Royal Brisbane and Women's Hospital (RBWH) Dysphagia Screening Tool Met toestemming van de auteur

Bron: Cichero, J.A.Y., Heaton, S., & Basset, L. (2009). Triaging dysphagia: nurse screening for dysphagia in an acute hospital. *Journal of Clinical Nursing, 18,* 1649-1659.

Queensland Government
Queensland Health

Royal Brisbane and Women's Hospital
Health Service District

Dysphagia Screening Tool

PATIENT IDENTIFICATION:

UR No.: .....

Name: .....

Address: .....

DOB: ...../..... /..... ☐ Male ☐ Female

(or affix patient ID label here)

Screening Procedure for Patients with Dysphagia / and or Aspiration Risk
Only to be used by trained clinical staff

Phase 1

Does the patient have any of the following or previous history of the following? (tick if applicable)

- ☐ Yes / ☐ No Dysphagia or aspiration risk on previous admission(s)
- ☐ Yes / ☐ No COPD +/- upper GI disorder
- ☐ Yes / ☐ No CVA
- ☐ Yes / ☐ No Neurological involvement
- ☐ Yes / ☐ No Head injury
- ☐ Yes / ☐ No Head & neck cancer +/- surgery/ chemotherapy/ radiation
- ☐ Yes / ☐ No Orthopaedic conditions - # NOF, cervical spinal surgery
- ☐ Yes / ☐ No Acutely unwell, frail aged with co-morbidities
- ☐ Yes / ☐ No Suspected aspiration pneumonia / recurrent chest infections
- ☐ Yes / ☐ No Severe disability (e.g. physical disability)

- If '**Yes**' to any of the above boxes proceed to **Phase 2**
- If **all** boxes are ticked '**No**', patient to have usual modified diet or general diet & thin fluids.
- Complete '**Swallowing Management Plan**' below. **DAILY SWALLOW SCREEN TO BE INITIATED**

Phase 2

Interview with Patient / Family / Carer (tick if applicable or assessable)

- ☐ Yes / ☐ No Do you have difficulty eating food / drinking fluid ?
- ☐ Yes / ☐ No Do you cough or have choking episodes whilst eating / drinking ?
- ☐ Yes / ☐ No Do you need to modify the food you eat ? e.g. softer or smaller pieces
  If yes, provide details re current diet / fluid consistency: Diet _____ Fluid_____
- ☐ Yes / ☐ No Do you get chest infections ? Is this recent ? ☐ Yes/ ☐ No.
  Has it been investigated before ? ☐ Yes / ☐ No

Indicators of Dysphagia / Aspiration Risk (tick if applicable)

- ☐ Yes / ☐ No Altered LOC / reduced responsiveness
- ☐ Yes / ☐ No Respiratory rate >30bpm
- ☐ Yes / ☐ No Slurred speech (dysarthria)
- ☐ Yes / ☐ No Weak / absent volitional cough
- ☐ Yes / ☐ No Not managing oral secretions, drooling, wet voice
- ☐ Yes / ☐ No Weak voice (dysphonia)
- ☐ Yes / ☐ No Suspected aspiration pneumonia / recurrent chest infections
- ☐ Yes / ☐ No Documented or history of dysphagia / aspiration risk
- ☐ Yes / ☐ No Reports difficulty swallowing
- ☐ Yes / ☐ No Reported coughing / choking episodes whilst eating / drinking

Water Test : Administer only if '**no**' has been ticked for **all indicators of dysphagia**. Give the patient 85mls (1/3 cup) water

- ☐ Yes / ☐ No Coughing during or between swallows, or up to one minute after swallowing
- ☐ Yes / ☐ No Wet / gurgly or hoarse voice after swallowing
- ☐ Yes / ☐ No Increased respiratory rate after swallowing

- If '**Yes**' to any of the above ***Indicators*** **or** the ***Water Test***, refer patient to speech pathologist. Patient is to remain NBM until speech pathologist review. If a speech pathologist is unavailable, consider giving IV fluids / NG feeds under medical supervision.
- If '**No**' to **all** of the above ***Indicators*** **and** the ***Water Test***, place patient on usual modified diet or general diet & thin fluids

DAILY SWALLOW SCREEN TO BE INITIATED

Swallowing Management Plan

☐ Yes / ☐ No Patient identified as dysphagic or aspiration risk

If 'Yes': Patient placed NBM ☐ Yes / ☐ No IV fluids ☐ Yes / ☐ No NG feeds ☐ Yes / ☐ No

Medical officer notified ☐ Yes / ☐ No Date referred: ____ / ____ / ____

Speech pathologist notified ☐ Yes / ☐ No Date referred: ____ / ____ / ____

If 'No': ☐ Patient placed on general diet and thin fluids; or

☐ Patient placed on usual modified diet / fluids: Diet: Fluids:

Print Name:	Signature:	Designation:	Ward:	Unit:	Date:	Time:

BINDING MARGIN – Do Not Write Here

© Queensland Health 2006, Speech Pathology Department, RBWH 07 36368026

MR A8158

DYSPHAGIA SCREENING TOOL

Royal Brisbane and Women's Hospital (RBWH) Dysphagia Screening Tool

Met toestemming van de auteur. Niet gevalideerde Nederlandstalige vertaling uit:

Cichero, J.A.Y., Heaton, S., & Basset, L. (2009). Triaging dysphagia: nurse screening for dysphagia in an acute hospital. *Journal of Clinical Nursing, 18,* 1649-1659.

