

---

# Canadian Association of Speech-Language Pathologists and Audiologists (CASLPA)

## Position Paper on Dysphagia

Endorsed by the CASLPA membership July, 1995

### Ad Hoc Committee on Dysphagia

*Marlene Jacobson, PhD*  
Sunnybrook Health Sciences Centre, North York, Ontario

*Estelle Klasner, MA*  
Runnymede Hospital, Toronto, Ontario

*Jane Loncke, MS*  
St. Joseph's Hospital, Hamilton, Ontario

*Suzanne Michels, MCISc*  
University of Western Ontario, London, Ontario

*Louise Roy, MSc*  
Wellesley Central Hospital, Toronto, Ontario

*Irene Tamas, MHSc (Chair)*  
West Park Hospital, Toronto, Ontario

---

The past two decades have witnessed a dramatic growth of involvement by speech-language pathologists in the field of swallowing disorders. The evolution of our professional contribution in the area can be traced to our specialised work in paediatric oral-motor disorders in populations such as those with cerebral palsy and head and neck surgery patients where specific knowledge and skills related to disorders of oral-pharyngeal anatomy were applied to the management of both communication and swallowing impairments. Our specialised education and knowledge base in the areas of head and neck anatomy, physiology, neuroanatomy, and neurophysiology, along with our extensive clinical training and work experience with patients/clients manifesting disordered function of the oral-pharyngeal-laryngeal systems have driven our understanding of swallowing function and our role in the assessment and management of its disorders.

The term 'dysphagia' within this document refers primarily to the oral-pharyngeal components of swallowing disorders as the primary focus of speech-language pathologists, although it is recognised that the esophageal stage is also a critical component of deglutition.

Originating from the medical sector of the profession, the clinical practice of dysphagia remains a component of medical speech-language pathology, which is defined as the "evaluation and treatment of conditions that directly affect health and safety as well as communication" (Golper, 1992, foreword). It is precisely because of the risk of morbidity and mortality that specialised medical knowledge and clinical practice skills are necessary.

The CASLPA Ad Hoc Committee on Dysphagia was formed in the fall of 1992 in response to needs expressed by CASLPA members. The mandate of this committee included developing a position statement that identified issues

concerning the role of speech-language pathologists in the delivery of service to clients with swallowing impairments and established professional practice guidelines for the assessment and management of swallowing disorders. The CASLPA position statement applies to professionals across Canada. It is recognised, however, that: (a) Each province will vary in terms of licensing bodies (i.e., colleges and provincial professional association initiatives in the field of dysphagia). The guidelines for clinical practice should be used as minimal standards across the provinces. (b) The availability of technical and staff resources within each province and across provinces is highly variable. (c) Speech-language pathology may not be a primary or even participating discipline in the assessment and management of swallowing disorders in some geographic regions of the country.

This position paper was developed following research and dialogue. Activities of the Ad Hoc Committee on Dysphagia included:

1. Reviewing CASLPA demographic data on service delivery in the area of dysphagia.
2. Examining all position statements and guidelines for practice in dysphagia from the American Speech-Language-Hearing Association (ASHA) and the Royal College of Speech-Language Therapists (RCSLT) in Britain.
3. Reviewing scope of practice documents from other disciplines, including occupational therapy, physiotherapy, nursing, and dieticians.
4. Conducting literature reviews.
5. Contacting all provincial speech-language pathology and audiology associations regarding professional initiatives in the area of dysphagia.

6. Reviewing all Canadian programs in speech-language pathology regarding course curricula in dysphagia.

7. Reviewing dysphagia course curricula of selected university programs in the United States.

8. Contacting Northern Outreach, Telemedicine, and private organisations including the Huntington's Society, Multiple Sclerosis Society, March of Dimes, and Parkinson's Disease Society to identify community needs.

9. Conducting a CASLPA membership-wide opinion survey on issues related to practice in dysphagia (2% of CASLPA's total membership responded).

10. Distribution of the draft position statement document to selected peer reviewers across the country for comments.

### Key Points Derived from the Activities of the Ad Hoc Committee

1. It is imperative that we underscore that dysphagia is unique and distinct from other areas of speech-language pathology in that there is potential for harm to the patient. In addition to the more obvious risks of aspiration and inadequate nutrition/hydration, recommendations made regarding swallowing management may be contraindicated by the patient's medical status. The need for competence and excellence in the practice of dysphagia assessment and management as well as the recognition of the interaction between swallowing function and medical variables are therefore essential. Our work with dysphagic patients has significant potential impact on mortality, morbidity, and quality of life of the patient.

