



LUNDS  
UNIVERSITET

MEDICINSKA  
FAKULTETEN

Logopedprogrammet

**Logopediskt omhändertagande av trakeostomerade och laryngektomerade patienter ur ett  
internationellt perspektiv**

Julia Eriksson och Clara Larsson

LOGM82 Vetenskapligt arbete, 30 hp, VT24

Handledare: Sara Wiberg och Susanna Whitling

## Innehållsförteckning

|   |    |
|---|----|
| Abstract .....  | 4  |
| Abstract English.....                                   | 5  |
| Tack.....   | 6  |
| Ordlista.....   | 7  |
| Bakgrund.....   | 8  |
| Trakeostomi och dysfagi.....                            | 8  |
| Laryngektomi och dysfagi.....                           | 12 |
| Logopedens roll.....                                    | 12 |
| Syfte .....   | 16 |
| Frågeställningar.....                                   | 16 |
| Hypoteser .....   | 17 |
| Metod .....   | 17 |
| Uppsatsförfattarnas synsätt .....                       | 17 |
| Deltagare .....   | 17 |
| Procedur .....  | 18 |
| Etiska överväganden .....                               | 24 |
| Resultat .....  | 25 |
| Logopedens roll & samarbete med andra professioner..... | 26 |
| Råd, coachning & utbildning .....                       | 32 |

|   |    |
|---|----|
| Mål, riktlinjer & forskning inom området.....               | 36 |
| Utmaningar med fältet & personliga utmaningar.....          | 40 |
| Diskussion.....   | 41 |
| Resultatdiskussion.....                                     | 41 |
| Kliniska implikationer.....                                 | 49 |
| Metoddiskussion.....  | 50 |
| Slutsatser .....  | 51 |
| Framtida studier.....                                       | 51 |
| Referenser .....  | 53 |
| Bilagor.....  | 59 |
| Bilaga 1: Medgivandeblankett .....                          | 60 |
| Bilaga 2: Information som skickades ut till deltagarna..... | 63 |
| Bilaga 3: Information som skickades ut till deltagarna..... | 64 |
| Bilaga 4: Citat.....  | 66 |

## Abstract

**Bakgrund:** Denna magisteruppsats syftar till att svara på vilka likheter och skillnader som finns mellan det logopediska omhändertagandet i Sverige och andra länder av trakeostomerade och laryngektomerade patienter med dysfagi. Den syftar också till att svara på vilka lärdomar logopeder i Sverige kan dra om det logopediska omhändertagandet av dessa patientgrupper i andra länder.

**Metod:** För att besvara frågorna transkriberades intervjumaterial från världsledande experter och analyserades genom textkondensering.

**Resultat:** Resultatet visade på skillnader mellan individer i det logopediska omhändertagandet av trakeostomerade patienter. Skillnader fanns i bland annat talventilsutprovningar, vilket inte utförs av deltagare i Sverige, men utförs av de flesta deltagarna i de andra länderna. I Sverige nämns en avsaknad av teamarbete kring trakeostomerade patienter och i andra länder poängteras ett gott samarbete med teamet för att kunna ge individualiserad vård. I de andra länderna verkar det finnas ett tankesätt att lära sig av och förstå de andra professionernas roller i omhändertagandet. Deltagare från båda grupperna vill utbilda andra professioner i logopedens expertis. Få deltagare arbetade med laryngektomerade patienter, men det framkom flera likheter i arbetssättet, bland annat pre- och postoperativ information.

**Slutsatser och implikationer:** Uppsatsen visar på fördelar med teamarbete och att logopeden är en del av det multidisciplinära teamet. Det finns även fördelar för patienter med tidig användning av talventil och att talventilsutprovningar görs i samarbete med logopeder. Genom arbetsplatsintroduktioner och utbildningsmoment om omhändertagandet kan kunskapen spridas. Dessa implikationer kan bidra till mer patientsäker vård.

**Sökord:** Trakeostomi, laryngektomi, dysfagi, multidisciplinärt team, internationellt

### **Abstract English**

**Background:** This thesis aims to answer what similarities and differences exist between the SLP care of tracheostomized and laryngectomized patients with dysphagia, in Sweden and other countries. It aims to answer what SLPs in Sweden can learn about SLP care in these patient groups in other countries.

**Method:** To answer the questions the interview material was transcribed and analyzed with text condensation.

**Results:** The results show differences in the SLP care of tracheostomized patients. One difference was found between the groups in speaking valve trials which aren't carried out by SLPs in Sweden, but by most participants from other countries. A lack of teamwork in tracheostomy care is mentioned in the Swedish group. The other countries emphasize teamwork to optimize individualized care. There seems to be a mindset in other countries to learn from and understand the roles of other professions. Participants from both groups would like to educate other professions in what SLPs do and may contribute with. Few participants worked with laryngectomized patients, however several similarities were found in their roles, including pre- and postoperative information.

**Conclusions and implications:** This thesis shows benefits of teamwork and the SLP as part of the multidisciplinary team. There are benefits for patients in early use of speaking valves and that the speaking valve trials are carried out by an SLP. Through care introductions and training, knowledge can be spread. These implications can contribute to improve patient safety.

**Key words:** Tracheostomy, laryngectomy, dysphagia, multidisciplinary team, international

## **Tack**

Vi vill tacka alla deltagare som bidragit med sin kunskap i ämnet. Tack till Pontus Wiegert som delade med sig av sin kunskap i utförande av metoden och till Josefine Eriksson som hjälpte oss med kontrolläsning av transkriptionerna. Vi vill också tacka våra handledare Sara Wiberg och Susanna Whitling för gott samarbete och för intressanta diskussioner som lett till många nya tankar.

