tilgængelig i patienternes spisestue eller i andre patientnære rum, hvor spisning foregår. Som udgangspunkt skal der ved servering være tilstedeværelse af fast sygeplejepersonale eller terapeut som har ansvar for, at der serveres rette niveaustandard. Andre særlige forhold fx siddestilling, forberedelse/mundstimulering, afsluttende mundpleje og lignende noteres også.

Patient og/eller pårørende informeres og instrueres, hvis der er specielle forhold omkring dysfagi og kost, som de skal forholde sig til i dagligdagen. Konsistenstrappen, Oversigt over Drikkekonsistens og pjecer vedrørende synkevenlig kost (Gratin konsistens og Blød konsistens), kan udleveres. (Bilag 1-3)

2.2. Ernæringscreening.

Modtagende sygeplejepersonale er ansvarlig for ernæringscreening i Clinical Suite indenfor 24 timer (13). Ved første kontakt tages udgangspunkt i ernærings- og dysfagi oplysninger fra afgivende afdeling indtil en sygeplejefaglig og ergoterapeutisk vurdering fra modtagende afdeling foreligger.

Observation af ændret vågenhed, våd stemme, hoste og mundflåd indikerer behov for dysfagiscreening (jf. afsnit 2.1).

Plejen indhenter oplysninger om:

- Patientens madvaner, smagspræferencer og rutiner i forbindelse med måltider.
- Mundstatus, eksempelvis tand – eller slimhindeproblemer
- Øvrige risikofaktorer vedrørende nedsat kostindtag, eksempelvis kvalme, obstipation, mundtørhed, ændret smagsoplevelse og mæthedfølelse, smerter, træthed, dyspnø, "motoriske begrænsninger" eller tristhed
- Dokumenteres i Sygeplejestatus efter anamneseoptagelse og overføres til problem Ernæring, hvis der er fremadrettede interventioner.

Ernæringscreeningen afgør, om patienten er i ernæringsrisiko, hvilket vurderes på baggrund af henholdsvis ernæringstilstand og sværhedsgrad af sygdom:

Ernæringstilstand:

Vurderes som let, moderat eller svær score ud fra 3 faktorer; væggtab, kostindtag den seneste uge og BMI.

Vægttab vurderes ud fra tidligere vægt - $(\text{vægttab}/\text{tidligere vægt}) \times 100 = \text{vægttab i \%}$.

Det er vigtigt at der benyttes samme vægt til den enkelte patient. Hvilken vægt der bruges, noteres i Clinical Suite. Lift-, stole-, eller gulv vægt anvendes alt efter hvor mobil patienten er.

- Vægttab større end 5% på 3 måneder = let score
- Vægttab større end 5% på 1 ½ måned = moderat score
- Vægttab større end 5% på 1 måned eller vægttab større end 15% på 3 måneder = svær score

Kostindtag den seneste uge vurderes til let, moderat eller svært:

- 50-75% = let
- 25-50% = moderat
- 0-25% = svær

BMI kan give moderat eller svær score:

- BMI 18,5-20,5 = moderat score
- BMI mindre end 18,5 = svær score

Den faktor der giver den højeste score, er udslagsgivende og noteres i ernæringscreeningen i Clinical Suite.

Sværhedsgraden af patientens sygdom:

Bedømmes som let, moderat eller svær på grundlag af de patientkategorier, der er anført i screeningskemaet. Neurorehabiliteringspatient, som er ude af den akutte fase, bedømmes som let og scorer 1.

Ved patienter over 70 år, tillægges automatisk 1 point til scoren ved udregning i Clinical.

Ved patienter med BMI større end 30 tilbydes der forebyggelsessamtale ved diætist. Ved disse patienter er et mindre vægttab acceptabelt, når proteinbehovet er dækket.

Når ovenstående, samt om patienten er oppegående eller sengeliggende, er noteret i ernæringscreeningen i Clinical Suite, udregnes det automatisk om patienten er i ernæringsrisiko. Sygeplejen udfører og dokumenterer ernæringscreeningen, men feltet "kostform" skal ikke udfyldes, eftersom dette udføres af ergoterapeuten. Ved patienter i ernæringsmæssig risiko – score større end 3 - tilføjes det i ergoterapeutens notat under "Kostform" hvilken form for proteinberiget tilskud patienten har behov for. Notatet "Kostform" bliver da et tværfagligt og overskueligt arbejdsredskab.

På baggrund af ernæringscreeningen og ved behov monitoreres patienten med 3 dages kostregistrering. [Ernæringscreening, ernæringsplan, monitorering og opfølgning på Regionshospital Nordjylland](#) (14)

Undtaget for ernæringscreening er terminale patienter. Der markeres "fravalgt" i ernæringscreening og begrundelse for fravalg af screening angives.

Alle patienter skal re-screenes 1 gang ugentlig.

2.3. Instrumentelle undersøgelser af synkefunktionen

Instrumentelle undersøgelser tilbydes som supplement til den kliniske undersøgelse for øvre dysfagi, særligt i situationer, hvor patient efter klinisk undersøgelse fortsat er diagnostisk uafklaret eller der er mistanke om silent aspiration. Silent aspiration er fejlsynk, der ikke er ledsaget af hoste eller anden reaktion. De kliniske tegn på silent aspiration kan være feberperioder, rallende vejrtrækning og gentagne pneumonier.

Valg af undersøgelsesmetode drøftes i det tværfaglige team og afhænger af den kliniske situation. Ved behov for instrumentel dysfagi udredning henviser lægen til den regionale enhed for dysfagiudredning på Øre-næse-hals afd., Aalborg Universitetshospital.

Der findes to undersøgelsesmetoder:

Fiberoptisk endoskopisk evaluering af synkefunktion (FEES) vurderer aspiration før og efter synkning. Selve synkningen kan ikke observeres. Evaluering af aspiration/penetration foretages på baggrund af fortolkning. Synkning undersøges med forskellige konsistens.

