

Et kvarter med CFD, episode 16:

Dysfagi i en socialpædagogisk sammenhæng

Bettina

Velkommen til Et kvarter med CFD. Vi har i dag inviteret Ditte Bosse, som er ansat i Sociale Tilbuds tværfaglige team. Velkommen til, Ditte.

Ditte

Tak.

Bettina

Du er jo uddannet ergoterapeut, og så har du været ansat i CFD i to år snart. Hvad er det for nogle opgaver, du løser som ergoterapeut i CFD Søborg?

Ditte

De opgaver, jeg løser her til hverdag, det er vedligeholdende træning med borgerne, altså fysisk træning heroppe i terapien. Og så har jeg nogle opgaver omkring dysfagi, omkring hjælpemidler og ansøgninger.

Bettina

Og det er jo faktisk lige præcis dysfagi, som er temaet for denne udgave af Et Kvarter med CFD, så det skal vi tale rigtig meget mere om. Hvad ved du egentlig om dysfagi?

Ditte

Efterhånden ved jeg jo en del om dysfagi. Det er et meget bredt emne, kan man sige, og det kan se ud på rigtig mange måder hos forskellige mennesker. Og der er mange forskellige årsager til, at man får dysfagi, og der er flere forskellige ting, man kan prøve at stille op, hvis man har dysfagi.

Bettina (faktaboks)

Dysfagi er den medicinske betegnelse for synkebesvær. Det kan påvirke evnen til at spise og drikke sikkert og effektivt, og det kan føre til fejlsynkning, fejlernæring og dehydrering. Op til 90 % af mennesker med CHARGE, autisme eller cerebral parese har dysfagi. Og blandt ældre på plejehjem anslås det, at tallet er omkring 70 %. Der kan være mange symptomer på dysfagi. For eksempel hoste eller rømmen ved måltider, følelse af mad, der sidder fast i halsen, uforklarligt vægttab, langsom spisning og træthed under måltidet, og gentagende lungebetændelser, som skyldes fejlsynkning.

Bettina

Og så er vi jo måske så heldige – det er ikke helt sikkert endnu – men vi arbejder jo på at komme med i et forskningsprojekt, som har præcis med dysfagi at gøre. Kan du fortælle lidt mere om projektet?

Ditte

Jeg har et samarbejde med en forsker fra Aalborg Universitetshospital, Dorte Mellegaard. Vi vil gerne have noget mere evidens på området dysfagi for denne her målgruppe: voksne mennesker med udviklingshandicap, fordi al evidens, vi læner os op ad, er lavet på apopleksipatienter, altså mennesker, som har haft hjerneblødninger eller blodpropper. Og der mangler evidens på det område her.

Bettina

Og hvad forestiller I sådan er forskellen på de to grupper?

Ditte

Jamen altså, den helt klare forskel, det er især, hvordan man griber dysfagien an. Jeg har en forventning om, at vi har en meget, meget høj – hvad hedder det – prævalens af dysfagi her på CFD. Og når man skal behandle dysfagi i den her målgruppe, så kan de mennesker her ikke nødvendigvis modtage den samme behandling, som andre patienter kan. Så den store forskel, det er, hvordan vi griber det an, når man har fået en dysfagivurdering, en dysfagidiagnose.

Bettina

Så det, I vil, er gerne at have mere evidens, siger du. Hvordan er der lagt sådan en plan for, hvordan sådan et projekt kunne udvikle sig, og hvor mange borgere I skal have igennem, for at I kan nå et niveau, hvor I faktisk kan se noget, som er betydeligt?

Ditte

Ja, altså vi vil jo gerne have så mange som muligt med, og gerne alle de mennesker, som er tilknyttet CFD's sociale tilbud. Så vi kommer over de 100 deltagere, det vil vi rigtig gerne have. Det bliver som sagt et prævalensstudie, så det er at afdække, hvor mange mennesker i denne her befolkningsgruppe, som CFD arbejder med, der har dysfagi.

