

Referat fra Norsk dysfaginettsmøte 2026

Sunnaas, 11. september 2026

Minglerunde. Jevn fordeling av antall deltakere rundt 35 fysisk og 35 digitalt pluss/minus.

Foredrag

Første innlegg ble holdt av dysfaginetts leder og logoped **Maribeth Rivelsrud fra Sunnaas sykehus HF**. Rivelsrud er fag- og forskningsansvarlig for logopedi ved Sunnaas. Hun snakket om sin studie om **prevalensen av orofaryngeal dysfagi-risiko hos voksne innlagt på nevrorehabilitering**.

Rivelsrud minnet tilhørerne om at OD er vanligst blant populasjoner med nevrologisk skade eller sykdom, og at alvorlighetsgraden av OD kan endre seg i løpet av en sykdom eller skade, samt at OD kan medføre redusert livskvalitet og forlenget rehabiliteringsforløp. Retningslinjer for screening eller oppfølging ved akutt hjerneslag, men ikke andre nevrologiske.

Studien ble gjennomført i samarbeid med flere sykehus fra Helse Sør-Vest, og inkluderte 362 pasienter fra seks nevrorehabiliteringsavdelinger. Det ble benyttet en norsk oversatt versjon av *TOR-BSST* som screeningverktøy. Datainnsamlingen ble gjennomført mellom 2024 og 2025.

Resultatene viste høy forekomst av OD-risiko: Over 40 % av deltakerne besto ikke screeningen, og nær halvparten av slagpasientene hadde risiko for dysfagi. Omtrent en tredjedel av deltakerne med Parkinsons sykdom hadde også positiv screening, som kan gjenspeile manglende retningslinjer for screening av OD hos denne pasientgruppen. Mange pasienter, særlig med hodeskade, manglet dokumentasjon på tidligere dysfagiscreening.

En styrke ved studien var inkludering av pasienter som krevde stedfortredersamtykke, noe som økte representativiteten i utvalget. Av svakheter understreket Rivelsrud at screeningen gir et øyeblikksbilde og utfordringen at det ikke finnes screeningverktøy spesifikt utviklet og validert for de andre inkluderte diagnostiske kategoriene. Studien bidrar med ny epidemiologisk kunnskap om OD-risiko i nevrorehabilitering og peker på et tydelig behov for mer systematisk screening i flere nevrologiske pasientgrupper.

Rivelsrud informerte også om at TOR-BSST-kurs er tilgjengelig som nettbasert opplæring, med muligheter for videre opplæring av andre ansatte.

Farmasøyt Lillan Mo Andreassen (MScPharm, PhD i sykehjemsmedisin) fra Relis – Regionale legemiddelinformasjonsentre, avdeling Bergen fulgte opp med et innlegg om **administrering av legemidler til pasienter med dysfagi**. Relis jobber med produsentuavhengig legemiddelinformasjon som finansieres av Direktoratet for medisinske produkter. Relis har egen søkedatabase hvor man kan stille spørsmål om

administrering av legemidler, f.eks. relatert til svelgevansker. Her vil man også få oversikt over om lignende spørsmål har blitt stilt av andre tidligere.

Andreassen viste til artikkelen: *Administrering av legemidler til pasienter med svelgevansker (dysfagi)*. 2024. *Utposten – Blad for allmenn- og samfunnsmedisin*, 7 (53).

Det foreligger flere utfordringer med administrering av legemidler hos pasienter med dysfagi:

- Dysfagi er ikke uvanlig, samtidig som de fleste legemidler administreres per oralt
- Høy sykdomsbyrde tilsvarer ofte behov for mange legemidler
- Manipulering og modifisering av legemidler kan påvirke effekt og bivirkningsrisiko
- Legemidler kan også bidra til eller forverre dysfagi

Andreassen minnet lytterne om at dysfagi kan ramme alle aldersgrupper, men hovedsakelig finnes i fire primærgrupper:

- Eldre
- Nevrogen sykdom
- Kreft i hode/hals
- Anatomiske/strukturelle endringer

Estimert i 10–20 % prevalens i generell befolkning. Høyere prevalens i risikogrupper 30–90 %.