2. Speech-language pathology has a vital contribution to make in the area of dysphagia with potential benefits for the patient, family, health care team, and entire health care system. Emerging literature indicates that efficient, appropriate care of the dysphagic patient can lead to reduced length of hospital stay, fewer medical complications, and better quality of life.

3. The role of the speech-language pathologist in dysphagia is multifaceted, including service delivery, education, training, program development, and research.

4. The scope of practice of speech-language pathology as it relates to assessment and management of disorders of swallowing function needs to be defined. Guidelines to describe the activities and responsibilities involved in the comprehensive assessment and management of swallowing disorders need to be outlined in the form of multi-professional standards of competency.

5. Dysphagia practice is a specialised clinical area involving speech-language pathologists and other disciplines

working collaboratively and co-operatively. Geographical variations exist with regard to the relative degrees of involvement of the various professions.

6. Speech-language pathologists need to understand and respect the roles and scopes of other disciplines in the collaborative assessment and management of dysphagic clients.

7. Speech-language pathologists need to be aware of the medico-legal implications of practice in the area of dysphagia as regulated by their provincial and professional governing bodies.

8. The growing number of clients with swallowing impairments across the country appearing on the caseloads of many speech-language pathologists indicates that the subspecialty of dysphagia intervention/management is becoming a regular component of clinical practice of the discipline, thereby necessitating its inclusion into the educational curriculum.

9. There is insufficient Canadian university coursework to meet the educational demands in the area of dysphagia. University education programs need to address this problem at both theoretical knowledge and clinical practice levels in graduate and post-graduate (continuing education) curricula.

10. There is a need for standardisation of Canadian university graduate curricula in the area of dysphagia.

11. There is a need to increase the number of supervised clinical training opportunities in dysphagia for students and newly graduated speech-language pathologists.

12. The logistics of speciality certification in Canada remain to be addressed. Preliminary results from survey respondents demonstrate support for this initiative.

13. There is an ongoing need to base clinical practice in swallowing disorders on sound research, hence the importance of additional well-designed research studies. Complex methodological and ethical issues exist for researchers designing studies in the area of dysphagia (e.g., radiation exposure).

14. There is a need to examine the effects of dysphagia intervention on clinical outcome using objective data.

15. There is a strong need for efficacy studies that demonstrate the benefits of specific treatment strategies under controlled conditions.

16. There is a need to evaluate clinical services providing management of swallowing disorders (Quality Assurance, Continuous Quality Improvement/Quality Management).

17. Speech-language pathologists must be aware of and adhere to occupational health and safety guidelines as they relate to the practice of dysphagia assessment and management.

18. Ethical issues related to the assessment and treatment of dysphagia need to be investigated in concert with other medical practitioners, the patient, and the family.

### **Recommendations of the Ad Hoc Committee on Dysphagia**

1. The identification, assessment, and management of dysphagia should be included in the CASLPA Scope of Practice for speech-language pathologists.

2. Provincial professional bodies should expand on the guidelines of practice to ensure that practice standards are in accordance with provincial regulating bodies.

3. University training programs should develop and/or expand curricula in the area of swallowing disorders for both theoretical knowledge and clinical practice at the graduate and post-graduate level (continuing education).

4. Standards for professional competence and mechanisms for establishing adequate preparation and continuing education should be further addressed by CASLPA. Sub speciality certification may be one means to consider for development.

5. Members of the profession must continue to uphold the CASLPA Canon of Ethics (1992). Speech-language pathologists have a duty and a responsibility to the client and public to provide assessment/diagnostic or treatment services for which they have been adequately prepared and not to misrepresent their training or competence.

### **Acknowledgements**

The Ad Hoc Committee on Dysphagia wishes to express its gratitude to Virginia Kerry and Michelle Rasmussen of CASLPA for their guidance and support throughout this project.

**Note:** This position paper is modified from a longer version which contains extensive information from the CASLPA opinion survey and other investigations of the Ad Hoc Committee. For a copy of the full position paper with appendices containing relevant supporting documents, contact the CASLPA National Office.

### **References**

Golper, L. (1992). *Sourcebook for Medical Speech Pathology*. San Diego, CA: Singular.

CASLPA. (1992). Canon of Ethics. *Journal of Speech-Language Pathology and Audiology*, 16, 257-258.