Videofluoroskopisk evaluering af synkefunktion (VFES) en røntgenundersøgelse, der viser hele forløbet gennem alle synkningens faser. Synkning undersøges med forskellige konsistens. VFES kræver at patienten kan indtage siddende stilling under røntgenundersøgelsen.

Kontakt-ergoterapeut ledsager patienten til instrumentelle undersøgelser og indgår i faglige drøftelser med undersøgende team med henblik på stillingtagen til, hvilke elementer det er vigtigt at undersøge samt hvilke adaptive og kompenserende interventioner, der bør afprøves under undersøgelsen. Ergoterapeuten medvirker desuden ved drøftelse af videre plan for dysfagibehandling.

3.0. Interventioner og monofaglige ansvarsopgaver

Det er en tværfaglig opgave, at sikre patienten den bedst mulige ernærings- og dysfagibehandling. I neurorehabiliteringen lægges vægt på såvel ernæringsbehandling som træningsinterventioner. Energiindtaget har stor betydning ikke bare for patientens rehabilitering og træning, men også for patientens oplevelse af velvære og styrke. Indtagelse af måltider har kulturel betydning, hvor sociale og nydelsesmæssige aspekter ofte har stor betydning for den enkelte. Det er derfor en vigtig opgave at skabe et miljø omkring måltider, så patienten støttes i at indtage sufficient ernæring alt efter hjerneskadens omfang (dysfagi, nedsat appetit, reduceret bevægelighed/lammelse/spasticitet, speciel diæt, ændret smagsoplevelse, afhængighed af andre i forbindelse med måltider eller vanskeligheder med at samarbejde omkring indtagelse af mad og drikke). Interventioner rettet mod indtagelse af ernæring kan være af afgørende betydning for, hvordan patient og pårørende udvikler nye og hensigtsmæssige vaner omkring måltider - og dermed kan forebygge komplikationer relateret til insufficient ernæring, både under indlæggelse og efter udskrivelse.

For nogle er det givende at måltidet igen bliver en hverdagsaktivitet i et socialt fællesskab.

For at sikre, at patienten kan gennemføre et måltid under betryggende forhold, kræves tydelig og tilgængelig information fra relevante parter i det tværfaglige team.

Patienten kan have kognitive udfordringer som indsigts- og hukommelsesproblematikker, nedsat problemløsning, initiativ og overblik, hvor en tilgang præget af tålmodighed, ro, gentagelser, tydelig kommunikation samt opmuntring er essentiel i forhold til alle måltider døgnet igennem.

Interventioner relateret til patientens ernæring og dysfagi målrettes patienten og udføres flere gange dagligt i forskellige kontekster, aktiviteter og udgangsstillinger. Særligt ved justeringer - f.eks. overgange fra sondeernæring til oral ernæring, ændring i kost- og væskekonsistens, anlæggelse hhv. fjernelse af sonde og særlige indsatser vedrørende mundpleje - er der behov for drøftelser i det tværfaglige team.

Hensigtsmæssig sidde- og hovedstilling er af afgørende betydning for synkefunktionen. Det frarådes at patienter med øvre dysfagi spiser og drikker fladt liggende eller siddende tilbagelænet på grund af øget risiko for aspiration.

Det tværfaglige personale kan med fordel gennemføre e-learning Dysfagi.

<https://personalenet.n.dk/AndreIntranet/sundhed/Nyheder/Sider/Nyt-e-læringskursus-om-dysfagi.aspx>

3.1. Sygepleje

I patientens rehabiliteringsforløb er det et sygeplejefagligt ansvar at sikre, at patienten får den rette og sufficente ernæring, herunder at koordinere den tværfaglige indsats omkring opsporing, udredning og interventioner.

Sygeplejefaglige interventioner omkring ernæring er et gennemgående aspekt i patientens rehabilitering, som kræver dagligt og kontinuerligt overblik, samt et tæt samarbejde tværfagligt og et tæt samarbejde med patient og pårørende.

Sygeplejepersonalet er omkring patienten hele døgnet, og kan således vurdere og prioritere, at patienten får optimale betingelser for kontinuerligt at indtage den anbefalede energimængde og dermed forbygge komplikationer og forsinkelse i patientens rehabiliteringsforløb. Herunder:

- At patienten, mellem aktiviteter, får mulighed for søvn og hvile, med henblik på at forebygge udtrætning før måltiderne
- At understøtte og udføre træning og aktiviteter målrettet patientens spise- og synkefunktion
- At optimere betingelser for at patienten kan bibeholde sin værdighed og opmærksomhed om måltidet, eksempelvis
 - At hjælpe eller guide patienten til at afprøve færdigheder i relation til måltidet, hvor rammer, forudsigelighed og kontinuitet omkring måltider sikres

- At takle de etisk/moralske udfordringer i relationen, så tillid, integritet og samarbejde bevares i balancen mellem at opfordre og nøde patienten i indtagelse af måltidet
- At afklare om patienten ønsker og har udbytte af, at spise sammen med andre
- At overveje om patienten skal skærmes
- At vurdere og prioritere at patienten har optimal siddestilling og placering i rummet
- At sikre rette hjælpemidler, mad- og drikke konsistens
- At kosten anrettes så indbydende som muligt, giver gode sansemæssige oplevelser og matcher patientens behov og ønsker, herunder at hjælpe til at balancere i forhold til smag og energibehov
- At støtte de pårørende og fremme deres forståelse for patientens udfordringer relateret til måltider
- Mundstimulering i forbindelse med måltider i tæt samarbejde med ergoterapeut
- Mundhygiejne udføres hyppigt og i forbindelse med alle måltider

Informationer dokumenteres i Clinical Suite under Ernæring.

3.1.1. Mundhygiejne.

En særlig sygeplejefaglig opgave i forbindelse med ernæring og dysfagi problematikker er sikring af patientens mundhygiejne, da den orale sundhed har betydning for indtagelse af sufficient ernæring, helbred, kommunikation, socialisering, udseende, livskvalitet og det personlige velvære (15)(16).

Handlinger omkring mundhygiejne fastsættes altid efter individuelt behov.

