

**Norsk dysfaginettkonferanse årlig møte
Ved OUS – Ullevål 12. og 13. september 2024**

Arrangørene var logopeder fra Ullevål sykehus (**Anna Martin, Anne-Linn Kristiansen, Therese Senneset**) Lovisenberg sykehus (**Martin Brierley**) og Kalnes sykehus (**Anika Kristiansen**) satt sammen to imponerende dager med svært relevant og nyttig fagstoff, spesielt for logopeder som har arbeidsplassen på sykehus.

Det var 33 og 27 fysiske deltagere henholdsvis på dag 1 og 2, samt ca. 25 digitale deltagere på begge dagene. Fire leverandører av FEES (fiberoptisk endoskopisk evaluering av svelg)-utstyr i Norge takket ja til å vise frem og bruke deres utstyr på dag 2 av nettverksmøtet, hvorav tre valgte å delta begge dager for å lære mer om dysfagi.

Torsdag 12 september - trakeostomi.

Første dagen startet med introduksjon til perkutan og kirurgisk trakeostomi av overlege på medisinsk intensiv, **Anne Haug** og kjevekirurg **Fredrik Platou Lindal** fra kjeve- og ansiktskirurgisk avdeling på Ullevål.

Dr. Haug åpnet sin presentasjonen med en tydeliggjøring på forskjellen mellom terminologien trakeostomi og trakeotomi.

- Trakeotomi er prosedyren/inngrep der man lager hull/snitt i luftrøret
- Trakeostomi er selve åpningen i luftrøret på halsen.

Begge presentasjoner hadde grunnleggende innhold med anatomi av øvre luftvei og vanlig plassering av perkutan trakeostomikanyler kontra en kirurgisk trakeostomi, mtp plassering i forhold til cricotyroidbrusken, indikasjoner for perkutan vs. kirurgisk trakeostomi, og forskjell mellom perkutan og kirurgisk trakeostomi. Dr. Haug hadde eksempler på ulike typer kanyler som deltagerne kunne ta på og undersøke. Begge leger hadde bilder og videoer av trakeotomiprosedyre, noe som var veldig nyttig for deltagerne. En trakeotomiprosedyre tar ca. 30 minutter.

Harriet Akre, øre, nese, halslege på Otorhinolaryngology, Head and Neck Surgery avdeling, ved OUS, og professor i klinisk medisin på UiO, presenterte om trakeostomi hos barn. Det gjennomføres trakeostomi på rundt 12 barn i året, de fleste i nyfødt periode. Flere av indikasjonene for trakeostomi hos barn var lignende de hos voksne; øvre luftveisobstruksjon, langvarig respiratorbehandling, aspirasjon, beskyttelse av luftveiene, og behov for suging/rengjøring av nedre luftveier. På grunn av svært små forhold er det vanskelig å intubere småbarn, dermed er det en fordel med trakeostomi. Det gir også mulighet for å snakke og spise. Trakeostomi hos barn er alltid kirurgisk. Det er ikke mulig å ha innkanyler pga størrelsen på anatomien hos småbarn. Dr. Akres presentasjon var også støttet med illustrative bilder og videoer.



Etter lunsjpausen fikk deltagerne en digital presentasjon fra internasjonalt kjente Speech and Language Therapist (SLT/logoped), **Sarah Wallace**. Sarah er mest kjent grunnet hennes pionerarbeid innen kritiske syke pasienter, og hun er en spesialist innen strupehodedysfunksjon og dysfagi hos trakeostomipasienter, ved Manchester University NHS Foundation Trust (MFT). Hun er også ledende SLT for National Tracheostomy Safety Project, Intensive Care Society (ICS), og er spesialistrådgiver for kritisk pleie og dysfagi for Royal College of Speech and Language Therapists (RCSLT).

Sarahs presentasjon dekket bakgrunnen for laryngeale issues (strupehodedysfunksjon), påvirkningen på pasienter, behandlingsmuligheter og fordeler av strupehoderehabilitering for pasienter.

Presentasjonen belyste kompleksiteten av strupehodet ved å gjennomgå flere av strupehodets funksjoner; snakking, svelging, luftveisbeskyttelse ved glottisk rensing, og pust, via øvre luftveier. Logopeder som jobber med trakeostomipasienter må tenke på alle disse aspektene. I tillegg, er det mange pasienter som ikke har intakte strukturer, som f.eks. de som er behandlet for munn/halskreft.

Ms. Wallace la vekt på at det er viktig å starte tidlig med trakeostomiavvenning, og vurdering av dysfagi. Man må være mer proaktiv med disse pasientene for å stimulere sensorikk i larynks, og stimulere svelgefunksjon. Trakeostomi danner sekret og de sensoriske aspektene av svelging er viktig å forstå: stille aspirasjon, sekretoppbygning, redusert toleranse for cuffdeflasjon, og irritabel hoste (hypersensibilitet, må bringe dem tilbake til normalen). Nøkkelen er å ha cuffen deflatert når man skal re-etablere sensasjon i strupehodet og dette er best gjennomført ved å visualisere hva som skjer, med FEES.