### Ordlista

|                                      |  |
|--------------------------------------|--|
| <b>FUS</b> (eng: FEES)               | Fiberendoskopisk undersökning av faryngeal sväljning   |
| <b>VFS</b> (eng: VFSS)               | Videofluoroskopi   |
| <b>Högupplöst manometri</b>          | Högupplöst manometri används vid utredning av sväljning för att mäta esofagus motorik.   |
| <b>“Blue dye”</b>                    | Blå hushållsfärg som används vid sväljningsbedömningar för att upptäcka aspiration. Blå färg blandas med dryck/mat, om den blå färgen sedan hittas vid sugning av luftvägarna har patienten aspirerat. |
| <b>TRAMS</b>                         | “Tracheostomy review and management service” är en internationell multidisciplinär konsulttjänst för trakeostomiomhändertagande.   |
| <b>IVA</b> (eng: ICU/ITU)            | Intensivvårdsavdelning/intensive care unit/intensive treatment unit  |
| <b>“Respiratory therapist”</b>       | Profession med utbildning inom lungmedicin som hjälper patienter med andningssvårigheter. Har ingen direkt yrkesmotsvarighet inom den svenska vården.  |
| <b>“Laryngologist”</b>               | Dysfagispecialister med kirurgisk expertis. Svensk motsvarighet är foniater.   |
| <b>Aerosolgenererande procedurer</b> | En procedur som framkallar små partiklar som blir kvar i luften. Partiklarna kan bära virus vilket kan öka virusexponeringen.  |
| <b>Korkning</b>                      | Innebär att en kork sätts på trakealkanylen vilket tvingar luften upp genom de övre luftvägarna.   |
| <b>Ventilator</b>                    | En maskin som hjälper patienten att andas genom att luft trycks in i lungorna.   |
| <b>“Airway signage”</b>              | Ett medicinskt kort som informerar att patienten andas genom halsen.   |

## **Bakgrund**

Logopederna arbetar med patienter med dysfagi, vilket är en vanlig komplikation efter trakeostomi och laryngektomi (Hammarberg, 2008; Svensson, 2010). Dysfagi innebär en störning eller nedsättning av sväljningsförmågan (Svensson, 2010). Svårigheterna kan bero på anatomiska eller fysiologiska avvikelser eller en kombination (Starmer, 2019). Både patienters upplevda besvär och avvikande fynd vid undersökning ligger till grund för dysfagidiagnos (Svensson, 2010). Dysfagi kan ge en negativ inverkan på patienternas livskvalitet, exempelvis större risk för depression och ångest (Svensson, 2010; Wulff et al., 2022).

### **Trakeostomi och dysfagi**

Trakeotomi är ett kirurgiskt ingrepp som görs för att skapa en fri luftväg (Vårdhandboken, 2019). Trakeostomi eller trakeostoma är den öppning som bildats på halsens framsida efter ingreppet (Vårdhandboken, 2019). En trakealkanyl förs in i trakeostomat (Löf regionernas ömsesidiga försäkringsbolag, 2021). Tiden som patienter är i behov av trakealkanylen varierar (Svensson, 2010). Vid trakeostomi kan ett flertal komplikationer uppstå (Löf regionernas ömsesidiga försäkringsbolag, 2021). Sväljförmågan kan påverkas exempelvis genom nedsatt larynxhöjning, stämbandsrörlighet och hostförmåga, förändrat luftvägsmotstånd och svälj- och andningskoordination (Svensson 2010). Oavsett typ av trakealkanyl, kuffad eller okuffad, kan aspiration uppstå. Trakeostomi kan även behövas till följd av sväljsvårigheter där patienten aspirerar stora mängder (Svensson, 2010).

Nakarada-Kordic et al. (2018) såg att trakeostomi påverkade patienternas livskvalitet. Patienterna rapporterade ångest, rädsla, social isolering och en känsla av maktlöshet och två av skälen var hosta och dysfagi (Nakarada-Kordic et al., 2018). I en studie av Kumar et al. (2022)



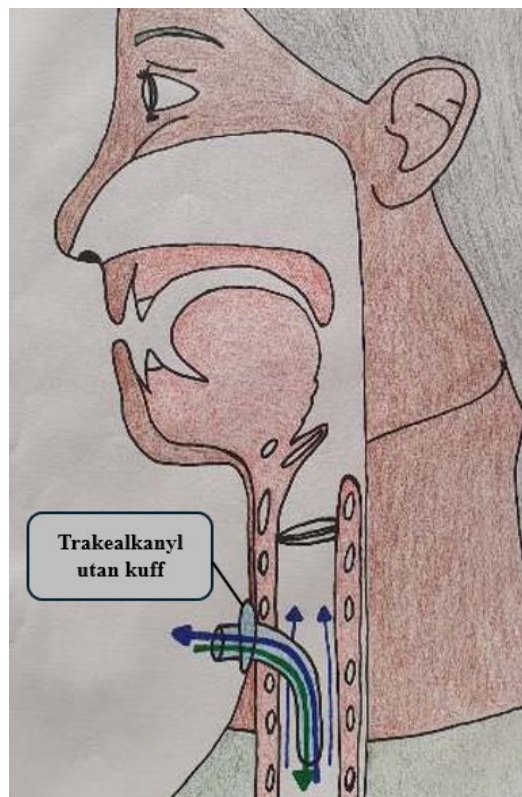
återfinns liknande resultat. De såg även att känslan av att inte kunna andas och svälja på egen hand påverkade patienternas självständighet (Kumar et al., 2022).

