

## LOGOPEDISKA BEDÖMNINGSPROTOKOLL FÖR TRAKEOSTOMERADE PATIENTER

PATIENTUPPGIFTER (plats för etikett)

Diagnos, anamnestiska uppgifter:

Anledning till trakeostomi:

Datum/tid \_\_\_\_\_

STATUS	A	<b>1. Sittposition</b> 1 <input type="checkbox"/> i stol 2 <input type="checkbox"/> upprätt i sängen 3 <input type="checkbox"/> halvsittande, _____ grader 4 <input type="checkbox"/> ryggläge	B
	<b>2. Vakenhetsgrad</b> 1 <input type="checkbox"/> alert 2 <input type="checkbox"/> trött men väckbar 3 <input type="checkbox"/> fluktuerande		
	<b>3a. Intuberad under vårdtiden</b> 1 <input type="checkbox"/> nej 2 <input type="checkbox"/> ja, komplikationsfritt 3 <input type="checkbox"/> ja, tillstött komplikationer: _____		
	<b>3b. Trakealkanylens modellnamn, storlek:</b> _____		
	<b>3c. Kuff</b> 1 <input type="checkbox"/> nej 2 <input type="checkbox"/> ja, kuffas med _____ ml luft 3 <input type="checkbox"/> ja, kuffas med _____ ml sterilt vatten		
	<b>3d. Fenestrering</b> 1 <input type="checkbox"/> nej 2 <input type="checkbox"/> ja		
	<b>3e. Subglottiskanal/suction aid</b> 1 <input type="checkbox"/> nej 2 <input type="checkbox"/> ja		
	<b>3f. Kuffstatus</b> 1 <input type="checkbox"/> urkuffad stundvis 2 <input type="checkbox"/> konstant kuffad		
	<b>4a. Spontanandning</b> Andningsfrekvens: _____ andetag/min 8 > 24 bpm		
	Saturation: _____ % Syrgas: _____ L/min		
	<b>4b. Ventilatorstatus</b> Mode/läge _____ (Obligatorisk: SIMV, MMV) (Tryckunderstöd/CPAP) Andningsfrekvens: Spontan _____ /min Obligatorisk _____ /min Tidalvolym _____ (4-6ml/kg) IPAP/topptryck _____ (<40cm/H <sub>2</sub> O) EPAP/PEEP _____ (<10cm/H <sub>2</sub> O) Tryckunderstöd _____		
	<b>5a. Slem/sekret</b> Feber: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej Trakeal sekret, färg 1 <input type="checkbox"/> klart eller vitt 2 <input type="checkbox"/> gult 3 <input type="checkbox"/> grönt Sekret, mängd 1 <input type="checkbox"/> lite 2 <input type="checkbox"/> måttligt 3 <input type="checkbox"/> rikligt		
	<b>5b. Sekret i munhålan</b> 1 <input type="checkbox"/> lite 2 <input type="checkbox"/> måttligt 3 <input type="checkbox"/> rikligt		
<b>6. Sugningsfrekvens</b> <b>a) I mun och svalg</b> 1 <input type="checkbox"/> sällan: mindre än en gång i timmen 2 <input type="checkbox"/> ofta: mer än en gång i timmen <b>b) I trakea</b> 1 <input type="checkbox"/> sällan: mindre än en gång i timmen 2 <input type="checkbox"/> ofta: mer än en gång i timmen 3 <input type="checkbox"/> subglottiskanal (<24ml/dygn)			
<b>B. MUNHÅLA, KRANIALNERV, LARYNXFUNKTION</b>	URKUFFNING		
<b>Urkuffning lämplig:</b> <input type="checkbox"/> ja, <input type="checkbox"/> nej			
<b>7. Mängd trakealsekret innan urkuffning</b> 1 <input type="checkbox"/> lite 2 <input type="checkbox"/> måttligt 3 <input type="checkbox"/> rikligt			
<b>8. Mängd trakealsekret efter ev urkuffning</b> 1 <input type="checkbox"/> lite 2 <input type="checkbox"/> måttligt 3 <input type="checkbox"/> rikligt			
<b>9. Typ av trakealsekret efter ev urkuffning</b> a) <input type="checkbox"/> löst <input type="checkbox"/> tjockt b) <input type="checkbox"/> klart eller vitt <input type="checkbox"/> gult <input type="checkbox"/> grönt c) Salivliknande sekret?			
<b>10a. Hostfunktion vid urkuffning/på uppmaning</b> <b>a. Hoststöt på uppmaning</b> 1 <input type="checkbox"/> kraftfull 3 <input type="checkbox"/> svag 2 <input type="checkbox"/> acceptabel 4 <input type="checkbox"/> ingen hosta			
<b>10b. Hostreaktion vid aspiration eller sugning i trakea</b> 1 <input type="checkbox"/> omedelbar 2 <input type="checkbox"/> lätt fördröjd 3 <input type="checkbox"/> fördröjd			
<b>11. Fonation med ett finger på kanylen vid utandning / talventil</b> 1 <input type="checkbox"/> normal röst 2 <input type="checkbox"/> lätt dysfonisk röst 3 <input type="checkbox"/> pressad/ansträngd röst 4 <input type="checkbox"/> ingen röst			
<b>12. Cervikal auskultation (CA):</b> Adekvat luftflöde via överluftväg? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej			
<b>13. Risk för reflux/kräkningar:</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej			
<b>C. TALVENTIL/PROPP BEDÖMNING</b>		BEDÖMNING	
<b>Fortsatt bedömning:</b> 1 <input type="checkbox"/> ja, med talventil 2 <input type="checkbox"/> ja, sväljbedömning: saliv/bolus 3 <input type="checkbox"/> nej, bedömning avbryts			