Klinisk svelgevurdering; kliniske tegn på dysfagi hos trakeostomerte pasienter, er lik som hos andre pasienter – heshet, våt stemmekvalitet, bulbære (hjernestamme) problemer, overflødig sekret, med mere. FEES er essensielt for å visualisere strupehodet, åpenhet mot luftveiene, sekret, svelgesikkerhet, og gir tverrfaglig team informasjon om avvenningsplaner, som i tur kan hindre for tidlig dekanylering.

Kun instrumentelle metoder for å oppdage stille aspirasjon kan gi adekvat informasjon for å vurdere oral matning med inflatert cuff. GEBYR-prosedyre hos trakeostomipasienter: hva skal jeg teste, taleventil på/av?, overvåke HR, RRm O2, sug, annet personale, familie. Laryngeal arytenoid refleks (LAR) er vesentlig for å beskytte luftveiene. Pasienter med nedsatt LAR har risiko for penetrasjon/aspirasjon på rester, og er 6.8 ganger mer utsatt for pneumoni (lungebetennelse).

Laryngeal dysfunksjon er vanlig ved trakeostomi, og rehabilitering må starte tidlig, helst med en gang pasienten er våken etter prosedyren. Granulomer kan forhindre stemmebåndene fra å lukke seg. Stenose fikserer stemmebåndene gradvis. Man vil generelt ha en stemme, men vil ikke være i stand til å dekanyles, med mindre ØNH kan dilatere åpningen av luftveiene.

Eksempler på behandlingsalternativer kan være å gjenopprette luftstrømmen (deflatert cuff, above cuff vocalisation via subglottisport, nedtrapping med sensomotorisk trening (svelgeøvelser, terapeutisk svelging, EMST), eller medisiner (sekresjonsbelastning, optimalisering av PPI).

Oppsummering Sarah: Tidlig logopedisk intervensjon fasiliterer tverrfaglig samarbeid, gjenvinne stemmefunksjon, humanisering av omsorg, målrettet dysfagibehandling, tidligere trygt oralt inntak, sikrere avvenning og dekanylering, forbedret funksjonelt resultat og økt livskvalitet.

Referanser:

Borders, J.C., Fink, D., Levitt, J.E. et al. Relationship Between Laryngeal Sensation, Length of Intubation, and Aspiration in Patients with Acute Respiratory Failure. *Dysphagia* 34, 521–528 (2019). <https://doi-org.ezproxy.ub.gu.se/10.1007/s00455-019-09980-1>

Newman, H, Clunie, G, Wallace, S, et al. What matters most to adults with a tracheostomy in ICU and the implications for clinical practice: a qualitative systematic review and metasynthesis. *Journal of Critical Care*. Volume 72, December 2022. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2022.154145>

Marit Viravong, spesialfysioterapeut ved medisinsk klinikk på Ullevål sykehus, holdt et innlegg om tverrfaglig avvenning fra trakeostomi. Hun er spesialist i hjerte- og lungesykepleie, med i et tverrfaglig WeanTeam, som har en plan om å jobbe med en avvenningsprotokoll, etter hvert.

Hun snakket om optimalisering av pasientens V/Q-match etter behov, og diagnostisering av selve problemet: oksygeneringsproblem, ventileringsproblem, atelektaser, sekretstagnasjon, og/eller dårlig hostekraft.

Avvenning deles inn i tre typer: enkel avvenning (ca 80%) første forsøk uten problem, vanskelig avvenning, opp til 3 spontane pusteprøver eller 7 dagers avvenning etter første spontane pusteprøve, og langvarig avvenning.

Viravong tok også opp et viktig poeng, nemlig «humanizing» av pasientene. Få dem ut av sengen, og husk at de er en del av teamet.

På slutten av torsdagen var det satt av god tid for diskusjon.

Fredag 13. september – Tema: Fleksibel endoskopisk evaluering av svelgevansker (FEES)

Anne-Linn Kristiansen, logoped ved Ullevål sykehus startet dagen med en kort introduksjon om FEES. Seksjon for logopedi ved OUS begynte opplæring og trening med FEES for to år siden, og i dag er det tre logopeder som skoperer jevnlig. Målet er at alle logopedene ved OUS skal være kyndige i FEES.

Det ble lagt fram en kortversjon av historien til prosedyren, statistikk på sikkerheten i gjennomførelsen fra litteratur, og også en sammenligning med videofluoroskopisk undersøkelse av svelgefunksjon – når man har behov for det ene eller det andre.

Det neste på prammet var tre kaspresentasjoner med FEES-videooptak

1. Joanna Lignell, logoped, Molde sykehus

Joanne har gjennomført FEES fra 2020 sammen med ØNH, selvstendig FEES på ØHN Molde siden 2024. Joanne spesifiserer at ØNH er spesialister i å bruke utstyret, men er ikke kjent med utredning av OD med FEES. Hun anbefaler at andre logopeder som ønsker å jobbe med FEES forsøke å bygge relasjoner med ØNH. Dette har gitt henne veldig verdifullt samarbeid. I tillegg, kan samarbeide med ØNH bistå til å motvirke negativitet rundt logopeder som skal drive med FEES.