### ***Begreppsförklaring***

Trakealkanylen är den kanyl som förs in i trakeostomat (se Figur 1) (Löf regionernas ömsesidiga försäkringsbolag, 2021). Trakealkanyler finns med och utan kuff (Svensson, 2010; Vårdhandboken, 2019).

### **Figur 1**

*Figuren visar luftflödet genom en trakealkanyl utan kuff. Grön pil visar inandningsluft och blå pil visar utandningsluft.*



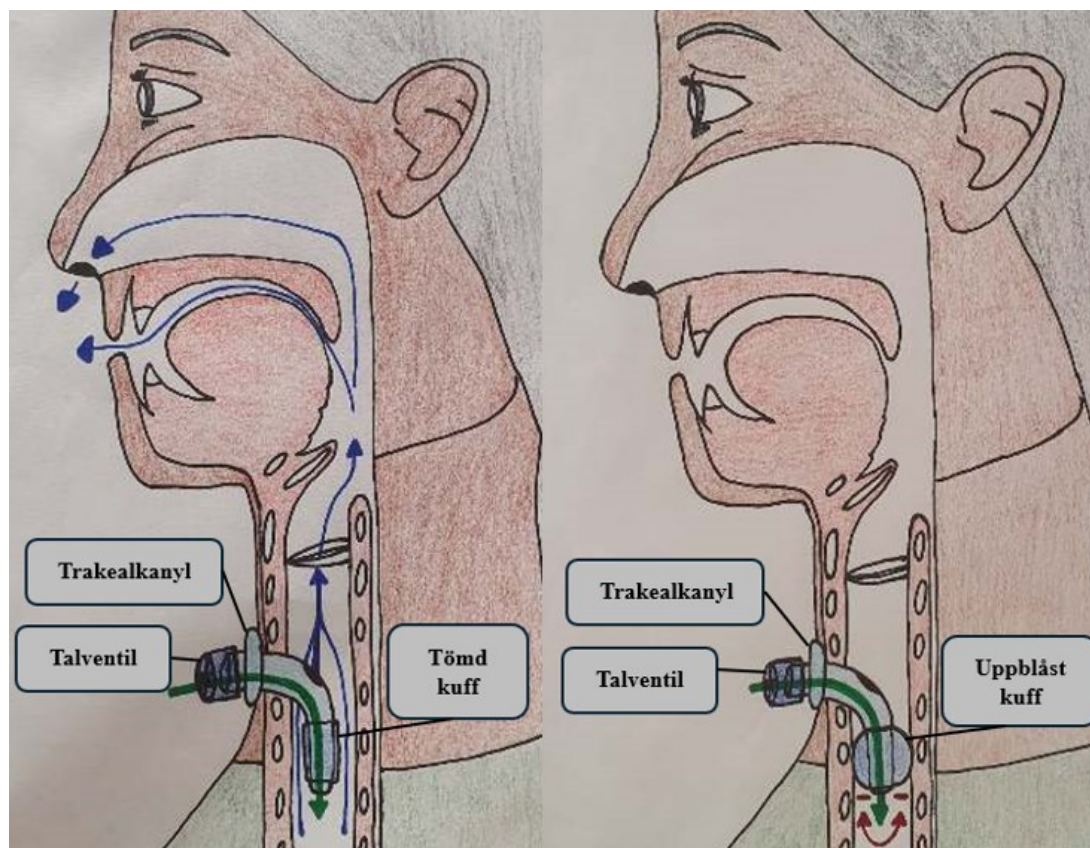
*Kommentar.* Privat bild.

En kuff kan vara uppblåst (kuffad) och används för att täta mellan trakealkanylen och luftstrupen (se Figur 2) (Vårdhandboken, 2019). Kuffen kan tömmas på luft och kallas då tömd kuff eller urkuffad (Svensson, 2010; Vårdhandboken, 2019). En uppblåst kuff skyddar inte mot aspiration då föda som når kuffen (Davis et al., 2002; Ding & Logemann, 2005) redan passerat stämvecksplan (Svensson, 2010). Födan kan läcka ner förbi kuffen mot nedre luftvägarna (Dave et al., 2010). Före urkuffning utförs sugning för att ta bort slem och övrigt som hamnat ovanför kuffen (Vårdhandboken, 2019).

“Läckande tal” är ett sätt att möjliggöra tal för trakeostomerade patienter när kuffen är tömd på luft (Wallace et al., 2023). Vid en utandning läcker då en viss mängd luft ut genom de övre luftvägarna, och resterande luft via trakealkanylen. Ett annat sätt att ge patienten möjlighet att tala är genom en talventil, också kallad envägsventil (Vårdhandboken, 2019), som är mer effektivt än läckande tal (Wallace et al., 2023). Utan en talventil kan det subglottiska trycket inte bli tillräckligt för att förhindra aspiration vid läckande tal (Wallace et al., 2023). Talventilen placeras på trakealkanylen och tvingar upp utandningsluften genom stämvecken vilket ger upphov till fonation (se Figur 2) (Frost et al., 2023).

**Figur 2**

Figuren visar luftflödet (pilar) när en talventil är placerad på en trakealkanyl. Grön pil visar inandningsluft. Till vänster är kuffen urkuffad och blå pil visar utandningsluften som passerar stämvecken. Till höger är kuffen kuffad och den röda pilen visar att luften inte kan förflyttas ut.



