

Verschluckt!

Dysphagie bei Demenz

Tagung Chur September 2021



Nicole Bruggisser
Leiterin Logopädie, MSc
Kantonsspital Baden
nicole.bruggisser@ksb.ch

1

Versuchen Sie,
zwei Minuten
nicht zu schlucken



2

Inhalte

1. Schluckstörungen / Dysphagie generell
2. Abklärungsmöglichkeiten
3. Geeignete und ungeeignete Lösungsmöglichkeiten / Therapie
4. Spezielles beim Schlucken bei Demenz
5. Hilfestellungen

3

Ätiologie Dysphagie

- Stroke
- Extubation
- Geriatric (Altersheimbewohner: bis 50%)
- DEMENZ (80 – 93%)**
- Parkinson
- Kopf-Hals-Tumoren
- Multiple Sklerose
- Rückenmarkerkrankungen
- Degenerative neurologische Krankheiten
- Kardiologische / respiratorische Krankheiten

Aus Studie / Zusammenstellung v. Smithard 2017 (Zürcher Dysphagietagung)

4

Zahlen	
Verlängerung Hospitalisationsdauer bei Dysphagie in Europa: 8.42 Tage	Attrill 2018
+ 40.36% Mehrkosten bei Dysphagie (zusätzlich zu einer Krankheit)	Attrill 2018
+ CHF 14'000 zusätzlich pro Stroke mit Dysphagie in der Schweiz	Muehlmann 2019
Dysphagiebehandlung post stroke – Reduktion Pneumonien, Verbesserung Schlucken, Verkürzung Hospitalisationsdauer	Cochrane 2018

5

Physiologie des Schluckens

6

Anzeichen für Schluckstörungen

- oft UNBEMERKT vom Betroffenen
- regelmässiges Verschlucken
- Husten, würgen, räuspern
- Belegte Stimme
- Zäher Schleim oder Speichelfluss
- Steckenbleiben-Gefühl
- Ansammlung von Speiseresten in der Wangentasche
- Sensibilitätsstörungen
- Verweigern von Nahrungsaufnahme
- Warnsymptom: Dysarthrie
- Achtung: stille Aspiration?

7

Triage Dysphagie Akutspital

Schluck**screening** am Sonntag / nachts Schluck**abklärung** und -therapie

Pflegepersonal Logopädie

8

Schluckscreening Voraussetzungen

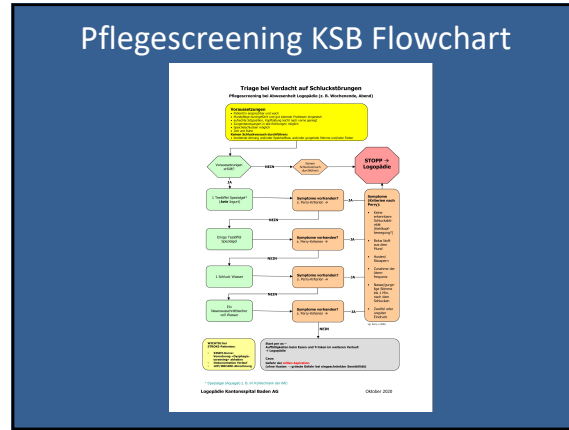
- Wachheit
- Mundpflege durchgeführt, Prothesen eingesetzt
- Sitzhaltung oder gute Oberkörperhochlagerung
- Kopfhaltung: Kinn etwas zur Brust geneigt
- Zungenbeweglichkeit
- Speichelschlucken stimulierbar
- Zeit und Ruhe

KEIN Screening durchführen: brodelnde Atmung / Speichelfluss / gurgelnde Stimme / Fieber

9



10



11



12

Entscheidungsfindung

Logopädische Schluckabklärung






In Zweifelsfällen mit apparativer Schluckabklärung: Videofluoroskopie oder FEES

13

Logopädische Schluckabklärung

- Anamnese, Diagnose
- Eindruck, Vigilanz, Kommunikation
- Funktionelle Untersuchung der Strukturen, Hirnnervenscreening (V Trigemini, VII Facialis, IX Glossopharyngeus, X Vagus, XII Hypoglossus)
- Motorische und sensorische Prüfung
- Stimulation Schluckreflex, Husten, Räuspern
- Testkonsistenzen: Gelee < Wasser < je nach Resultat feste Konsistenz