Generelt anbefales:

- at patienter børster tænder i forbindelse med hvert måltid.
- ved tandbørstningen bruges en blød tandbørste eller elektrisk tandbørste med lille børstehoved og fluor tandpasta med minimalt skummemiddel.
- hos patienter med tandprotese:
 - rengøres denne med tandbørste og uparfumeret sæbe (hospitalets håndsæbe kan anvendes) eller tandpasta med et minimum af slibemiddel
 - patienten bør sove uden proteser om natten, da mundens slimhinder og gummer har brug for hvile og ilt, så risikoen for svamp mindskes.
 - protesen opbevares ren og tør i en proteseboks med patientens navn.
 - gummer og mundslimhinder børstes med en blød børste eller renses med skumpinde i forbindelse med protesepleje.
- afslutningsvis smøres læberne med fugtighedscreme eller læbepomade.

Hos patienter, der har risiko for fejlsynk, u hensigtsmæssige reaktioner/modvilje og/eller føler ubehag overfor tandbørstningen, bør der tages særligt højde for individuel tilpasning af udgangsstilling og fremgangsmåde for mundhygiejnen.

Ved stor risiko for fejlsynk, kan tandbørste til sug anvendes. Det anbefales at patienten placeres siddende i opret udgangsstilling, alternativt lejret på siden, for at undgå fejlsynkning.

Hos patienter der får sondeernæring, anbefales mundhygiejne ved hver indgift af sondeernæring mhp at stimulere sekretion, idet sputsekretionen nedsættes pga. manglende eller nedsat føde- og væske indtagelse pr. os.

Andre tiltag:

- Ved mundtørhed kan det at sutte på isterninger eller skumpinde dyppet i vand bruges til at tilføre fugt, dog under hensyntagen til risiko for fejlsynkning. Det kan også være effektivt at smøre saliva fugtgel på mundslimhinderne og tandkød med fingerspidsen efter tandbørstningen, for at undgå udtørring af munden. Det er vigtigt at fjerne al overskydende tandpasta i munden efter tandbørstningen, da det udtørre de i forvejen sarte slimhinder.
- Ved sår i munden kan klorhexidin mundskyl 2-3 gange dagligt være gavnligt og fremskynde sårheling. Der bør gå en time mellem mundskylning og tandbørstning/indtagelse af mad og drikke, da effekten ellers ophæves. Klorhexidin bør kun anvendes i en periode på under 3 uger, da det nedbryder de naturlige bakterier i munden og derved øger risikoen for svamp.
- Ved svamp i munden, hvide belægninger, svie eller rødme, kontaktes lægen med henblik på behandling. Den gamle tandbørste kasseres, da den kan være kilden til endnu en svampeinfektion.

3.1.2. Ernæringsplan:

En ernæringsplan udarbejdes til alle patienter i ernæringsrisiko og skal bidrage til, at patienten på 4.- 6. indlæggelsesdag får minimum 75 % af energi- og proteinbehovet dækket. Ernæringsrisikoen er vurderet på baggrund af kostregistrering i kostregistreringsskema gennem 3 døgn

[Ernæringscreening, ernæringsplan, monitorering og opfølgning på Regionshospital Nordjylland](#) (17)

[Ernæringscreening, ernæringsterapi, monitorering og opfølgning til indlagte patienter](#) (18)

Sygelejepersonalet samarbejder tæt med diætist omkring patienters ernæringsplan.

Ved behov for diætist sendes intern elektronisk henvisning, hvor patientens ernæringsmæssige problemstillinger (fx vægttab og insufficient kostindtag), højde og vægt angives. Hvis der indgives supplerende ernæring i form af sonde- eller parenteral ernæring, noteres nuværende produkt og mængde.

En ernæringsplan indeholder vurderet energibehov. Kostformen vælges ud fra synke- og spisefunktion, appetit og evt. kostvaner. Af ernæringsplanen skal fremgå;

- Valg af intervention for at afhjælpe ernæringsrisiko/spiseproblemer
- Hvordan ernæringsintervention evalueres og justeres.

Resultat af den valgte intervention samt forslag til opfølgning dokumenteres i Clinical Suite under sygeplejestatus under Ernæring og indikeres til problemet Ernæring.

Der anbefales 5-8 energi- og proteintætte måltider pr. døgn inklusiv mellemmåltider og ernæringsdrikke.

- Tidligt morgenmåltid og sent aftensmåltid bør prioriteres, da det afkorter fasteperioden over natten og øger mulighed for at øge energi- og proteinindtag. Med fordel kan anvendes komponenter fra køkkenets frostprogram og ernæringsdrikke (bilag 4).
- Specielle diæter samt ønskekost bestilles i køkkenet, se PRI: Mad til patienter med særlige behov (19)

I samråd med læge vurderes, om der er behov for multivitamin.

3.1.3. Sondeernæring

Sondeernæring anvendes, hvis patienten ernæres mindre end 75% af energi- og proteinbehovet pr. os, og relevante barrierer er forsøgt elimineret (kvalme mv). Sondeernæring anvendes ligeledes som supplement til oralt indtag, dog under hensyntagen til påvirkning af appetit.

Plejepersonalet er ansvarlig for anlæggelse af nasogastrisk sonde (NG-sonde) efter lægeordination, mens percutan endoskopisk gastrostomisonde (PEG sonde) anlægges på ekstern afdeling - efter lægehenvielse. Informeret samtykke fra patient eller pårørende indhentes inden anlæggelse af sonde og skal fremgå af journal Sondeernæring (20).

For anlæggelse og kontrol af sonde, specifikt gældende for neurologiske patienter, se <https://pri.rn.dk/Sider/13116.aspx> (22).

Sondeernæring kan gives intermitterende på ernæringspumpe (bolusmåltider) 5 gange dagligt, med indløb over ca. ½ time pr. måltid. Ved bivirkninger som eksempelvis kvalme, diarre eller aspiration, kan evt. øges i antal daglige måltider og/eller måltider kan gives ved langsommere hastighed over ca. 1 time.