Screening procedure voor patiënten met dysfagie en/of risico op aspiratie

Enkel te gebruiken door klinisch opgeleiden

Fase 1

Heeft de patiënt een van de volgende diagnoses of werden een van deze diagnoses gesteld in de voorgeschiedenis? (duid aan indien van toepassing)

☐ Ja/ ☐ Nee Dysfagie of risico op aspiratie bij vorige opnames

☐ Ja/ ☐ Nee Chronisch obstructieve longziekte (COPD) +/- probleem in het bovenste deel van het maag-darm stelsel

☐ Ja/ ☐ Nee CerebroVasculair Accident (CVA)

☐ Ja/ ☐ Nee Neurologische problemen

☐ Ja/ ☐ Nee Hoofdletsel

☐ Ja/ ☐ Nee Hoofd- en halskanker +/- operatie/ chemotherapie/ bestralingen

☐ Ja/ ☐ Nee Orthopedische aandoening - # Niet Ossificerend Fibroom (NOF), chirurgie van de cervicale wervelkolom

☐ Ja/ ☐ Nee Acuut onwelzijn, kwetsbare oudere met comorbiditeit

☐ Ja/ ☐ Nee Vermoeden van aspiratiepneumonie/ terugkerende luchtweginfecties

☐ Ja/ ☐ Nee Ernstige invaliditeit (bijvoorbeeld: lichamelijke handicap)

- Indien **"Ja"** op één van de bovenstaande items, ga door naar fase 2.
- Indien **"Nee"** op alle items, geef de patiënt gewone aangepaste voeding, gewone voeding en dunne vloeistoffen.
- Vul het onderstaande **'slik management plan'** in. **START MET EEN DAGELIJKSE SLIKSCREENING**

Fase 2

Bevraging van de patiënt/ familie/ zorgverlener (duid aan indien van toepassing of indien te beoordelen)

☐ Ja/ ☐ Nee Heeft u problemen om voedsel te eten of vloeistoffen te drinken?

☐ Ja/ ☐ Nee Hoest u of verslikt u zich soms tijdens het eten of drinken?

☐ Ja/ ☐ Nee Moet u uw eten aanpassen? Zoals zachte voeding of kleinere stukjes

Indien ja, geef meer uitleg over de consistentie (dikte/samenstelling) van uw voeding/vloeistoffen: Voeding_____ Vloeistof_____

☐ Ja/ ☐ Nee	Heeft u soms luchtweginfecties ? Heeft u recent een luchtweginfectie doorgemaakt? ☐ Ja/ ☐ Nee Is dit al eerder onderzocht geweest? ☐ Ja/ ☐ Nee
Indicatoren voor dysfagie of het risico op aspiratie	(duid aan indien van toepassing)
☐ Ja/ ☐ Nee	Wisselend/verminderd bewustzijn
☐ Ja/ ☐ Nee	Ademhalingsfrequentie > 30 keer per minuut
☐ Ja/ ☐ Nee	Mompelen, onduidelijk spreken (dysartrie/spraakstoornis)
☐ Ja/ ☐ Nee	Geen of zwakke hoest/reflex
☐ Ja/ ☐ Nee	Geen controle over speeksel, kwijlen, vochtige stem
☐ Ja/ ☐ Nee	Zwakke stem (dysfonie)
☐ Ja/ ☐ Nee	Vermoeden van een aspiratiepneumonie/ terugkerende longinfecties
☐ Ja/ ☐ Nee	Vastgestelde dysfagie of dysfagie in de voorgeschiedenis/risico op aspiratie
☐ Ja/ ☐ Nee	Patiënt geeft aan slikmoeilijkheden te hebben
☐ Ja/ ☐ Nee	De patiënt hoest/verslikt zich soms tijdens het eten of drinken
Watersliktest: voer enkel een watersliktest uit als er **nee** geantwoord werd op **alle dysfagie indicatoren**. Geef de patiënt 85 ml (1/3 cupje) water.	
☐ Ja/ ☐ Nee	Hoesten tijdens of tussen het slikken door of een minuut na het slikken
☐ Ja/ ☐ Nee	Natte, gorgelende of hese stem na het slikken
☐ Ja/ ☐ Nee	Een verhoogde ademhalingsfrequentie na het slikken

- Indien **"Ja"** op één van de **dysfagie indicatoren** of op één van de **indicatoren van de watersliktest**, verwijs de patiënt door naar de logopedist. De patiënt mag niets per os (NPO) krijgen zolang de patiënt niet gezien is door de logopedist. Als er geen logopedist beschikbaar is, overweeg intraveneuze vloeistoffen op medisch voorschrift.
- Indien **"Nee"** op **alle dysfagie indicatoren en** op alle indicatoren van de **watersliktest**, geef de patiënt normale of aangepaste voeding en dunne vloeistoffen.

START MET DE DAGELIJKSE SLIKSCREENING

Slikmanagement plan

<table>
<tr><td colspan="7">☐ Ja/ ☐ Nee De patiënt heeft een risico op dysfagie of heeft een risico op aspiratie
Indien ja: Patiënt krijgt niets per os (NPO) ☐ Ja/ ☐ Intraveneuze vloeistof ☐ Ja/ ☐ Nee
Sondevoeding ☐ Ja/ ☐ Nee
Arts op de hoogte gebracht ☐ Ja/ ☐ Nee Datum van doorverwijzing__/__/__
Logopedist op de hoogte gebracht ☐ Ja/ ☐ Nee Datum van doorverwijzing__/__/__
Indien nee: ☐ Patiënt krijgt normale voeding en dunne vloeistoffen; of _____
☐ Patiënt krijgt normale aangepaste voeding/vloeistoffen: Voeding_____</td></tr>
<tr><td>Naam in drukletters:</td><td>Handtekening:</td><td>Naam:</td><td>Dienst:</td><td>Afdeling:</td><td>Datum:</td><td>Uur:</td></tr>
</table>