14

Dysphagie: Stille Aspiration

- Patient hustet nicht – gefährlich
- Veränderter Stimmklang (gurgelnd, nass, heiser)
- Atemgeräusche, veränderte Atemfrequenz
- Augen wässern
- Gesichtsfarbe verändert sich
- Cervikale Auskultation
- Ggf. Pulsoxymetrie
- Apparative Untersuchungen – VFS oder FEES

→ Gefahr: Lungenentzündung

15



16



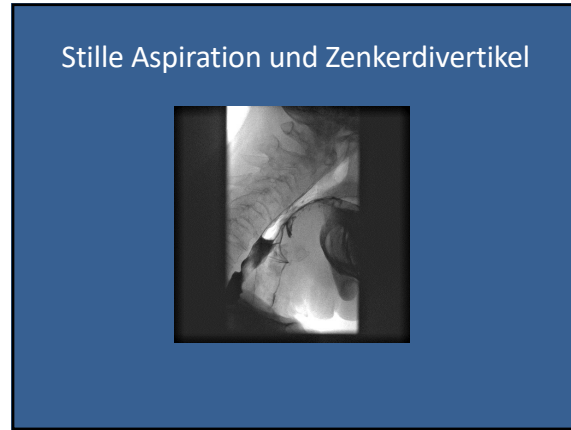
17



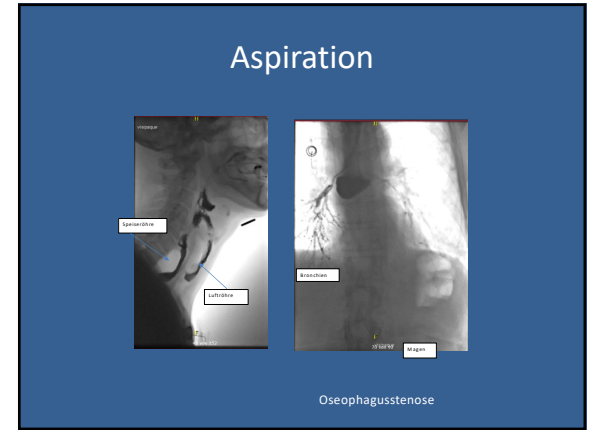
18



19

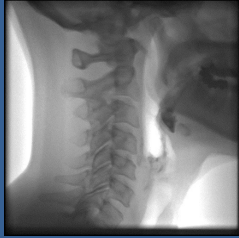


20



21

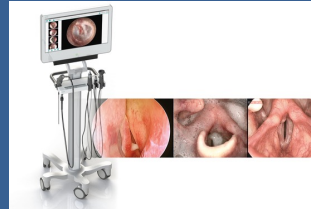
Effizienz Schlucken (ALS)



22

FEES

flexible endoskopische Evaluation des Schluckens



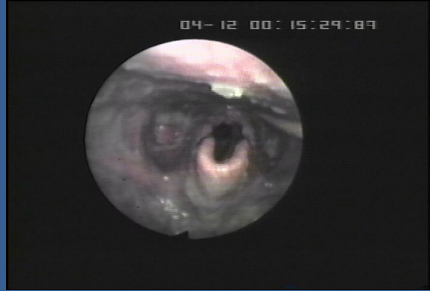
23

FEES: was ist wo?



24

FEES: Pillenschlucken



25

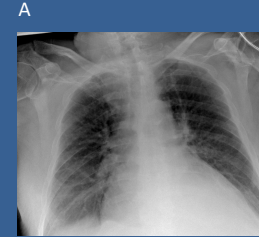
FEES: Ineffizienter Transport (Myasthenia gravis)



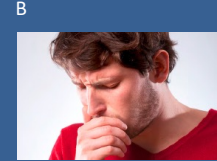
Speichel: Anfang
Wasser blau: ca. 2:30
Brot: ca. 4:20

26

Verhindern:



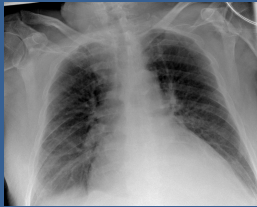
Aspirationspneumonie
→ s. Risikofaktoren



Bolusaspiration
(Erstickungsanfälle)
→ v. a. beim Essen

27

A: **Aspirationspneumonie**
viel häufiger als Bolusaspiration



28

„Lösung“: Eindicken?

Degustation eingedicktes Getränk

- Wie fühlt es sich an?
- Ist alles weggeschluckt, gibt es Resten im Mund/Rachen?
- Überlegung: Wasser eingedickt oder mit Geschmack?
- Wie viel davon würden Sie an einem Tag schaffen?

