

## **Høringssvar National klinisk retningslinje for øvre dysfagi – opsporing, udredning og udvalgte indsatser**

1. Tandlæge Foreningen
2. Socialstyrelsen
3. Rigshospitalet Afdelingsergoterapeut Rikke Holst Jensen med flere
4. Klinik for Rygmarvsskader, Rigshospitalet
5. Audiologopædisk Forening
6. Dansk Selskab for Geriatri
7. Dansk Selskab for Neuro Rehabilitering
8. Ergoterapeuter Helsingør Rehabilitering- og træningscenter
9. Niels Svaneborg, Neurologisk Afdeling, Aalborg Universitetshospital
10. Danske Regioner
11. Region Hovedstaden
12. Region Syddanmark
13. Region Nordjylland
14. Tekstnære kommentarer - delsvar terapeuter
15. Randers kommune
16. KL
17. Dansk Selskab for Fysioterapi

### **Peer review:**

- Olle Ekberg, professor, overlæge, Lunds Universitet
- Maribeth C Rivelsrud, M.S. Speech Language Pathologist/logopæd, Sunnaas Sykehus HF
- Trine Schow, MPH, PhD, Hjerneskadecentret BOMI i Roskilde

Sundhedsstyrelsen  
Sekretariatet for Nationale kliniske retningslinjer  
Sygehuse og beredskab  
Axel Heides Gade 1  
2300 København S  
NKRsekretariat@sst.dk

Tandlægeforeningen  
Amallegade 17  
1256 København K

Tel.: 70 25 77 11  
Fax: 70 25 16 37  
info@tandlaegeforeningen.dk  
www.tandlaegeforeningen.dk

CVR nr. 21318418

Dato: 28. oktober 2015

Sagsbeh: HPN  
E-mail: hpn@tdl.dk  
Sagsnr.: hoering\_073\_2015

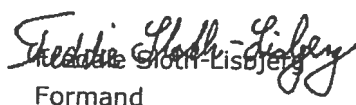
**Tandlægeforeningens høringssvar vedr.: Høring vedr. den nationale kliniske retningslinje for øvre dysfagi – opsporing, udredning og udvalgte indsatser**

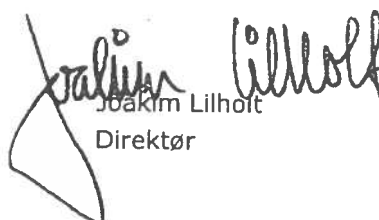
Tandlægeforeningen har den 12. oktober 2015 modtaget høringsmateriale vedrørende udkast til ovennævnte og har hertil følgende bemærkninger:

Tandlægeforeningen finder, at der er tale om et stort og grundigt arbejde, som afdækker en meget relevant problemstilling.

Imidlertid kunne Tandlægeforeningen godt ønske sig, at der i forbindelse med afsnittet om mundhygiejne blev beskrevet behovet for professionel tandlægetilsyn/behandling og hvor der i givet fald er mulighed for behandling i privatpraksis/omsorgstandpleje.

Med venlig hilsen

  
Steffen Gladh-Lisbjerg  
Formand

  
Joakim Lilholt  
Direktør

Sundhedsstyrelsen  
Sygehuse og beredskab

Mail: [NKRsekretariat@sst.dk](mailto:NKRsekretariat@sst.dk)

Socialstyrelsen  
Landemærket 9  
1119 København K

Tlf.: +45 72 42 37 00

[socialstyrelsen@socialstyrelsen.dk](mailto:socialstyrelsen@socialstyrelsen.dk)  
[www.socialstyrelsen.dk](http://www.socialstyrelsen.dk)

Center for Handicap  
D. 27. oktober 2015  
Sagsnr. 14/47038  
CHN

## **Høringssvar til National Klinisk Retningslinje for øvre dysfagi – Opsporing, udredning og udvalgte indsatser**

Socialstyrelsen har den 12. oktober 2015 modtaget udkast til national klinisk retningslinje for øvre dysfagi – Opsporing, udredning og udvalgte indsatser.

Høringsudkastet er velskrevet og klart i sin opbygning, og man får de nødvendige informationer for at kunne vurdere indholdet.

Socialstyrelsen ser den kliniske retningslinje som et væsentligt bidrag til at understøtte og sikre en ensartet praksis i Danmark vedrørende udvalgte tværfaglige og monofaglige indsatser til patienter og borgere med øvre dysfagi.

Socialstyrelsen kan tilslutte sig, at der med den kliniske retningslinje bliver sat fokus på en målgruppe med komplekse behov, og det er positivt, at retningslinjen medtager såvel opsporing som udredning og indsatser.

### **Om anbefalingerne generelt**

Socialstyrelsen understøtter, at fagpersoner anvender metoder og indsatser, der har vist evidens for effekt. Kendetegnene for denne nationale kliniske retningslinje er, at anbefalingerne for det meste er svage grundet studiernes metodiske begrænsninger og den deraf følgende lave kvalitet. I forlængelse heraf vil Socialstyrelsen påpege, at mangelfuld og svag evidens for en indsats øger kravet til fagpersonerne om løbende at evaluere effekten af den konkrete indsats til den enkelte borger.

Socialstyrelsen er bekymret for retningslinjens generelt svage anbefalinger og vil derfor anbefale, at der i retningslinjen fremsættes et

hovedbudskab om, at svage anbefalinger ikke betyder, at mennesker som har eller kan være i risiko for øvre dysfagi ikke skal opspores, udredes samt modtage relevant behandling/indsats. Det betyder imidlertid, at de involverede fagpersoner samt patienten/borgeren, som har eller er i risiko for at få øvre dysfagi, nøje skal overveje, hvilke indsatser der iværksættes, og hvilke resultater der forsøges opnået herved.

#### **Kommentarer til Anbefaling 1: Systematisk opsporing af dysfagi med protokol**

I afsnittet *Praktiske råd og særlige patientovervejelser* har man valgt at fremhæve "*silent aspiration*" ved at sætte det i kursiv. Socialstyrelsen finder imidlertid, at afsnittet om silent aspiration godt kunne fremhæves yderligere, da der er tale om vigtig viden, som adskiller sig fra selve afsnittets ordlyd, da silent aspiration netop ikke identificeres via metoder til opsporing af øvre dysfagi og via klinisk undersøgelse.

**Kommentarer til Anbefaling 2: Systematisk klinisk undersøgelse,**  
Ovenstående gør sig ligeledes gældende i afsnittet *Praktiske råd og særlige patientovervejelser* under anbefaling 2, hvor man dog ikke har fremhævet silent aspiration ved hjælp af kursiv.

#### **Kommentarer til Anbefaling 4: Målrettet måltidsassistance**

I afsnittet *Praktiske råd og særlige patientovervejelser* informeres læseren om, at: "Måltidet tilrettelægges så det i størst mulig grad foregår i naturlige omgivelser, på sædvanlige tidspunkter og i relevante sociale sammenhænge". I tidligere versioner blev opmærksomheden skærpet hos publikationens primære målgruppe (sundhedspersoner som arbejder med området) i forhold til at overveje muligheden for at fastholde det sociale element i måltidet ved at lade patienter med samme behov indtage måltidet sammen. Socialstyrelsen finder det bemærkelsesværdigt, at man har valgt at fjerne denne passage, idet det er én af publikationens få overvejelser, som omhandler deltagelsesperspektivet for den enkelte patient/borger.

#### **Kommentarer til Anbefaling 5: Træning i spise- og drikkeaktivitet**

Socialstyrelsen finder formålet med de specifikke anbefalinger og indsatser af stor vigtighed, men bemærker, at særligt formålet med at sikre, at indtagelse af mad og drikke foregår uden negative psykologiske konsekvenser, ikke har så stort fokus, som vi kunne ønske os. Angst for at blive kvalt, skamfuldhed over ikke at kunne deltage i måltider på en passende måde, social isolation og forringet livskvalitet er nogle centrale problemstillinger for denne målgruppe, som der bør tages hånd om i praksis på lige fod med den mere kliniske behandling/indsats.

Indsatser for mennesker, som har eller kan være i risiko for øvre dysfagi, er kendetegnet ved kompleksitet og indbefatter udover monofaglig specialisering også behov for tværfaglig og tværgående koordinering, hvilket desværre kun i begrænset udstrækning berøres.

Sammenfattende ser Socialstyrelsen den nationale kliniske retningslinje for øvre dysfagi som et vigtigt bidrag til kvalificering af opsporingen af og indsatsen for patienter og borgere, som har eller kan være i risiko for øvre dysfagi.

Venlig hilsen

Sanna Dragholm  
Kontorchef

Camilla Højgaard Nielsen  
Faglig konsulent

## Høringssvar NKR dysfagi

Vi vil først takke arbejdsgruppen for deres stort arbejdsindsats og praksisrelaterede anbefalinger. Generelt belyser retningslinjen meget relevante spørgsmål i forhold til daglig praksis, relateret til patienter med dysfagi.

Det ville være ønskeligt at beskrive interventioner rettet mod dysfagi mere dybdegående og bredt, da sensomotorisk indsats mod tungen kun er en af mange interventionsmuligheder.

Kritisk er at retningslinjen belyser dysfagi alt for bredt på tværs af diagnoserne. Ønskeligt havde været, hvis man belyste dysfagi som følgesymptom af en primærdiagnose, for at være meget mere specifikt.

### Kommentar til enkelte afsnit:

#### 1. Systematisk opsporing af dysfagi med protokol

Her mangler vi at komme med et bud på redskaber, som allerede er implementeret i dansk praksis fx GUSS (Gugging swallowing Screening). Forfatterne kunne komme med et godt-praksis-bud på baggrund af klinisk erfaring, selvom studierne ikke viser noget mere konkret.

Desuden kunne der anbefales at der eksempelvis i akut apopleksi, findes en procedure som opsporer dysfagi systematisk hos alle patienter via screening samt at det udføres som udgangspunkt af sygeplejerske, som ofte er første kontakt personale.

#### 2. Systematisk klinisk undersøgelse

Kan forfatter komme med praksis anbefaling til hvilke kompetencer der som minimum kræves, for at kunne lave en systematisk klinisk undersøgelse? Når der ikke foreligger mere konkrete anbefalinger kræver det både erfaring og kompetencer at undersøge dysfagi hos de enkelte patienter og det burde beskrives her.

Det er forståeligt, at man ikke kan komme med en entydig anbefaling, da grundsygdommen som udløser dysfagi er forskellig og dermed er dysfagiens karakter meget varierende afhængig af den primære diagnose. Det betyder, at den undersøgende terapeut har både kompetencer relateret til dysfagi, men også i højt grad relateret til primærdiagnosen fx hovedet hals cancer, traumatisk hjerneskade, ALS, mm.

#### 3. Instrumentel undersøgelse af synkefunktionen

Retningslinjen beskriver at procedurerne udføres mest hensigtsmæssigt i samarbejde med en ergoterapeut med kompetencer på området. Her ønskes en uddybning af hvilke kompetencer.

Desuden bør der i praktiske råd præciseres, hvad der menes med en helt måltid. Vi vurderer, at det ikke er realistisk og også forstyrrende at sidde med et skop gennem en helt måltid, dette bør præciseres.

Det gælder også formulering af, at kunne evaluere patientens evne til at synke mundvand. Her er sammenhæng mellem at vurdere patienten under en helt måltid og derefter vurdere patientens evne til at synke mundvand ikke logisk, da vi mener at diagnostikken under et måltid giver et billede, hvordan pt. synker forskellige konsistenser ud over eget mundvand, ellers er det ikke relevant at evaluere inden måltid.

I dette kapitel ville det være ønskeligt at uddybe praktiske råd for anvendelse af FVES i lighed med FEES. Begge undersøgelsesmetoder beskrives som gylden standard, men FEES anbefalinger er mere praksisrelaterede end FVES. Derfor ønsker vi en uddybelse af anvendelse af FVES som rent praktisk kan udføres funktionelt, det vil sige med forskellige konsistenstyper samt tilstedeværelse af eksempelvis en ergoterapeut som under proceduren kan optimere fx sidestilling, hovedets position, mm.

#### 4. Målrettet måltidsassistance

Retningslinjen beskriver, at patientens behov for og indhold af måltidsassistance bør være vurderet og dokumenteret af relevant sundhedsperson. Her ønskes en specificering af hvem den relevante

sundhedsperson er, for at kunne placere ansvaret, samt beskrive personens kompetencer for at kunne beskrive dette.

#### 5. Træning i spise- og drikkeaktivitet

Hvilke kompetencer kræves af personer som træner dette område. Det kræver både erfaring med patienternes primære diagnose og konsekvenserne af dysfagi relateret til dette. Derfor kræver det en høj grad af erfaring og specifikt viden samt evner til klinisk ræsonnering for at kunne udføre anbefalinger.

#### 6. Intensiveret mundhygiejne

Enig med anbefalingen. Der bør dog udspecificeres under de praktiske råd, hvordan man bør udføre mundhygiejne hos patienter med svær dysfagi, hvor det er en risiko for at pt. ikke er i stand at spytte tandpasta ud og skylle munden.