*A position paper represents the direction CASLPA has taken on a particular topic or provides guidelines for particular areas of practice. These positions are time-bound, representing the thinking at a particular point in time.*

---

# Guidelines for Assessment and Management in Dysphagia

Endorsed by the CASLPA membership July, 1995

## Ad Hoc Committee on Dysphagia

*Marlene Jacobson, PhD*  
Sunnybrook Health Sciences Centre, North York, Ontario

*Estelle Klasner, MA*  
Runnymede Hospital, Toronto, Ontario

*Jane Loncke, MS*  
St. Joseph's Hospital, Hamilton, Ontario

*Suzanne Michels, MCISc*  
University of Western Ontario, London, Ontario

*Louise Roy, MSc*  
Wellesley Central Hospital, Toronto, Ontario

*Irene Tamas, MHSc (Chair)*  
West Park Hospital, Toronto, Ontario

---

Assessment and management of swallowing disorders is carried out in collaboration with other disciplines. Medical consultation is mandatory. Instrumentation may be used within scopes of competency and training. The following areas are included:

### Identifying Information:

- referral source
- reasons for referral
- client identification

### Clinical History:

- history of present illness (acute, chronic)
- swallowing history, consultative reports
- medical history: metabolic, endocrine, systemic, gastrointestinal, respiratory, neurological, structural abnormalities, radiation exposure, surgical procedures
- psycho-social history: family support, compliance, emotions, psychiatric disorders
- communication status; hearing, vision
- cognitive status
- nutritional and hydration status, appetite
- medication use
- mode of eating, dentition status
- mobility
- environmental factors

### Present Swallowing Status:

- client/caregiver description of problem
- reported compensations
- oral/pharyngeal/laryngeal sensory motor examination
- oral reflexes
- meal evaluation
- volitional, automatic swallow examination
- special procedures e.g., blue dye test, auscultation

### Instrumental Assessment:

- anatomy, physiology, bolus variables, spontaneous and therapeutic compensatory manoeuvres

### Videofluoroscopy

- assessment of oral preparatory, oral, pharyngeal stages
- screening of esophageal stage

### Adjunctive Instrumentation:

- fiberoptic endoscopy, manofluorography, ultrasound, scintigraphy etc., may be used

### Reporting of Findings:

- summary of symptoms and physiology of deficits
- prognosis, severity, risk indicators
- contributory factors
- recommendations and management plan
- follow up plan
- other consultations
- functional swallowing skills and abilities

### Management Approaches:

- techniques and approaches are individualised to the clients needs and deficits
- a collaborative, multidisciplinary approach is required
- outcome of management must be documented and measured based on treatment goals

---

# Document de principe de l'Association canadienne des orthophonistes et audiologistes (ACOA) sur la dysphagie

Adopté par les membres de l'ACOA en juillet 1995

## Comité spécial sur la dysphagie

*Marlene Jacobson, PhD*  
Sunnybrook Health Sciences Centre, North York, Ontario

*Estelle Klasner, MA*  
Runnymede Hospital, Toronto, Ontario

*Jane Loncke, MS*  
St. Joseph's Hospital, Hamilton, Ontario

*Suzanne Michels, MCISc*  
University of Western Ontario, London, Ontario

*Louise Roy, MSc*  
Wellesley Central Hospital, Toronto, Ontario

*Irene Tamas, MHSc (Chair)*  
West Park Hospital, Toronto, Ontario

---

Au cours des deux dernières décennies, on a assisté à une croissance spectaculaire de la participation des orthophonistes dans le domaine des troubles de la déglutition. L'évolution de notre apport professionnel à ce domaine découle de nos travaux spécialisés sur les troubles buccomoteurs de certaines populations, comme les personnes atteintes de paralysie cérébrale et les patients qui subissent une chirurgie de la tête et du cou, auxquelles on a appliqué des connaissances et des compétences spécifiques liées aux troubles de l'anatomie oropharyngienne pour traiter des déficiences de la communication et de la déglutition. Nos études et notre base de connaissances spécialisées en anatomie, physiologie, neuroanatomie et neurophysiologie de la tête et du cou, de même que notre formation clinique poussée et notre expérience professionnelle auprès de patients / clients qui manifestent un dérèglement de la fonction des systèmes oro-pharyngo-laryngiens, ont déterminé notre compréhension de la fonction de déglutition et de notre rôle dans l'évaluation et le traitement des affections touchant cette fonction.