*Kommentar.* Privat bild.

Fördelar med att börja använda de övre luftvägarna igen är att det skapar ett subglottiskt tryck och därmed optimerad sväljning och minskad aspirationsrisk (Wallace et al, 2023).

Liknande resultat hittades i en studie av O'Connor et al. (2019), där talventilsanvändning har inneburit bland annat minskad aspirationsrisk, förbättrat luktsinne och minskat behov av sugning av luftvägarna. Talventil ska inte användas tillsammans med kuffad trakealkanyl eftersom

utandningsluften då inte har någonstans att ta vägen (se Figur 2) (Löf regionernas ömsesidiga försäkringsbolag, 2021).

Dekanylering innebär att trakealkanylen tas bort (Löf regionernas ömsesidiga försäkringsbolag, 2021). Det görs exempelvis när patienten har ett normalt syrgasbehov, kan andas på egen hand och inte längre är i behov av trakealkanylen. Efteråt tejpas trakeostomat för att kunna spontanläka (Löf regionernas ömsesidiga försäkringsbolag, 2021). Före dekanyletering skapas en urträningsplan (weaning plan) för att minska patientens behov av trakealkanylen och träna patienten att andas på egen hand för att sedan kunna dekanyletera (Barnes & Toms, 2021).

### **Laryngektomi och dysfagi**

Patienter som genomgått total laryngektomi andas liksom trakeostomerade patienter genom ett stoma på halsen (Starmer, 2019; Vårdhandboken, 2019). Vid en total laryngektomi skiljs trakea och esofagus åt och därmed andning och sväljning (Starmer, 2019). I Sverige behöver cirka 45 personer varje år genomgå laryngektomi som oftast beror på larynxcancer (Logopedförbundet, 2021; Västra Götalandsregionen, 2023).

Med ingreppet följer flera svårigheter (Hammarberg, 2008), däribland sväljnsvårigheter som är ett vanligt problem efter en total laryngektomi (Arenaz Búa et al., 2018). Vid ingreppet ändras sväljningens fysiologi vilket exempelvis påverkar förmågan att koordinera den hyolaryngeala rörelsen vilket kan resultera i retention. Ingreppet påverkar även muskulaturen i larynx och därmed funktionen av sväljningen och transporten av bolus (Starmer, 2019).

Laryngektomi kan även resultera i psykosociala svårigheter (Hammarberg, 2008). Wulff et al. (2022) undersökte i sin studie livskvalitet hos patienter med en total laryngektomi och kunde se att andelen patienter med depression var högre hos de deltagare som också hade sväljnsvårigheter.

## **Logopedens roll**

Logopedens roll är viktig för omhändertagandet av laryngektomerade och trakeostomerade patienter, såväl i bedömning som behandling (Clarke et al., 2016; Wiberg et al., 2022).

I logopedens arbetsuppgift kan det bland annat ingå utprovning av talventil vid trakeostomi, röstrehabilitering efter laryngektomi och bedömning och rehabilitering av dysfagi hos patientgrupperna (Clarke et al., 2016; Wiberg et al., 2022). Vid dysfagi används övningar för att stärka muskler och manövrar för säkrare sväljning utifrån patientens individuella behov (Likar et al., 2024). Trots att dysfagi är en komplikation hos laryngektomerade och trakeostomerade patienter (Hammarberg, 2008; Svensson, 2010) finns ingen konsensus kring hur dessa patienter ska tas om hand efter ingreppet (Bartow et al., 2018; Rivalsrud et al., 2023).

### ***Logopedens roll i det multidisciplinära teamet***

Logopeder kan med sin expertis vara en del av och bidra till multidisciplinära team för att förbättra omhändertagandet av patienter och minska effekterna av sväljsvårigheter (Bonvento et al., 2017). I en studie av Speed och Harding (2013) kunde de se att ett multidisciplinärt team bidrog till bland annat förkortad sjukhusvistelse.

Vid dysfagiomhändertagande är logopedens stöd och vägledning avgörande för teamet för att förebygga komplikationer och öka teamets förståelse för riskfaktorer vid dysfagi (Ninan et al., 2023).

### ***Logopedens roll i Sverige***

I Sverige har omhändertagandet av trakeostomerade patienter sett olika ut på olika arbetsplatser och mellan olika logopeder (Wiberg et al., 2022). På sjukhus där multidisciplinära trakeostomiteam finns, har logopeder ofta inte varit en del av det multidisciplinära teamet.

Samarbetet med andra professioner har rapporterats som en stor utmaning vid omhändertagande av trakeostomerade patienter. Dessutom har logopederna upplevt otydliga roller och har en självuppfattad brist på erfarenhet av patientgruppen (Wiberg et al., 2022).

Enligt Wiberg et al. (2022) använde få logopederna riktlinjer vid omhändertagandet. De riktlinjer som använts är nationella riktlinjer vid trakeostomiomhändertagande för barn, riktlinjer från andra länder samt lokala riktlinjer (Wiberg et al., 2022).

I Sverige träffar logopeden laryngektomerade patienter för pre- och postoperativ information (Hammarberg, 2008).

### ***Logopedens roll i andra länder***

Logopeders roll skiljer sig mellan olika länder (Rivelsrud et al., 2023). I Danmark utförs sväljbedömning och rehabilitering av arbetsterapeut. I andra nordiska länder utförs sväljscreening främst av logoped eller sjuksköterska. I de flesta nordiska länder är det logopeden som utför klinisk sväljbedömning samt rehabilitering (Rivelsrud et al., 2023).