Andre årsaker til orofaryngeale svelgevansker:

- Presbyfagi, dvs. svelgefunksjonen blir noe svekket med alder selv om funksjonen er til stede, dog svakere uten at det gir større vansker
- Sarkopenisk dysfagi
- «Pilledysfagi»

Utfordringer med perorale legemiddelformer ved dysfagi gjelder ofte:

- Tabletter og kapsler → formen, størrelsen, overflaten, anbefalt at svelges med væske
- Brusetabletter, mikstur, dråper → tyntflytende som kan føre til aspirasjon

Andreassen presenterte en firetrinns tilnærming til håndtering av legemidler ved dysfagi og hvilke relevante fagpersoner som bør kobles på ved hvert trinn:

1. Legemiddelgjennomgang

I regi av lege, sykepleier, farmasøyt og logoped, helst tverrfaglig for å øke nytten. Kan dosen reduseres? Hva kan seponeres hvis mulig? Viktig å inkludere observasjoner og erfaringer fra pasienten selv, pårørende og annet pleiepersonale.

Ikke minst: Bruker pasienten legemidler som kan bidra til eller forverre dysfagi?

Legemidler kan påvirke svelgefunksjonen fordi svelging er en kompleks aktivitet som involverer mange funksjoner:

- Anatomisk stabilitet
- Nevromuskulær kontroll og koordinasjon
- Sanseapparatet

- Mage-tarm-funksjon
- Respirasjon

Eksempler:

- Sedasjon påvirker frivillig muskelkontroll/koordinasjon, respirasjon og svelgerefleks. F.eks. opioider, benzodiazepiner, anfallsforebyggende legemidler, antipsykotika og antidepressiva
- Nevromuskulær påvirkning: Redusert koordinasjon mellom svelg og øsofagus, påvirket øsofageal peristaltikk og muskelaktivitet/-tonus, muskelsvakhet og redusert funksjon i svelgemuskulaturen, med påfølgende svekkelse av svelgerefleksen, samt bevegelsesforstyrrelser som påvirker muskler relatert til svelging
- Munntørrhet (xerostomi): Redusert spyttproduksjon gjennom påvirkning av spyttkjertlene, hemmer transport mellom svelg og øsofagus
- Smaksforstyrrelser kan bidra til forsinket svelging, f.eks. benzodiazepiner og antibiotika
- Trøske og opportunistiske infeksjoner (sopp) påvirker munnhygien og inntak av mat og drikke, og øker risikoen for aspirasjonspneumoni. F.eks. inhalasjonsmedisin mot astma (skylle munnen etterpå dersom mulig), immunsuppressiva og antibiotika
- Skade på spiserøret: Lokal irritasjon, forverring av refluks eller øsofagitt. Legemidler mot osteoporose skal alltid tas stående. F.eks. bisfosfonater, enkelte antibiotika og NSAIDs

Andreassen nevnte Felleskatalogens bivirkningssøk, samt Micromedex eller UpToDate som er tilgjengelige via Helsebiblioteket. Janusmed Riskprofil og Barnas legemiddelportal ble også trukket frem.

2. Hjelpemidler og teknikker- Utføres av logoped, sykepleier og farmasøyt.

Administrasjonshjelpemidler:

- Tablettvertrekk, f.eks. Medcoat
- Svelgegel, f.eks. Gloup
- Teknikker for å bedre svelging og beskytte luftveiene, f.eks. lene seg fremover mens man svelger kapsler eller bruke flaskemetoden for tabletter
- Hvor mye væske? 50–60 ml anbefales

3. Andre administrasjonsformer

Ved mer alvorlig grad av dysfagi:

- Hva finnes og hva er trygt? Samarbeid mellom farmasøyt og logoped
- Endring må forankres hos lege

Andre perorale legemiddelformer:

- Brusetabletter, oppløses i væske
- Mikstur eller dråper, viskositet oftest IDDSI 3 eller tynnere
- Smeltetabletter, løser seg i spytt og danner suspensjon som skal svelges (kan være vanskelig ved munntørrhet)
- Sublingvaltabletter, legges under tungen og absorberes via slimhinnen

Andreassen svarte også på hvorfor legemidler ofte ikke finnes i annen form:

- Egenskaper ved legemiddelet avgjør hvilke legemiddelformer som er mulig å produsere (absorpsjon, stabilitet osv.)
- Andre hindringer er etterspørsel versus produksjonskostnad, dokumentasjonskrav og lignende

4. Manipulering og modifisering

Andreassen understreket at manipulering og modifisering kan introdusere kilder til feil.

Alle typer manipulering kan påvirke stabilitet og effekt av legemiddelet:

- Ikke alle tabletter eller kapsler kan knuses, deles eller åpnes
- Konsekvenser av samadministrasjon av flere legemidler er sjelden undersøkt
- Svinn av virkestoff og/eller utilsiktet eksponering
- Knuste tabletter og kapselinnhold kan smake dårlig, f.eks. Verapamil, Losartan og Pregabalin

Mat og drikke kan potensielt påvirke egenskapene til legemiddelet, for eksempel pH-verdi. Dette kan føre til at legemiddelet tas opp i kroppen raskere enn tiltenkt. Dette kan gjelde både ved knusing og ved administrering i hel form.

Hos barn bør man være oppmerksom på økt avsmak for matvaren som brukes til administrering av legemiddelet.

Obs: Fortykningsmiddel i væske kan også påvirke dette. For eksempel kan fortykkede flytende legemidler føre til forsinket opptak av medisinen.

Følgende skal som hovedregel ikke manipuleres:

- Depotformuleringer – designet for å frigi legemiddel langsomt
- Enterodrasjerte preparater – passerer magesekken uforandret og frisettes i tarm

Praktiske råd ved manipulering/modifisering:

- Undersøk om legemiddelet kan manipuleres/modifiseres ved hjelp av knuse-/delelister eller ved å spørre farmasøyt/RELIS
- Bruk egnet verktøy for manipulering, som tablettdele, tablettknuser eller oppslemming i medisinsbeholder/sprøyter. Dette bør som hovedregel gjøres rett før administrering
- Observer pasienten og vurder effekt og/eller bivirkninger
- NB: Administrasjon i sonde krever tilleggsvurderinger

Etter lunsj

Kasus ved **Sara Norrman og Burcu Tafjord, logopeder ved Sunnaas sykehus HF** om **betydning av instrumentell svelgevurdering med både FEES og VFS for videre rehabilitering**. Begge logopedene jobber med pasienter som kommer til to-dagers vurderingsopphold for pasienter med dysfagi. Ønskelig å belyse hva det å utføre begge instrumentelle metoder samtidig kan tilføre en dysfagiutredning, med fokus på:

- Praktisk gjennomførbarhet og tidsbruk
- Samsvar og forskjeller mellom metodene
- Hvilken informasjon de ulike metodene bidrar med

- Hvor relevant det er å gjennomføre FEES og VFS samtidig
- Påvirkning på kliniske anbefalinger og valg av tiltak

Kasus: Pasient med venstresidig tonsillecancer og dysfagi som følge

- Mann, 63 år
- Kjemoradiasjon høsten 2019 for venstresidig tonsillecancer
- Påvist residiv i samme tonsille, operert februar 2021 og rekonstruert med fri lapp i svelget
- Vedvarende dysfagiplager
- Spiser og drikker normalkonsistens
- Tygger godt
- Munntørrehet
- Ingen pneumonihistorikk

Klinisk vurdering:

- Normal funksjon i ansikt, oralmotorikk og stemme
- Lett redusert bevegelighet i kjeve
- God tungekoordinasjon, men redusert bevegelsesutslag og unilateral redusert tungestyrke
- God stemmekvalitet, tidvis hes/skurrete
- Tydelig strupeløft og fremoverbevegelse av tungebein ved fire-fingertest