Dans ce document, le terme « dysphagie » désigne surtout les aspects oropharyngiens des troubles de la déglutition en tant que principal centre d'intérêt des orthophonistes, bien qu'on reconnaisse que la phase oesophagienne est également un aspect essentiel de la déglutition.

Issue du secteur médical de notre profession, la pratique clinique en matière de dysphagie demeure un aspect de l'orthophonie médicale, qu'on définit comme « l'évaluation et le traitement d'affections qui influent directement sur la santé et la sécurité, ainsi que sur la communication » (Golper, 1992, avant-propos). C'est justement à cause du risque de morbidité et de mortalité que les connaissances médicales spécialisées et les compétences cliniques sont nécessaires.

Le Comité spécial de l'ACOA sur la dysphagie a été créé à l'automne 1992, en réponse à des besoins exprimés par les membres de l'ACOA. Ce comité avait pour mandat d'élaborer un document de principe visant à identifier les questions portant sur le rôle des orthophonistes dans la prestation de services aux clients atteints de déficiences de la déglutition et à établir des lignes directrices sur la pratique clinique en matière d'évaluation et de traitement des troubles de la déglutition. Le document de principe de l'ACOA est applicable à tous les professionnels canadiens. Cependant, on reconnaît que : a) Chaque province se distinguera par ses ordres professionnels (c.-à-d. les initiatives de collèges et d'associations professionnelles provinciales dans le domaine de la dysphagie). Les lignes directrices sur la pratique clinique devraient servir de normes minimales d'une province à l'autre. b) La disponibilité des ressources techniques et du personnel varie énormément à l'intérieur de chaque province et d'une province à l'autre. c) L'orthophonie n'est peut-être pas une des grandes disciplines ou même un participant à l'évaluation et au traitement des troubles de la déglutition dans certaines régions géographiques du pays.

Ce document de principe a été élaboré à la suite de recherches et d'entretiens. Voici quelques-unes des activités du Comité spécial sur la dysphagie :

1. Examiner les données démographiques de l'ACOA sur la prestation de services dans le domaine de la dysphagie.

2. Examiner tous les documents de principe et toutes les lignes directrices de la *American Speech-Language-Hearing Association (ASHA)* des États-Unis et du *Royal College of Speech-Language Therapists (RCSLT)* de Grande-Bretagne sur la pratique en matière de dysphagie.

3. Examiner des documents sur les champs de pratique dans d'autres disciplines, notamment l'ergothérapie, la physiothérapie, les sciences infirmières et la diététique.

4. Effectuer des analyses de la littérature existante.

5. Communiquer avec toutes les associations provinciales d'orthophonie et d'audiologie au sujet d'initiatives professionnelles dans le domaine de la dysphagie.

6. Examiner les cours sur la dysphagie donnés dans tous les programmes d'orthophonie canadiens.

7. Examiner les cours sur la dysphagie donnés dans certains programmes universitaires américains.

8. Communiquer avec le Programme de rayonnement communautaire du Nord, Telemedicine et des organismes privés, notamment la Société Huntington, la Société canadienne de la sclérose en plaques, la Marche des dix sous et la *Parkinson's Disease Society* pour déterminer les besoins communautaires.

9. Mener un sondage d'opinion auprès de tous les membres de l'ACOA au sujet des questions liées à la pratique en matière de dysphagie (2 % des membres de l'ACOA ont répondu).

10. Diffuser la version préliminaire du document de principe partout au Canada auprès de certains pairs, qui l'examineront et apporteront des commentaires.

### **Points clés découlant des activités du Comité spécial**

1. Nous devons absolument insister sur le fait que la dysphagie se distingue des autres domaines de l'orthophonie dans la mesure où elle peut nuire au patient. En plus des risques manifestes d'aspiration et de nutrition / d'hydratation inappropriée, les recommandations portant sur les soins de la déglutition peuvent être contre-indiquées selon l'état de santé du patient. La compétence et l'excellence dans la pratique en matière d'évaluation et de traitement de la dysphagie, ainsi que la reconnaissance de l'interaction entre la fonction de déglutition et les paramètres médicaux, sont donc essentielles. Notre travail auprès des patients dysphagiques a probablement une incidence importante sur la mortalité, la morbidité et la qualité de vie du patient.

2. La contribution de l'orthophonie au domaine de la dysphagie est capitale, et le patient, la famille, l'équipe soignante et l'ensemble du système de santé finiront par en bénéficier. D'après la littérature récente sur le sujet, la

prestation de soins appropriés et efficaces au patient dysphagique réduirait l'hospitalisation et les complications, tout en améliorant sa qualité de vie.