#### 7. Sensomotorisk træning af tunge

Hvilke kompetencer kræves som minimum at træne en tunge?

Denne kapitel er vi mest kritisk for, da anbefaling kommer med at træning med tungen er en del af en samlet træningsprotokol. Hvad mener forfatterne konkret med et samlet træningsprotokol. Det er klart at træningsprotokollen er forskellig og i høj grad afhængig af primærdiagnosen. Sensomotoriske interventioner kan hurtig reduceres til at intervenere relateret til tungen og det er kun en lille del af en sensomotorisk træningsintervention og kræver ofte præparation af kroppen, optimere postural kontrol, inkludere hovedkontrol, mm

#### 8. Trakealtube

God anbefaling

#### Bilag 2 Implementering

Vi er enige i, at det er Regionernes ansvar at implementere anbefalinger af den kliniske retningslinje. Især opsporing, diagnosticering og igangsætning af interventioner relateret til træningsprogrammer og managementstrategier er en regional opgave.

Men opfølgning af især anbefalinger fra kapitel 4, 5, 6 og 7 er også en kommunal opgave og kræver implementering af retningslinjerne i form af kompetencer og viden i den primære sektor. Embedslægens anbefaling relateret til dysfagi retter sig især på primærsektor, hvor de fleste patienter med dysfagi ender efter udskrivelse.

Derfor bør anbefaling suppleres med anbefalinger relateret til implementering i primærsektoren.

Regionale ambulatorier kan følge op ved svære dysfagiproblemstillinger.

Med venlig hilsen

Afdelingsergoterapeut Rikke Holst Jensen

Ressourceperson indenfor dysfagi, FOTT instruktør Brit Steen Langhorn

Udviklingsergoterapeut Peter Vögele

Rigshospitalet

Til rette vedkommende.

Vi har med interesse læst høringsversionen af NKR for Dysfagi og har følgende kommentar:

Dysfagi forekommer jævnligt som komplikation i den akutte fase blandt rygmarvsskadede med tetraplegi med en incidens på 30 – 41%. Da patientgruppen i forvejen er medtaget i retningslinjen under "Cerebral parese og andre syndromer med lammelse", foreslår vi at tetraplegi tilføjes rækken af diagnoser i sidste afsnit på side 51 vedrørende incidens og prævalens af øvre dysfagi.

Følgende prospektive studier beskriver incidensen af dysfagi blandt rygmarvsskadede med tetraplegi:

**Dysphagia and associated respiratory considerations in cervical spinal cord injury.**

Chaw E, Shem K, Castillo K, Wong SL, Chang J.

Top Spinal Cord Inj Rehabil. 2012 Fall;18(4):291-9. doi: 10.1310/sci1804-291. PMID: 23459678

**Dysphagia in individuals with tetraplegia: incidence and risk factors.**

Shem K, Castillo K, Wong S, Chang J.

J Spinal Cord Med. 2011;34(1):85-92. PMID: 21528631

Vi vil desuden knytte en kommentar til Bilag 10 på s.78 "Forkortelser og begreber" som ikke fremstår udtømmende, hvilket selvfølgelig kan være bevidst. Eksempelvis fremgår forkortelser og begreber øverst på side 62 (Volume viscosity Swallow test (V-VST) etc.) ikke i Bilag 10.

Tag gerne kontakt for uddybning eller eventuelle spørgsmål.

Med venlig hilsen

**Nicolaj Jersild Holm**

Udviklingsterapeut for fysio-og ergoterapi

Fysioterapeut, cand.scient.san

**Rigshospitalet**

Neurocentret

Klinik for Rygmarvsskader

Havnevej 25

3100 Hornbæk

[www.rigshospitalet.dk](http://www.rigshospitalet.dk)

[www.glostruphospital.dk](http://www.glostruphospital.dk)



## *audiologopædisk forening*

København, 2. november 2015

Ref. PN

Til Sundhedsstyrelsen

**Vedr.: Høring vedr. den nationale kliniske retningslinje for øvre dysfagi - opsporing, udredning og udvalgte indsatser**

Audiologopædisk Forening er faglig forening for audiologopæder og tale-høre-læsepædagoger, som arbejder med rehabilitering af borgere med tale- høre- og læseproblemer ud fra en pædagogisk/undervisningsfaglig synsvinkel.

Audiologopædisk Forening er dermed faglig forening for en del logopæder på voksenalområdet, som lejlighedsvist involveres i indsatsen over for borgere/patienter med dysfagi.

Vi har i Audiologopædisk Forening haft lejlighed til at gennemse høringsmaterialet angående den nationale kliniske retningslinje for øvre dysfagi - opsporing, udredning og udvalgte indsatser og vil i den forbindelse gerne afgive følgende kommentarer:

Audiologopædisk Forening finder materialet relevant og gennemarbejdet og ser frem til den mere systematiske og strukturerede indsats på området, som materialet lægger op til.

Konkret nævnes "logopæd" bl.a. følgende steder i høringsmaterialet:

Side 61 og 63

*Systematisk klinisk undersøgelse udføres af specialuddannet sundhedsprofessionel (F.eks. ergoterapeut eller logopæd)*

Side 70

**Intervention**

*Sensomotorisk træning rettet mod tungens funktioner sammen med standardbehandling  
Sensomotorisk træning af tungen: inkluderer indsatser rettet mod forbedring af bevægelighed*

*og styrke af tungen, og kan inkludere: stimulering og mobilisering af tungen (når patienten ikke er i stand til at bevæge tungen aktivt), bevægeøvelser, Masako manøvre (tunge-hold) eller specifik styrketræning af tunge og læber via fx Iowa Oral Performance Instrument (IOPI) eller tungespatler. Indsatsen udføres under supervision / ved hjælp fra ergoterapeut og/eller logopæd.*

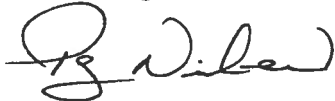
Audiologopædisk Forening vurderer, at følgende med fordel kan tydeliggøres:

- At logopæden som udgangspunkt kun bør involveres i dysfagiudrednings- eller behandlingsforløb, hvor der samtidig optræder en sygdom eller tilstand, som i væsentlig grad påvirker kommunikationen (fx degenerative lidelser som Parkinsons sygdom eller Amyotrofisk lateralsclerose, samt følger efter apopleksi mv.), og som derfor kræver logopædisk indsats
- At logopæden i de tilfælde, hvor vedkommende går ind i et dysfagi-udrednings- eller behandlingsforløb, har gennemgået et særligt uddannelses-/overbygningsforløb, som kvalificerer til indsatsen

Med ovenstående tydeliggørelse vurderer Audiologopædisk Forening, at der kan undgås u hensigtsmæssige misforståelser om, at logopæden alene i kraft af sin logopædiske (grund)uddannelse kan involveres i udrednings- eller behandlingsforløb angående dysfagi.

Audiologopædisk Forening står gerne til rådighed, såfremt der ønskes uddybning af ovenstående.

Med venlig hilsen



Per Nielsen  
Formand

Hermed høringssvar til NKR dysfagi fra Dansk Selskab for geriatri, vi har indhentet følgende fra personale der arbejder med dysfagi:

Alt i alt et fint stykke arbejde med mange gode overvejelser.

- side 10, Systematisk opsporing af dysfagi:

Der står til sidst, at der skal anvendes en metode der er let at administrere... Der er en metode ved navn F.O.T.T.-SAS som er super godt at bruge. Vi (Ergoterapeuter på Slagelse sygehus) er ved at afprøve det på intensiv patienter. Det tager ingen tid at gennemføre og det går ud på at ergoterapeuten observerer pt. og svarer ja/nej på spørgsmål for at finde ud af om pt. er minus pr. os. Såfremt det er, udføres ingen FOTT-undersøgelse.

- side 33, sensomotorisk tr ning af tungen : Afsnittet handler om hoved-hals cancer ptt. Kan også refereres til apopleksi.

Forekomsten af dysfagi er meget høj ved akut apopleksi. Litteratur viser også at der er højest forekomst af dysfagi hos de ptt. der bliver indlagt med apopleksi. Der står ikke noget konkret om denne diagnosegruppe, dette efterlyses.

- Måske det var en idé at have et afsnit med tværfagligt samarbejde, hvad er vores opgaver. Mono- og tværfagligt.

Med venlig hilsen

Tina L Carlsen

Sekretær for Dansk Selskab for Geriatri

**Til Sundhedsstyrelsen  
Sygehuse og Beredskab  
NKR Sekretariat**

**Høringssvar vedrørende den nationale kliniske retningslinje for  
'øvre dysfagi – opsporing, udredning og udvalgte indsatser'.**

Dansk Selskab for Neurorehabilitering (DSNR) takker for invitationen til at give høringssvar på den nationale kliniske retningslinje for 'øvre dysfagi – opsporing, udredning og udvalgte indsatser', som vi modtog den 12. oktober 2015.

Vi har følgende overordnede og specifikke bemærkninger:

**Overordnede bemærkninger**

DSNR ser, at den nationale retningslinje har gode hensigter med henblik på at fremme neurorehabilitering og rehabilitering generelt af personer med øvre dysfagi i Danmark, og anerkender det store arbejde. Ligeledes anerkender DSNR, at der kommer fokus på dette område.

I indledningen nævnes, at formålet blandt andet er, at afdække effekten af relevante opsporingsmetoder. Senere står der skrevet, at retningslinjen gerne vil komme med anbefalinger for indsatser anvendt i dansk praksis. Set fra et neurologisk perspektiv undrer det DSNR, at der under "systematisk opsporing" ikke nævnes Gugging Swallowing Screen (GUSS). Det nævnes heller ikke i bilaget. Det er DSNRs indtryk, at GUSS er et redskab, der typisk anvendes i dansk praksis, særligt ift. apopleksi, med henblik på screening for dysfagi.

DSNR er overbevist om, at retningslinjen vil gavne praksis, men den belyser også, hvor lidt forskning der hidtil har været på området. DSNR håber, at der fremadrettet i dansk kontekst vil forskes mere på området.

**Bemærkninger af mere specifik karakter**

Punkt 1 og 2 beskæftiger sig med validerede screenings- og undersøgelsesredskaber. I den forbindelse bør der ses kritisk på valg af outcome for de stillede spørgsmål. Det undrer selskabet, at der ikke i vurderingen er medtaget outcome, som viser redskabernes diagnostiske præcision.

Punkt 1 – "*Systematisk opsporing af dysfagi med protokol*": DSNR mener ikke, at begrebet "protokol" er typisk anvendt i forbindelse med opsporing af øvre dysfagi i dansk praksis. Det fremgår ikke tydeligt, hvad en protokol defineres som. Er der tale om en vejledning/procedure for at foretage systematisk udredning eller at der løbende skal dokumenteres i eksempelvis patientens journal? DSNR foreslår, at begrebet "protokol" ændres til et kendt begreb i dansk praksis. Endvidere mener DSNR, at begrebet "opsporingsmetode" kan tydeliggøres. Er der tale om en særlig metode eller generel udredning?

Punkt 2 – "*Systematisk klinisk undersøgelse*": DSNR mener, at det kan virke forvirrende, at begrebet "multi-item undersøgelse" anvendes, da det ikke er typisk anvendt i dansk praksis. Der er tale om en klinisk undersøgelse (som er del af en udredning), og den undersøgelse omfatter flere metoder eller kombinationen af forskellige undersøgelser. Endvidere opfordrer DSNR til en stillingtagen til det præmis, at den anvendte litteratur hovedsageligt er baseret

på logopædisk arbejde, medens den aktuelle retningslinje flere steder bringer en anden faggruppe (ergoterapeut) på banen. En mulig løsning kunne være at begrænse benævnelse af faggruppe, og overvejende pege i retning af sundhedsprofessionelle med specialkompetence indenfor dysfagi.

Punkt 3 – *Instrumentel undersøgelse af synkefunktionen*”: I tredje afsnit nævnes ”white-out”. DSNR foreslår, at dette begreb defineres i bilag 10. Det samme gælder ”penetration”. Menes der her det samme som ”aspiration”?

Efter denne sætning nævnes også, at ”white-out” gør, at evalueringen af aspiration eller penetration foretages på baggrund af en fortolkning. Dette menes ikke at være dækkende for denne undersøgelsesmetode. Synkefunktionen vil kunne vurderes tydeligt, og det vil være muligt at se aspiration og penetration både før og efter synket. En del patienter vil ligeledes have så store problemer med at synke/bevæge sig pharyngealt, at de ikke vil kunne skabe et ”white-out”.

Der menes endvidere, at benævnelsen af specifik faggruppe (ergoterapeut) kan vanskeliggøre implementeringen.