## 14. Talventilprövning

Med talventil:			
a. Andningsfrekvens _____ andetag/min			
b. Saturation _____ %			
c. Andningsarbete	1 ej märkbart ökat	2 måttlig ökning	3 betydande ökning
d. Trötthet	1 ingen eller lindrig	2 måttlig	3 uttalad
e. Saturation	1 konstant	2 liten sänkning	3 betydande sänkning (>4%)
			4 ökning

C

BEDÖMNING

## 15. Larynxfunktion med talventil

a. Tolerans Indikatorer: • AF • hjärtfrekvens • saturation • andningsarbete • sekrethantering	1 god tolerans	2 viss tolerans – små skillnader på indikatorerna	3 dålig tolerans – betydande skillnader på indikatorerna
b. Syrgasbehov? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, hur mycket: _____			
c. Välbefinnande	1 pat nöjd	2 ökat andningsarbete	3 ökat andningsarbete samt oro och obehag
d. Sekretmängd (via CA/FUS)	1 inget sekret	2 lite sekret	3 måttligt med sekret
			4 rikligt med sekret
e. Luftvägsskydd (via CA/FUS)	1 pat skyddar luftvägen	2 pat försöker skydda luftvägen men lyckas ej	3 inga försök att skydda luftvägen
f. Medvetenhet om sekret i. Harkling <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej ii. Spontan hosta <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej iii. Röst <input type="checkbox"/> Övervägande torr <input type="checkbox"/> Övervägande våt iv. Sugning <input type="checkbox"/> Behövs ej <input type="checkbox"/> Behövs → <input type="checkbox"/> i munhåla <input type="checkbox"/> i trakea			
g. Röstbedömning	1 normal röst	2 lätt dysfonisk röst	3 pressad eller ansträngd röst
			4 ingen röst
h. Skillnader i tolerans jämfört med ev tidigare bedömning?	1 oförändrad	2 förbättrad	3 fluktuerande, inkonsekvent
			4 försämrad
i. Kan pat ta av och sätta på talventilen självständigt?	1 ja	2 nej – behöver övervakning	3 går ej att tillämpa

## 16. Är patienten redo att börja träna med talventil (som urträningshjälpmedel)?

<input type="checkbox"/> <b>Ja.</b> Specifika rekommendationer:  1 <input type="checkbox"/> testa urkuffning + talventil under övervakning av logoped +/- laryngealträning 2 <input type="checkbox"/> testa urkuffning + talventil under övervakning av avdelningspersonal +/- laryngealträning 3 <input type="checkbox"/> urkuffning + talventil/propp vid _____ minuter vid start av urträning från ventilator 4 <input type="checkbox"/> utöka urkuffning + talventil/propp, rekommenderar _____ timmar, _____ ggr/dagen 5 <input type="checkbox"/> fortsatt med kuffad kanyl dygnet runt 6 <input type="checkbox"/> vid ökad talventil tid, kolla optimal humidifiering - diskuterats med ansvarig läkaren? <input type="checkbox"/> Ja? • Kockt salt inhalationer (hur ofta)? • Airvo via traken (hur ofta)? • Airvo via näsgrimpa (hur ofta)?	<input type="checkbox"/> <b>Nej,</b> talventil rekommenderas ej i detta skede. Patienten tolererar inte talventil pga: _____ _____ _____ _____ <input type="checkbox"/> <b>Möjliga åtgärder:</b> _____ _____ _____ _____
--	---