3. En matière de dysphagie, l'orthophoniste joue un rôle multidimensionnel, qui comprend la prestation de services, l'éducation, la formation, l'élaboration de programmes et la recherche.

4. Il faut définir la portée de la pratique de l'orthophonie en matière d'évaluation et de traitement des troubles de la fonction de déglutition. Il faut établir des lignes directrices pour décrire les activités et les responsabilités liées à l'évaluation et au traitement exhaustifs des troubles de la déglutition sous forme de normes de compétence inter-professionnelles.

5. La pratique en matière de dysphagie constitue un domaine clinique spécialisé qui regroupe des orthophonistes et des membres d'autres disciplines qui oeuvrent en collaboration et en coopération. Des variations géographiques existent en ce qui concerne le degré de participation relative des diverses professions.

6. Les orthophonistes doivent comprendre et respecter le rôle et la portée des autres disciplines pour collaborer à l'évaluation et au traitement des clients dysphagiques.

7. Les orthophonistes doivent être conscients des répercussions médico-légales de la pratique dans le domaine de la dysphagie, conformément à la réglementation de leur province et de leur organisme de réglementation professionnelle.

8. Partout au pays, le nombre croissant de clients qui présentent des déficiences de la déglutition et sont soignés par de nombreux orthophonistes révèle que la sous-spécialité d'intervention / de traitement de la dysphagie est en train de devenir un aspect courant de la pratique clinique de la discipline, qui devra donc figurer au programme d'études.

9. Dans les universités canadiennes, les cours comportent trop peu de travaux pour satisfaire les exigences de formation dans le domaine de la dysphagie. Les programmes d'études universitaires doivent régler ce problème à la fois aux niveaux des connaissances théoriques et de la pratique clinique dans les programmes de deuxième et de troisième cycles et les programmes post-universitaires (formation continue).

10. Il faut normaliser les programmes de deuxième et de troisième cycles des universités canadiennes dans le domaine de la dysphagie.

11. Il faut accroître le nombre de possibilités de formation clinique supervisée en dysphagie pour les étudiants et les orthophonistes qui viennent d'obtenir leur diplôme.

12. Au pays, la logistique de la reconnaissance professionnelle des spécialités reste à déterminer. D'après les résultats préliminaires du sondage, les répondants appuient cette initiative.

13. En matière de troubles de la déglutition, la pratique clinique doit toujours être fondée sur l'excellence de la recherche, d'où l'importance de mener d'autres études marquées par une bonne planification. Des questions d'éthique et de méthodologie complexes se posent aux chercheurs qui planifient des études dans le domaine de la dysphagie (p. ex. radioexposition).

14. Au moyen de données objectives, il faut examiner les effets d'une intervention pour cause de dysphagie sur les résultats cliniques.

15. Des études de l'efficacité s'imposent pour démontrer les avantages de stratégies de traitement spécifiques en milieu contrôlé.

16. Il faut évaluer les services cliniques qui servent à traiter les troubles de la déglutition (assurance de la qualité, amélioration continue de la qualité / gestion de la qualité).

17. Les orthophonistes doivent connaître et respecter les lignes directrices sur la santé et la sécurité liées à l'évaluation et au traitement de la dysphagie.

18. Les questions d'éthique liées à l'évaluation et au traitement de la dysphagie doivent faire l'objet d'une enquête de concert avec d'autres praticiens, le patient et la famille.

### Recommandations du Comité spécial sur la dysphagie

1. L'identification, l'évaluation et le traitement de la dysphagie devraient faire partie du champ de pratique des orthophonistes membres l'ACOA.

2. Les organismes professionnels provinciaux devraient élargir les lignes directrices sur la pratique pour veiller à ce que les normes de pratique soient conformes aux règles des organismes de réglementation provinciaux.

3. Les programmes de formation universitaire devraient élaborer et (ou) augmenter les programmes d'études dans le domaine des troubles de la déglutition à la fois en ce qui a trait aux connaissances théoriques et à la pratique clinique aux deuxième et troisième cycles et au niveau post-universitaire (formation continue).

4. Les normes de compétence professionnelle et les mécanismes servant à donner une préparation et une formation continue appropriées devraient être revues par l'ACOA. La reconnaissance professionnelle des sous-spécialités pouvait constituer un moyen à envisager à des fins de perfectionnement.