Under praktiske råd nævnes, at der bør udføres FEES før udtrapning af respirator, samt inden afcuffning eller dekanylering. I lyset af den store population, som indeholdes i dette spørgsmål, da anses det at være uhensigtsmæssigt og ude af proportion at skulle udføre i praksis. Det undrer DSNR, hvorledes anbefalingens styrke for instrumentel undersøgelse af synkefunktionen begrundes, da der umiddelbart ikke er evidensgrundlag herfor. Under rationalet nævnes, at det formentligt vil optimere udredningen.

Punkt 6 – *”Intensiveret mundhygiejne”*”: DSNR mener, at overskriften handler om, hvor hyppigt mundhygiejne bør foregå. Derimod omhandler anbefalingen assistance til at udføre en almindelig god mundhygiejne. Handler det om, hvorvidt indsatsen skal tilbydes?

Punkt 7 – *”Sensomotorisk træning af tungen”*”: Det undrer DSNR, at der i den førstnævnte anbefaling står ”dysfagi” og ikke ”øvre dysfagi”. Såfremt det ikke er ”en mangel”, tænker DSNR, at forskellen skal beskrives.

Under ”sammenfatning” nævnes et studie, som har belyst tilpasning af væske- og kostkonsistens. Tungen bevæger sig anderledes alt efter hvilke konsistenser som gives. Eksemplerne på arbejdet med dette er ikke særlig brugervenlige og kræver mere forklaring. NKR nævner selv muligheden for at placere små mængder væske eller kost, og det er her man også kunne belyse mulighederne for de enkelte konsistenser.

Punkt 8 – *”Trakealtube”*”: Hvad forstås ved systematisk tværfaglig indsats. Dernæst skal det tydeliggøres, at kapitlet beskæftiger sig med de patienter som både har dysfagi og en trakealtube. Hvordan defineres/screenes disse? Første skridt må være at undersøge synkefunktionen, selvom de har trakealtube. Dette indebærer også, at patienterne skal undersøges klinisk, ikke kun instrumentelt.

Under ”praktiske råd nævnes udvikling af lokale retningslinjer”. DSNR undrer sig over, hvorfor dette ikke kan gøres i eksempelvis national arbejdsgruppe. På den måde spares mange ressourcer. NKR bør anbefale udarbejdelsen af national retningslinje for området. Indtil da må det foregå lokalt. Der skal i hvert fald være en retningslinje lokalt, som guider tilgangen. Et praktisk råd, som vil synes væsentligt, må være; at alle patienter med trakealtube screenes for dysfagi som andre patienter i øvrigt.

Under baggrund for valg af spørgsmål: Der henvises til kilde (Chekclin et al 2015), da der skrives: *Hos voksne med svær dysfagi og stor risiko for aspiration er der ofte behov for at anlægge en cuffet trakealtube*. I kilden, som udelukkende beskæftiger sig med populationen med erhvervet hjerneskade, kan der ikke ses nogle beskrivelser eller referencer til, at det er dysfagien, som er årsag til trakealtuben.

Endvidere skrives i næste afsnit omkring trakealtubens rolle for synkefunktionen som havende en negativ rolle, medens at førnævnte kilde, review (Chekclin et al s.3, andet afsnit) netop skriver: *More recent evidence suggests that a tracheostomy does not generally cause swallowing impairment; rather dysphagia is related to other co-morbidities [39–45]*. Dette stemmer ikke overens.

På vegne af bestyrelsen for DSNR

Lis Petersen  
Formand

Til  
Sundhedsstyrelsen, Sygehuse og Beredskab  
[NKRsekretariat@sst.dk](mailto:NKRsekretariat@sst.dk)

## **Høringssvar i forhold til "National klinisk retningslinje for øvre dysfagi - opsporing, udredning og udvalgte indsatser"**

### Kommentar til de udvalgte PICO'er:

Vi undrer os over at retningslinjen afgrænses fra specifikke ernæringsinterventioner med henvisning til den danske retningslinje fra Clearinghouse 2012. Denne retningslinje skulle have været revideret i 2014 og er ifølge retningslinjen ophørt d. 17.6.2015. Der er ifølge vores viden, ikke planlagt en revidering af retningslinjen fra Clearinghouse.

Når den Nationale kliniske retningslinje har til formål, at afdække effekten af indsatser mhp. at sikre patienterne ernæringstilstand, samt at det i kommissoriet for arbejdet med retningslinjen pointeres at en væsentlig komplikation til dysfagi er utilstrækkelig ernæring og dehydrering, undrer det os at man har udeladt ernæringsinterventioner fra de udvalgte PICO'er.

Der ønskes yderligere begrundelse for fravalget af ernæringsinterventioner.

Ligeledes undrer det os at arbejdsgruppen har fravalgt at beskæftige sig med specifik styrketræning af mundhulens og svelgets muskler samt kompenserende synkemanøvrer. Disse interventionsmetoder anvendes hyppigt ift. patienter med hoved hals kræft i primær sektoren, og vi oplever at flere og flere patienter har behov for disse interventionsmetoder pga. senfølger og komplikationer til kræftbehandlingen .

Vi vil opfordre til at man ved revision af retningslinjen overvej andre PICO'er og andre populationer end de udvalgte.

### Kommentar til forståelsen af anbefalingernes styrke:

Formuleringen af en svag anbefaling for - "overvej at tilbyde" - er formuleret så man i praksis godt kan tro at man ikke skal/behøver gøre noget. Dette kunne medføre at man ikke tilbyder de enkelte metoder/behandlinger selvom det ville være relevant for mange patienter.

Hvis anbefalingerne bliver for vagt formuleret, kan det blive vanskeligt at få implementeret relevante metoder/behandlingsindsatser i primærsektoren hvor vidensniveauet ift. identificere og håndtere patienter med tegn på øvre dysfagi er lavere end ønsket.

Vi frygter at det bliver tilfældigt om retningslinjens anbefalinger bliver implementeret, alt afhængig af hvor godt ergoterapeuter og andre faggrupper lokalt på arbejdspladserne kan argumentere for vigtigheden af indsatserne. Dette understøttes ikke retningslinjens formål om at sikre ensartet høj kvalitet på tværs i landet.

For at imødegå risikoen for at der selekteres i de relevante anbefalinger, kunne man lave en opsamling/tjekliste med relevante opmærksomhedspunkter for at ensarte tilgangen.

### Praktiske råd og særlige patientovervejelser:

Det bør præciseres at patienter med tegn på svær dysfagi/tegn på øvre dysfagi, forud for opstart af oral ernæring, skal have deres synkefunktion vurderes af fagpersoner med speciel uddannelse. Der mangler beskrivelser af det vidensniveau fagpersoner skal have for at udføre de forskellige indsatser.

Tilgangen til instrumentel undersøgelse af synkefunktionen for patienter som befinder sig i primærsektoren er i dag vanskelig. Retningslinjen bør lægge op til et bedre samarbejde på tværs af

sektorer mhp. lettere undersøgelsesadgang fra primærsektoren for at understøtte vidensdeling på tværs af sektorer og sammenhængende patientforløb.

Vedr. praksisanbefalingen omkring mundpleje bør det omformuleres, således at sengeliggende patienter også kan tilbydes mundpleje. Patienter som er sengeliggende kan under udførsel af mundpleje lejres halvsiddende eller sideliggende mhp. at mindske risiko aspiration.

#### Tværfaglig opgaveløsning:

Opgaver der står beskrevet som at skulle "løses tværfaglig" bliver let ingens ansvar når retningslinjen skal implementeres i praksis. Dermed risikerer vi, at ansvaret for de pågældende opgaver ikke er tydeligt. Det bør præciseres hvilke faggrupper der hovedsagligt har ansvaret for de forskellige indsatser.

#### Implementering:

Vi mangler i implementeringsafsnittet en konkret beskrivelse af implementering af retningslinjen i primær sektor. Det bør beskrives hvordan det er tiltænkt at retningslinjen bliver implementeret i praksis i forhold til kommunale træning- og rehabiliteringscentre, på plejehjem og i hjemmeplejen, hvis formålet om ensartet kvalitet, vidensdeling på tværs af sektorer og sammenhæng i patientforløb skal kunne opfyldes.

Der er i primærsektoren behov for at øge vidensniveauet ift. håndtering af patienter med tegn på øvre dysfagi. Hvis der ikke beskrives konkrete anbefalinger/forslag til implementeringen, frygter vi at fagpersoner i primærsektoren er ringe stillet ift. at kunne erhverve de relevante kompetencer.

Med venlig hilsen  
Louise Sonne Klint & Birgite Møller Stamp  
Ergoterapeuter

På vegne af ergoterapeuter ansat på Helsingør Rehabilitering- og træningscenter

Hermed høringssvar til NKR dysfagi fra Dansk Selskab for geriatri, vi har indhentet følgende fra personale der arbejder med dysfagi:

Alt i alt et fint stykke arbejde med mange gode overvejelser.

- side 10, Systematisk opsporing af dysfagi:

Der står til sidst, at der skal anvendes en metode der er let at administrere... Der er en metode ved navn F.O.T.T.-SAS som er super godt at bruge. Vi (Ergoterapeuter på Slagelse sygehus) er ved at afprøve det på intensiv patienter. Det tager ingen tid at gennemføre og det går ud på at ergoterapeuten observerer pt. og svarer ja/nej på spørgsmål for at finde ud af om pt. er minus pr. os. Såfremt det er, udføres ingen FOTT-undersøgelse.

- side 33, sensomotorisk tr ning af tungen : Afsnittet handler om hoved-hals cancer ptt. Kan også refereres til apopleksi.

Forekomsten af dysfagi er meget høj ved akut apopleksi. Litteratur viser også at der er højest forekomst af dysfagi hos de ptt. der bliver indlagt med apopleksi. Der står ikke noget konkret om denne diagnosegruppe, dette efterlyses.

- Måske det var en idé at have et afsnit med tværfagligt samarbejde, hvad er vores opgaver. Mono- og tværfagligt.

Med venlig hilsen

Tina L Carlsen

Sekretær for Dansk Selskab for Geriatri

## Høringssvar til "National Klinisk Retningslinje For Øvre Dysfagi"

Den generelle manglende evidens på området påvirker naturligt de givne anbefalinger, som således ofte hviler på "good clinical practice". Alligevel er klinisk retningslinje på området særdeles relevant, med plads til udvikling, som også anbefales i oplæget til den nationale kliniske retningslinje. Der opremses fokus punkter med behov for yderligere forskning og dokumentation, som løbende pågår.

Retningslinjen er meget baseret på "indlagte patienter i sygehus systemet, hvor der savnes et punkt for de plejehjems/institutions anbragte/indlagte/boende patienter/borgere, med typisk geriatriske problemstillinger, senhjerneskedede og andre patient grupper med dysfagi problemstillinger. Dette i forhold til både opsporing, udredning og indsatser for denne patientgruppe.

I øvrigt har jeg kun rent læsetekniske og overblikks rettelser til Den kliniske retningslinje med en lidt rodet opsætning, hvor "evidensprofilen bør ligge under "bilag" i en mere læsevenlig udgave.

Bilag 1 og 4 bør også være en del af den indledende tekst.

Ellers vigtigt, godt og gennearbejdet arbejde.

Mvh

Niels Svaneborg  
Overlæge  
Apopleksiafsnittet, Neurologisk Afdeling  
Aalborg Universitetshospital  
Hobrovej 18  
9000 Aalborg



02-11-2015

Sag nr. 15/1692

Dokumentnr. 54590/15

Malte Harbou Thyssen

Tel. 35 29 84 45

E-mail: Mht@regioner.dk

## **Danske Regioners høringssvar vedr. øvre dysfagi**

### **Generelle kommentarer**

- Danske Regioner noterer sig, at der generelt er mangel på evidens inden for fagområdet.
- Flere regioner nævner, at systematisk opsporing af dysfagi vil føre et øget ressourceforbrug med sig i regionerne. Det kan blive en udfordring for implementeringen af retningslinjen.
- Da retningslinjen berører undersøgelse af et intimt område som munden bør der inddrages studier af patienternes perspektiv.

### **Konkrete kommentarer**

Vedr. de konkrete kommentarer henvises der til regionernes grundige besvarelser.

Vedhæftet er svar fra Region Hovedstaden, Region Syddanmark og Region Nordjylland.

Med venlig hilsen

Malte Harbou Thyssen

Dampfærgevej 22  
Postboks 2593  
2100 København Ø

T 35 29 81 00  
F 35 29 83 00  
E regioner@regioner.dk

**NOTAT**

Til:

**Opgang** B & D  
**Telefon** 3866 6000  
**Direkte** .  
**Mail** csu@regionh.dk

Journal nr.:

Dato: 30. oktober 2015

**Region Hovedstadens høringsbidrag vedr NKR for Dysfagi**

Der er generelt en manglende henvisning til bilag 6 ved definition af indsatserne.

Der er ikke overensstemmelse mellem bilagsoversigten og de vedhæftede bilag – ej heller i nummeringen. Ser ud til at bilag 8 og 9 er slået sammen – men stadig optræder separat i bilagsoversigten.

