



Illustration: Prik



**SINE SECHER MORTENSEN**  
 Specialeansvarlig fysioterapeut, Klinik for Tidlig Neurorehabilitering, Regionshospitalet Hammel Neurocenter, Universitetsklinisk for Neurorehabilitering  
[sinemort@rm.dk](mailto:sinemort@rm.dk)



**ANNETTE KJÆRSGAARD**  
 Ph.d., specialergoterapeut i neurorehabilitering, Kompetencecenter for øvre dysfagi, Regionshospitalet Hammel Neurocenter.  
[kompetencecenter.dysfagi@rm.dk](mailto:kompetencecenter.dysfagi@rm.dk)

Foto: Lisbeth Hasager/Justesen



**STATUS OVER FORSKNING OG VANLIG PRAKSIS**

Artiklen beskriver dysfagi hos patienter med neurologiske sygdomme og den tværfaglige indsats overfor patientgruppen med særligt fokus på fysioterapi.



**LÆS OGSÅ**

Interview: Skrøbelige ældre har ofte dysfagi. Side 38



**LÆS OGSÅ FYSIO.DK**

National klinisk retningslinje for øvre dysfagi fra 2015  
[fysio.dk/retningslinje/dysfagi](http://fysio.dk/retningslinje/dysfagi)

# Øvre dysfagi udredning og behandling

Artiklen sætter fokus på den tværfaglige indsats herunder fysioterapi til patienter i neurologien med øvre dysfagi med trakealkanyle

**PATIENTER MED DYSFAGI** har risiko for at få mad eller væske i lufttrøret og derved i lungerne. Kommer maden eller væsken i lungerne, kaldes det aspiration (fejlsynkning), og dette kan give alvorlig pneumoni. Kliniske tegn på øvre dysfagi kan være: Utilsigtet væggtab, hyppige feber-episoder, hosten generelt og i forbindelse med måltider, gentagne pneumonier, ændret stemme, lang tid om at synke en mundfuld, smerter ved synkning, frygt for at synke, atypisk bevægelse af hovedet ved synkning, savlen, besværet eller rallende vejtrækning under måltidet, rømning/hoste, kvælningssforfølelse, spytter mad ud og kaster op under måltidet (1).

Dysfagi hænger nøje sammen med livskvalitet, idet mad og drikke er et af de vigtigste aspekter i vores sociale liv. Smag, nydelse samt det sociale aspekt i at spise og drikke er en vigtig del af livet for alle mennesker. Personer, som har problemer med at spise og drikke, oplever ofte store begrænsninger i deres hverdag.

## Den tværfaglige indsats og fysioterapeutens rolle

Ved øvre dysfagi er det nødvendigt med en tværfaglig indsats, der inddrager sundhedspersoner med relevante kundskaber og kompetencer fra både lægefaglige-, sygeplejefaglige-, terapeutiske-, audiologopædiske- og human ernærings-specialer (1).

I udlandet har logopæderne ofte den centrale rolle i opsporing,

udredning og behandling af patienter med øvre dysfagi. I Danmark er undersøgelse og behandling af klienter med dysfagi og aktivitetsproblemer i forbindelse med at synke-spise-drikke i de seneste 20 år blevet et ergoterapeutisk praksis- og specialistfelt (2,3).

I den højt specialiserede neurorehabilitering i hospitalsregi foregår screening, undersøgelse og individuel specifik behandling i et tæt samarbejde mellem ergoterapeut, fysioterapeut, sygeplejen, læge og logopæd. Fysioterapeuterne supplerer og understøtter ergoterapeutens behandling for øvre dysfagi som f.eks. mundstimulation, ansigtsøvelser, synketræning m.m.

Det er overordentligt vigtigt med et tværfagligt team omkring patienten, så flere facetter omkring dysfagien udredes. Dermed kan behandlingen målrettes mere specifikt og udføres flere gange om dagen i forskellige kontekster, i forbindelse med forskellige aktiviteter og i forskellige udgangsstillinger.

Fysioterapeuter spiller en væsentlig rolle i det tværfaglige samarbejde og er blandt andet med til at vurdere patientens sekretmængde i løbet af døgnet, hostekraft og respiratorisk udholdenhed samt patientens fysiske forudsætninger for at kunne foretage et spontant synk; det vil sige patientens posturale kontrol og evne til at indtage forskellige udgangsstillinger m.m.