Hun også snakket om hva man må ta hensyn til når det gjaldt kontrastfarger som ble brukt til diverse bolustyper (væske, moset, fast). Hvilken kontrast viser mat og strukturene best: farge, dekningsgrad og opasitet (gjennomsiktighet). Blått, grønt, og hvit alle bra. Dekningsgraden er avgjørende (lav dekningsgrad er vanskelig å se). Opasitet - fløte, mel. Dekning (coating) er viktigste når vi skal kunne vurdere aspirasjon; farge og opasitet er mindre viktig.

Joanna Lignell, Anders Nordeide, og Martin Brierley, hadde hver sin interessante case, med videoer og diskusjon i etterkant.

Etter kaspresentasjonene hadde **Anika Kristiansen**, logoped fra Kalnes sykehus, en presentasjon om bruk av **FEES som måleinstrument ved neurologiske tilstander/FEES fenotyper** der hun introduserte følgende FEES-protokoller:

- FEES-L-Dopa Test for mistenkt eller diagnostisert Parkinson/atypisk Parkinson, eval effekt av levodopa ved dysfagi og langt kommen Parkinson (Warnecke et al., 2010)
- FEDSS (flexible endoscopic dysphagia severity scale) for acute stroke pasienter – scoring 1-6; 1= ingen dysfagi, 2-5 =mild - alvorlig, 6=svært alvorlig (Dziawas et al., 2008)
- FEES belastningstest – Fatigable swallow test (FST) for å påvise belastningsrelatert neurogen dysfagi, tygge og svelge brød spist opp eller ikke.

- FEES belastningstest- Tensilon Test - Tensilon edrophorium chloride -brukes ikke i Norge (Warnecke et al., 2008)
- Standardized Endoscopic Swallowing Evaluation for Tracheostomy (SESTED) (Warnecke et al., 2013)

Nathalie Thengs, logoped, Stavanger universitetssykehus var neste på programmet, og hadde oppgaven å introduserte det nye styret, som inkluderer seg selv, **Bjørn-Thore Vaagan** (St. Olavs sykehus), **Anders Nordeide** (Haukeland sykehus), **Sara Norman** (Nordlandssykehus), **Malin Sinding** (OUS), og **Maribeth Rivelsrud** (Sunnaas sykehus). Hun introdusert også den nyopprettede *Norsk dysfaginetttverk webside* [Norsk Dysfaginetttverk - Helse Bergen HF \(helse-bergen.no\)](https://www.helse-bergen.no/norsk-dysfaginetttverk) som skal være en webside for generell informasjon om dysfagi, og nettverkets aktiviteter.

Nathalie informerte i tillegg deltagerne om hva styret har jobbet med det siste året, samt minnet hun deltagerne om muligheten til å melde seg inn i nettverkets arbeidsgrupper (klinisk og instrumentell utredning). Spørsmål om disse arbeidsgruppene og innmelding kan rettes til en av styremedlemmene via e-post.

Etter lunsj hadde **Martin Brierley** en kort presentasjon med **praktiske FEES tips og tricks** som forberedelse til ettermiddagens FEES workshop. På workshop fikk de deltagerne, som var fysisk tilstede, mulighet til å øve seg på bruk av fleksible endoskop, både på dukker og på hverandre. Fire leverandører (Ambu, Olympus, OrIVision, Storz) stilte opp med utstyr til øvelser med å skopere både dukker og deltagere. Workshopen gav deltagerne en ypperlig mulighet å til å mingle, observere, og å prøve forskjellig utstyr, diskutere prosedyrer, teknikker, osv.

Alt i alt var 2024 Norsk dysfaginetttverksmøte en stor suksess!

Referat skrevet av Maribeth C Rivelsrud og Anne-Linn Kristiansen

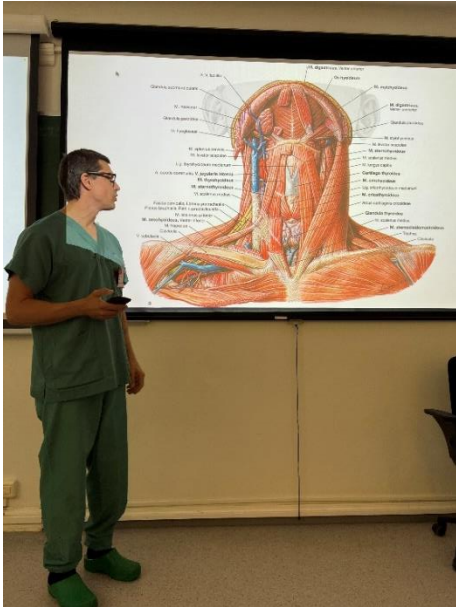


Photo: Anne-Linn



Photo: Anne-Linn



Photo: Maribeth



Photo: Anne-Linn