FEES:

- Tydelig strålepåvirket og stivt vev
- Postoperativ asymmetri, tre hulrom i rekonstruksjonsområdet og redusert venstresidig mobilitet
- Redusert faryngeal konstriksjon, noe redusert tungebaseretraksjon og redusert sensorikk
- PAS 1 ved alle konsistenser, med intakt luftveisbeskyttelse
- Faryngealt residual, mest uttalt ved fast føde
- Residual langs svelgveggene, særlig på venstre side
- Ettersvelging hjalp, men vannskylning var nødvendig ved enkelte konsistenser

VFS med FEES:

- Oral fase: God boluskontroll, effektiv bakovertransport med tungen og fullstendig bearbeiding av fast føde
- Faryngeal fase: Lett redusert bevegelsesutslag i konstriktormuskulaturen, redusert larynksløft og ufullstendig kontakt mellom tungebasen og svelgveggen
- Moderate til store mengder rester i svelget, med ufullstendig rensing til tross for gjentatte spontane ettersvelginger
- Ingen alvorlig penetrasjon eller aspirasjon, men PAS 2 ved stor slurk IDDSI nivå 2
- Tydelig redusert effektivitet under både initial svelging og ettersvelginger, særlig ved fast konsistens

Tiltak:

Kompenserende tiltak for å gjøre spisingen tryggere og mer effektiv

- Mindre mengder per munnfull
- Rolig spisetempo

- Ettersvelging av rester før ny munnfull
- Etterskylling med væske mellom munnfuller
- Eventuell justering av hodeposisjon
- Tiltak mot munntørret

Rehabiliterende tiltak:

- Redusert tungebaseretraksjon: målrettet tungebasetrening, Masako og effortful swallow
- Redusert faryngeal konstriksjon: svelgestyrkende tiltak og effortful swallow
- Redusert larynksløft: vurdering av den kliniske betydningen når luftveisbeskyttelsen allerede er god
- Restansamlinger: tiltak rettet mot økt svelgeeffektivitet og redusert post-svelg-residual

Oppsummering og konklusjon:

- Simultan FEES og VFS kan spare tid når begge undersøkelsene er nødvendige
- FEES ga særlig verdifull informasjon om anatomi, vevsforandringer, sekret, sensorikk og håndtering av rester mellom munnfullene
- VFS ga særlig verdifull informasjon om bolusplassering, timing, lukking av luftveiene under svelging og svelgekoordinasjon
- Metodene er ikke nødvendigvis konkurrerende, men komplementære
- Funnene blir lettere sammenlignbare når samme bolus, konsistens og strategi benyttes
- Mindre variasjon mellom undersøkelsene knyttet til dagsform, sittestilling, fatigue og medisiner
- Gir mulighet for direkte sammenligning av funn mellom metodene

Maribeth Rivelsrud hadde igjen ordet for å presentere *litteraturgjennomgang med fokus på dysfagirehabilitering.*

Rivelsrud beskrev hvordan synet på svelging har endret seg de siste årene. Tidligere ble svelging i stor grad forstått som en refleksstyrt funksjon kontrollert av hjernestammen, og behandlingen bestod hovedsakelig av kompensierende tiltak og muskelstyrkende øvelser. Nyere forskning viser imidlertid at cortex spiller en viktig rolle i svelgefunksjonen, og at rehabilitering kan fremme nevroplastiske endringer i hjernen.

Et sentralt tema var ferdighetsbasert trening («skill-based training»), som fokuserer på timing, koordinasjon og kontroll av svelgebevegelser snarere enn kun muskelstyrke. Svelgeferdigheter ble definert som evnen til å håndtere sekret og innta et variert kosthold på en trygg og effektiv måte. Rivelsrud fremhevet at rehabilitering bør rettes mot både muskeltetthet og funksjonell utførelse av svelging.