Væskebehov er ca. 30 ml/kg. Individuelt behov vurderes af læge.

Der skelnes mellem reduceret kostindtag i mindre eller mere end 7 dage for at vurdere risiko for Refeeding syndrom.

Ved reduceret kostindtag i mindre end 7 dage:

Produkt: Energiholdig og fiberrig produkt.

Dag 1: 500 ml (indeholder ca. 400 ml væske)

Dag 2: 1000 ml (indeholder ca. 800 ml væske)

Dag 3: Vurdering af behov og udarbejdelse af individuel sondeplan. Kontakt klinisk diætist via intern henvisning.

Ved reduceret kostindtag i mere end 7 dage:

Produkt: Energiholdig og fiberrig produkt.

Dag 1: 325 ml (indeholder ca. 250 ml væske)

Dag 2: 750 ml (indeholder ca. 600 ml væske)

Dag 3: 1000 ml (indeholder ca. 800 ml væske)

Dag 4: vurdering af behov og udarbejdelse af individuel sondeplan. Kontakt klinisk diætist via intern henvisning.

Når patienten har haft reduceret kostindtag i mere end 7 dage, samt ved kronisk underernærede patienter, alkoholikere eller patienter med lav fosfat, kalium eller magnesium, kan der forekomme Refeeding syndrom ved for hurtig optrapning af ernæring. Blodprøver skal tages for fosfat, magnesium, kalium og natrium.

[Refeeding Syndrom - Forebyggelse og behandling](#) (21)

Når patienten er påbegyndt sondeernæring fra anden afdeling fortsættes denne. Der sendes intern henvisning til diætist senest 3. indlæggelsesdag, hvis patienten fortsat skal have ernæring via NG-sonde/PEG-sonde.

Ernæring via nasogastrisk sonde(NG-sonde):

- Sonden anvendes til kortvarig ernæring (oftest <3-4 uger) til patienter, der har svært ved at spise sufficient pr. os.
- Der noteres i Clinical Suite under "invasive/noninvasive adgange", hvor langt sonden er lagt ned i ventriklen, plus pH – værdi ved anlæggelse.

Der foretages altid kontrol af sondens placering inden hver ernæringsindgift

Se statusark vedrørende sikkerhed ifm. indgift af sondeernæring. [Statusark - sondekontrol](#) (bilag 6)

Udfyld statusark:

- a. Risikofaktorer score: hvis svares ja til et af punkterne, skal opmærksomhed på dette øges under overvågning af patienten under indgift af sondeernæring
- b. Aspiration/pneumoni score: ved mulig aspiration kontakt til læge (afvent indgift ernæring)
- c. Test af sondens placering: test mærke på sonden - og se endvidere nedenfor
- d. Abdominal status:
 - ved aspirat over 250 ml gives ikke sondeernæring, afvent 1 time og aspirer igen
 - klinisk udspilet abdomen kan være tegn på mangl. tolerance(ernæringspræparat)
 - ved manglende tarmlyde skal læge kontaktes (der skal lyttes mere end 1 minut)

Test af sondens placering(jvf punkt "c" ovenfor):

1. Aspirer på sonden (kan gentages x flere, evt med varierende sprøjtestørrelse)

2. Tjek pH på aspirat:

pH < 5 = sandsynligvis fra ventriklen

pH > 5 = sandsynligvis fra duodenum eller pulmones

3. Aspiratets udseende tjekkes (kan aldrig stå alene):

- Aspirat fra ventrikel: græsgrønt/klart med bundfald, brunt (tegn på blod) eller klart og farveløst med fnug af off-white til gyldent slim eller bundfald
- Aspirat fra duodenum: mere transparent end fra ventriklen, kan være iblandet galde, varierende i farve fra let til mørk gylden/gul eller brun/grøn
- Aspirat fra lungerne: vandigt og stråfarvet (kan forveksles med ventrikelaspirat)

4. Hvis der ikke kan opnås aspirat fra sonden kan forsøges med flushing, som anvendes i neurorehabilitering mhp hurtigere at opnå aspirat. <https://pri.m.dk/Sider/13116.aspx> (22)

- Der indgives 10 – 20 ml isotonisk NaCl i sonden (der må ikke være modstand).
- Der ventes 3 - 5 minutter, hvorefter der forsøges at aspirere, pH på aspirat skal være lig med eller under 5.
- Ved aspirat med pH over 5, når patienten får syreneutraliserende behandling:
 - Tjek pH ved anlæggelse af sonde og tidligere pH.
Hvis nuværende værdi adskiller sig væsentlig fra disse tages kontakt til læge mhp fortsættelse af ernæringsindgift, konferer med læge om, hvordan korrekt placering af sonde sikres hos patienten.

Følgende tiltag til at få aspirat op kan også forsøges:

Vend patienten om på venstre side

Sprøjt 10-20 ml luft i sonden og vent ca. 15 min. med at aspirere igen

Udfør evt. mundpleje, da det stimulerer mavesyreproduktionen.

Under indgift af sondeernæringen, skal patienten altid være under overvågning PRI: [Apopleksi - Sondeernæring](#) (23) og:

- Observer risikofaktorer som hoste, hikke, mavesmerter, kvalme, opkast eller seponering af sonde.
- Forebyg gener fra sonden ved mundhygiejne ved hver bolusgivning med henblik på at stimulere sput sekretionen (se 3.1.1.)
- Forebyg gener ved daglig udførelse af næsepleje:
 - Rens med vatpinde og vand

- Observer for irritation og trykspor – ved tegn på trykspor ændres plastrets og sondens placering
- Plastret skrives efter behov. Irritation i næsefløj kan lindres med fed creme

Ernæring via percutan endoskopisk gastrostomisonde (PEG-sonde):

- PEG-sonde anlægges på patienter, der ikke tolererer NG-sonde eller vurderes til at have langvarig/blivende dysfagi problemer (23).
- Lægen skriver henvisning til anlæggelse af PEG-sonde på baggrund af drøftelse i det tværfaglige team. Informeret samtykke fra patient (eller pårørende) skal fremgå af patient journal.