Det er desuden ikke alle patienter med dysfagi i Danmark, som ➡

i hverdagen er i kontakt med en ergoterapeut, som kan opdage eller screene/undersøge for dysfagi. Af denne grund er det vigtigt, at også fysioterapeuter har et vist kendskab til denne specifikke problematik.

### Opsporing og udredning

Ideelt bør øvre dysfagi kunne diagnosticeres ud fra en tredelt model (1):

- Opsporing/screening, der afdækker, om der er synke-spise-problemer eller ikke.
- Udredning med en klinisk undersøgelse, der afdækker synke-spise-problemets omfang i detaljer.
- Udredning med en instrumentel undersøgelse anvendes, hvis ikke den kliniske undersøgelse giver et fuldt billede af problemets omfang. Instrumentel undersøgelse giver et objektivt visuelt øjebliksbillede af synkefunktionen.

Specielt fænomenet ”silent aspiration” er svært at afdække klinisk. Silent aspiration er fejlsynkning af f.eks. sekret uden synlige eller hørbare tegn, det vil sige uden f.eks. hoste, som kan føre til gentagne pneumonier.

### Behov for trakealkanyle

Patienter med øvre dysfagi og trakealkanyle eller behov for en har ofte problemer med bortskaffelse af eget mundvand eller har en øget mængde sekret i luftvejene. De har respiratoriske problemer og kan ikke altid selv rense deres luftveje (hoste op og spytte ud/synke igen), hvilket påvirker deres respiration i liggende, siddende og stående stilling (4). Trakealkanyle betyder, at patienten:

- får tilstrækkelig ilt
- har frie luftveje
- får lettere respiration (luften tager den korteste vej gennem kanylen og ikke via mund og næse som normalt)
- mister sin smags- og lugtesans.

Men også faktorer som f.eks. immobilisering, tidligere respiratorisk diagnose (f.eks. KOL) eller tidligere livsstil (alkohol, rygning, overvægt) spiller en væsentlig rolle.

De respiratoriske problemer kan f.eks. være:

- Øget sekret i lunger og luftvejene
- Ændret/ forringet lungefunktion
- Nedsat hostekraft, fx patienter med cuffet trakealkanyle kan ikke hoste sufficient, idet de ikke kan aflukke egne luftveje, som man normalt gør i forbindelse med et host.

Patienter med øvre dysfagi kan ligeledes have ændret motorisk og sensorisk funktion i og omkring mund og svælg. De kan f.eks.

## HVAD ER DYSFAGI

Dysfagi er den overordnede betegnelse for problemer med synkefunktionen. En velfungerende synkefunktion er afgørende for, at mad, drikke og sekret bringes sikkert fra mundhulen gennem svælget og spiserøret til mavesækken med passende frekvens og hastighed. Synkefunktionen opdeles i mundhulens-, svælgets- og spiserørets synkefunktion og afgrænses til funktioner i alle strukturer fra læber til nedre øsofageale spiserørmuskler. Øvre dysfagi er relateret til mund og svælg, mens nedre dysfagi er relateret til spiserør og mavesækken. Øvre dysfagi nedsætter synkesikkerheden og/eller synkeeffektiviteten. Nedsat synkesikkerhed kan medføre nedsat luftvejsbeskyttelse og dermed fejlsynkning af mad og drikke til luftrør og lunger (aspiration). Nedsat synkeeffektivitet kan medføre nedsat bearbejdning og transport af mad og drikke samt rensning af mundhulen (5,1).

Dysfagi giver anledning til to grupper af klinisk relevante komplikationer: Pneumoni (aspirationsbetinget) samt utilstrækkelig ernæring og dehydrering. Dysfagi er associeret med øget risiko for sygelighed og død, reduceret livskvalitet og risiko for social isolation (2).