Så det vil forhåbentlig kunne betyde, at man kan lave noget statistik, så man, når man får en ny beboer, kan sige, at han eller hun måske har CP, og der er de og de – hvad hedder det – funktionsnedsættelser og udfordringer, så har vi en ret stor risiko for, at vedkommende også har dysfagi, og så kan vi allerede, inden et menneske bliver meget undervægtigt eller får nogle andre komplikationer, gøre noget inden da.

Bettina

Hvordan får du som ergoterapeut her på CFD mistanke om, at nogen kan have dysfagi?

Ditte

Altså, hvis ikke der er nogen, der puffer til mig og siger, jeg har en beboer her, som hoster enormt meget, når vedkommende spiser, så bevæger jeg mig jo lidt rundt på matriklen, når jeg for eksempel skal hente en borger til træning, eller går forbi caféen og ser måske ud af øjenkrogen, at der er nogen, som sidder og har lidt våde øjne eller nyser, eller nogen, der snakker om, at en beboer er blevet tynd, eller funktionsniveauet er dalet. Så er det, at jeg stiller mig ind og siger, at jeg skulle virkelig kigge på, om der er nogen problemer med at spise eller drikke eller måltidet i sig selv.

Bettina

Og hvordan laver du så den observation?

Ditte

Jeg har et redskab, som hedder MEOF, som er sådan et redskab, hvor man tjekker af, som er simpelthen et valideret redskab, og man kommer simpelthen igennem hele måltidet. Alt fra hvordan en person fører gafflen fra maden op til munden, og hvordan tungen arbejder inde i munden, og hvor meget spild der er, mens man tygger, eller hvor meget mad der er tilbage i munden efter et synk.

Og ved at holde sig til sådan et redskab, så er man sikker på at komme hele vejen rundt – både før, under og efter. Selve synket, som mange jo egentlig tænker er det, som er dysfagi, altså problemer med at synke. Men det kan være så meget andet.

Bettina (faktaboks)

MEOF står for Minimal Eating Observation Form. Det er en test, hvor man sidder og observerer personen for ni konkrete spiseproblemer fordelt på tre hovedområder. Det første hovedområde er indtagelse, altså hvordan personen sidder, håndterer maden og får den ind i munden. Det andet hovedområde er synkning – hvordan maden bearbejdes i munden, synkes, og hvordan mundens tilstand er. Og det sidste observationsområde, det er energi og appetit, altså om personen spiser nok, har energi til selve måltidet og viser appetit.

Bettina

Men det vil sige, at det, at en sidder og stikker til maden, eller som du siger, får hosteanfald, når de spiser, det er sådan set nok til, at du tænker, lad os observere lidt her og se, om ikke... Også hvis man, som du siger, bliver meget tynd, eller man pludselig ikke rigtig bevæger sig så meget, som man gjorde engang, så kan det selvfølgelig være, fordi kroppen simpelthen ikke får nok næring.

Ditte

Det kan det sagtens. Og de mennesker, som vi arbejder med her, de har som regel meget ringe – eller for nogens vedkommende ingen – sygdomsindsigt eller sygdomserkendelse. Så det er jo ikke nogle mennesker, som råber op og siger, hey, der er et eller andet galt her, der er noget, der er anderledes end det plejer. Eller de mennesker, som er født med noget, som betyder, at de har

dysfagi. Det er ikke noget, de selv kan erkende, at der kan gøres noget ved. Så der bliver vi nødt til som fagpersoner rundt om dem at være rigtig opmærksomme. Og så hellere lave en udredning for meget end en udredning for lidt, for at kunne fange alle dem, som måtte sidde og have nogle problemer.

Bettina

Og hvordan er det så, at du samarbejder med det pædagogiske personale her i CFD om præcis de her ting? For du er der jo ikke til alle måltider.

Ditte

Nej, det er jeg ikke. Men jeg har et generelt rigtig fint samarbejde med det pædagogiske personale. Og nogen ved jo lige præcis, hvad det er, de skal kigge efter. For eksempel, at måltidet tager enormt lang tid, eller de synes, at det ser anderledes ud, når en beboer tygger, så kan de komme og hive fat i mig.