Der findes flere typer PEG sonder (MIC- PEG, MIC-G, MIC- Key). For pleje og anlæggelse af disse se firmahjemmesider: <http://www.mic-key.dk/da/produkter> (24)

Den dag, hvor PEG-sonden er anlagt gives kun væske i sonden. Sondeernæring opstartes næste dag om morgenen.

Der foretages kontrol inden hver ernæringsindgift, jf. statusark vedrørende sikkerhed ifm. indgift af sondeernæring (bilag 6).

- Ved aspirat >250ml gives ikke sondeernæring, der afventes 1 time.
- Ved aspirat <250ml gives sondeernæring.
- Aspirat volumen replaceres i ventriklen. Ved gentagne aspirater >250 ml, kontaktes diætist.
- Patienten med PEG-sonde, skal have hyppige tilsyn under indgift af sondeernæring og der kan laves mundhygiejne imens. PRI: [Apopleksi - sondeernæring](#) (23)

Position under og efter indgift af sondeernæring:

Patienten lejres i stol eller i sengen med 30 - 45 graders eleveret hovedgærde under indgift(25).

Ved reflux og risiko for aspiration skal hovedgærdet være eleveret en halv time efter indgift og patienten skal forholde sig i ro. Ligeledes eleveres hovedgærdet under søvn og hvile.

Under træning og aktivitet skal der være særligt fokus på ovenstående.

Indgift af sondeernæring og medicin ved alle sondetyper:

Procedure ved medicinindgift::

- Medicin blandes/opslæmmes i ca. 20 minutter med vand i 20 ml ernærings-sprøjte påsat plasthætte. Se PRI: [Må tabletten knuses](#) (26)
- Ernæringsprodukt kobles til ernæringspumpesæt
- Sonden skylles igennem med min. 30 ml vand før og efter opslæmmet medicin
- Pumpen med sondeernæring startes op, og der gives resten af den anbefalede mængde væske.
- Skylles efter med min. 30 ml vand, når ernæringen er løbet ind.

Et åbnet ernæringsprodukt må opbevares/hænge på stuen mellem måltiderne og i max 24 timer, hvis det er koblet til ernæringspumpesæt. Spidsen af ernæringssettet samt T-stykket på ernæringssettet sprittes af og kobles sammen som et lukket system.

Døgnetts mængde af sondeernæring plus væske registreres i Clinical Suite af plejen (nattevagt). Sprøjter og engangsglas kastes bort, når døgnetts mængde er givet. Ernæringsset skiftes en gang i døgnet (nattevagt).

3.1.4. Parenteral ernæring.

Hvis patienten ikke kan ernæres tilstrækkeligt peroralt eller enteralt via ernæringssonde, kan patienten ernæres med supplement af parenteral ernæring eller ernæres 100% med parenteral ernæring. Dette anvendes i perioden frem mod PEG-anlæggelse.

Ved opstart af parenteral ernæring. Se PRI: [Apopleksi - Parenteral ernæring](#) (27)

Plejen og læge skal vurdere tidsperspektiv af parenteral ernæring og evt. henvise til CVK eller picc- line ved perioder længere end 1-2 uger, eller hvis pt ikke kan få lagt perifer venflon.

3.1.5. Ophør af enteral og parenteral ernæring

I takt med at patienten ernæres sufficient pr. os kan den supplerende ernæring nedtrappes og ophøre, når patienten kan indtage minimum 75% af energi- og proteinbehov pr. os.

3.2. Ergoterapi

Den ergoterapeutiske intervention tager udgangspunkt i F.O.T.T Facio Oral Tract Therapy. F.O.T.T bruges i neurorehabilitering som redskab til klinisk at undersøge og behandle ansigt, mund og svælg hos patienten med dysfagi (se afsnit 2.1).

Ergoterapeuten har ansvar for at udføre og justere F.O.T.T.- behandlingen med henblik på at patienten forbedrer sin evne til at gennemføre et måltid under betryggende forhold, herunder sikre at informationer om særlige forhold vedrørende spisesituationen er tydelige og tilgængelige for alle relevante parter.

F.O.T.T.-behandlingen er relateret til resultatet fra dysfagiscreening og indeholder faciliterings- og synketeknikker, specifikke øvelser, revurdering af synkeevne relateret til kostens konsistens og øvrige forhold vedrørende spisesituationen samt vejledning til patienten, pårørende og personale. Der arbejdes med grundlæggende neuromuskulær træning, krops- og siddestillinger, åndedræt og stemme samt specifik stimulation og facilitering af ansigt, mund og svælg.

Derudover fokuseres også på de kognitive og sociale kompetencer, der kan påvirke patientens forudsætninger for succesfuldt at synke- spise og drikke.

Træning i spise-drikkeaktiviteter kan foregå såvel i forbindelse med måltider som udenfor måltider afhængig af den konkrete patients behov.

Ergoterapeuten har ansvar for fortløbende at dokumentere i Clinical Suite under kostform og i ergoterapeutisk handleplan tilknyttet problemet Ernæring, når der sker ændringer i graden af dysfagi og efterfølgende ændringer i konsistens for kost og væske. I samarbejde med fysioterapeuten beskrives siddestilling ifm måltidet under Ernæring.

Hvis den erfarne ergoterapeut er usikker i sin vurdering efter den kliniske undersøgelse og behandling eller vurderer risiko for silent aspiration (når væske eller mad aspireres uden klinisk tegn/reaktion i form af fx hoste, vejrtrækningsbesvær), præsenteres dette for det tværfaglige team og på baggrund af drøftelse i teamet tages stilling til behov for instrumentel undersøgelse i form af FEES eller VFES (jvf. afsnit 2.3). Ergoterapeuten følger så vidt muligt patienten til undersøgelsen.

Patient og/eller pårørende informeres og instrueres om specielle forhold, de skal forholde sig til i dagligdagen eller inden weekendophold i hjemmet (f.eks. tilpasset kost- og væskekonsistens, placering ved bord, støtte til at opretholde udgangsstilling, mundpleje m.v.). Der kan udleveres konsistenstrappe hhv Oversigt over Væskekonsistens (bilag 1a og 1b)) og pjecer om modificeret kost (bilag 2 og 3) som inspiration og vejledning.