Videre ble ulike rehabiliteringsmetoder gjennomgått, blant annet biofeedback, Mendelsohnsmanøver, neuromuskulær elektrisk stimulering (NMES), pharyngeal electrical stimulation (PES), McNeill Dysphagia Therapy Program (MDTP) og trening av pust- og svelgekoordinasjon. Flere av disse metodene har som mål å fremme nevroplastisitet og forbedre svelgefunksjon gjennom målrettet trening.

Rivelsrud avsluttet med å understreke betydningen av instrumentelle undersøkelser som FEES og VFS for å identifisere de anatomiske og fysiologiske årsakene til dysfagi,

inkludert residual, penetrasjon og stille aspirasjon, som ikke kan vurderes pålitelig ved klinisk undersøkelse alene.

Hovedbudskap fra forskning:

- Svelgmuskulaturen er asymmetrisk representert i de to hemisfærene, og skade i den dominante hemisfæren vil trolig føre til dysfagi
- Etterspør instrumentell vurdering ved usikkerhet om dysfagiens art eller omfang
- Dysfagi skyldes ikke nødvendigvis muskelsvakhet alene
- Ferdighetsbasert trening kan bidra til positive nevrale og funksjonelle endringer
- Rehabilitering bør fokusere på styrke, mobilitet, timing og koordinasjon, samt sentral nevroplastisitet
- Bruk av biofeedback kan støtte læring og rehabilitering av svelgefunksjonen

Videre fikk tilhørerne presentert noen flere kasus ved **Anika Wetzenstein, logoped ved SØK (Kalnes)** med fokus på **tidlig rehabilitering på akuttstuskehus**

Kasus: Pasient med retrofaryngeal abcess

- Mann, 79 år.
- kort sykehistorie med halssmerter og hevelse i ansikt og hals
- tilstanden forverret seg raskt med stridor og omfattende laryngeal hevelse.
- Pasienten ble trakeostomert og senere henvist for vurdering med tanke på weaning og dekanylering

Klinisk vurdering

- Kognitivt velfungerende
- Normal oralmotorisk funksjon.
- Presset og grøtete stemmekvalitet.
- Uttalt hevelse i hals- og hakeområdet.
- Ingen følbar laryngeal elevasjon.
- Behov for alternativ ernæring i den akutte fasen.

FEES-undersøkelser og rehabilitering

Den første FEES-undersøkelsen viste alvorlig faryngeal dysfagi med aspirasjon, gjentatt kremting og betydelige restansamlinger. Hoderotasjon hadde ingen effekt, mens chin tuck ga noe bedre rensing av rester. Pasienten ble vurdert som NPO og anbefalt alternativ ernæring.

Det ble deretter startet tidlig MDTP-inspirert trening med korte økter og knust is som treningsmateriale. Pasienten kunne gjennomføre deler av treningen selvstendig mellom logopedtimene, og treningsmengden ble gradvis økt. Etter hvert fikk han anlagt PEG.

Ved andre FEES ble det observert bedret svelgefunksjon, men fortsatt moderat faryngeal dysfagi. Det forekom penetrasjon ved yoghurtkonsistens, men pasienten hadde adekvat beskyttelsesrespons med kremting og ettersvelg. Rehabiliteringen fortsatte med gradvis opptrening på tykkere konsistenser (IDDSI 3 og 4) og trening knyttet til måltider.

Tredje FEES viste tydelig reduksjon av residual og ingen penetrasjon eller aspirasjon ved testede konsistenser. Ved den fjerde undersøkelsen var svelgefunksjonen betydelig forbedret.

Konklusjon:

Kasuset illustrerte hvordan tidlig oppstart av målrettet og intensiv dysfagirehabilitering, kombinert med gjentatte instrumentelle vurderinger, kan bidra til betydelig bedring av svelgefunksjonen også hos pasienter med alvorlig dysfagi i akutt fase. FEES fungerte som et viktig verktøy for å dokumentere utviklingen, styre rehabiliteringen og tilpasse kostholdsanbefalingene gjennom hele forløpet.