Vid omhändertagandet av patienter som har behov av trakeostomi spelar logopederna en stor roll, oavsett om patienterna vårdas i ventilator eller inte (Frost et al., 2023). För att kunna dekanylera samarbetar logopeden med "respiratory therapists" (en profession vars motsvarighet saknas i Sverige) och det multidisciplinära teamet. Logopeden ansvarar för sväljfunktionen och bidrar på så vis till tillfrisknandet efter utträning från ventilator och förbättrad livskvalitet (Frost et al., 2023).

Davis et al. (2021) såg i sin studie att logopederna konsulterades i lägre utsträckning och kontaktades i senare skede än vad studien rekommenderade. De patienter som fick träffa logoped var främst patienter med komplexa svårigheter och patienter där det inte fanns möjlighet till utträning från ventilator. De såg även att patienter som hade logopedkontakt dekanylerades i

större utsträckning. För ett bättre omhändertagande av trakeostomerade patienter föreslog författarna ett system, exempelvis ett trakeostomiteam. Behovet av logopedkontakt kan signaleras med ett sådant system och dekanyleringstiden kan minska (Davis et al., 2021).

I en artikel av Rowland et al. (2023) undersöktes de riktlinjer som finns vid dysfagi för logopederna som arbetade med intensivvård i Irland och internationellt. De såg att 20,8 % av logopederna ansåg att deras omhändertagande av trakeostomi var dåligt (very poor/poor), 29,63 % ansåg att det var rimligt och 49,57 % ansåg att det var bra (good/very good).

Sammanfattningsvis rapporterades ett behov av mer resurser och standardiserade riktlinjer för omhändertagandet i klinik (Rowland et al., 2023).

I en annan studie av Cardinal et al. (2020) rapporterades liknande resultat där de deltagande logopederna rapporterade brist på resurser inom IVA, där det inte alltid fanns tillgång till en logoped. De rapporterade även att övrig personal enbart remitterade patienten till logoped om patienten hade svåra dysfagisyntom. I studien kom de fram till att bättre samarbete mellan yrkesgrupperna underlättade arbetet för logopederna. De identifierade även att logopederna kände ett behov av mer evidensbaserad praktik för att stödja deras roll i omhändertagandet av trakeostomerade patienter (Cardinal et al., 2020).

Longobardi et al. (2023) påpekar även vikten av logopedkontakt för patienter som ska genomgå en laryngektomi. Deras pilotstudie från Italien visade att logopedisk rådgivning före operation kunde minska stress- och ångestsymtom, samt öka patienternas anpassningsförmåga och förmågan att hantera de känslor som följde operationen. Starmer et al. (2015), från USA, såg att för patienter som fick träffa logoped minskade risken för bland annat dysfagi och aspirationspneumoni. Total laryngektomi ökade chansen för logopedkontakt, men trots detta såg

Starmer et al. (2015) att logopedens inblandning med patienter efter larynxcancer var begränsad. Därför påpekar Starmer et al. (2015) vikten av riktlinjer för logopedomhändertagandet.

I en studie från Australien av Brody-Camp et al. (2021) undersöktes effekten av en vårdrutin (clinical care pathway) efter att patienter genomgått en laryngektomi. Enligt rutinen fick patienten bland annat träffa logoped för bedömning och behandling. I studien kunde de se att patienter som gick enligt en klinisk rutin efter operationen hade mindre komplikationer än de som inte gick enligt en klinisk rutin (Brody-Camp et al., 2021).

Det saknas konsensus vad gäller logopediska insatser för dessa patientgrupper. Uppsatsstudien syftar därför till att undersöka det logopediska omhändertagandet av patienter med trakeostomi och laryngektomi i olika länder. Undersökningen kan bidra till ökat lärande om omhändertagandet, vilket i sin tur kan leda till säkrare vård och förbättrad livskvalitet för patientgrupperna.

## **Syfte**

Syftet med studien är att undersöka hur det logopediska omhändertagandet för laryngektomerade och trakeostomerade patienter med dysfagi ser ut internationellt. Vidare är syftet att undersöka hur logopeder i Sverige kan dra lärdom av omhändertagandet i andra länder. Förhoppningen är att kunskapen som studien kommer bidra med ska kunna implementeras i undervisning och klinik där logopeder är verksamma.

## **Frågeställningar**

1. Hur ser det logopediska omhändertagandet ut för trakeostomerade och laryngektomerade patienter med dysfagi i olika länder? Vilka eventuella skillnader och likheter finns det mellan omhändertagandet i Sverige jämfört med andra länder?
2. Vilka lärdomar kan logopeder i Sverige dra av omhändertagandet i andra länder?



## Hypoteser

- Logopedier är oftare del av ett multidisciplinärt team i andra länder än i Sverige.
- Svenska logopedier kan dra lärdomar av logopedens roll/det logopediska omhändertagandet i andra länder.
- Logopedier i andra länder är mer involverade i omhändertagandet av trakeostomerade och laryngektomerade patienter.

## Metod

### Uppsatsförfattarnas synsätt

Uppsatsförfattarna är logopedstudenter, vilket innebär att uppsatsen är skriven ur ett logopediskt perspektiv.