Side 7: Afgrænsning af patientgruppen. Da pædiatrien håndterer børn op til 18 år skal der konsekvensrettes så der står fra 18 år og op. Som det står nu er de 18-årige ikke med

Side 19, ”Praktiske råd og særlige patientovervejelser, andet afsnit: Kan det være andre faggrupper end ergoterapeuter – forudsat de rette kompetencer er til stede ?

Side 19, ”Praktiske råd og særlige patientovervejelser, tredje afsnit: ”Der bør Gennemføres en FEES...” Bør erstattes med: ”Der kan overvejes...” ”  
Samme afsnit – første linje skal stå: FEES

Side 21: Tabellerne om fordele og risici ved undersøgelsesmetoderne foreslås beskrevet – og evt uddybet - i en tabel

Side 30 – det fokuserede spørgsmål. Her spørges – mod sat normalt ved fokuserede spørgsmål – om 2 ting. Dvs ikke entydigt spørgsmål. Derudover, hvad er intensiveret mundhygiejne? Henvis til bilag 6!

Side 30, ” Praktiske råd og særlige patientovervejelser, tredje afsnit”: suppleres med: ”Vær opmærksom på at mundskyllevæske ikke kan blive aspireret af patienten og at han har de kognitive og sensomotoriske forudsætninger for at spytte mundskyllevæskens ud igen.”

Side 30, ” Praktiske råd og særlige patientovervejelser, fjerde afsnit”: 80 procent af alle patienter på hospitalet er i liggende position når der udføres mundhygiejne, fordi de

er sengeliggende. Kan man skrive: ... ikke i rygliggende position, da risikoen for aspiration er højere her. Patienten lejres i halvsiddende eller på siden og mundvand der ikke kan synkes eller kan spyttes ud fjernes med gaze/ gazeswabs eller suges.

Side 39 – afsnittet lige over Sammenfatningen: Det kan overvejes at skrive ”.... patientens trakealtube ikke afcuffes og dekanyleres hensigtsmæssig og sikkert ned store komplikationer til følge.”

Side 39-40: Ordet kanyle anvendes. Mener kun der bruges tube.

Udover disse faglige bemærkninger medsendes også nogle rent redaktionelle bemærkninger i form af indlejrede kommentarer i rapportudkast.

## Del af Region Hovedstadens høringsbidrag til NKR dysfagi fra ØNH speciale

Det forventes at der fremadrettet vil være behov for et øget samarbejde specialerne/fagområderne i mellem. Eventuelle resourcemæssige konsekvenser af et sådant samarbejde er ikke afklaret

Sundhedsstyrelsen har stillet høje krav. Disse krav er svære at honorere indenfor et område som dysfagi, da der stor set ingen litteratur dvs. evidens findes på området. Der kan således kun gives ”gode råd og vejledninger” på området baseret på, hvad man ”plejer” at gøre dvs. overveje at tilbyde FEES eller videofluoroskopisk undersøgelse ved øvre dysfagi, herunder også en samlet træningsprotokol til patienter med dysfagi som følge af hovedhalskræft.

Nikolaj Mors  
Region Hovedstaden  
Center for Sundhed  
Enhed for Hospitalsplanlægning

Område: Sundhedsområdet  
Afdeling: Planlægning og Udvikling  
Journal nr.:  
Dato: 28. oktober 2015  
Udarbejdet af: Trine Malling Lungskov  
E-mail: Trine.Malling.Lungskov@rsyd.dk  
Telefon: 76631790

## Høringssvar fra Region Syddanmark vedrørende udkast til *National Klinisk Retningslinje for øvre dysfagi - opsporing, udredning og udvalgte indsatser*

### Generelle bemærkninger:

Det anerkendes generelt, at retningslinjen omhandler en væsentlig problemstilling, som omfatter mange patienter, og som behandles i mange specialer. Ligeledes at retningslinjen virker grundig og gennearbejdet.

Der er dog en række bemærkninger fra specialerådene i Region Syddanmark:

- **Evidens:** Generelt er der mangel på evidens inden for fagområdet. Der mangler studier af god kvalitet og med et tilstrækkelig stort antal patienter inden for øvre (oropharyngeal) dysfagi-området
- **Patientperspektivet:** Generelt kunne det have været relevant at inddrage kvalitative studier, der synliggjorde patientens perspektiv i forbindelse med at have øvre dysfagi både i relation til at modtage undersøgelse og behandling. Dette skal ses i lyset af, at undersøgelse og behandling omfatter munden, og som kan opleves at være et intimt område. Det havde derfor kunnet give stemme til patientens oplevelse i forhold til fokusområderne i denne kliniske retningslinje.
- **Afgrænsning:** Retningslinjen er en detaljeret og grundig gennemgang af øvre dysfagi set fra et neurologisk og en øre-næse-hals specialists synspunkt. Den nuværende gennemgang dækker ikke den store gruppe af kirurgiske patienter, som har symptomer på øvre dysfagi på grund af cancer eller reflux problematik i spiserør og mavesæk. De lidelser, der behandles i rapporten er dog en meget vigtig del af den daglige klinik for kirurger, idet patienter med øvre dysfagi kan have oropharyngeal dysphagi, som disponerer til aspiration og dermed en livstruende tilstand. Det ville derfor være ønskeligt med en definition af, hvilken del af øvre dysfagi problematikken rapporten omhandler. En definition og afgrænsning f.eks. ved at inddele efter de internationale termer "Oropharyngeal dysphagia" og "Esophageal dysphagia" kunne klargøre fokusgruppen, ikke mindst set i lyset af at øvre dysfagi for kirurger også dækker esophageal dysphagi
- **Ressourcetræk:** Regionerne bør være opmærksomme på, at anbefalingerne i retningslinjen potentielt kan medføre øget ressourceforbrug og potentielt øget træk på radiologikapaciteten.

### Kommentarer til enkelte punkter

Fokuseret spørgsmål 1:  
Systematisk opsporing af  
dysfagi med protokol

De praktiske råd i forhold til undersøgelsesspørgsmålet kommer ikke eksakt ind på, hvad den systematiske protokol skal indeholde. Der mangler mere konkret retningsanvisning på, hvordan en systematisk opsporing af dysfagi skal foretages, og hvilke parametre der skal inkluderes i opsporingen. Det vil være relevant for praksis, at



	<p>arbejdsgruppen tager stilling til, hvilke fokusområder der kan indgå i en sådan protokol ud fra de bagvedliggende studier, som retningslinjen bygger på. Kan arbejdsgruppen ikke anbefale en eller flere metoder, bør der i bilag laves en kort sammenfatning af eksisterende metoder samt en beskrivelser af fordele og ulemper ved den beskrevne metode.</p>
Fokuseret spørgsmål 2	<p>Anbefalingen er at det er god praksis at tilbyde patienterne med symptomer på øvre dysfagi en klinisk udredning, (f.eks. med FOTT), idet det anføres at det vil være god praksis at undersøge patienter der har symptomer. Man kan støtte dette.</p> <p>De praktiske råd i forhold til undersøgelsesspørgsmålet kommer i nogen grad ind på, hvad den systematiske kliniske undersøgelse kan indeholde i relation til patientens funktionsevne. Det kunne være relevant for praksis at give forslag til specifikke systematiske undersøgelsesmetoder, som kan anvendes ved forskellig funktionsevne.</p> <p>Ergoterapeuterne anvender allerede "klinisk multiitem undersøgelse" og facial-oral-tract-therapy (FOTT). Det er vores erfaring, at undersøgelserne er vanskelige at udføre i praksis, og kræver patientens kooperation og erfaring/tolkning af undersøgeren.</p> <p>Et positivt udfald ved FOTT udløser ressourcetræk i form af måltidsassistance fra plejepersonalet, særlig kostformer og/eller naso-gastrisk sonde.</p> <p>Der bruges allerede en del ressourcer på at undersøge for dysfagi. Det ville være ønskeligt, at have bedre og mere objektive undersøgelsesmetoder.</p>
Fokuseret spørgsmål 3	<p>Værdien af instrumentel synkefunktionsundersøgelser (FEESST)/ radiologisk undersøgelse (VFES) kontra klinisk synkevurdering som fx FOTT:</p> <p>I NKR anbefales at overveje at tilbyde patienterne med øvre dysfagi supplerende endoskopisk eller radiologisk undersøgelse, hvor patienten fortsat er diagnostisk uafklaret, eller der er mistanke om silent aspiration. For at vurdere omfanget og om muligt patofysiologien bag dysfagi (sensorisk, motorisk, funktionel, striktur mm) kan der udføres videofluoroskopisk (VFES) eller en fiberoptisk endoskopisk undersøgelse (FEESST) af synkefunktionen.</p> <p>Der er ikke evidens for at FEESST eller VFES er bedre end den kliniske undersøgelse FOTT. Men litteraturen på området er særdeles</p>



	<p>sparsom, og der er risiko for at eksisterende litteratur er behæftet med type II fejl, lige som væsentlige parametre, som genindlæggelser, ernæringsstatus, sværhedsgrad af dysfagi og livskvalitet ikke er belyst.</p> <p>FOTT er den mest anvendte kliniske undersøgelse.</p> <p>På afdeling F OUH har man siden september 2014 på foranledning bl.a. af neurologisk afdeling, foretaget endoskopisk synkefunktionsundersøgelser FEESST på udvalgte patienter. På afdelingerne undersøges ca. 150 nyhenviste patienter om året med øvre dysfagi til en endoskopisk synkefunktionsundersøgelse "FEESST" i samarbejde med specialergoterapeut.</p> <p>Erfaring med endoskopisk synkefunktionsundersøgelser viser, at de kliniske undersøgelser inden for dysfagi, herunder FOTT, indeholder en risiko for fejltolkning eller upræcise konklusioner. Man mener, at kliniske tests/undersøgelser (FX FOTT), ikke vil kunne anvendes uden risiko for fejltolkning på patienter med uafklaret eller kompliceret øvre dysfagi eller mistanke om silent aspiration. For en række udvalgte patienter er supplerende undersøgelser efter FOTT derfor ønskelige i form af FEESST eller Videofluroskopisk vurdering af synkefunktionen VFES.</p> <p>Instrumentale undersøgelser bør især anvendes som et supplement til den kliniske undersøgelse på patienter med mistanke om uafklaret øvre dysfagi eller mistanke om silent aspiration.</p> <p>Der er behov for klinisk forskning på området.</p> <p><b>Kapacitetsudfordringer</b></p> <p>Der bør dog være fokus på, at de supplerende undersøgelser potentielt udgør et kapacitetsproblem, især på det radiologiske område.</p> <p>Ud fra retningslinjen er det vanskeligt at vurdere, hvor stor belastning anbefalingerne vil medføre på radiologien, idet scopi (FEES) og radiologisk undersøgelse (FVES) er beskrevet under et.</p> <p>FVES var tidligere en relativt udbredt undersøgelse, men udføres nu kun sjældent og ikke på alle matrikler. Der er ikke længere tale om V (video), men digital-optagelse på interventionsrum. Såfremt disse patienter skal undersøges radiologisk, vil det udgøre et kapacitetsproblem, der gælder både radiologer og undersøgelsesrum.</p> <p>Såfremt der kun undtagelsesvis skal foretages radiologisk undersøgelse, vil det formodentlig ikke være et større problem.</p>
--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



Fokuseret spørgsmål 7	<p><b>Sensomotorisk træning af tungen s. 33</b></p> <p>Af sammenfatningen fremgår det, at evidensgrundlaget udelukkende baserer sig på studier af hoved-hals cancer. Det virker besynderligt, at en så forholdsvis lille patientgruppe og behandlingen af denne, skal udgøre hele det beskrevne evidensgrundlag for den sensomotoriske intervention i forhold til patienter med øvre dysfagi. Der må kunne findes et bredere og mere generelt evidensgrundlag i studier af intervention hos neurologiske- og apopleksi-patienter.</p> <p>Anbefalingerne bør prioriteres anderledes, sådan at anbefalingen om sensomotorisk træning af tungen til patienten med øvre dysfagi fremgår først i forhold til overvejelse om tilbud til sensomotorisk træning af tungen til en specifik patientgruppe (her hoved-halscancer patienter med dysfagi).</p>
Fokuseret spørgsmål 8	<p><b>Tracheltube s. 38</b></p> <p>Man støtter anbefalingen om at det er god praksis at anvende en systematisk tværfaglig indsats til patienter med (øvre) cuffet trachealkanyler og øvre dysfagi, mhp hensigtsmæssig afcuffning og evt dekanylering.</p> <p>Der mangler dog evidens på området.</p>

## Del af Region Syddanmarks høringsbidrag

### Høringssvar vedr. NKR for øvre dysfagi, fra Øre-, Næse- og Halsspecialerådet.

Øre-, Næse- og Halsspecialiets rolle vedr. øvre dysfagi er ikke hverken opsporing eller behandling men derimod undersøgelse af synkefunktionen, herunder specielt instrumentel undersøgelse.

Undersøgelsen (FEES) foretoges tidligere i neurologisk regi, men er efterhånden for en stor dels vedkommende overtaget af øre-, næse- og halsspecialiet, idet man i dette speciale har alt nødvendigt endoskopisk udstyr samt den nødvendige rutine i svælgundersøgelser. Undersøgelsen foregår altid i samarbejde med ergoterapeuter.