## HYPPIGHED

Vi ved ikke, hvor mange mennesker der får øvre dysfagi pr. år (incidens), og vi ved heller ikke, hvor stor en andel af befolkningen der lider af øvre dysfagi (prævalens). Det skyldes formentligt den manglende konsensus om, hvordan øvre dysfagi præcist defineres og dermed bedst undersøges. Øvre dysfagi forekommer hyppigt ved apopleksi (25-81 %), andre erhvervede hjerneskader (25-78 %), cerebral parese (CP) (6 %), Parkinson (15-87 %), amyotrofisk lateral sclerose (86 %), demens (19-57 %), multipel sclerose (MS) (24-34 %), neuromuskulære sygdomme (18-86 %), erhvervede cervikale rygmarvsskader (30-40 %) samt hos patienter med hoved-/halskræft (9-67 % før stråle-/kemoterapi og 23-100 % efter stråle-/kemoterapi), og op til 65 % efter kirurgi (1).

have svært ved at mærke sekret og have nedsat bevægelig omkring struben, som gør, at de har svært ved at synke og hoste, hvilket forværrer dysfagien.

Nogle patienter med øvre dysfagi får under indlæggelsen infektioner i luftvejene, hvilket kan føre til pneumoni eller atelektaser. Undersøgelser viser, at 30-50 % af senhjerneskadede patienter får pneumoni ved respiratorbehandling i akutfasen (6).

### Dekanylering og af-cuffning

Under udarbejdelsen af den nationale kliniske retningslinje for øvre dysfagi (1) var et af de fokuserede spørgsmål, hvorvidt der bør anvendes en systematisk tværfaglig indsats til patienter med cuffet trakealkanyle og øvre dysfagi med henblik på hensigtsmæssig fjernelse af cuff (af-cuffning) og eventuel dekanyle (komme af med kanyle). Det var ikke muligt at finde evidens på området, så svaret er baseret på anerkendt klinisk praksis og svaret er: *Ja, det er god praksis at overveje at anvende en systematisk tværfaglig intervention til patienter med cuffet trakealkanyle og øvre dysfagi med henblik på en hensigtsmæssig og sikker afcuffning og eventuel dekanyle (1).*

Litteratursøgningen viste, at den cuffed trakealkanyle i sig selv kan påvirke synkefunktionen i negativ retning på grund af fikseret hovedstilling, ubehag ved synkning, ændret åndedrætsmønster, svækket hostekraft, nedsat sensibilitet, øget sekretdannelse som følge af fremmedlegemet, øget infektionsrisiko, nedsat aktivering af stemmelæberne (ingen verbal kommunikation på grund af cuffet trakealkanyle). Samt at kanylen er en kosmetisk gene for patienten. Disse faktorer bør tages i betragtning, når man behandler en patient med en cuffet trakealkanyle (1).

Det er vigtigt, at alle relevante kompetente fagpersoner inddrages i beslutningen om af-cuffning og eventuel dekanyle, og at der er opmærksomhed på, at det er en længerevarende proces for patienten. Ligeledes bør der være lokale retningslinjer for, hvilke tværfaglige tiltag patienten tilbydes som behandling under af-cuffningsprocessen (1).

Når en patient har en trakealkanyle på grund af øvre dysfagi, er målet altid, at patienten kan dekanyles (2). Under denne afvænningsproces udarbejdes en tværfaglig handleplan af ergoterapeut, sygeplejerske og læge.

Fysioterapeuterne præsenterer deres observationer, når planen drøftes og evalueres i det tværfaglige team. Inden dekanyle er det vigtigt at sikre sig, at patienten ikke længere har øvre dysfagi, der kan forårsage pneumonier og yderligere infektioner, hvilket kan være fatalt for disse ofte fysisk svage patienter (1).

## TRAKEALKANYLER

Trakealkanyle er ofte glat, men hos patienter med svær dysfagi og risiko for aspiration er der ofte behov for anlæggelse af en cuffet trakealkanyle, der er forsynet med en lille ballon omkring trakeal-kanylerøret, som pustes op, således at cuffen minimerer mængden af aspireret sekret i de dybere luftveje (1). Patienter, der har behov for en cuffet trakealkanyle har ofte forskellige neurologiske udfald og meget nedsat vågenhed (vegetative eller minimalt bevidste patienter) eller har følger efter kirurgi- eller strålebehandling ved hoved-halscancer.

### Fysioterapeutens rolle på Hammel Neurocenter

På Regionshospitalet Hammel Neurocenter er der 16 rehabiliteringspladser for patienter med en cuffet trakealkanyle (seks sengepladser på intensiv afdeling i Silkeborg og 10 sengepladser på klinik for tidlig neurorehabilitering Regionshospitalet Hammel Neurocenter). Patienterne overvåges via monitor i forhold til deres iltmætning, puls m.m. døgnet rundt.