### Deltagare

Material och deltagare till studien fanns redan insamlade inom ramen för ett internationellt utbildningstillfälle för studenter i samarbete mellan Lunds universitet och Michigan State University. Utbildningstillfället skedde under ledning av Susanna Whitling och Sara Wiberg höstterminen 2021. Studenterna fick genom utbildningstillfället möjlighet att fördjupa sig inom dysfagiområdet, genom att ställa frågor till experter (se Bilaga 3). Deltagarna består av n=13 internationellt erkända experter inom fältet dysfagi hos trakeostomerade och laryngektomerade patienter. Flera av deltagarna är världsledande forskare och andra mångåriga kliniska experter. Deltagarna rekryterades från Sverige, USA, Irland, Storbritannien och Australien genom inbjudan via professionella nätverk samt personliga kontakter (så kallat bekvämlighetsurval). Deltagarna tilldelades ett deltagarnummer (se Figur 3) för att göra det möjligt att hänvisa specifika citat till en deltagare.

**Figur 3**

*Figuren visar deltagarnummer som deltagarna blivit tilldelade och landet de arbetar i.*

| <b>Deltagarnummer och land</b> |
|--------------------------------|
| Deltagare 1 Australien         |
| Deltagare 2 USA                |
| Deltagare 3 Irland             |
| Deltagare 4 Storbritannien     |
| Deltagare 5 Sverige            |
| Deltagare 6 USA                |
| Deltagare 7 USA                |
| Deltagare 8 Australien         |
| Deltagare 9 Storbritannien     |
| Deltagare 10 Irland            |
| Deltagare 11 Storbritannien    |
| Deltagare 12 Australien        |
| Deltagare 13 Sverige           |

**Procedur**

Datamaterialet (se Figur 4) består av sju videoinspelade gruppintervjuer från Zoom. Materialet består även av fyra intervjuer som deltagarna spelade in enskilt och två skriftliga intervjusvar utifrån de skriftliga frågorna som delats ut i förväg, eftersom de inte kunde medverka på Zoom.

**Figur 4**

Figuren visar antalet deltagare, och på vilket sätt intervjumaterialet samlades in för de olika deltagarna.

| Grupper   | Antal deltagare | Zoomintervjuer i grupp  | Förinspelade intervjuer                                   | Skriftliga intervjuer            |
|---|-----------------|---|---|----------------------------------|
| SV-gruppen  | 2 st            | 1 deltagare   | 0 deltagare   | 1 deltagare                      |
| AL-gruppen  | 11 st           | 6 deltagare<br>(USA 3 st)<br>(Irland 2 st)<br>(Australien 1 st) | 4 deltagare<br>(Storbritannien 3 st)<br>(Australien 1 st) | 1 deltagare<br>(Australien 1 st) |
| <b>Totalt antal deltagare</b><br>(båda grupperna) | 13 st           | 7 deltagare   | 4 deltagare   | 2 deltagare                      |

Allt underlag var på engelska och muntligt material transkriberades. Texten omarbetades och översattes under analysprocessen enligt nedan. Samtliga deltagare fick ta del av intervjufrågorna (se Bilaga 3) via e-mail innan intervjutillfället ägde rum. I zoomintervjuerna ställdes frågorna direkt av logopedstudenter från Lunds universitet och Michigan State University. Det var sju grupper med en deltagare och fem till sex studenter i varje grupp.

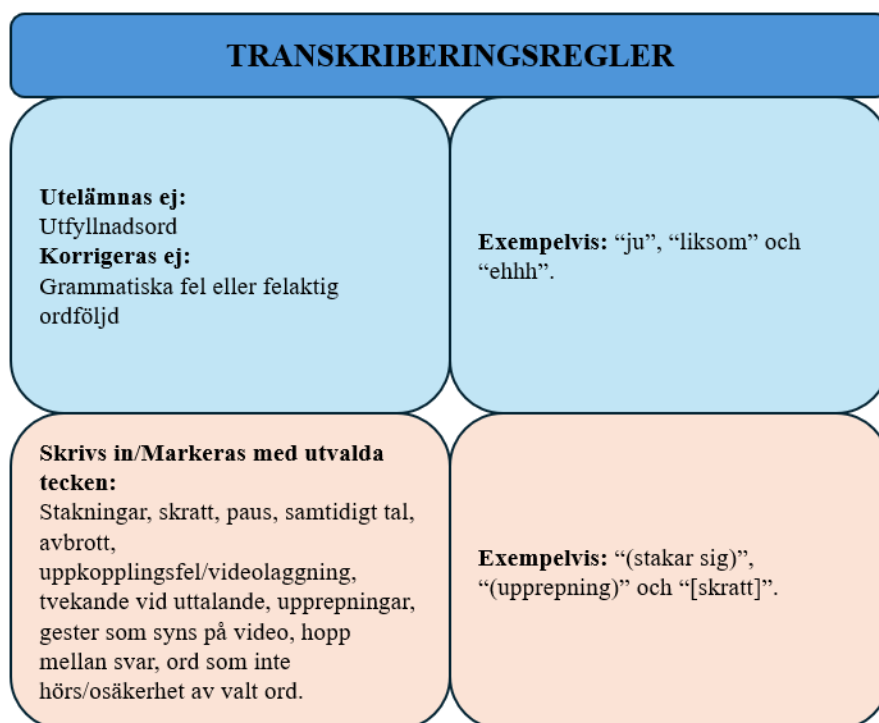
Data analyserades med systematisk textkondensering (systematic text condensation) enligt modellen i artikeln av Malterud (2012). I metoden ingår tematisering, kodning, kondensering och rekontextualisering. Metoden valdes eftersom den inte kräver några särskilda förkunskaper och hjälper författarna att sortera, analysera och sammanfatta en stor mängd text. Textmaterialet sorteras med hjälp av metoden in under olika kod- och subgrupper, vilket underlättar och fördjupar analysen.