5. Les membres de la profession doivent continuer de faire respecter le Code de déontologie de l'ACOA (1992). Les orthophonistes ont, envers le client et la population, le devoir et la responsabilité de fournir les services d'évaluation / de diagnostic ou de traitement pour lesquels ils ont reçu une formation appropriée, et de ne pas représenter faussement leur formation ou leur compétence.

**Remarque :** Ce document de principe est une version modifiée d'un document plus long qui comporte des renseignements exhaustifs tirés du sondage d'opinion de l'ACOA et d'autres enquêtes menées par le Comité spécial. Pour obtenir un exemplaire du document de principe intégral, avec les annexes (version anglaise seulement) et les documents d'appoint pertinents, veuillez communiquer avec le Bureau national de l'ACOA.

### Références

- Golper, L. (1992). *Sourcebook for Medical Speech Pathology*. San Diego, CA: Singular.
- CASLPA. (1992). Canon of Ethics. *Journal of Speech-Language Pathology and Audiology*, 16, 257-258.

*Un document de principe représente la position de l'ACOA sur un sujet donné ou offre des lignes directrices en ce qui a trait à certains champs de pratique. Ces positions sont ancrées dans le temps et représentent le point de vue de l'Association au cours d'une période donnée. L'utilisation du masculin ayant pour seul but d'alléger le texte, il va de soi que les conditions énoncées s'appliquent également aux femmes.*

# Lignes directrices sur l'évaluation et le traitement de la dysphagie

Adopté par les membres de l'ACOA en juillet 1995

## Comité spécial sur la dysphagie

*Marlene Jacobson, PhD*  
Sunnybrook Health Sciences Centre, North York, Ontario

*Estelle Klasner, MA*  
Runnymede Hospital, Toronto, Ontario

*Jane Loncke, MS*  
St. Joseph's Hospital, Hamilton, Ontario

*Suzanne Michels, MCISC*  
University of Western Ontario, London, Ontario

*Louise Roy, MSc*  
Wellesley Central Hospital, Toronto, Ontario

*Irene Tamas, MHSc (Chair)*  
West Park Hospital, Toronto, Ontario

L'évaluation et le traitement des troubles de la déglutition sont effectués en collaboration avec d'autres disciplines. La consultation médicale est obligatoire. Des instruments peuvent être utilisés dans les limites de la compétence et de la formation acquises. Les champs de pratique suivants en font partie :

### Renseignements identificatoires :

- source d'orientation
- motifs de l'orientation
- identification des clients

### Antécédents cliniques :

- antécédents de la maladie actuelle (aiguë, chronique)
- antécédents de déglutition, rapports de consultation
- antécédents médicaux : métaboliques, endocriniens, systémiques, gastro-intestinaux, respiratoires, neurologiques, anomalies structurelles, radioexposition, interventions chirurgicales
- antécédents psychosociaux : appui de la famille, conformité, émotions, troubles psychiatriques
- état de la communication; audition, vision
- état cognitif
- état nutritionnel et hydratation, appétit
- consommation de médicaments
- mode d'alimentation, état de la dentition
- mobilité
- facteurs environnementaux

### État actuel de la déglutition :

- description du problème par le client / soignant
- compensations signalées
- examen sensorimoteur de la bouche / du pharynx / du larynx
- réflexes buccaux

- évaluation des repas
- examen de la déglutition automatique, volontaire
- interventions spéciales, p. ex. test au colorant bleu, auscultation

### Évaluation instrumentale :

- anatomie, physiologie, variables du bol alimentaire, manoeuvres compensatoires thérapeutiques et spontanées

### Vidéo-fluoroscopie (vidéoradioscopie)

- évaluation de la phase de préparation buccale, de la phase pharyngienne et de la phase buccale
- examen de la phase oesophagienne

### Instruments d'appoint :

- on peut recourir à la fibroscopie, la manofluorographie, l'échographie, la scintigraphie, etc.

### Communication des résultats :

- résumé des symptômes et de la physiologie des déficits
- pronostic, gravité, indicateurs de risque
- facteurs contributifs
- recommandations et plan de traitement
- plan de suivi
- autres consultations
- aptitudes et capacités fonctionnelles de déglutition

### Approches de traitement :

- les techniques et les approches sont individualisées selon les besoins et les déficits du client
- une approche concertée et multidisciplinaire s'impose
- les résultats du traitement doivent être documentés et mesurés par rapport aux objectifs de traitement