Øre-, Næse- og Halsspecialerådet kan uden videre gå ind for høringsversionens anbefaling under "instrumentel undersøgelse....", idet man dog skal bemærke, at den radiologiske undersøgelse (FVES) først bør institueres ved uafklarede tilfælde efter endoskopisk undersøgelse (FEES).

Fra øre-, næse- og halsspecialiets side opfatter man FEES-undersøgelsen som et vigtigt diagnostisk tool med henblik på dysfagiens omfang samt som et vigtigt element i kvalificeringen af behandlingen af øvre dysfagi.

Undersøgelsen er uden særlig ulempe for patienten og ikke særlig ressourcetung. Undersøgelsen kan gennemføres på hovedfunktionsniveau på alle øre-, næse- og halsafdelinger, forudsat at der er adgang til ergoterapeutisk assistance.

Vi ser frem til generelle retningslinjer for udredning og behandling vedr. denne ofte såvel socialt som somatisk invaliderende tilstand.

### Venlig hilsen

Aksel Grøntved  
Formand for Øre-, Næse- og Halsspecialerådet

Ledende overlæge  
Øre-Næse- og Halskirurgisk Afdeling F



OUH  
Odense Universitetshospital

Sdr. Boulevard 29, Indgang 84, 1. sal, 5000 Odense C  
Tlf. +45 6611 3333



## Notat

### Høringssvar fra Region Nordjylland vedr. national klinisk retningslinje for øvre dysfagi

#### Generelle kommentarer

Med det øgede fokus, der er på dysfagi, er det rigtig positivt, at der nu snart foreligger en national retningslinje på området. Opgaven med opsporing og udredning samt behandling af patienter med dysfagi-problemer er en af kerneopgaverne for ergoterapeuter på Aalborg Universitetshospital.

Det vil betyde rigtig meget for kvaliteten af det daglige arbejde, at der kan gives klare anbefalinger på, hvilke undersøgelser – kliniske og instrumentelle, der er de rigtige at benytte. I retningslinjen er imidlertid beskrevet en begrundelse for fravalg af dette, hvilket er positivt, men det er dog et yderst relevant emne at bringe frem og forsøge med en ensretning af praksis, når der endelig er samlet en arbejdsgruppe med stærke kompetencer inden for feltet. Den manglende evidens inden for området er naturligvis en udfordring.

En ensretning vil særligt være gavnligt i forhold til overflytninger mellem sygehuse eller udskrivelse til kommunalt regi, således at der er større mulighed for re-testning.

#### Ressourcer

Der vil være et øget personaleforbrug ved en systematisk opsporing og klinisk undersøgelse af dysfagi. Under forudsætningen af, at det er ergoterapeuten, der skal udføre FEES-test, vil det kræve indkøb af udstyr til dette, samt uddannelse og mulighed for supervision i brug af dette.

Jf. anbefalingen vurderes det også, at det er en øget målgruppe, der skal undersøges med FEES/FVES, i forhold til den målgruppe, der bliver undersøgt på nuværende tidspunkt.

De generelle økonomiske udfordringer i sundhedsvæsenet taler generelt i mod et øget ressourceforbrug, hvilket vil udfordre implementeringen. Et øget fokus på sygehusene vil medføre et øget krav til primærsektor om at kunne følge op på behandlingen.

#### Evidens

Der er indkommet flere kommentarer på den manglende evidens.

Retningslinjen er med til at tydeliggøre, at der er behov for forskning indenfor dysfagiområdet.

Trods sparsom evidens inden for flere af de fokuserede spørgsmål har man lavet anbefalinger samt gode praksis anvisninger. Det er yderst relevant med praksis anbefalingerne, skønt dette er laveste evidensni-

Kvalitet

Niels Bohrs Vej 30

9220 Aalborg Øst

Kvalitetskonsulent

Stefanie Andersen

Direkte: +4523482440

stefanie.a@rn.dk

28. oktober 2015



veau. Man kunne overordnet set godt have gået et spadestik dybere i praksis anbefalingerne, eksempelvis anbefalinger vedr. protokol ved dekanyllering.

Denne NKR får betydning for begrebsverdenen indenfor dysfagi, eksempelvis et skønt begreb som " målrettet måltidsassistance".

I den endelige udgave kommer quick guide, dette hilses velkommen. Det samme gælder forslaget om applikationer til smartphones og tablets hvorfra man kan tilgå NKR.

Den generelle manglende evidens på området påvirker naturligt de givne anbefalinger, som således ofte hviler på "good clinical practice". Alligevel er klinisk retningslinje på området særdeles relevant, med plads til udvikling, som også anbefales i oplæget til den nationale kliniske retningslinje. Der opremses fokus punkter med behov for yderligere forskning og dokumentation, som løbende pågår.

### Målgruppe

Retningslinjen er meget baseret på "indlagte patienter i sygehus systemet, hvor der savnes et punkt for de plejehjems/institutions anbragte/indlagte/boende patienter/borgere, med typisk geriatrike problemstillinger, senhjerneskadede og andre patient grupper med dysfagi problemstillinger. Dette i forhold til både opsporing, udredning og indsatser for denne patientgruppe.

### Screening

I det akutte apopleksiafsnit på Aalborg Universitetshospital arbejdes målrettet med systematisk opsporing af dysfagi hos patienter med apopleksi. Det hører under sygeplejens ansvarsområder. Dysfagiscreening er en DAP indikator, hvor standarden foreskriver, at det skal gøres på indlæggelsesdagen. Derfor er der ikke problemer med at håndtere anbefalingerne; *systematisk opsporing af dysfagi og udførelse af systematisk multi-item undersøgelse af patienter med dysfagi.*

Desværre henviser retningslinjen ikke til en bestemt multi- item undersøgelsesmetode. Det kan siges, at være endnu en svaghed ved den. Det overlades i stedet til de enkelte afsnits fagpersoner at skønne, hvilken metode, der er bedst.

Det er rigtig godt, at retningslinjen anbefaler screening og -undersøgelse. Det kan forhåbentligt fremme opmærksomheden på dysfagi på ikke neurologiske afsnit.

### Tabeller

I forhold til tabellerne, så fremstår disse ikke særligt overskuelige og læsevenlige. Er bedre opsat i eksempelvis NKR for fysioterapi og ergoterapi til voksne med nedsat funktionsevne som følge af erhvervet hjerneskade, herunder Apopleksi. Ellers kunne der overvejes at lave en horisontal opsætning.

Det foretrækkes at teksten gøres dansk og at alle tal står som tal fremfor at være stavet.

### Specifikke kommentarer

#### 0. Ernæfgrænsning (s. 8)

Afsnittet om valg og fravalg af spørgsmål midt på side 8 er relevant, da det tydeliggør valgene. Er dog ked af, at elektrisk stimulation ikke blev valgt. Det samme gælder fravalget af ernæring via sonde. Her er der i klinikken bl.a. uenighed om lejringsregimer.

Det bør præciseres hvilke patienter der har brug for den instrumentielle undersøgelse: Skal den kun anvendes ved patienter i risiko for silent aspiration? Indikationsfeltet og de absolutte indikationer bør være mere præcist skrevet. Forslaget om at et udgående team foretager instrumentelle undersøgelser er kan jeg varmt tilslutte mig. Der er et udækket behov i såvel kommuner som regioner.

### *1. Systematisk opsporing af dysfagi med protokol (fra s. 10)*

Generelt her er anbefalingen at overveje at tilbyde systematisk opsporing til patienter med risiko for udvikling af øvre dysfagi. Dette sker ret konsekvent på Apopleksiafsnittet, Neurologisk afdeling og Neuro-, Hoved- og Halskirurgisk afsnit, men kan være i tvivl om, om dette tilbydes konsekvent ved patienter med de beskrevne risikofaktorer på de øvrige afdelinger - særligt på afdelinger som dækkes af få ergoterapeuter, og hvor dysfagi optræder mere sjældent. Samme er gældende for systematisk klinisk undersøgelse.

### *Baggrund for valg af spørgsmål (s.11)*

Under dette punkt burde det fremgå, at flere studier påviser en sammenhæng mellem gentagne pneumonier og dysfagi.

(1) Serra-Prat M, Palomera M, Gomez C, Sar-Shalom D, Saiz A, Montoya JG, et al. Oropharyngeal dysphagia as a risk factor for malnutrition and lower respiratory tract infection in independently living older persons: a population-based prospective study. *Age Ageing* 2012 May;41(3):376-381.

(2) Manabe T, Teramoto S, Tamiya N, Okochi J, Hizawa N. Risk Factors for Aspiration Pneumonia in Older Adults. *PLoS One* 2015 Oct 7;10(10):e0140060.

(3) Hibberd J, Fraser J, Chapman C, McQueen H, Wilson A. Can we use influencing factors to predict aspiration pneumonia in the United Kingdom? *Multidiscip Respir Med* 2013 Jun 11;8(1):39-6958-8-39.

### *2. Systematisk klinisk undersøgelse*

Nederste linje side 16 og øverste side 17 er skrevet, at det i DK typisk er ergoterapeuter, der udfører de kliniske undersøgelser, mens der i udlandet oftest er logopæder der udfører undersøgelsen, hvilket afspejler sig i den internationale litteratur.

Forslag, at der skrives, at det i DK typisk er ergoterapeuter og plejepersonale, der udfører de kliniske undersøgelser.

Begrundelsen er, at det er gældende praksis i det akutte apopleksiafsnit i Region Nordjylland, at sygeplejersker og social og sundhedsassistenter udfører systematisk opsporing af dysfagi og udfører systematisk multi-item undersøgelse på alle akutte apopleksipatienter, der er i stand til at medvirke ved undersøgelsen, og som indlægges i afsnittet. Det kommer til at dreje sig om ca. 2900 patienter i 2015.

### *3. Instrumentel undersøgelse af synkefunktionen (s.19)*

Der gives følgende anbefaling:

**Overvej at tilbyde patienter med øvre dysfagi supplerende instrumentel undersøgelse, enten med endoskopisk undersøgelse (FEES) eller radiologisk undersøgelse (FVES) af synkefunktionen i tillæg til den klini-**

***ske undersøgelse for øvre dysfagi, særligt i situationer hvor patienten efter en klinisk undersøgelse fortsat er diagnostisk uafklaret, eller der er mistanke om silent aspiration.***

På Aalborg Universitetshospital er der ikke mulighed for at følge denne anbefaling. Igennem flere år har vi gjort opmærksom på, at ergoterapeuterne hos en del patienter har behov for at kunne supplere deres kliniske undersøgelse med FEES eller FVES, men disse undersøgelsesmuligheder er ikke til stede på hospitalet endsige i Region Nordjylland.

Primært ved patienter med neurologiske lidelser herunder patienter med erhvervet hjerneskade samt patienter med kranietraumer kan der være behov for at supplere med instrumentelle undersøgelser med samme begrundelse, som beskrevet i retningslinjen:

***Ved mistanke om silent aspiration, er der altid indikation for undersøgelse med FEES eller FVES. Der bør gennemføres en FEES før udtrapning af respirator samt inden afcuffning og dekanylering af patienter med trakealtube og øvre dysfagi.***

Gennemførelsen af en FEES vil medvirke til en hurtigere diagnosticering, hurtigere opstart af relevant behandling og dermed større sikkerhed for patienten.

Når det hos en patient i Region Nordjylland vurderes nødvendigt med en FEES undersøgelse, transporteres patienten til Hammel Neurocenter, hvilket medfører såvel en udgift for regionen for undersøgelsen som for transporten, ligesom det betyder brug af dyre personaleressourcer, idet den behandlende ergoterapeut anbefales at være til stede ved undersøgelsen.

En del patienter, som har behov for FEES undersøgelsen er pga. deres tilstand ikke flytbare fra den kliniske afdeling, de er indlagt på, hvorfor undersøgelserne ved disse patienter ikke finder sted.

#### *Yderligere kommentarer hertil (s. 19)*

I Danmark er der ikke adgang til instrumentelle undersøgelser (FEES og FVES) i alle regioner, ligesom der ofte kun er adgang til instrumentel undersøgelse på få hospitaler, hvilket medfører lang transporttid. For at opnå et fagligt niveau svarende til de øvrige skandinaviske og europæiske lande, bør der være adgang til instrumentelle undersøgelser på alle regionale sygehuse.

Det bør desuden synliggøres, hvilke tegn der er på silent aspiration (gentagne lungebetændelser).

#### *Sammenfatning (s. 20)*

Står der *Da prævalensen var relativt lille i begge grupper, er der dog risiko for type II fejl. Dvs., at studiet viser at der ikke er statistisk forskel mellem de to interventioner, men sandheden er, at der er forskel.*

Der vurderes, at være risiko for misforståelse til at der er en forskel, selvom vi ikke kan sige dette. Foreslår en omformulering til noget lignende: "Dvs., at der er risiko for, at studiet viser, at der ikke er en statistisk forskel mellem de to interventioner, men at sandheden er, at der måske er en reel forskel".