## Transkribering

För att säkerställa interbedömarreliabilitet etablerades regler inför transkriberingen (se Figur 5). Därefter gjordes en kontrolltranskription, där en slumpmässigt utvald video transkriberades enskilt av båda författarna. Eventuella skillnader mellan transkriptionerna markerades därefter av en utomstående part. En procentuell beräkning samt analys av skillnaderna gjordes. Intervjumaterialet transkriberades på dator.

### Figur 5

*Transkriberingsregler som användes under transkriberingen.*



I analysen framgick att kontrolltranskriptionen sammanlagt hade 121 skillnader efter att turtagningsmarkörer och felstavningar tagits bort. Kontrolltranskriptionen stämde överens till 92,6 % ( $121/1629=0,074$ ). Det gjordes även en analys av vilken typ av ord som transkriberades

olika där skillnaderna delades in i grupper och färgmarkerades. Skillnaderna delades in i “felstavningar”, “ord som uppfattats olika”, “grammatiska skillnader”, “ord som förekom i en transkription men inte i den andra” och “sammansättningar av ord” som exempelvis “there’s” och “there is”. Ord som inte påverkade innehållet, som exempelvis turtagningsmarkörer och felstavningar, togs bort innan analysen.

Ord som kunde ha innehållsmässig påverkan och därav var av betydelse var “ord som uppfattats olika” samt “där ord inte förekom. Dessa två grupper utgjorde 5,5 % av transkriptionen. De skillnader som tillhörde gruppen “ord som uppfattats olika” var ord som författarna upplevde som svåra att uppfatta i videon, ord som var fonologiskt lika samt ord som författarna inte var bekanta med sedan tidigare. Dessa ord diskuterades gemensamt av författarna för att uppnå samstämmighet om vilket ord som ansågs vara rätt. Words dikteringstjänst och handledare konsulterades ett fåtal gånger för ord som ingen av författarna kunde uppfatta. Ord som fortsatt inte var tolkbara föll bort.

Åtgärder som vidtogs efter transkriberingsanalysen för att säkerställa interbedömarreliabiliteten var följande: Först delades intervjuerna upp mellan författarna och därefter transkriberades de åtskilt. Total inspelningstid bestämde fördelningen mellan författarna, för att skapa jämlig arbetsbörda (Deltagarantal: C.L=5, J.E=6). Ord som skapade osäkerhet hos författarna markerades. Efter transkriberingen korrekturlästes samtliga transkriptioner av båda författarna som vid behov diskuterade enskilda ordval.

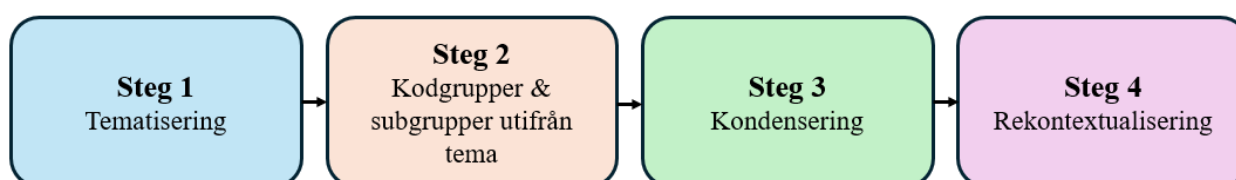
### *Analys*

Transkriptionerna delades in i grupper om 3–4 intervjuer för att ge överblick av materialet. På grund av liten mängd data tillät grupperingarna att materialet analyserades som en helhet och inte som individuella intervjuer. Förfarandet minskade risken att vikt lades på de

individuella deltagarna och inte på materialet, något som gjordes för att minska bias. Text som inte varit relevant för frågeställningen och/eller som inte passat under ett större tema har successivt sorterats bort under analysprocessen.

### Figur 6

*Flödesschema över analysprocessens (systematisk textkondensering) fyra steg enligt Malterud (2012).*



I steg 1 lästes alla transkriptioner igenom och övergripande teman valdes ut (se Tabell 1). Genomgången av materialet utfördes av båda uppsatsförfattarna för att kunna jämföra och diskutera fram val av teman. Detta kan enligt Malterud (2012) bidra med fler synvinklar och att betydande fragment inte ska falla bort i det tidiga analysstadiet.

I steg 2 sorterades textmaterialet in under passande tema från steg 1. Efter att meningsbärande enheter (citat) sorterats in under passande tema fick temat ett nytt namn som var mer beskrivande för gruppen och kallas därefter kodgrupp. Kodgrupperna delades sedan in i subgrupper där material från kodgruppen sorterades in under passande subgrupp för djupare analys. Sorteringen till kodgrupperna delades upp mellan författarna. Därefter lästes textmaterialet igenom tillsammans för att sedan modifiera kodgrupper och subgrupper efter behov.

I steg 3 kondenserades textmaterialet i varje subgrupp vilket innebar att riktiga citat skrevs om för att sammanfatta innehållet. I detta steg översattes materialet till svenska av

författarna. Kodgruppen "Logopedens roll & samarbete med andra professioner", som innehöll störst textmaterial och ansågs vara mest relevant för frågeställningen, sammanfattades tillsammans av författarna.