29

Haupttrisikofaktoren



<http://www.zm-online.de/archiv/2017>



<http://www.zm-online.de/archiv/2019>

30

Pictures Can Help You Advocate

Posterior pharyngeal wall (back wall of throat)
 Very narrowed opening to airway.
 Epiglottis under dried debris (biofilm)
 Uvula
 Tongue base coated white

SwallowStudies.com
 Picture courtesy of Jamie D. Fisher, PhD, CCC-SLP
 Karen Sheffler 2021

31

Aspirationspneumonie: Risikofaktoren

- schlechte Mundhygiene
- Mundinfektionen (Aspiration von Keimen im infizierten Speichel)
- Sondenernährung
- Abhängigkeit vom Eingeben
- Immobilität
- grosse Anzahl Medikamente
- kognitive Einschränkungen
- eingeschränkte Atemfunktion
- Multimorbidität
- reduziertes Immunsystem
- Rauchen
- Aspiration beim Erbrechen

HEIKEL: nichts per os → so kurz wie möglich
 Vermeidung von Pneumonien
 Abbau von Restschluckfähigkeiten verhindern

Nicht Essen/Trinken

32

Eindicken von Flüssigkeiten

+

- Kann einzelne Aspirationen verhindern (langsammere Fließgeschwindigkeit, orale Kontrolle)
- Bei fehlendem Hustenstoss (stille Aspirationsgefahr verringern)
- Bei heftigem und erschöpfendem Husten beim Trinken von Flüssigkeiten

-

KEINE Verhinderung von Aspirationspneumonien

Eindicke von Lebensqualität

Dehydrierung → Komplikationen: Harnwegsinfekte, Nierenschädigung, Müdigkeit, Dehr, erhöhte Mortalität bei Stroke, ...

Zäher Speichel, negativer Einfluss auf die Mundflora, Durstgefühl, Vollegefühl

Mehr Kraftaufwand zum Schlucken, mehr Residuen → sekundäre und stille Aspirationen begünstigt

Langsamere Magenentleerung, mehr Reflux, Verstopfung

Wirkmechanismen von Medikamenten beeinträchtigt beim Einnehmen mit eingedickter Flüssigkeit


Achtung einschneidende Veränderung v. a. bei Langzeitpatienten (nach Austritt)

Kosten

Logopädie Kantonsspital Baden
 Seite 3 von 7

33

B: Bolusaspiration



Bolusaspiration
(Erstickungsanfälle)
→ v. a. beim Essen

34

„Lösung“: pürieren?

Degustation Mus – Degustation Guezli

- Wie fühlt sich beides im Mund/Rachen/Hals an?
- Unterschiede?
- Wo spüren Sie Reste nach den beiden Konsistenzen?

35

<p style="text-align: center;">+</p> <p>Geringere Bolusaspirationsgefahr bei erschwerter oraler Verarbeitung und verminderten Schutzreflexen</p> <p>Einfachere Verarbeitung bei schlechtem Zahnstatus</p> <p>Vereinfachtes Handling</p> <p>In Einzelfällen als Übergangslösung bei regelmäßig erschöpfendem Husten bei Mischkonsistenzen</p> <p>In Einzelfällen bei oesophagealen Passageproblemen (Absprache mit Chirurgie / Gastroenterologie / Onkologie)</p> <p>Spezialform gewürfelte Kost 1.5cm (IDDSI 6): bei Patienten mit besserer oraler Verarbeitungsfähigkeit zur Verminderung der Bolusaspirationsgefahr (1,5 cm = kleiner als die Luftröhre)</p> <p style="font-size: small;">Logopädie Kantonsspital Baden</p>	<p style="color: white; font-weight: bold;">Kostanpassungen z. B. pürierte Kost</p> 	<p style="text-align: center;">-</p> <p>Kein Nachweis einer Verhinderung von Aspirationspneumonien</p> <p>Weniger Kauarbeit → schlechteres Speichelmanagement, mehr Infekte, mehr Zahnkrankheiten</p> <p>Verminderte Energie- und Eiweißzufuhr: Bedarfdeckung muss über Anreicherung kompensiert werden – Umsetzung zu Hause anspruchsvoll</p> <p>Unattraktive Darreichungsform – erschwerte Akzeptanz</p> <p>Eingeschränkte Lebensqualität, soziale Teilhabe erschwert</p> <p>Kosten, Zeitaufwand</p> <p style="font-size: small; text-align: right;">Seite 4 von 7</p>
---	---	--