3.3. Diætist

Diætistens kerneopgaver er diætvejledning og ernæringsterapi.

I forbindelse med ernæringsbehandling af patienter i neurorehabilitering, indebærer dette:

- Vurdering af individuelt ernæringsbehov
- Udarbejdelse af individuelle planer for sondeernæring og parenteral ernæring (15) (27)
- Individuel diætvejledning af indlagte patienter og evt. pårørende. Individuel diætvejledning kan eksempelvis omhandle sufficient indtag pr. os, diabetes, hjerte/karsygdom eller adipositas alt efter behov.

Der sendes intern henvisning til diætistenheden, hvis der ønskes assistance til ovenstående. Dette vurderes på baggrund af ernæringscreening og evt. kostregistrering.

3.4. Fysioterapi

Patienter med dysfagi har ændret motorisk og sensorisk funktion omkring mund og svælg, herunder ofte udfordringer med balance og postural kontrol. Termerne postural kontrol, balance, ligevægt bruges

synonymt om mekanismen gennem hvilken den menneskelige krop forhindrer sig selv i at falde eller miste balancen.

Problemer i disse mekanismer afføder ofte fikseret eller ustabil krops- og hovedstilling, hvilket påvirker patientens synkefunktion i negativ retning. Ligeledes har patienter med dysfagi ofte ændret åndedrætsmønster med højcostal respiration, nedsat hostekraft samt nedsat koordination af synk og vejtrækning. Fysioterapeuten har fokus på sammenhænge mellem respiration og dysfagi.

Fysioterapeuten vurderer og træner patientens fysiske forudsætninger for at kunne foretage et spontant synk; herunder patientens posturale kontrol og evne til at indtage forskellige udgangsstillinger.

Fysioterapeuten vurderer og behandler respiratorisk funktion, dvs. patientens hostekraft og respiratoriske udholdenhed og koordination. Fysioterapeuten understøtter ligeledes hosteteknikker, bl.a patientens brug af mavemuskler, herunder brug af mavebælte – og yder specifik mobilisering af patienten, særligt bevægelighed omkring struben og til indtagningen af udgangsstillinger af betydning for lunger. Det være sig maveleje, rul og andet afhængig af sekretets placering (28).

Fysioterapeuten præsenterer sine observationer når sygeplejepersonale, ergoterapeut, læge og diætist udarbejder tværfaglig handleplan i forhold til dysfagi.

Fysioterapeuten søger til en hver tid at øge patientens aktivitets- og mobiliseringsniveau. Der konditionstrænes i nustep og andre maskiner. Der arbejdes med patienten i stående og siddende udgangsstillinger og gående hvis muligt. Arousal og vågenhedsniveau øges i disse stillinger. Praksis viser, at jo mere aktiv patienten er, jo større er chancen for bedring af øvre dysfagi (29)(30)(31).

3.5. Læge

Det er lægens ansvar at ordinere sonde og henvise til anlæggelse af sonde og samtidig tage stilling til, hvilken kontrolprocedure, der skal anvendes ved anlæggelse af sonde og efterfølgende kontroller af sondens placering, når der gælder særlige forhold, ex hvis patienten får syreneutraliserende behandling.

Lægen ordinerer parenteral ernæring, når patienten har behov for dette.

Lægen tilser patienten ved mistanke om pneumoni eller andre komplikationer. På baggrund af drøftelser i det tværfaglige team henviser lægen til instrumentelle undersøgelser af synkefunktionen.

3.6. Servicemedarbejdere

Servicemedarbejdere samarbejder tæt med sygeplejepersonale og ergoterapeuter om at sikre, at kosten anrettes indbydende under hensyntagen til patientens individuelle behov og ønsker.

Servicemedarbejdere kan, efter uddelegering og instruktion, servere maden for patienten i spisestuen og har et medansvar for, at patienten får serveret den rette kost, rette konsistens, mængde mm.

Kostordinationsseddel (Bilag 5) eller print fra tavle med oversigt over patienter er servicemedarbejderens redskab til sikre, at de altid serverer den rette kost for patienterne.

Servicemedarbejdere kan bestille kost i køkkenet på baggrund af kontinuerlig opdatering af patientens kost, enten via kostordinationsseddel eller print fra oversigtstavle. Ved ændringer i kostkonsistens laves aftale med servicemedarbejder om måltider indtil kostændringer jævnfør opdatering træder i kraft.

Sygeplejepersonalet har mulighed for at bestille den ændrede kost via køkkenet til samme dag.

Når der er nye kosttilbud fra køkkenet videregiver servicemedarbejdere det til de øvrige personalegrupper.

4.0. Udskrivelse

Når patienten er i ernæringsrisiko ved udskrivelse, er det en tværfaglig opgave at sikre, at der udarbejdes ernæringsplan, genoptræningsplan og opfølgning ved diætist i kommunalt regi.

Vær opmærksom på, at der kan være forskellige betegnelser for kost- og væskekonsistens på tværs af afdelinger og sektorer.

4.1. Lægens ansvarsområder.

Læge har ansvar for at udarbejde epikrise, der indeholder oplysninger om:

- Ernæringsplan
- Ernæringsstatus: Resultat fra ernæringscreening under indlæggelsen.
- Årsag til ernæringsrisiko: Vægttab, tygge/synkebesvær, nedsat/forkert kostindtag samt øvrige risikofaktorer.
- Anbefale hvornår blodprøvekontrol af parametre relateret til ernæring.
- Anbefalet kostform.
- Anbefalet ernæringsindsats.

Hvis patienten udskrives med NG-sonde, er det lægens ansvar at angive plan for seponering eller udskiftning til PEG-sonde.

Lægen ordinerer Genoptræningsplan (GOP).

