

Referat fra Norsk Dysfaginettsmøte

Bergen, 4.–5. september 2025

Dag 1

Minglerunde – innledende uformell samling med mingling mellom deltagerne.

Arbeidsgruppe 1 – klinisk verktøy og informasjonsmateriell

Deltagere: Nathalie, Anne-Katrine, Maribeth, Stine

- Gruppa har utformet et spørreskjema for å undersøke hvilke kliniske verktøy logopeder som jobber med dysfagi bruker. Skal ev. lage klinisk veiledning for bruk av kliniske verktøy. Spørreskjemaet ble ferdigstilte under møtet.
 - Gruppa har diskutert planer om å utarbeide en plakat og informasjonsbrosjyre om dysfagi for sykehuspersonell/annet personell, eventuelt plakat for voksne/pårørende, samt barn/pårørende:
 - Planer om å lage en egen informasjonsbrosjyre: Informasjon om spise- og svelgevaner (orofaryngeal dysfagi) og påfølgende konsekvenser både medisinsk og psykososialt
 - Lage klistremerker
- Hatt brainstorming til en prosjektsøknad for å søke om midler til plakatene og informasjonsmaterialer
- Gruppa har diskutert videre arbeid med tanke på møtestruktur og arbeidsfordeling

Klinisk undersøkelsesgruppe ønsker to nye medlemmer. Det er ikke et krav at medlem trenger mye erfaring eller forkunnskaper.

Arbeidsgruppe 2 – instrumentell undersøkelse (FEES)

Deltagere: Hanne, Åse-Katrine, Camilla

- Gruppa har valgt å prioritere arbeid med FEES
 - Spørsmål om det er mulig å spørre andre logopeder hvis de ønsker å jobbe med VFS som arbeidsgruppe?
- Fokus på å utarbeide retningslinjer; Gruppa mener at det er vesentlig å ha tydelige retningslinjer for opplæring, tilknytning til medisinske miljø, særlig ØNH. Det overordnede målet er å sikre kvalitet på undersøkelsen. En ønsker å jobber for å etablere FEES på flere norske sykehus for logopeder for å gi bedre tjenester for pasienter med dysfagi. Følgende aspekt har blitt diskutert:
 - Kompetansekrav
 - Begrepsforklaring
 - Protokoll / dokumentasjon
- Gruppa ønsker å få innspill fra privatpraktiserende logopeder om bruk av FEES.
- Videre arbeid:

- Neste møte avtalt i overgang sept/okt.
- Kartlegging av aktuelle kurstilbydere

Den instrumentell arbeidsgruppa ønsker en gruppe som kan jobbe med VFS (trenger fem nye)

Dag 2

Startet med mingling. Det var bra oppmøte med ca. 40 fysiske deltakere og 70 som deltok digitalt.

Foredrag:

Dagen begynte med en glimrende presentasjon av **Overlege Annette Storstein, nevrolog/nevrologisk avd HUS**. Hun ga deltagerne en lett forståelig introduksjon til nevrologi av svelging, diagnosetyper (nevrogene svelgevansker), samt eksempler på typiske svelgevansker med diverse nevrologiske diagnoser som hjerneslag, ALS, PS, MS, hjernesvulst, eldre (frailty det vil si "skjørhet") og demens, i tillegg til typisk anbefaling om bruk av alternativ ernæring (sonde). Dysfagi sier mye om prognosen til pasienter, og etikk er viktig.

Overlege Anders Storesund, lungeavdeling HUS fulgte opp med en utmerket presentasjon som var lett fordøyelig og matnyttig.

Aspirasjonspneumoni-forelesningen var en fin gjennomgang av lungene, både anatomisk og fysiologisk. Storesund utdypet om det varierende bakterielle miljøet i lungene.