36

IDDSI
international dysphagia diet standardisation initiative
www.iddsi.org

Am KSB:
IDDSI-Stufen
0 Flüssigkeiten frei
2 frappeartig eingedickt
3 homigartig eingedickt
4 jogurartig eingedickt
3 – 4 pürierte Kost
6 gewürfelt: 1.5 cm
7 Normalkost, Wahlkost, Vitalkost

37

Kostform IDDSI 6 – gewürfelt 1.5 cm

Bolusaspirationsgefahr verhindern – 1.5 cm = kleiner als Trachea
Achtung: kein Brot dabei (speziell heikel) → nur nach Testung

38

Mundpflege / oral infection control


Auch bei Patienten, die kaum essen/trinken:
2x täglich Zähne mit Zahnbürste putzen,
ggf. mit Saugzahnbürste

42

Kantonsspital Baden
 Logopädie
 Dysphagiemaximal 2021

Wo ist das Eindickungspulver?

Logopädie: Alternativen bei Schluckstörungen
 Für ein gutes Schluckmanagement des Logopäden am KSB



Eindicken verhindert keine Pneumonien

Aspirationspneumonie: gute Mundhygiene ist das A & O

Pürierte Kost nur im Ausnahmefall

Logopädie Kantonsspital Baden Seite 1 von 7

43

Therapie

a) restituierend
 → funktionelle Dysphagietherapie (motorische Übungen)

b) kompensatorisch
 → Haltungsanpassungen
 → Schlucktechniken

c) adaptierend
 → diätetische Massnahmen

44

Funktionelle Dysphagietherapie

→ Übungen individuell auf die Pathophysiologie zugeschnitten
 → oft schwierige langfristige Umsetzung bei Demenz

30 Modifiziertes Valsalva-Manöver



- Atmen Sie tief ein.
- Spüren Sie Ihre Zunge ein, wie wenn Sie ein „f“ sprechen wollten.
- Halten Sie die 3 Positionen so lange und so sanft wie möglich.

32 Widerstand gegen Kehlkopfmuskulatur



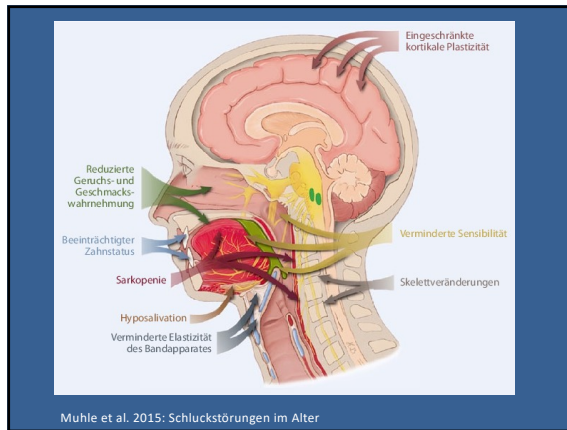
- Setzen Sie sich an einen Tisch, lehnen Sie die Ellbogen auf die Tischplatte, die Oberschenkel sind leicht abgewinkelt.
- Legen Sie die Stirn in die Handfläche und drücken Sie mit der Stirn dagegen.
- Halten Sie eine Spannung über Sekunden, dann entspannen.
- Wiederholen Sie 10- und üben Sie mehrmals täglich.

37 Shaker-Übung

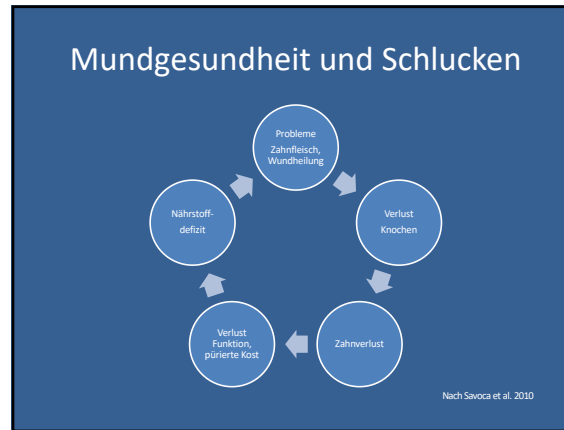


- Tragen Sie sich auf dem Rücken.
- Heben Sie den Kopf ohne Schultern gegen die Brust so dass Sie Ihre Füße sehen können. Machen Sie eine kleine Pause. Wiederholen Sie diese Übung 20.
- Alternativ können Sie auch den Kopf 30x hintereinander.
- Üben Sie 2x täglich.