#### *4. Målrettet måltidsassistance (s. 24)*

Bør målrettet måltidsassistance anvendes til voksne med øvre dysfagi?

Dette vil helt sikkert kunne udvikles, men vil kræve ekstra personaleressourcer fra plejen.

*Yderligere kommentarer hertil*

Måltidet tilrettelægges så det i størst mulig grad foregår i naturlige omgivelser, på sædvanlige tidspunkter og i relevante sociale sammenhænge. → Er meget vanskeligt at imødekomme særligt på akutte afsnit.

Generelt vil det på mange afdelinger være vanskeligt at følge anbefalinger i dette afsnit grundet personale-ressourcer og prioritering af opgaven. Dette særligt på afdelinger med mindre viden omkring dysfagi og konsekvenserne som følge af dysfagi, og prioriteringen af personalets tid vil potentielt være anderledes.

*Yderligere kommentarer hertil*

Målrettet måltidsindsats og træning i spise- og drikkeaktivitet er prioriterede indsatser i et apopleksiafsnit, men også meget tidskrævende, fordi kognitivt skadede patienter ofte har problemer med at koncentrere sig om opgaven. Det kan være svært at afsætte den nødvendige tid til indsatsen. Det kræver personaleres-sourcer.

*5. Træning i spise og drikkeaktivitet (s. 27)*

Bør træning i spise- og drikkeaktivitet tilbydes voksne med dysfagi?

Dette udbydes aktuelt til apoplexi-pt af ergoterapeuterne, hvis det skal udbydes til flere pt.grupper, vil det kræve øget personaleforbrug.

*6. Intensiveret mundhygiejne (s. 30-31)*

Bør intensiveret eller almindelig god mundhygiejne tilbydes voksne med øvre dysfagi og som har aktivitets-begrænsninger i forhold til at varetage omsorg for sig selv?

Dette vil helt sikkert kunne udvikles, men vil kræve ekstra personaleressourcer fra plejen.

*Yderligere kommentar hertil*

Arbejdsgruppens overvejelser er meget fokuserede på effekten af mundhygiejne i forhold til tandstatus, hvilket naturligvis også er vigtigt. Det er dog lige så vigtigt at have fokus på, at en høj grad af mundhygiejne kan reducere risikoen for bakteriel kolonisering, og dermed være med til at reducere risikoen for lungebe-tændelse.

Det undrer, at anbefalingen er mundhygiejne to gange dagligt, og ikke efter hvert måltid – disse patienter har også vanskeligt ved at rengøre munden med tungen, hvorfor en øget grad af mundhygiejne ville være hensigtsmæssig.

*Yderligere kommentarer hertil*

Intensiveret mundhygiejne tilstræbes udført, det er en velkendt anbefaling.

*7. Sensomotorisk træning af tungen (s. 33)*

Bør sensomotorisk træning af tungen tilbydes voksne med øvre dysfagi?

Dette udbydes aktuelt til apoplexi-pt af ergoterapeuterne, hvis det skal udbydes til flere pt.grupper, vil det kræve øget personaleforbrug.

*Yderligere kommentar hertil (s. 34)*

Træningsprotokollernes enkelte elementer blev typisk gentaget 10-15 gange, tre til fire gange dagligt, og fem til seks dage per uge. → Kan være vanskeligt at tilbyde, hvis patienten har brug for terapeutisk støtte grundet personale ressourcer.

#### 8. Trakealtube (s. 38-40)

Under praktiske råd anbefales, at der udføres FEES eller VFES ved afcuffning. Det bør fremgå under "andre overvejelser" at denne anbefaling ikke er mulig at gennemføre, da der ikke er adgang til instrumentel undersøgelse på alle de sygehuse, hvor der er intensivafsnit – og det for øvrigt heller ikke er praksis altid at gennemføre instrumentel undersøgelse på de sygehuse, hvor det er muligt.

#### Yderligere kommentar til s. 38

Når patientens tilstand tilsiger det, bør synkefunktionen vurderes med instrumentel undersøgelse (endoskopisk (FEES) eller radiologisk (FVES)) i forbindelse med af afcuffning og eventuel dekanylering. → Som tidligere nævnt, så er det ikke muligt at udføre FEES på Aalborg UH på nuværende tidspunkt.

Aktuelt foregår der en optælling og beskrivelse af, hvor mange patienter der under deres indlæggelse vurderes at have gavn af en sådan undersøgelse. Ergoterapeuter i det lokale Netværk for Dysfagi har opstillet kriterier herfor og er ansvarlige for opsamlingen på de forskellige afsnit.

Ergoterapeuter på Aalborg UH er oftest involveret i arbejdet med afcuffning, men der opleves fortsat vanskeligheder i det tværfaglige arbejde, hvor der kan være lægelige beslutninger, som ergoterapeuterne ikke inddrages i. Positivt at værdien/behovet for det tværfaglige samarbejde nævnes på s. 39.

Der er udarbejdet procedure for afcuffning på Aalborg Universitetshospital i relation til Neuro-, Hoved- og Halskirurgisk afdeling, men denne står for en opdatering/revidering og inkluderer på nuværende tidspunkt ikke flowchart.

#### Yderligere kommentarer hertil

Ved mistanke om silent aspiration hos apopleksipatienter med dysfagi er det ikke muligt på Aalborg Universitetshospital at supplere den kliniske undersøgelse med instrumentel (endoskopisk- (FEES) eller radiologisk- (FVES)) undersøgelse af synkefunktionen. Det skyldes, at undersøgelserne ikke er tilgængelige på hospitalet. Undersøgelserne anbefales også udført hos patienter i forbindelse med beslutning om afcuffning og eventuel dekanylering.

Endvidere anbefales i forbindelse med afcuffning og dekanylering, at det gøres på baggrund af lokalt udarbejdede retningslinjer og flowcharts. Det er muligvis udarbejdet i nogle afdelinger på hospitalet, men mangler vedrørende neurologiske patienter på Aalborg Universitetshospital.

#### Bilag

Bilag 1 og 4 bør også være en del af den indledende tekst.

"Evidensprofilen" bør ligge under "bilag" i en mere læsevenlig udgave.

Der stilles et godt forslag i Bilag 2 side 53 *Klinisk undersøgelse af patienters synkefunktion kan eventuelt udføres af et udgående team.*

#### Eventuelt

Som det også fremgår af retningslinjen har der primært været opmærksomhed mod dysfagi hos apopleksi-patienter i Danmark. De seneste par år er der begyndende opmærksomhed mod dysfagi hos patienter med f.eks. cancer, parkinson, demens, chorea huntington, sclerose, muskelsvind, cerebral parese og ikke mindst hos ældre svækkede. I høringsudgaven fremgår det desværre ikke, hvilke patientforeninger der har været repræsenteret, og netop i forhold til at øge opmærksomheden mod disse lidt oversete grupper ville det være hensigtsmæssigt, at de har været inddraget i arbejdsprocessen.

## Hermed Høringssvar fra Randers Kommune – NKR Dysfagi

Randers kommune har med interesse læst udkastet til Den nationale kliniske retningslinje for øvre dysfagi-opsporing, udredning og udvalgte indsatser, da en retningslinje på tværs af sektorer er længe ventet. En retningslinje der giver sektorerne og den enkelte medarbejder systematik samt struktur via redskaber og forventning af kompetencer i de 4 faser omkring dysfagi.

Randers Kommune er enige med arbejdsgruppen i, at der mangler evidens bag anbefalingerne i retningslinjen, da anbefalingerne stort set er udarbejdet på baggrund af praksis erfaring og lidt spredt forskning. Der mangler samlet set generelt forskning på indsatserne.

Randers kommune mener, at retningslinjen er et dokument der skal få sektorerne til at få større fokus på problematikken uanset hvilken diagnose eller funktionsniveau borgeren har, mere end en retningslinje. Vi ser de gode intentioner i retningslinjen, men for de medarbejdere der allerede arbejder med området i kommunal regi giver den ikke noget nyt. Vi ser der lægges op til en systematik og struktur omkring opsporing og udredning. Men vi ser ikke der lægges op til en ensartethed omkring brug/ikke brug af opsporingsredskaber og kliniske undersøgelses redskaber, på tværs af sektorerne.

Vi kunne have ønsket, at der i retningslinjen var forslag til et flowchart for, hvilke metoder der kan bruges hvornår og af hvem – eksempel vis som i Den kliniske retningslinje fra DASYS og Aalborg universcity Denmark. "Identifikation af vanskeligheder med at spise hos patienter/borgere (>65 år) efter apopleksi med henblik på at iværksætte en målrettet indsats". Der mangler klarhed over, hvilke screeningsredskaber der anbefales og på hvilket kompetence niveau terapeuten skal være, for at kunne bruge disse redskaber. Ligeledes mangler der fokus på den store gruppe af borgere der bliver udskrevet fra hospitalet med sonde. Derudover er det utydeligt, hvilke kompetencer medarbejderne i sektorerne bør have. Altså, hvilke faggrupper har, hvilket ansvar samt hvilke undersøgelser og indsatser der ligger i regionalt regi og hvilke i kommunalt regi.

I Randers kommune har der i et af kommunens 3 områder været henvist borgere til en FEES 2 gange på et år. Derfor kunne det være ønsket at der i retningslinjen lå noget om ansvarsfordeling og kompetence fordeling. Dertil kommer også hvor og hvem skal yde den tværfaglige indsats til patienter med cuffet trakealtube og øvre dysfagi med henblik på en hensigtsmæssig og sikker afcuffning og eventuelt dekanylering. Den er i dag meget specialiseret og er der taget stilling til hvor mange borgere det drejer sig om.

Ergoterapeut foreningen har udarbejdet en Kompetenceprofil for ergoterapeuter der arbejder med dysfagi – kunne den være til inspiration omkring kompetencer? Inspiration til at se hvordan kompetence fordeling mellem læger, sygeplejersker, ergoterapeuter, logopæder og plejepersonale er eller bør være? Regionmidt og de 19 kommuner er i fællesskab ved at udarbejde et nyt kompetenceudbud til ergoterapeuter i kommunalt regi – her bliver undervist i forskellige opsporingsmetoder og kliniske undersøgelser, kunne disse evt. indarbejdes i retningslinjen.

Randers kommune mener, at der i evidensen for retningslinjen kan ses en tydelig mangel på viden fra den kommunale praksis for arbejdet med dysfagi. Der henvises til retningslinjerne for blandt andet Senhjerneskeade. Netop senhjerneskeade har haft stor fokus de seneste år og det er ikke i borgergruppe vi i kommunal regi ser den største udfordring – men hos den ældre medicinske borger. Den ældre medicinske borger, er størstedelen af de borgere, som den kommunale ergoterapeut og sygeplejerske står med i hverdagen. Når borgeren ikke har en neurologisk lidelse, er det lige nu en udfordring at få henvist borgere til en evt. FEES eller FVES, hvis den kliniske eller de kliniske undersøgelser fordrer en instrumental undersøgelse, det er et ønske fra kommunal side, at det kunne være at finde i en national klinisk retningslinje – hvorved vi kan borgere lige adgang til sundhedsydelser.

Randers Kommune forslår, at Retningslinjen kan udsættes til der findes mere evidens eller der kommer mere struktur og brugbarhed ind i retningslinjen, og i indtil da kan der indføres anbefalinger i de nuværende diagnosespecifikke retningslinjer, hvor det er relevant. Da der indenfor det kommende år vil blive udformet Fællesprog 3, kunne der med fordel nedsættes en national arbejdsgruppe omkring dysfagi der kan understøtte arbejdet med Fællesprog 3. Denne arbejdsgruppe skal se på dokumentation/protokol i forhold til tidlig opsporing, udredning og indsatser, hvorved der kan blive en national monitorering.

Med venlig hilsen

**Susanne Hedegaard**

Trænings- og aktivitets konsulent

*Ergoterapeut/Master i rehabilitering*

**Randers Kommune**

Sundhed, Kultur og Omsorg – Laksetorvet . 8900 Randers C



**LUNDS**  
UNIVERSITET

Institutionen för translationell medicin  
Medicinsk radiologi  
Olle Ekberg, professor, överläkare

2015-10-23

Sundhedsstyrelsen  
Ane Bonnerup Vind  
Köpenhamn, Danmark

Undertecknad har ombetts att granska "National Klinisk Retningslinje for övre dysfagi - opsporing, udredning og udvalgte indsatser"

#### **Manuskriptets styrkor**

Manuskriptet presenterar en litteraturgenomgång angående oral och faryngeal dysfunktion. Först beskrivs systematisk opsporing (screening) (spörsmål 1) och systematisk klinisk undersökelse (assessment) (spörsmål 2) och instrumentell undersökning av synkefunktionen (endoskopi eller röntgen) (spörsmål 3) medan spörsmål 4 fokuserar på måltidsassistens vid lättare dysfunktion och träning i spise- och drickeaktivitet vid svårare dysfunktion? (spörsmål 5). Ur ett internationellt perspektiv är detta innovativt (spörsmål 4 och 5) eftersom man här fokuserar på dels patienter med relativt lindrig dysfunktion som dock kan ge patienten betydande subjektiva symptom (dysfagi). Man inriktar sig också på måltidssituationen vilket är ytterst positivt. Här föreslår man enkla men verkningsfulla metoder för att lindra patienters/personers funktionshinder. Vanligen fokuserar behandling av oral och faryngeal dysfunktion på dietanpassning och kompensatoriska manövrar (spörsmål 5). Detta kan ha stor betydelse för personer med mer uttalad dysfunktion. De aktuella behandlingsförslagen beskriver praktiskt hur denna patientgrupp skall tas om hand.