4.2. Diætists ansvarsområder

Ved patienter, der fortsat har behov for sondeernæring ved udskrivelse tages kontakt til diætist hurtigst muligt, hvor udskrivelsestidspunkt og sted angives tydeligt. PRI: [Udskrivelse med sondeernæring](#) (32)

Diætist tager sig af følgende:

- Opdaterer sondeernæringsplan i forhold til indikation for ernæring ved sonde, ny vægt og BMI samt dagligt energi-, protein- og væskebehov – og sender ernæringsplan til plejen.
- Udarbejder grøn ernæringsrecept (Ordinering af ernæringspræparater) til sondeernæring, remedier, evt. leje af pumpe og sendes til relevant ernæringsfirma for pågældende kommune.
- Giver information om udskrivelse til kontaktperson fra ernæringsfirma i forhold til bestilling.
- Opdaterer ernæringsplan og evt. udskrivelsesmappe indeholdende information fra ernæringsfirma og original ernæringsrecept.
- Præcisering af sondetype og placering
- Sender yderligere elektronisk ernæringsplan til kommunen mhp. videre opfølgning.

4.3. Sygeplejepersonalets ansvarsområder

Sygeplejepersonalet informerer patienten ved udskrivelsessamtalen om ernæringsrisikoen, medinddrager patienten i valg af ernæringsterapiform, samt informerer patient og evt. pårørende om den planlagte monitorering og opfølgning.

Herunder afklares følgende med patient og evt. pårørende inden udskrivelse:

- Aftaler hvem der skal varetage administration af sondeernæring, den daglige pleje omkring ernæringssonden, samt hvilke opgaver der skal varetages af hjemmesygeplejerske.
- Forhold vedrørende økonomi:
 - Der ydes 60% tilskud fra Sundhedsstyrelsen til betaling af sondeernæring, ernæringsdrikke og remedier til sondeernæring (tilskuddet er uafhængigt af indkomst og formueforhold)
- Når hjemmesygeplejen varetager sondeernæring, bestiller kommunen alle remedier/hjælpemidler og patienten har ingen egenbetalingsdel.

Sygeplejen har ansvar for:

- Kontakt til kommunen, hvor der skal give oplysning om, hvilket ernæringsfirma der er en aftale med.
- Kontakt til klinisk diætist, gerne så tidligt som muligt i forhold til bestilling og levering af sondeernæring til udskrivelsessted, PRI: [Udskrivelse med sondeernæring](#) (32).
- Ved behov for tilskudsdrikke udfyldes grøn ernæringsrecept af lægen og medsendes patienten ved udskrivelse.
- Medgiver patienten udskrivelsesmappe. Hvis dette ikke er muligt, sender diætist den direkte til udskrivelsesstedet med information fra ernæringsfirma, opdateret ernæringsplan og ernæringsrecept samt evt. pjece omhandlende "Sufficient ernæring", "Energi- og proteinrige drikke", "
- Sender sondeernæring og tilbehør (sprøjter o.l.) med til de første 5 dage eller indtil ernæringsfirmaet kan levere til patienten. Dette aftales med diætisten, PRI: [Udskrivelse med sondeernæring](#) (32).
- Skriver i plejeforløbsplan til kommunen senest kl.12 dagen før udskrivelsen.

- Ved midlertidigt behov for dropstativ til ernæringspumpe skal dropstativet udlånes af hospitalets hjælpemiddeldepot (bestilles via ergo) Ved varigt behov varetager kommunen bestillingen af dropstativet.
- Anfører handlinger relateret til mundhygiejne – særlige behov.

Hvis patient eller pårørende selv skal varetage administration af sondeernæring kræver det oplæring enten under indlæggelse, ambulant eller ved hjemmesygeplejerske, hvis der indgås aftale herom.

Ved udskrivelse med hel eller delvis parenteral ernæring, PRI: [Parenteral ernæringsterapi efter udskrivelse](#) (33)

4.4. Ergoterapeutens ansvarsområder:

Ergoterapeuten skal inden udskrivelse udarbejde genoptræningsplan (GOP) til kommunen indeholdende beskrivelse af;

- Aktuel funktionsevne relateret til spisning og synkeevne
- Genoptræningsbehov og –potentiale ifht generhvervelse af synkefunktion
- Oplysninger om hidtidige indsatser i forhold til dysfagi-problematik og anvisninger til fremtidige indsatser i forhold til dette.

Patienten (og evt. pårørende) får kopi af GOP og informeres hhv. instrueres efter behov. Ved særlige forhold kan der tages telefonisk kontakt til kommunal terapeut for at optimere opfølgning. Fx hvis patienten har kontroltid til FEES-undersøgelse efter udskrivelse med henblik på ledsagelse.

Der kan ansøges om fortykningsmiddel som hjælpemiddel jvf. Serviceloven §112, når det vurderes, at patienten har vedvarende behov for at anvende fortykningsmiddel eller der er behov for anvendelse af fortykningsmiddel i træningsøjemed til at opnå forbedringer af funktionsniveau i relation til synkeevne.

Ergoterapeuten bestiller fortykkelsesmiddel via E-brev under punktet 'hjælpemidler'.

Da det er regionens ansvar at udlåne dropstativ ved midlertidigt behov for sondeernæring til patienten, dvs at patientener ikke er i en stationær tilstand, skal ergoterapeuten skaffe dropstativ via hjælpemiddeldepotet Regionshospital Nordjylland.

I de tilfælde hvor der vurderes at være et varigt behov for sondeernæring er det en kommunal opgave at skaffe dropstativ. https://www.rn.dk/sundhed/til-sundhedsfaglige-og-samarbejdspartnere/sundhedsaftalen-2015-2018/-/media/Rn_dk/Sundhed/Til-sundhedsfaglige-og-samarbejdspartnere/Sundhedsaftaler/Sundhedsaftale-2015/Casekatalog-januar-2019.ashx (34)

4.5. Fysioterapeutens ansvarsområde.

Fysioterapeuten bidrager til udfærdigelse af genoptræningsplan med beskrivelse af forhold relateret til respiration, mobilitet og positionering.

Bilagsoversigt.