45



49

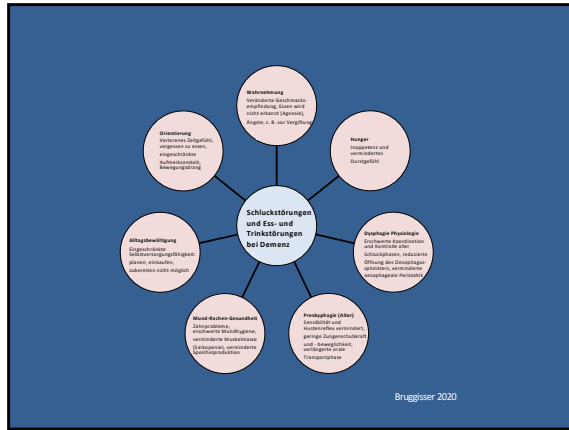


50

Dysphagie bei Demenz

- Handlungsplanung: Ablauf Essen / initiieren
- Aufmerksamkeitsprobleme
- vergessen zu essen
- vergessen zu schlucken (im Mund behalten)
- „Verweigerung“ oft Unvermögen, zeitliche Desorientiertheit
- Eigentliche Schluckstörung

51



52

PEG bei Demenz?

- höhere Sterblichkeit
Komplikationen (Perforationen, Dislokationen, Blutungen, Infektionen, Undichtigkeiten, Reflux, Dekubiti)
- mehr Aspirationspneumonien
("nichts per os" → Mundflora bakteriell kolonisiert)
- sozial: Agitiertheit, Fixieren, weniger Stimulation, weniger Pflegekontakt
- Lebensqualität

(Dharinee 2018, Knels 2018, Goldsmith 2020, Sakashita 2014, Ticinesi 2016, Goldberg 2014, Boshard 2017, Mitchell 2018, Alajakrishnan 2013, Cintra 2014)

53

Patientenverfügung: Demenz und Ernährung


3. zusätzlich bei Demenzerkrankung
Wenn ich (non-)verbal zum Ausdruck bringe, dass ich keine Nahrung und/oder Flüssigkeit zu mir nehmen will oder wenn ich nicht mehr fähig bin, Nahrung und/oder Flüssigkeit zu schlucken, so ist dies zu respektieren und jede Art von Ernährung und/oder Flüssigkeitszufuhr zu unterlassen. Gleichzeitig ist eine ausreichende Sedierung vorzunehmen.

55

Therapeutisches Essen bei Demenz

Anreichern (**Energie und Protein**)
Attraktive Auswahl
Snacks für zwischendurch
(Ballesteros-Pamar et al. 2020)

IN GESELLSCHAFT essen und trinken (Burdick et al. 2021, Shune et al. 2017)




KAUEN wichtig für kognitive Funktionen (div. Quellen)

56

Unterstützende Massnahmen

Ziel: **Autonomie, soziale Teilhabe, Lebensqualität**

- Beratung Betreuungspersonen
- Zahnärztliche Behandlung, intensive Mundpflege
- Ernährungsberatung beiziehen
- Kleine Portionen über den Tag verteilt
- Individuelle Vorlieben berücksichtigen
- Vertraute Rituale
- Gut würzen mit Kräutern
- Küchentüre offen lassen (Duft), evtl. mithelfen lassen
- Gemeinsame Tische
- Zeit und Ruhe bei der Essbegleitung



57

Selbsterfahrung Essbegleitung / eingeben

Nach Zeit und Möglichkeit

Partnerarbeit
mit individuellen Aufträgen

58

Essbegleitung



- Zeit
- Prothesen einsetzen / anpassen
- Löffel nach Möglichkeit selber führen lassen
- Handlungsschritte in Ruhe ankündigen
- räuspern bei feuchter Stimme, nachschlucken
- husten unterstützen
- nachher etwas sitzen bleiben
- Medikamente in Speisebrei einpacken
- Mundpflege als liebevolle Zuwendung (auch für Angehörige)
- «verweigern» – Gefühle dahinter wahrnehmen
- Humor, gemeinsam lachen

59

Hilfen zur Ermunterung



Anstossen erleichtert den Einstieg ins Trinken



Fingerfood an begangenen Orten ermuntert zum Essen

60



61