Og det er det pædagogiske personale, som ikke nødvendigvis har en mistanke om, at der ligger en dysfagi hos en borger, men at jeg ad andre veje får nys om det. Og for udredte borgere er de jo som regel rigtig glade for de resultater, der kommer, fordi det kan betyde for en beboer, at de kan spise noget mere mad, få noget mere næring, få en bedre trivsel generelt – hvis ens kropslige funktioner bedres, vil ens generelle trivsel som regel også gøre det.

Bettina

Og det er jo i hvert fald noget, det pædagogiske personale kan få øje på.

Ditte

Lige præcis.

Bettina

Altså, hvordan træner man sådan noget? Nu siger du selv, at der er jo udviklingshæmning blandt borgerne her i CFD, så hvad kan du gøre? Hvad kan du sætte dem i gang med?

Ditte

Langt de fleste her på matriklen har ikke kognitiv formåen til at lave decideret styrketræning for synket eller de her forskellige typer af kompenserende strategier med at synke på nogle bestemte måder. Så her på matriklen er det for det meste kostkonsistenser, jeg rådgiver omkring.

Nogen bør få en blød konsistens af mad, altså hvor man ikke har stegeskorper, og man har ikke de her sprøde elementer, som er pynt på sit rugbrødspålæg. Og nogen vil måske have bedre af at spise en gratinkonsistens eller helt ned i en cremet konsistens. Det er for det meste det, som jeg vejleder til at skrue på. Og så selvfølgelig specialbestik og omgivelser og skærmning og sådan noget.

Bettina

Ja, fordi det, du siger, det kan også influere på, hvad der foregår, når der spises.

Ditte

Ja, der er mange, som simpelthen enten bliver meget udtrættet af at sidde nede i caféen blandt 40-50 andre mennesker, eller nogen, som måske slet ikke kan få øjnene fra, at der sker noget rundt om dem, så de simpelthen glemmer at spise.

Bettina

Jeg ved, at du og Dorte faktisk også ser lidt på det her med, at her i CFD er det jo mennesker, der er døve, som bor. Det vil sige, at de ikke bruger munden lige så meget som vi andre, der taler med munden.

De taler naturligvis med hænderne. Men hvor jeg også tænker, at det måske faktisk også kan spille ind på muskulaturen i munden og dermed også evnen til at spise og synke.

Ditte

Ja, det regner vi med. Vi har jo nogle forventninger om, hvad resultaterne vil vise, og vi forventer, at mennesker, som er døve med komorbiditet, altså med andre handicaps, vil have en større prævalens af dysfagi end tilsvarende mennesker, som ikke er døve. Altså, hvis du har CP, hvis du har cerebral parese, så har du en risiko på op mod 80-90 procent for at have dysfagi. Og vi regner med, at hvis du oven i din CP er døv, er risikoen faktisk større. Fordi netop muskulaturen ikke bliver motioneret på samme måde.

Bettina

Det er vanvittigt spændende det her, og som jeg har hørt fra dig ude omkring, så er det faktisk også noget, der optager de forskellige fagmiljøer og botilbud her i CFD. Så det er jo rigtig dejligt og heldigt for os, at vi har dig, Ditte, med den viden og ekspertise, som du har.

Tiden er ved at være løbet fra os, sådan et kvarter med CFD, det går stærkt.

Ditte

Det går stærkt.

Bettina

Det går stærkt, ja. Så jeg vil høre dig: Hvad skal du afsted at lave nu?

Ditte

Først skal jeg have lidt frokost, og så skal jeg lave en hjælpemiddelansøgning.



Bettina

God fornøjelse med det.

Ditte

Tak skal du have.

Bettina

Og tusind tak, fordi du kiggede forbi.

Ditte

Velbekomme.

Bettina

Det var alt for denne udgave af Et kvarter med CFD. Hvis du vil vide mere om dysfagi og det arbejde, som vi laver her i CFD, så kan du kontakte Ditte på mail på dibo@cfd.dk.

Vi håber, du vil lytte med igen næste gang. Du kan finde vores podcast de steder, hvor du normalt finder podcasts. Ellers kan du holde øje med vores Facebook-side og vores hjemmeside. Her lægger vi alle episoder ud. Og hvis du synes om det, du har hørt, så må du meget gerne tippe andre, som også kunne være interesserede i at lytte med.