- Økt risiko for aspirasjonspneumoni: Eldre, skrøpelighet, nevrologisk sykdom, nedsatt kognitiv funksjon, nevromuskulær sykdom, nedsatt bevissthet, fremmedlegemer (tracheostomi, endotracheostomi tube, nesesonde).
- Medvirkende faktorer om det blir betennelse: Hva består aspiratet av? Kommer det fra orofarynks, magen, eller mat; mengden av aspiratet; hyppighet av aspirasjon; pH (<2,5) kan gjøre stor skade; konsistens; sterilt versus bakterielt.
- Aspirat kan påvirke lungene totalt; både sentral og perifer lungefunksjon.
- Klassifisering av aspirasjonsrelaterte lungeskader:
 - Aspirasjon av fremmedlegeme: Aspirasjon oftest havner i høyre underlapp (Anatomisk årsak: Høyre bronkie har litt mer vertikal stilling, sittestilling spiller en rolle hvor aspirat ender opp).
 - Aspirasjonspneumoni – pneumoni sekundært til bakterieholdig aspirat fra munnhule/øvre GI traktus.
 - Ikke lett å diagnostisere. Risikopasienter er eldre, skrøpelige, multimorbide, nedsatt kognisjon, røyking, alkoholoverforbruk, tidligere aspirasjon, aspirasjon forut for det aktuelle.
 - Symptomer og funn (feber, delir, nedsatt bevissthet, funksjonssvikt, tung pust, rask pustefrekvens og puls, lav metning O2, surkling, knatrelyder/piping i lungene, dårlig munnhygiene. Blodprøver (høye infeksjonsparametre), billeddiagnostikk, ekspektoratprøver, funn av typiske bakterier.

- Nedsatt svelgefunksjon erkjennes ofte først ifm: annen akutt sykdom som affiserer svelgefunksjon; aspirasjonspneumoni; tverrfaglig tilnærming; Logopeden spiller sentral rolle i avvenning trakeostomi. Logopedene der deltar i 80% av tilfeller på lungeavdelingen på HUS. Fysioterapeut (hostemaskin/støtte), KEF (ernæring), farmasøyt (medisiner), lege er alle viktige team for å forebygge gjentakelse av aspirasjonspneumoni.
- Trolig underdiagnostisert, flere pasienter går nok under radaren.
- Aspirasjonspneumonitt – kjemisk pneumonitt; macroaspirasjon av surt mageinnhold, ofte hos pasienter med nedsatt bevissthet (under narkose, overdoser, oppkast under maskebehandling). Kan gi omfattende skade i luftveiene og lungevev. Piping, hosting, tungpusten, hypoksi. Behandling: fjerne aspirat hvis mulig; organstøttende behandling O₂; ikke effekt av antibiotika eller steroider. ¼ del utvikler sekundær bakteriell pneumoni, 15% utvikler ARDS, høy mortalitet.

Take home messages: Hyppig aspirasjon hos eldre, skrøpelige og multimorbide; gir potensielt skade i luftveier og lungevev; aspirasjonshendelser forbundet med dårlig prognose; tverrfaglig tilnærming for å begrense skadene og forebygge nye hendelser.

Kasuistikk: logopeder Unni Cathrine Eiken og Anders Nordeide, samt tidligere pasient

- Mann, 39 år. Tentativ diagnose: virus i CNS. Endelig diagnose: Slag, ponsinfarkt.
- Kliniske funn: Facialisparese, fraværende svelgerefleks, nedsatt sensibilitet i svelg, ingen brekningsrefleks, lite velumbevegelse.
- Tiltak: PEG-sonde, fokus på leppelukke, trykkoppbygging, Mendelson-manøver, kuldestimulering, m.m. Scopoderm-plaster mot sekret. EMST-150 for styrking av utpust og dermed beskyttelse av luftveier
- Hyppig oppfølging på rehab og deretter av privatpraktiserende logoped seks ganger per uke
- Gjennomført både FEES og VFS på HUS underveis i rehabiliteringen for avklaring av grad av kontroll og videre tiltak.
- Langsom progresjon, men pasienten var fullernært per os etter 1,5 år.

Lunsj: Styret orienterte om oppnådd arbeid det siden siste nettverksmøte

Arbeidsgruppene er i gang. Det er noe frafall i gruppene, og det er meldt til nettverket at det er behov for flere logopeder i arbeidsgruppene.

Sted for neste års nettverksmøte er ikke avgjort. Meld inn til styret om du/dere kan arrangere.

Foredrag:

Lege Ingrid Miljeteig, Professor i medisinsk etikk og leder av klinisk etikk-komité i Helse Bergen holdt et meget bra og relevant forelesning med konkrete og praktiske eksempler av etiske situasjoner i klinikken.

Klinisk etikk-komité er et rådgivende organ hvor pasientsaker diskuteres, i tillegg til fokus på formidling og undervisning. En vanlig problemstilling for klinisk etikk-komité dreier seg om

behandlingsbegresning og spørsmål om tvang, som er relevante problemstillinger mange logopeder ofte må forholde seg til i sin arbeidshverdag i møte med alvorlig syke pasienter.