**D. MUNHÅLA, KRANIALNERV, SVÄLJBEDÖMNING****17. FUS eller klinisk sväljbedömning med blue-dye test**

17a. I ventilator

- uppkuffad (ml i kuffen: \_\_\_\_\_, manometer tryck: \_\_\_\_\_, 20-30 cmH<sub>2</sub>O)
- delvis urkuffad (ml i kuffen: \_\_\_\_\_)
- ur ventilator

17b. Ur ventilator

- uppkuffad (ml i kuffen: \_\_\_\_\_, manometer tryck: \_\_\_\_\_, 20-30 cmH<sub>2</sub>O)
- urkuffad med talventil/propp
- urkuffad endast med näsa

**17c. Klinisk sväljbedömning**

a. Blåfärgad saliv test	1 Bedöma salivsväljningar enligt klinisk sväljbedömning	2. Sugning av färg från traken? <input type="checkbox"/> Ja, omedelbart. Mängd: _____ <input type="checkbox"/> Ja, fördröjd. Tid efter: _____ <input type="checkbox"/> Nej
b. Klinisk sväljbedömning Vilken konsistens? _____	1 Bedöma salivsväljningar enligt klinisk sväljbedömning	2. Sugning av färg från traken? <input type="checkbox"/> Ja, omedelbart. Mängd: _____ <input type="checkbox"/> Ja, fördröjd. Tid efter: _____ <input type="checkbox"/> Nej

**18. Trötthet**

a. Trötthet under bedömningen	1 ingen eller lindrig trötthet	2 viss trötthet	3 betydande trötthet
b. Uttröttningsseffekt på sväljfunktionen?	1 ingen uttröttningsseffekt	2 viss uttröttningsseffekt	3 betydande uttröttningsseffekt

**SVÄLJREKOMMENDATIONER****19. Functional Oral Intake Scale, FOIS**

7	Full peroral nutrition utan restriktioner
6	Full peroral nutrition med vissa specifika begränsningar
5	Full peroral nutrition med flera anpassade konsistenser
4	Full peroral nutrition på en konsistens
3	Enteral nutrition med regelbundet peroralt intag
2	Enteral nutrition med minimalt peroralt intag
1	Noll per os

**20. Sittposition**

- 1  i stol
- 2  upprätt i säng
- 3  halvsittande, \_\_\_\_\_ grader

**21. Förutsättningar**

- 1  talventil
- 2  propp
- 3  uppkuffad
- 4  annat: \_\_\_\_\_

**22a. Tillsyn vid intag**

- 1  ingen tillsyn
- 2  tillsyn då och då
- 3  noggrann övervakning och uppmärksamhet på indikatorer

**22b. Endast sväljträning:** \_\_\_\_\_

<b>22c. Självständighet</b> 1 <input type="checkbox"/> äter självständigt 2 <input type="checkbox"/> behöver assistans 3 <input type="checkbox"/> matas	<b>22d. Bestickstorlek</b> 1 <input type="checkbox"/> valfritt 2 <input type="checkbox"/> dessertsked (10 ml) 3 <input type="checkbox"/> tesked (5 ml)		<b>D</b> <b>SVÄLJBEDÖMNING</b>
<b>23a. Kost</b> <input type="checkbox"/> IDDSI-7, normalkost <input type="checkbox"/> IDDSI-6, mjuk, lättuggad <input type="checkbox"/> IDDSI-5, grov pate <input type="checkbox"/> IDDSI-4, puré, kräm	<b>23b. Antal tillfällen</b> <input type="checkbox"/> frukost <input type="checkbox"/> förmiddagsfika <input type="checkbox"/> lunch <input type="checkbox"/> eftermiddagsfika <input type="checkbox"/> middag <input type="checkbox"/> annat: _____	<b>24c. Maxmängd per tillfälle:</b> 1 <input type="checkbox"/> fri mängd 2 <input type="checkbox"/> annat: _____	
<b>25a. Dryck</b> <input type="checkbox"/> IDDSI-0 <input type="checkbox"/> IDDSI-1 <input type="checkbox"/> IDDSI-2 (som nyponsoppa) <input type="checkbox"/> IDDSI-3 (som filmjök)	<b>25b. Antal tillfällen</b> <input type="checkbox"/> frukost <input type="checkbox"/> förmiddagsfika <input type="checkbox"/> lunch <input type="checkbox"/> eftermiddagsfika <input type="checkbox"/> middag <input type="checkbox"/> annat: _____	<b>25c. Maxmängd per tillfälle:</b> 1 <input type="checkbox"/> fri mängd 2 <input type="checkbox"/> annat: _____	
<b>26. Munvård:</b>			