Spörsmål 6 handlar om intensifierad munhygien. Här beskrivs praktiskt hur denna munhygien skall utföras. Detta är en mycket viktig del av oral och faryngeal dysfunktionsbehandling. En optimerad munhygien innebär att patogena bakterier inte får fäste i munhåla och tandfickor. Dessa bakterier är den väsentliga patogenesen till aspirationspneumoni. Egentligen tycker jag att man skulle utvidgat detta spörsmål till en betydligt mer kraftfull intervention.

Sensomotorisk träning av tungan (spörsmål 7) kan vara en mycket viktig del i behandlingen av oral och faryngeal dysfunktion. Det är ofta oklart huruvida patientens dysfunktion beror på en sensorisk eller motorisk defekt. I manuskriptet beskrivs hur sådan sensomotorisk träning skall utföras.

Spörsmål 8 behandlar patienter med tracheal tub och i behov av dekanylering. Här tar man upp behandling av en helt annan patientgrupp än dem som varit föremål för behandling i de tidigare spörsmålen. Här rör det sig om svårt sjuka patienter, ofta med nedsatt medvetande. Man beskriver detaljerat hur sväljningsproblematiken i samband med dekanylering. Detta är en mycket komplex situation.

### Manuskriptets väsentligaste svagheter

Genomgående i hela skriften används ordet "dysfagi" på ett felaktigt sätt. I inledningen på sidan 7 är det mycket oklart vad "övre dysfagi" syftar på. Om man inte är väl insatt i problematiken kan man tro att alla personer som säger att de har svårt att svälja och pekar i halsregionen skulle kunna bli föremål för den typ av behandling som sedan följer. Det är viktigt att man redan i inledningsparagrafen tydligt anger vilken patientgrupp det är frågan om. Det är alldeles uppenbart (?) att detta manuskript handlar om personer med relativt lindrig oral och faryngeal dysfunktion. Dock har man också lagt till esofagusdysfunktion i spörsmål 8, som är en annan och mycket sjukare patientgrupp.

Dysfagi är ett symptom som beskriver känslan av onormal sväljning. Det den subjektiva känslan av onormal transportfunktion av föda och dryck. Till detta kan man lägga om någon annan person observerar svårigheter. Detta beskrivs på sidan 7, rad 18. Men här kallas observationen: Kliniska tegn på övre dysfagi. Detta är ingen bra terminologi.

Det är tyvärr korrekt som påtalas att RCT och god evidence saknas för nästan alla aspekter på dysfagi samt oral och faryngeal dysfunktion.

På ett par ställen nämner man också esofageal dysfunktion (t ex sid 27 rad 7, vilket är förvirrande). Jag anser att det är viktigt att man definierar patientgruppen som just oral och faryngeal dysfunktion. Egentligen skulle man kunna göra ändringen att överallt där man nu skriver "dysfagi/övre dysfagi" och istället skriva "oral och faryngeal dysfunktion".

På sidan 7, längst ner (ämnesavgränsning), står det inom parentes vilken typ av patienter som här avses. Man borde tydligt ange att symptomet dysfagi kan ha många olika orsaker. Till exempel malignitet eller annan striktur som kan vara benign. Sådana patienter kan ha precis samma symtom som dem som har dysfunktion. Det är viktigt att de som utreder och behandlar de här patienterna har klart för sig när en mer avancerad intervention skall utföras.

---

Ett annat symtom som oftast förväxlas med övre dysfagi är globus som eventuellt kan ha samband med gastroesofageal refluxsjukdom. Dessa patienter skall inte behandlas som patienter med dysfunktion. Detta bör också framgå i texten.

Den föreliggande rekommendationen verkar nästan helt bortse från den internationellt gängse behandlingsmetoden: dietanpassning och/eller

rehabilitering/manövrer (se kapital 54 och 55 i Shaker 2013 och Speyer 2013 (ref 111 och ref 112 är identiska)). Det är önskvärt att nämna varför man inte framhåller dessa mera.

#### **Två viktiga referenser saknas:**

Langmore SE, Pisegna JM. Efficacy of exercises to rehabilitate dysphagia: A critique of the literature. *Internatl J Speech-Lang Pathol* 2015;17:222-9

Shaker R, Belafsky PC, Postma GN, Easterling C (eds). *Principles of deglutition. A multidisciplinary text for swallowing and its disorders*. Springer, New York, 2013

Det är väldigt oklart vad som skiljer fråga 4 från 5. Detta gäller typ av patient och vilken grad av dysfunktion. Det gäller även typ av behandling: assistens resp training. I texten finns mycket likartad beskrivning av intervention i bägge frågorna.

#### **Förslag till ändring i manuskriptet**

Var tydlig med vilken patientgrupp som avses. Är det personer med lindrig oro-faryngeal dysfunktion? Detta gäller främst fråga 4 och 5.

Beskriv när och hur man skall utesluta andra orsaker till övre dysfagi. Varna för att behandla övre dysfagi som om det berodde på oro-faryngeal dysfunktion när patienten har en benign striktur eller cancer.

Beskriv målgruppen tydligare: vem skall använda dessa riktlinjer?

Bilaga 2: Implementering är för oprecis.

Bilaga 3, rad 7. Det är inte korrekt att påstå att dysfagi är svårt att definiera.

I fråga 4 (och 5?) kunde man kort nämna geriatric syndrome/frail elderly, som är en typisk målgrupp för denna typ av assistens/behandling (Rofes L, Arreola V, Almirall J, et al. Diagnosis and management of oropharyngeal dysphagia and its nutritional and respiratory complications in the elderly. *Gastroenterology Research and Practice* 2011;2011, <http://dx.doi.org/10.1155/2011/818979>).

Ta bort fråga 8. Är en helt annan klinisk situation.

## Sammanfattning

Denna NKR avhandlar ett vanligt och viktigt kliniskt problem som befinner sig i en (förhoppningsvis) stark utvecklingsfas. Det finns ett stort behov av riktlinjer även om RCT saknas och evidensen är svag.



Olle Ekberg  
Professor, överläkare  
Medicinsk radiologi, Lunds universitet

**Peer review av National Kliniske Retningslinjer for øvre dysfagi -  
opsporing, utredning og udvalgte indsatser**

**Introduksjon**

Disse nasjonale kliniske retningslinjer for orofaryngeal (øvre) dysfagi belyser viktige og relevante emner innen utredning og behandling av orofaryngeal dysfagi, samt utfordringene av å finne konsensus i litteraturen om utredningsmetoder og intervensjoner.

Retningslinjenes formål har den hensikt å øke pasientsikkerhet og sikre ernæringstilstand og fremhever særlige behov for retningsgivende dokumentasjon som inkluderer flere diagnosegrupper med høy risiko for orofaryngeal dysfagi som inkluderer blant annet progredierende nevrologiske sykdommer, cerebral parese, hoved-halscancer og eldre mennesker med multimorbiditet.

Retningslinjene anses som en naturlig utvidelse av tidligere arbeid fokusert på å sikre tidlig screening og klinisk undersøkelse av orofaryngeal dysfagi hos voksne med ervervede hjerneskade (SST, 2011; Patientombuddet, 2012; Center for Kliniske Retningslinjer, 2012; Clearinghouse 2012; Dansk Selskab for Apopleksi, 2013).

**Manuskriptets styrker**

Manuskriptets innholdsfortegnelse er oversiktlig og systematisk oppbygget. En styrke er at evidensens kvalitet er vurdert med GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation). I tillegg, er både GRADE og Sundhedstyrelsen gradering av anbefalingens styrke presentert fremst i dokumentet.

Innledningen gir en tydelig forklaring på formålet med disse retningslinjene og målgruppene. Avgrensning av pasientgruppen var supplert med vedlegg 1: bakgrunn og vedlegg 10: forkortelser og begreper. Inklusjon av pasientgrupper i referansegruppen styrker retningslinjenes anbefalinger.

Formålet om å "avdekke relevante screenings- og utredningsmetoder, samt spesifikke tiltak i forhold til orofaryngeal dysfagi..." ble ansett som relativt omfattende og dermed var det rimelig at arbeidsgruppen valgte å avgrense noen av emneområdene inkludert i retningslinjene. Manuskriptet spesifiserer at innsatsområder under "dysfagi-håndtering" vil bli inkludert i en senere oppdatering av retningslinjene.

Retningslinjenes definisjon av orofaryngeal dysfagi er i samsvar med internasjonal litteratur. Den inneholder en vel dokumentert gjennomgang av mulige kliniske komplikasjoner assosiert med orofaryngeal dysfagi og forekomsten av orofaryngeal dysfagi hos de pasientgruppene som er inkludert i retningslinjene. Oversikten over forekomsten av

orofaryngeal dysfagi støtter arbeidsgruppens begrunnelse for å inkludere en mangfoldig pasientgruppe. Dokumentet understreker mistanke om underdiagnostisering av orofaryngeal dysfagi innen disse diagnosegruppene og dermed manglende mulighet for tilpasset behandling.

Fokusspørsmålene er svært relevant med hensyn til dagens praksis innen utredning og behandling av personer med orofaryngeal dysfagi. Fokusspørsmålene er velformulert, har konsekvent struktur og arbeidsgruppens overveielser ble oppsummert i en oversiktlig tabell.

Retningslinjene viser en helhetlig tilnærming til personer med orofaryngeal dysfagi og inkluderer aspekter som har betydelig påvirkning på effektiv og sikker næringsinntak f.eks. kognitiv funksjon, fysisk evne til å spise, energi/utholdenhet, sensoriske og motoriske funksjoner, samt pasientens opplevelser under inntak av mat og drikke.

Retningslinjene er etterfulgt av 11 vedlegg som inneholder essensielt supplerende bakgrunnsinformasjon, forslag til implementering av retningslinjene, monitorering, PICO modell for de 8 fokusspørsmålene, informasjon om anvendte metoder og en liste over forkortelser og begreper.

## **2. Manuskriptets vesentligste svakheter og mangler**

En svakhet av retningslinjene er at kvaliteten av evidens innen dysfagifagfeltet er meget lav til ikke eksisterende. Dermed er de fleste anbefalinger basert på "god praksis" på flere av fokusspørsmålene.

Jeg savnet tydeligere differensiering mellom screeningsmetoder og klinisk multi-item undersøkelser med hensyn til antall konsistenstyper utprøvd i disse undersøkelsene. Retningslinjene anfører at screeningsmetoder undersøker "...evne til at kontrollerer spyttflåd og synke få konsistenstyper (fx vand, fortykket væske og brød)..." og en systematisk klinisk multi-item undersøkelse undersøker "enkelte konsistenser eller måltidsobservasjon..."

I fokusspørsmål 2 har arbeidsgruppen valgt å undersøke "effekten av at anvende en systematisk, protokollert multi-item klinisk undersøgelse, sammenlignet med udelukkende at vurdere synkefunksjon via *en enkelt konsistens*..." Senere i manuskriptet, under PICO spørsmål 2, blir det spesifisert at multi-item testing skal sammenlignes med andre undersøkelser som inkluderer enkelte konsistenser som f.eks. Gugging Swallowing Screen, Volume-Viscosity Swallow Test og Berlin (bolus) Swallow Test. Disse undersøkelsene er klassifiserte som screeningsundersøkelser i litteraturen, men protokollene inkluderer mer enn *en enkelt konsistens*.

Screeningsmetoder er karakterisert som "kan/kan ikke", er ofte basert på en "vanntest" (en enkelt konsistens) og skal identifisere tegn eller symptomer som antyder risiko for orofaryngeal dysfagi og behov for videre testing med klinisk undersøkelse. Screeningsmetoder er ikke diagnostiserende. Noen av de ovennevnte protokoller (inkludert i retningslinjene) resulterer både i en alvorlighetsgradering av orofaryngeal dysfagi og i anbefalinger om diett.

Arbeidsgruppen valgte å ekskludere "fokuserede spørsmål vedrørende elektrisk stimulation, EMG, *specifik styrketrening af mundhulens og svelgets muskler*, kompenserende synkemanøvrer, respiratorisk rehabilitering, ernæring via sonde (PEG og Nasal) samt innsatser rettet mod hypersalivation (sialorrhea)" grunnet plassmangel i retningslinjene.