Fysioterapeuterne har det primære ansvar for behandlingen af respiratoriske problemer og samarbejder tæt med sygeplejen, lægerne og logopæderne. Lungefysioterapien har fokus på sekretløsning, lungefunktion, hostekraft og mulighederne for spontane synk, der vurderes, når patienten udredes for dysfagi. Den fysioterapeutiske behandling sigter mod:

- Sekretløsning (via mobilisering; det vil sige stillingsændringer, f.eks. rygleje til maveleje, liggende til siddende, siddende til stående).
- Øge lungefunktionen og lungevolumen (mindskede atelektaser via f.eks. Bi-pap, C-pap, PEP).
- Cleare egne luftveje; øge hostekraften og fjerne sekret fra luftvejene og svælget (via cough assist (hostestøtte), inspiratorisk muskeltræning (IMT)) (6).

### Postural kontrol og siddende balance

Med begrebet postural kontrol menes evnen til at kontrollere kroppens stilling og stabilitet i relation til det omgivende rum. Dette ➡

fordrer et komplekst samspil mellem muskuloskeletale og neurale systemer i forskellige udgangsstillinger og bevægelser og i forbindelse med forskellige ydre forstyrrelser. Formålet er blandt andet at holde tyngdepunktets vertikale projektion inden for understøttelsesfladen (7).

Det er vigtigt, at patienterne har en god siddende balance, når de skal spise og drikke. Mange ældre mennesker og patienter med neurologiske lidelser har funktionsnedsættelser, som gør, at den siddende balance forringes. Det kan være pareser, ossøse fejlstillinger

---

## VIGTIGE TEGN PÅ DYSFAGI

- Savler
- Spytter mad og/eller væske ud
- Har behov for hjælp til at spise og drikke
- Hoster i forbindelse med indtagelse af mad og/eller drikke
- Har problemer med at få vejret i forbindelse med indtagelse af mad og/eller drikke
- Har en våd stemme/rallende vejrtrækning efter synkning af f.eks. sekret

---

## INSTRUMENTELLE UNDERSØGELSESMETODER

### Fiberoptisk Endoskopisk Evaluering af

**Synkefunktionen (FEES):** lille slange med kamera føres gennem næsen for at visualisere primært den faryngeale fase (svælget) før og efter synkning.

### Funktionel Videoradiologisk Evaluering af

**Synkefunktionen (FVES):** en røntgenundersøgelse, der visualiserer oral-, faryngeal- og øsofageal fase før, under og efter synkning.

---

m.m. (8). Derfor er den fysioterapeutiske træning af patientens siddende balance og alignment i kroppen vigtig. Hvis patienten har en dårlig postural kontrol, kan det være nødvendigt at understøtte den siddende stilling med puder, så patienten sidder mere stabilt i forbindelse med måltider, og når patienten blot skal sidde og slappe af.

### Alignment

Trakealkanyler er fremstillet til personer med normal postural kontrol. Hvis patienten har en asymmetrisk hovedstilling eller kropstilling, vil trakealkanylen som oftest komme til at røre væggen i trakea og dermed udløse irritation og hoste. Nedsat stabilitet i hoved eller krop kan også gøre det vanskeligt for patienten at slappe af i nakke og hoved, hvilket er en forudsætning for bedre at kunne synke.

Det kan være nødvendigt i forbindelse med træningen at støtte patienten med et bord, væg, armlæn, faste lejringspuder eller specialkørestol, så han/hun kan opretholde en kropstilling med god alignment. At patienten er i alignment har stor betydning for, om synket faciliteres eller opstår spontant, og ikke mindst hvordan synket føles for patienten (6).

Fysioterapeuten vurderer patientens hoved- og kropskontrol i liggende, siddende og eventuelt stående stilling og foreslår hensigtsmæssige udgangsstillinger, når patienten skal træne synkning eller tale med ergoterapeut eller logopæd. Såfremt patienten er ustabil i stående og siddende, trænes den posturale kontrol generelt med f.eks. liggende og siddende øvelser, rejse/sætte sig eller stand-/gangtræning. Des bedre posturale kontrol des lettere har patienten ved at indtage udgangsstillinger, der kan være med til at facilitere spontane synk (6).