Oppsummering fra arbeidsgrupper

Siste del av nettverksmøtet ble satt av til arbeidsgruppene for gjennomgang av hva hver gruppe har jobbet med det siste året og videre plan.

Klinisk arbeidsgruppe – Gruppeleder Anne Katrine Solberg presenterte arbeid som har vært utført av den kliniske arbeidsgruppen, bestående av:

- Maribeth Rivelrud – Sunnaas sykehus
- Nina Persson Meek – St. Olavs hospital
- Nathalie Thengs Sagland – Stavanger universitetssykehus
- Anne Katrine Solberg – St. Olavs hospital, Lian
- Eli-Anne Kjølberg – Oslo kommune, Forsterket rehabilitering og poliklinisk dagtilbud

Ikke til stede: Stine Jakobsen – Haukeland universitetssykehus, HABU

Arbeidsgruppen har hatt fokus på to hovedprosjekter:

- Kartlegging av hvilke validerte kartleggings- og screeningverktøy som benyttes ved dysfagiutredning i Norge
- Søknad om prosjektmidler gjennom Stiftelsen DAM via programmet Helse, med mål om å utvikle informasjonsbrosjyrer og plakater om dysfagi

Spørreundersøkelse om kartleggingsverktøy

Resultatene fra spørreundersøkelsen viste:

- 45 respondenter besvarte undersøkelsen
- Flertallet arbeidet med voksne pasienter i sykehus, men også logopeder fra kommunehelsetjenesten og de som arbeider med både barn og voksne deltok
- Stor variasjon i arbeidsområder
- Bred spredning i yrkeserfaring, med mange respondenter som hadde arbeidet 6–10 år som logoped

Når det gjaldt hvilke verktøy som brukes i praksis, kom følgende fram:

- MASA var det mest brukte kartleggingsverktøyet blant voksne
- Frenchay dysartritest og Vanntesten var også hyppig brukt
- Det var ikke alltid samsvar mellom hvilke verktøy som brukes mest og hvilke verktøy logopedene var mest fornøyde med
- Mange rapporterte høy tilfredshet med MASA, mens tilfredsheten var lavere for enkelte andre mye brukte verktøy

For arbeid med barn var følgende verktøy mest brukt:

- NOT-S
- Munnmotorisk funksjonsstatus
- EDACS

Også her ble det observert at hyppig bruk ikke nødvendigvis samsvarte med høy tilfredshet.

Tilbakemeldinger fra respondentene

Respondentene trakk blant annet fram følgende behov:

- Flere standardiserte kartleggingsverktøy
- Flere tester tilgjengelig på norsk
- Bedre screeningverktøy til bruk i akutfasen
- GUSS, MASA og Vanntesten ble gjennomgående omtalt positivt

Diskusjon

Presentasjonen ble etterfulgt av diskusjon rundt flere sentrale problemstillinger:

- Er det samsvar mellom hvilke verktøy som brukes mest og hvilke verktøy klinikerne opplever som mest nyttige?
- Påvirkes valg av screeningverktøy av hvilke ressurser og verktøy som er tilgjengelige på arbeidsplassen?
- Hvor viktig er det at kartleggingsverktøy for dysfagi foreligger på norsk?
- Har arbeidsplassene egne prosedyrer, retningslinjer eller protokoller for kartlegging av dysfagi?
- Hvilke verktøy bør være tilgjengelige ved reevaluering av pasienter i kommunehelsetjenesten?

Det ble også diskutert om økonomi kan være en begrensende faktor ved valg av verktøy, blant annet når det gjelder kurs og sertifiseringer som TOR-BSST.