Bilag 1

Bilag 1a: Konsistenstrappen og bagside: Information om mad og drikke til patienter med synkevanskeligheder(dysfagi).

Bilag1b: Oversigt over Væskekonsistens

Bilag 2: Synkevenlig kost. Gratinkonsistens – niveau 2.

Bilag 3: Synkevenlig kost. Blød konsistens – niveau 3.

Bilag 4: Hovedkøkkenets frostprogram. Frost, sonde og niveau.

Bilag 5: Kostordination

Bilag 6: Statusark vedrørende sikkerhed i forbindelse med indgift af sondeernæring.

Se link: [Statusark - sondekontrol](#)

Referencer:

1. Dansk Selskab for Apopleksi. Referenceprogram for behandling af patienter med apopleksi og TCI. Udarbejdet af arbejdsgruppe nedsat af Dansk Selskab for Apopleksi, 17. juni 2013.
[Referenceprogram for behandling af patienter med apopleksi og TCI.](#)
2. Hansen & Jacobsen: A decision-algorithm defining the rehabilitation approach: 'Facial oral tract therapy'. Disability and Rehabilitation, 2010.
3. [Screening for dysfagi - Gugging Swallowing Screen \(GUSS\)](#)
4. Sundhedsstyrelsen. National Klinisk Retningslinje. Øvre dysfagi (synkebesvær) - opsporing, udredning og udvalgte indsatser. København. 2015
5. © F.O.T.T. © Algoritme Schow T, Jakobsen D, Steen Langhorn B, Falkengaard M
En model til undersøgelse og behandling af ansigt, mund og svælg.
https://www.etf.dk/uploads/uploads/public/documents/Faglige_selskaber/EFS_Dysfagi/dansk2018_fott_algoritmen.pdf
6. Kjærsgaard A. Ansigt, mund og svælg. Undersøgelse og behandling efter Coombes-konceptet. 1 udgave ed. København: Munksgaard; 2008. Skemaer findes via nedenstående link under "Ekstramaterialer"
<https://munksgaard.dk/products/ansigt-mund-og-svalg-bog-19577-9788777493904>
7. [Facial-Oral Tract Therapy Swallowing Assessment of Saliva \(F.O.T.T.-SAS\)](#)
8. Mortensen, Jensen and Kjaersgaard: A validation study of the facial-oral Treat Therapy swallowing assesment og Saliva: I Clinical rehabilitation 2015
9. Westergren A.: MEOF-II skala. Ergoterapifagligt Selskab. Etf. Publikationer. 2015
Lokaliseret 20.01.17 på: [MEOF II](#)
10. [Volume-Viscosity Swallow Test. V-VST.](#)
11. Sundhedsstyrelsen og DTU Fødevareinstituttet. 5. udgave, 2015. Anbefalinger for den danske institutionskost
12. Kost & Ernæringsforbundet. Den Nationale Kosthåndbog. 3. udgave. København. 2016
[Kosthåndbogen: Kost med modificeret konsistens](#)

13. Sundhedsstyrelsen. Vejledning til læger, sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, sygehjælpere og kliniske diætister. Screening og behandling af patienter i ernæringsmæssig risiko. Sundhedsstyrelsen 2008. Vejledning vedr. screening og behandling af patienter i ernæringsmæssig risiko
14. PRI: [Ernæringscreening, ernæringsplan, monitorering og opfølgning på Regionshospital Nordjylland](#)
15. Klinisk retningslinje: Mundhygiejne til voksne borgere og patienter. Instruks om mundhygiejne-til voksne (+18år) borgere og patienter med egne tænder, 2016
16. Teori og Praksis: Mundhygiejne til indlagte patienter. Sygeplejersken 2015; (5): 81-90
17. PRI: [Ernæringscreening, ernæringsplan, monitorering og opfølgning på Regionshospital Nordjylland](#)
18. PRI, regionalt dokument: [Ernæringscreening, ernæringsterapi, monitorering og opfølgning til indlagte patienter](#)
19. PRI. [Mad til patienter med særlige behov](#)
20. PRI: [Sondeernæring Anlæggelse af ernæringssonde og kontrol, opstart og administration af sondeernæring, samt medicinindgift pr. sonde](#)
21. PRI: [Refeeding syndrom - forebyggelse og behandling](#)
22. PRI: [Anlæggelse af nasogastrisk sonde](#)
23. <https://pri.rn.dk/Sider/5845.aspx>
24. <http://www.mic-key.dk/da/produkter>
25. National klinisk retningslinje for ernæring af voksne patienter med erhvervet hjerneskade i den akutte og sub-akutte fase af rehabilitering. 25.10.2019. DASYS og Center for Kliniske Retningslinjer-CLEARINGHOUSE.
http://cfkr.dk/media/366138/nkr_ern_ring_og_erhvervet_hjerneskade_med_bilag.pdf
26. PRI: [Må tabletten knuses](#)
27. PRI: [Apopleksi - Parenteral ernæring](#)

28. Brocki B. Poulsgaard I.J. Lungefysioterapi- en grundbog. Munksgaard Danmark, 2011
29. Kjærsgaard A, Secher Mortensen S. Øvre dysfagi - udredning og behandling. Fysioterapeuten nr. 2, 20
30. Pickenbrock H, Ludwig V. U. et al. Conventional versus Neutral Positioning in Central Neurological Disease. Dtsch Arztebl Int 2015; 112:35-42
31. Shumway- Cook A and Wollacott M.H. Motor Control. Third Edition. Lippincott Williams & Wilkins, 2007
32. PRI: [Udskrivelse med sondeernæring](#)
33. PRI: [Parenteral ernæringsterapi efter udskrivelse](#)
34. https://www.rn.dk/sundhed/til-sundhedsfaglige-og-samarbejdspartnere/sundhedsaftalen-2015-2018/-/media/Rn_dk/Sundhed/Til-sundhedsfaglige-og-samarbejdspartnere/Sundhedsaftaler/Sundhedsaftale-2015/Casekatalog-januar-2019.ashx