Muskelspændinger og eventuelt ændret muskeltonus i hals-, nakke- og trunkusmusklerne kan have indflydelse på øvre dysfagi og den holdning, patienten indtager, når denne skal synke og stimuleres til synk.

Fysioterapeuten er med til at normalisere muskeltonus og muskulær- og neural elasticitet i området omkring nakke, hals og skulderåg. Ligeledes kan lejringerne i forbindelse med behandlingen kræve, at vi deler vores viden om postural kontrol og musklernes specifikke funktion med de tværfaglige samarbejdspartnere, så patienten får en optimal tværfaglig behandling for dysfagien.

### Positionering

Fysioterapeuten har også en rolle i forhold til lejringer/udgangsstillinger, stillingsændringer eller mobilisering af patienterne med henblik på påvirkning af respirationen, også kaldet positionering ➡➡

(6). Der er god evidens for positionering, der dermed er essentiel i behandlingen af respiratoriske problemer hos senhjerneskadede patienter. Positionering kan være konventionel eller neutral positionering (9). Siddende og stående udgangsstilling letter lungernes arbejde og øger lungevolumen. Stillingskift mellem f.eks. rygliggende, maveliggende, siddende og stående stilling er med til at løsne sekret i lungerne og måske fremkalde et spontant host, så sekretet kan komme op af lungerne. Mindre sekret og mindre mundvand gør det lettere for patienten at træne synkefunktionen.

Det har i praksis vist sig, at jo mere aktiv patienten er i løbet af døgn, jo større chance er der for bedring af den øvre dysfagi. Hvis f.eks. patientens vågenhedsgrad og arousal i stående og siddende øges, synes chancerne for spontane synk at øges.

Liggende udgangsstillinger anvendes indimellem til patienter med lav postural kontrol eller patienter med forhøjet muskeltonus f.eks. i nakke/halsregionen. I den liggende stilling har patienterne mulighed for at slappe af omkring hals, nakke og svælg, hvilket gør det lettere at synke. Det er vigtigt, at fysioterapeuten kan finde en lejring, hvor patienten ligger afslappet med en god balance, f.eks. i sideleje.

### Længerevarende behandlingsbehov

Patienter med øvre dysfagi har ofte brug for længerevarende træning og behandling for deres synkeproblemer. Nogle patienter får det bedre efter nogen tid, andre får flere dysfagi-problemer, i takt med at de bliver ældre, eller den neurologiske lidelse forværres.

Fysioterapeuter i primærsektoren, der har patienter, som tidligere har været i behandling for øvre dysfagi på sygehuset, skal være opmærksomme på en eventuel forværring af tilstanden, der kan føre til udvikling af pneumoni. Det kan være nødvendigt, at man i kommunalt regi fortsætter og understøtter tidligere behandling på sygehuset. I den forbindelse er det hensigtsmæssigt at rådføre sig med kolleger på hospital, ergoterapeuter i kommunen og med den praktiserende læge. ●

## DEN TVÆRFAGLIGE ROLLEFORDELING

---

### Fysioterapeuten

- Positionering
- Alignment
- Træning af postural kontrol
- Respiration
- Beskyttelse af luftveje – rømme sig/hoste

### Ergoterapeuten

- Udgangsstillinger (trunkus/bækken/hoved og nakke)
- Mad og drikke med modificeret konsistens
- Genindlæring af vaner/adfærd omkring måltidet (f.eks. reducere hurtig spisning)
- Teknikker til at understøtte sikker synkning, nedsætte risiko for aspiration/pneumoni
- Inddragelse af ADL-aktiviteter f.eks. tandbørstning
- Hjælpemidler i relation til spise/drikke
- Vejledning af pårørende/tværfaglige team i relation til synke/spise
- Specifik oral-motoriske øvelser af f.eks. tunge, blødgane, kinder, læber, mundbund, tungeben

### Sygeplejersken

- Ernæring
- Mundhygiejne

### Talepædagog

- Åndedræt
- Udadgående luft (lyde, stemme, tale)
- Non-verbale kommunikation

### Diætist

- Ernæring (konsistens)

### Læge

- Ernæring



Download referencelisten fra den elektroniske version af artiklen på [fysio.dk](http://fysio.dk)