Når det gjelder språk og bruk av kartleggingsverktøy på norsk, ble følgende kommentarer trukket fram:

- Det kan oppstå forvirring rundt forskjellen mellom standardisering og oversettelse av tester
- Selvrapporteringsskjemaer bør være tilgjengelige på norsk for å sikre at pasientene forstår spørsmålene de besvarer
- Enkelte testadministratorer kan oppleve usikkerhet knyttet til spontan oversettelse av instruksjoner fra engelsk til norsk under testing

Prosjekt: Trygg svelging for alle – et informasjonsprosjekt

- Informasjonsbrosjyrer med QR for å skrive ut via nedlastning fra nett, roll-up og div materiell?
- Samarbeid med LHL og brukerrepresentanter derfra
- Forsinkelser i DAMs mottakelse av søknaden. Endringer må gjøres og så sende søknaden på nytt. Søkt om 400 000 kr (reisemidler, illustratør, trykking etc)

Instrumentell arbeidsgruppe – Gruppeleder Martin Brierley presenterte på vegne av gruppa som består av:

- Hanne Jonassen, HUS, Nordås - Instrumentell gruppe
- Joanna Lignell – SNR Hjelseth – Instrumentell gruppe
- Camilla Bomé, Sunnaas – Instrumentell gruppe
- Åse Katrine Andersen – UNN – Instrumentell gruppe

Ikke tilstede: Hogne Jensen – Troms logopedtjeneste

FEES i Norge – status og videre arbeid

- Rask utvikling i hvor mange institusjoner som tilbyr FEES siden arbeidsgruppa ble opprettet
- Spørreundersøkelse sendt til alle i NDN, pluss alle leder for ØNH-klinikker i spesialisthelsetjenesten
- Drøfting av implementeringshindre
- Oversikt over retningslinjer internasjonalt

Spørreundersøkelse:

- 34 responser, hovedsakelig fra sykehus
- 8/10 svarte at de ikke hadde planer om implementering av FEES, men også 8/10 svarte at de kunne henvise videre

“Snublesteiner”:

- Mangel på felles faglig retningslinje, alle må lage egne veiledere som en del av implementeringsprosessen, involverte parter med kritisk blikk
- Økonomi: Utstyr og kursing
- Manglende helsefaglig/særfaglig autorisasjon
- Mangel på opplæringsmuligheter (praktisk skopi)

Internasjonale retningslinjer – likheter og forskjeller:

- Retningslinjene dekker ulike aspekter i ulik detalj, f. eks det tekniske
- Noen retningslinjer er faggruppe-spesifikke, andre er faggruppe-nøytrale
- Må tas stilling til hva som passer den norske konteksten
- Situasjonen i Norge krever egne hensyn i retningslinjene

Hvorfor føringer behøves?

- Felles forståelse av metoder og nødvendig kompetanse, og nødvendige funksjoner i utstyr?
- Trygging av involverte parter mht. faglig forsvarlighet, særlig gitt autorisasjonsproblematikken.
- Hva skal til for å kalle vurderingen en FEES?

Faggrupper: ØNH-leger, logopeder, andre?

- Utdanning
- Relevant klinisk erfaring (spesielt viktig da utdanning og praksis er veldig varierende i Norge)
- Kurs – hvilke anbefales?
- Trening i skopi
- Føringer for fremtidige kurs i Norge (European FEES curriculum – anbefaling fra ESSD for hva et kurs bør inneholde)?

Forhold:

- Forsvarlig lokale
- Tilgang på kvalifisert helsepersonell – hvor umiddelbart og hvilke faggrupper?
- Krav til selve funksjonsvurderingen - utførelse, tolkning, anbefalinger til pasienten?

Ønske om å lage en oversikt over hvor i landet FEES utføres - f. eks på dysfaginettverkets hjemmeside. Inntakskriterier f.eks.?

Avsluttende ord fra styret

På vegne av Dysfaginettverket takker styret for et godt møte på Sunnaas sykehus i år. Avslutningsvis informeres det om følgende:

- Ønske om ny representant fra Helse Nord – er du interessert? Send epost til styret!
- Behov for arbeidsgruppe for videofluoroskopi – interessert? Send epost til Maribeth!
- Neste års møte blir i Trondheim i september 2027