**E. KOMMUNIKATION****27. Patientens kommunikation under bedömningen**

a. Latens	1 ingen latens	2 < 5 sek latens	3 ≥ 5 sek latens	4 liten eller ingen reaktion efter lång latens	<b>F</b> <b>KOMMUNIKATION</b>
b. Behov av prompting	1 behöver ingen eller endast minimal prompting	2 behöver upprepad prompting	3 behöver promptas på flera olika sätt		
c. Är svaren konsekventa?	1 de flesta eller alla svar är konsekventa	2	3 de flesta eller alla svar är <i>inkonsekventa</i>		
d. Är svaren korrekta?	1 pat svarar korrekt	2 vissa felaktigheter förekommer	3 De flesta eller alla svar är <i>inkorrekta</i>		
e. Är svaren påverkade av trötthet?	1 ingen eller lindrig trötthet	2 viss trötthet	3 betydande trötthet		
f. Är svaren adekvata?	1 de flesta eller alla svar är adekvata	2	3 De flesta eller alla svar är <i>inadekvata</i>		
g. Är svaren tillförlitliga?	1 Svaren är mestadels eller fullständigt tillförlitliga	2	3 Svaren är mestadels eller fullständigt <i>otillförlitliga</i>		

**28a. På vilket sätt kommunicerar patienten?**

- egen röst med talventil/propp  
 egen röst via ovanför kuffonation  
 kommunikations tavla  
 miming/gester  
 skrift  
 AKK  
 Andra/ytterligare kommunikationssätt, specificera (t.ex. ögonrörelser, blinkning)

28b. Fungerade kommunikationen?

1  ja 2  nej 3  delvis

**29. Rekommendationer för patientens kommunikation**

---

---

---

**30. Omständigheter som kan ha påverkat bedömningen**

Omständigheter som behöver beaktas, som hindrat eller försvärat fullödig bedömning.

*T.ex. • effekter av läkemedel • mobiliserings- eller positioneringssvårigheter • psykiatriska besvär • fysisk funktionsnedsättning • hörselnedsättning • trötthet efter undersökning eller behandling • kognitiv förmåga • ångest och oro etc.*

---

---

---

REFERENCES:

- Agency for Clinical Innovation. Care of Adult Patients in Acute Care Facilities with a Tracheostomy: Clinical Practice Guideline. In: NSW Agency for Clinical Innovation, editor. Chatswood, NSW, Australia: NSW Government, Australia; 2013.
- Bonvento, B., Wallace, S., Lynch, J., Coe, B., & McGrath, B. A. (2017). Role of the multidisciplinary team in the care of the tracheostomy patient. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 10, 391.
- Clinical Education and Training Queensland. Speech Pathology Management of the Adult Tracheostomised Patient: Clinical Guidelines for Queensland Health Speech Pathologists. In Allied Health Clinical Education Training Unit, editor. Brisbane, QLD, Australia: Queensland Health, 2015.
- Freeman-Sanderson A, Togher L, Elkins M, Phipps R. Return of Voice for Ventilated Tracheostomy Patients in ICU: A Randomized Controlled Trial of Early-Targeted Intervention. *Critical Care Medicine*. 2016;44(6):1075-81.
- O'Connor, Morris, & Paratz. (2018). Physiological and clinical outcomes associated with use of one-way speaking valves on tracheostomised patients: A systematic review. *Heart & Lung* (in press).
- Prigent H, Lejaille M, Terzi N, Annane D, Figere M, Orlikowski D, et al. Effect of a tracheostomy speaking valve on breathing-swallowing interaction. *Intensive Care Medicine*. 2012;38(1):85-90.
- Pryor, L. N., Ward, E. C., Cornwell, P. L., O'connor, S. N., & Chapman, M. J. (2016). Clinical indicators associated with successful tracheostomy cuff deflation. *Australian Critical Care*, 29(3), 132-137.