Derimot inkluderer retningslinjene fokusspørsmål 7 som inneholder åpenbare elementer av styrketrening av munnhulens muskulatur. Sensomotorisk trening av tunge inkluderer "innsatser rettet mod forbedring af bevægelighed og styrke af tungen,..."

Det manglet inklusjon av en logoped i retningslinjenes utviklingsarbeid. Det er kjent at ergoterapeuter er "hovedterapeut" i Danmark, men internasjonalt utgjør logopeder ofte den ansvarlige terapeuten i utredning og behandling av orofaryngeal dysfagi. Retningslinjene inkludert logoped som spesialutdannet helseprofesjonell (PICO 3) og en del av det tverrfaglig team i "dysfagi-håndtering" (vedlegg 10) antyder at logopeder skal være representert i arbeidet med personer med orofaryngeal dysfagi i Danmark.

### 3. Eventuelle forslag til endringer

- Tydeliggjøre retningslinjenes definisjon av screeningsmetoder og multi-item utredningsmetoder ved å gi eksempler av minimums inklusjonskriterier eller inkludere eksempler av utvalgte screenings- og multi-item utredningsverktøy som vedlegg.
- Det var tidskrevende å navigere frem til noen av referansene, for eksempel Patientombuddet, 2012; Center for Kliniske Retningslinjer, 2012; Clearinghouse 2012, informasjon om arbeidsgruppen og referansegruppen, og informasjon om evidensbasert litteratursøksprosessen som ble benyttet av arbeidsgruppen. Foreslår at retningslinjene linker de ovenfor nevnte referansene direkte til manuskriptet.
- Manuskriptets referanseliste manglet en referanse; Ickenstein et. al. 2014
- Side 13-15 og 22-23; Evidensprofiltabellen under fokusspørsmålene 1 og 3 vil sannsynligvis være vanskelig for noen av lesere å forstå. Foreslår at disse blir endret til vedlegg.
- Vedlegg 1: Bakgrunn - alvorlighetsskalaen av orofaryngeal dysfagi - Dysphagia Severity Rating Scale - (Gramigna, 2006). Foreslår at opprinnelig graderingsskalaen benyttes for å styrke eventuell forskningsarbeid.
- Side 8; Henvisning til feil vedlegg under pasientperspektivet: Endre referanse til vedlegg 9
- Det er inkonsistent bruk av terminologi for videofluoroskopisk undersøkelse i manuskriptet. Det anvendes både "VideoFluoroskopisk Evaluering av Synkefunktion (VFES)", "Radiologisk Undersøkelse av synkefunktion" og "Funktionel Videoradiografisk Evaluering av synkefunktionen" (FVES) i dokumentet. Det kan være nyttig for eventuell internasjonal publisering at retningslinjene benytter et

internasjonalt kjent uttrykk som, f.eks. Videofluoroskopisk Evaluering av Svelgefunksjon (VFES)

- Vedlegg 10: Fiberoptisk Endoskopisk Evaluering af Synkefunktionen: foreslår å spesifisere at det skjer "white out" under svelgingen, samt at penetrasjon og aspirasjon vurderes "før eller etter svelging". Spesifiser hvordan sensibiliteten vurderes, f.eks. berøring eller luft.
- Vedlegg 10: Funktionel videoradiologisk evaluering af synkefunktionen: foreslår å tilføye at man også vurderer strupehodets bevegelser og lukking av luftveiene.

Maribeth C Rivalsrud  
M.S. Speech Language Pathologist / Logoped  
Sunnaas Sykehus HF

Ane Bonnerup Vind

Afdelingslæge, ph.d.

Sundhedsstyrelsen

Review af den Nationale Kliniske Retningslinje for øvre dysfagi:

Undertegnende takker for invitationen som peer reviewer på denne Nationale Kliniske Retningslinje for øvre dysfagi.

## 1. Manuskriptets styrker

Jeg syntes denne kliniske retningslinje er overskuelig og godt struktureret. Der er lavet et grundigt arbejde, som er præget af en stærk faglig arbejdsgruppe. Det er værdifuld og spændende relevant læsning.

Jeg syntes det er meget positivt, at arbejdsgruppen har udvalgt kliniske problemstillinger, som man hyppigt møder i dansk klinisk praksis og derfor vil være relevante for flere faggrupper i det daglige arbejde med målgruppen.

Der argumenteres godt for de valgte fokuserede spørgsmål og baggrunden er klart og godt beskrevet.

Et af de væsentligste styrker i denne retningslinje, er de afsnit i retningslinjen som beskriver de praktiske råd og særlige patientovervejelser under hvert fokuseret spørgsmål. De afsnit er tydelige og beskrivende og yderst relevante for forskellige faggrupper, som arbejder med målgruppen. Det træder her klart frem, at arbejdsgruppen er stærkt repræsenteret af erfarne klinikere, og der er tænkt anvendelighed i de anbefalinger man beskriver her.

Det er klart en styrke, at arbejdsgruppen har opnået konsensus om de praktiske råd og anbefalinger via tværfaglige diskussioner, i de 5 spørgsmål hvor der ikke findes evidens overhovedet.

Den sparsomme litteratur på området, diskuteres meget fint i bilag 4. Jeg syntes arbejdsgruppen kommer rigtig godt omkring de mangler der er i forskningen på nuværende tidspunkt. Man får i dette afsnit god forståelse for, hvor vanskeligt det er at lave en klinisk retningslinje til en forholdsvis bred målgruppe, med manglende definitioner indenfor både "targets", "treatments" og "outcome".

## 2. Manuskriptets væsentligste svagheder og mangler

Som nævnt på side 7 er formålet med de nationale kliniske retningslinjer at sikre en evidensbaseret indsats af ensartet høj kvalitet.....

Det må derfor være denne NRK's væsentligste svaghed, at den ikke finder evidens af høj kvalitet. I 3 ud af 8 spørgsmål findes der kun svag evidens hvor anbefalingen til læseren lyder: "overvej at..."

Og i 5 ud af 8 spørgsmål findes ingen evidens og anbefalingen beror udelukkende på god praksis bygget på faglig konsensus blandt faggruppens medlemmer. Jeg har stor respekt for den dygtige arbejdsgruppe der har udarbejdet denne NRK og deres grundige arbejde. Jeg mener dog, det er problematisk at en retningslinje, der skal "sikre en evidensbaseret indsats af ensartet høj kvalitet" består af anbefalinger som andre kan "overveje" at følge, eller siger at det er "god praksis at..."

I dit tilfælde hvor der ikke findes stærk evidens, mener jeg at man bør bevæge sig ned af evidens hierarkiet og anvende anden form for litteratur og viden, som også er beskrevet under GRADE "Der står bl.a. " While observational studies will generally yield only low quality evidence, there may be unusual circumstances in which this evidence will be classified as moderate or even high quality" (<http://www.gradeworkinggroup.org/FAQ/index.htm> accessed 20.10.15) . Her savner jeg at arbejdsgruppen anvender anden litteratur end RCT studier i afsnittene "rationale for anbefaling". Det er kun i ét spørgsmål ud af de 5, hvor der ingen evidens er fundet, at arbejdsgruppen inddrager et observationsstudie til at supplere den faglige konsensus (spørgsmål 8). Det vil styrke den faglige konsensus i de øvrige spørgsmål, at der inddrages flere f.eks. kontrollerede studier, observationsstudier eller single subject design i disse afsnit.

Måske arbejdsgruppen kunne have valgt fokuserede spørgsmål relevante for emnet, som kunne være mulige at finde evidens indenfor? Jeg vil tro at arbejdsgruppen har haft en formodning om, inden der blev lavet litteratursøgning, at der ikke ville findes mange andre retningslinjer, metaanalyser eller RCT studier der kunne besvare de 8 valgte spørgsmål.

F.eks. PICO spørgsmål 4: Bør Målrettet måltidsassistance anvendes til voksne med øvre dysfagi? Man ønsker, at finde svar på om målrettet assistance udført af pleje – eller omsorgsperson under måltider sammen med standardbehandling adskiller sig fra effekten opnået ved udelukkende standardbehandling.

Målrettet måltidsassistance indeholder bl.a. hensigtsmæssig siddestilling, sensorisk stimulering af mundhulen, kompensatorisk synketeknik, hjælp til synkning....

Standardbehandlingen inkluderer bl.a.: træning i kompensatorisk hovedstilling og synketeknikker, sensomotorisk træning af orofaryngelale strukturer, styrkelse af postural kontrol....

Indsatsen og standardbehandlingen kan man argumentere for, har en del overlappende metoder/teknikker, og det er af mit kendskab ikke mange lande hvor man anvender den type af måltidsassistance. Der vil højst sandsynligt skulle et meget stort antal deltagere til, for at kunne belyse en evt. forskel i disse to metoder.

Jeg undrer mig over, at livskvalitet er vægtet som kritisk i 6 ud af de 8 PICO spørgsmål. I PICO 6 som omhandler mundhygiejne er det eneste spørgsmål, hvor det "kun" er angivet som vigtig. Da der ikke er fundet RCT studier, der beskriver livskvalitet i nogen spørgsmål, er det svært at se

argumentet for at det vægter så højt i nogen spørgsmål. Der mangler desuden en angivelse af vægtningen af livskvalitet i PICO 8.

Jeg kunne godt tænke mig, at arbejdsgruppen argumenterede for, hvorfor de udelukkende har valgt, at undersøge indsatser for øvre dysfagi som retter sig mod at sikre sufficient ernæring og hydrering, samt sikkerhed i forbindelse med mad og drikke, og ikke indsatser som også retter sig mod nedsættelse af vanskeligheder/ symptom reduktion, dvs mere fysiologisk effekt, eller effekt på årsagen til dysfagi. (s.8). Spørgsmål 5 går på ”bør træning i spise- og drikkeaktivitet tilbydes voksne med dysfagi”? Der findes ingen evidens herfor, og under sammenfatning s. 28 skriver arbejdsgruppen, at ”der ikke blev fundet RCT’er der undersøgte effekten af træning i spise og drikke aktivitet.....” Jeg bliver i tvivl om, der her menes effekten i forhold til sikkerhed eller også i forhold til forbedring af f.eks. synkefunktion, og er det kun et spørgsmål om sikkerhed, eller er det også en funktionel effekt? Min pointe er, at det er uklart om arbejdsgruppen mener at sikkerhed altid vil være det egentlige mål med træning af spise-drikke aktivitet? Og forbedret funktionalitet f.eks. udelukkende ses som forbedring af sikkerhed, eller der kan tales om andre typer af effekt?

Mere specifikke kommentar:

Arbejdsgruppens overvejelser omkring instrumentel undersøgelse af synkefunktionen s. 21:

Der nævnes udelukkende risiko for næseblod som komplikation ved FEES. Jeg syntes man bør nævne risiko for vasovagal reaktion og larynx spasme selvom risikoen er lille. (Hiss, S.G. and G.N. Postma, *Fiberoptic endoscopic evaluation of swallowing*. Laryngoscope, 2003. 113(8): p. 1386-93.)

Under patientperspektivet er henvist til et forkert bilag – der er henvist til bilag 10 i stedet for bilag 9.

S. 13 er der udregnet forkert difference i death det skal være 10 fewer og ikke 9 som angivet.

#### Bilag 2: Implementering

Der eksisterer en del borgere i kommunalt regi med øvre dysfagi. Det undrer, at der slet ikke er tænkt, at denne retningslinje skal implementeres i kommuner eller f.eks. specialiserede genoptræningscentre e.lign.

### 3. Eventuelle forslag til ændringer

Jeg syntes man bør overveje at inddrage ikke RCT studier til at støtte den faglige konsensus i PICO 2,4,5,6,8.

PICO 4 s. 24. Jeg syntes man skal ændre formuleringen under Anbefaling: "Det er god praksis at overveje at tilbyde....." til "Det er god praksis at tilbyde....", grundet der er mange gode argumenter for at målrettet måltidsassistance bør anvendes, til trods for manglende evidens inden for netop dette spørgsmål, og der er ingen skadelige effekter ved interventionen. Den faglige konsensus i denne højt faglige sammensatte arbejdsgruppe bør være stærk nok til ikke at behøve denne ekstra "vage" formulering i anbefalingen.

Denne anbefaling gælder også for PICO 5 hvor man anbefaler: "Det er god praksis at overveje at tilbyde træning....". Jeg foreslår også her at man ændrer formuleringen til: "Det er god praksis, at tilbyde træning..."

Det samme glæder for PICO 7 andet afsnit i anbefalingen: "Det er god praksis at overveje at tilbyde....". Jeg foreslår igen, grundet manglende skadelige effekter ved interventionen at ændre det til "Det er god praksis at tilbyde..."

Jeg syntes man bør overveje, om man ikke kan blive enige om at inkludere bare ét relevant fokuseret spørgsmål, som der faktisk er en sandsynlighed for at kunne besvares i evidensbaseret litteratur.

En mindre ting:

Der er nogle stavfejl og en del manglende Kommatering, der gør flere sætninger svære at læse. Det vil lette læsningen af retningslinjen, at dette bliver rettet.