Miljeteig peker på følgende utfordringer som helsearbeidere står overfor og må vurdere når vanskelige beslutninger skal tas:

- Alle valgene er dårlige - gir "moralsk skade"
- Alle valgene er lovlige
- Etske prinsipper/verdier er i konflikt
- Det må tas en beslutning
- Fornuftige mennesker er uenige med hverandre – gode argumenter for/mot flere handlingsalternativer

Dårlig håndtering av etiske problemer kan føre til:

- Uverdigg pasientbehandling
- Konflikter
- Økte kostnader
- Usikkerhet
- Utbrenthet
- Dårlig samarbeid

Moralsk stress: "Du vet hva som er etisk rett å gjøre, men blir hindret fra å handle ut fra dette idealet."

Tre grunnleggende elementer i autonomi:

- Beslutningsevne/kompetanse
- Evne til forståelse
- Frivillighet

En rekke forutsetninger må ligge til rette for at en person kan et autonomt valg:

- Må være beslutningskompetent. Nøkkelspørsmål: "Forklar meg som skjer hvis du ikke sier ja til å gjøre dette inngrepet"
- Hvor kompetente pasienten er til å foreta valg vedrørende egen helse og behandling varierer langs en kontinuerlig skala
- Må ha fått tilstrekkelig med informasjon for å sikre at pasienten har forstått konsekvensen

Logoped Stine Haugen Jacobsen og Fagradiograf Helene Mork-Knudsen

Generelle introduksjon til VFS/dynamisk svelgefunksjon – barn

Jacobsen og Mork-Knudsen fortalte oss om hvordan HUS har gått frem for å etablere VFS-tilbud for barn, og bakgrunnen for behovet.

HUS har etablert et tverrfaglig spiseteam med lege, psykolog, logoped og ernæringsfysiolog hvor en har fokus på å se hele barnet, og hvor en iverksetter tiltak sammen som team. Man har to tverrfaglige spiseteam, hvorav et er rettet gastro, mens HABU har et eget.

Jacobsen og Mork-Knudsen hadde gjennomgang av logopedens, radiografens og radiologens rolle og hadde presentasjon av to kasuistikker.

Overlege ØNH avd. Camilla Martens & logoped HUS Victoria Nava

Funksjonell dysfagi - samarbeid mellom ØNH og logoped

- Funksjonell dysfagi er følelsen av at mat setter seg fast eller passerer unormalt gjennom spiserøret, på tross av manglende funn av strukturelle-, slimhinnerelaterte-, muskulære- eller refluksrelaterte forandringer som kan forklare symptomene. Symptomene forsvinner gjerne ved svelging på mat, men pasienten kjenner på problemet ellers og når de svelger eget spytt.
- Gjennomføre flere undersøkelser for å avdekke funksjonelle aspekter: klinisk laryngoskopi, svelgerøntgen/VFS/ FEES.
- Ofte sammensetning av flere faktorer som for eks; stemmeproblem, stress eller andre psykiske belastninger, angst, globusfølelse, bruker ofte palpasjon som viser øm ved muskelfestene til konstriktor medius, inferior og/eller cricofaryngeus.
- Spenninger i konstriktormusklene. Dette gir en klemst stemmekvalitet pga innsnevring, globusfølelse og smerter. Talestemmen kan bli affisert pga økende spenninger mot bunnen av registeret.
- Kreftbehandling kan også resultere funksjonelle vansker (spenninger). Kan behandles med svelgteknikker, nakkeøvelser, kjeve-/tungeøvelser

Nava gikk gjennom et typisk behandlingsforløp med logoped for denne pasientgruppen med fokus på ulike øvelser og teknikker:

- Samtale
- Svelgeteknikker- og øvelser (f eks. supraglottisk svelg, kraftfullt svelg, tungehold, Mendelsons-manøver)
- Råd for trygg svelging, tilpasning av konsistens og næringsmidler ved behov
- Øvelser for avspenning av nakke
- Øvelser for tunge og kjeve (også tøying)
- Avspenning av constrictormusklene: Blokkeøvelser, sukking/gjeping, fonasjon i rør
- Viktig med fokus på å etablere en hensiktsmessig pusteteknikk

Martens pekte også på andre mulige tiltak dersom behov, ut fra hvordan pasientens problemstilling arter seg:

- Dilatasjon
- Botox
- Spalting av cricopharyngeus
- Injeksjon av hyaluronsyre, fett

Tid og sted for neste norsk dysfaginettsmøte ble ikke avgjort –

Styremedlemmene er åpne for forslag 😊