Två separata analyser gjordes av materialet för att enklare kunna jämföra skillnader och likheter mellan Sverige och andra länder. I den första ingick material från logoped i Sverige och i den andra ingick material från logoped i andra länder. På grund av att citaten slås samman i steg 3 hade det annars blivit svårt att se från vilket land ett svar härstammar. Med frågeställningen i åtanke delades analysmaterialet upp i deltagare som arbetar i Sverige ("SV-gruppen") och deltagare som arbetar i andra länder ("AL-gruppen").

I steg 4 rekontextualiserades kondenseringarna från steg 3, vilket innebar att texten sammanfattades ytterligare och sammanställdes i punktform för att göra resultaten mer överskådliga. Rekontextualiseringen gjordes tillsammans av författarna och utgjorde resultatet av den systematiska textkondenseringen.

## Tabell 1

*I tabellen visas exempel på arbetsgång av steg 1–4 i den systematiska textkondenseringen.*

*Materialet är från SV-gruppen och visar textkondenseringen av logopedens roll vid omhändertagande av laryngektomerade patienter.*

| TEMA | CITAT/MENINGS-<br>BÄRANDE ENHETER   | KODGRUPP   | SUBGRUPP                              | KONDENSERING  | REKONTEXTUALISERING  |
|------|---|--|---------------------------------------|---|--|
| Roll | <p>“My colleagues in [stad] actualize the patients who is planned for laryngectomy” (13)</p> <p>“I educate the patient about the new anatomy, how to take care of prosthesis and stoma. This is partly information that already is given in [stad]” (13)</p> <p>“I also inform about the products – HME:s adhesives etcetera; the necessity to keep the voice prosthesis clean, to notice the signs when it's time to change the prosthesis, where to get the products when you get home/.../” (13)</p> | Logopedens roll & samarbete med andra professioner | Logopedens & andra professioners roll | Logopeden informerar och gör patienten redo före laryngektomin. Information ges till patienten om hur anatomin kommer att förändras, hur man tar hand om röstventilen och stomat, vilket de delvis redan informerats om och information ges om produkterna. Hur man märker att det är dags att byta röstventilen och var man kan få tag på material när man blivit utskriven. | - Laryngektomi<br>* Logopeden ger pre- och postoperativ information, råd om röstventils-omhändertagande och stomivård samt produkt- och materialinformation. |

## Etiska överväganden

Projektet har godkänts av den Etiska kommittén vid Avdelningen för logopedi, foniatri och audiologi, Institutionen för Kliniska Vetenskaper Lund, Lunds universitet.

## Dokumentation

Medgivandeblanketter samt intervjumaterial samlades på en lösenordsskyddad webbplats i samband med datainsamlingen 2021. Vid transkriberingen anonymiserades intervjuerna genom kodning. Citat har ändrats för att inte kunna härledas till enskilda individer. Kodnyckeln förvaras separat från materialet. Efter avslutat uppsatsarbete sparas data i enlighet med riktlinjerna för forskning.



### *Urval av forskningspersoner*

Deltagarna kontaktades hösten 2021 av handledarna och andra i projektgruppen genom personliga kontakter samt genom professionella nätverk, och därefter fortsatte kontakten via e-mail.

### *Information och samtycke*

Informerat samtycke säkerställdes genom att deltagarna fick signera medgivandeblanketter (se Bilaga 1) innan intervjuerna utfördes.

Före intervjutillfället fick deltagarna ta del av intervjufrågorna vilket medförde att deltagarna kunde få större förståelse för vad deltagandet innebar. I medgivandeblanketten framgick att deltagarna fick avbryta sitt deltagande när som helst, utan följdfrågor eller påföljder.

### *Dokumentation av samtycke*

Deltagarnas samtycke hade redan dokumenterats genom medgivandeblanketter.

### *Risker*

Medverkande i studien medförde inga risker för deltagarna. Data anonymiserades och kan inte spåras till individuella deltagare.

## **Resultat**

Resultaten från den systematiska textkondenseringen presenteras nedan. Rubrikerna “subgrupp”, kodgrupp” och “tema” som utformades under steg 1–2 presenteras i Figur 7. Därefter presenteras sammanställningen från steg 4 i löpande text som kompletteras med exemplifierande citat från transkriptionerna. I transkriptionsmaterialet från Sverige förekom inte subgrupperna “riktlinjer” eller “personliga utmaningar”. Citat och deltagarnummer återfinns i bilaga 4 och hänvisas genom deltagarnummer inom parentes i texten.

**Figur 7**

*Steg 1 & 2 av den systematiska textkondenseringen. I figuren visas slutgiltiga teman med tillhörande kod- och subgrupper.*

| SUBGRUPP  | KODGRUPP   | TEMA                         |
|---|--|------------------------------|
| Logopedens & andra professioners roll<br>Team & samarbete<br>Intervention | Logopedens roll & samarbete med andra professioner | Roll                         |
| Råd & coaching<br>Utbildningar för kollegor & logopeden                   | Råd, coaching & utbildning                         | Utbildning                   |
| Mål & framtida implementering<br>Riktlinjer<br>Forskning inom området     | Mål, riktlinjer & forskning inom området           | Evidensbaserad praktik (EBP) |
| Utmaningar med fältet<br>Personliga utmaningar                            | Utmaningar med fältet & personliga utmaningar      | Utmaningar                   |

## **Logopedens roll & samarbete med andra professioner**

### ***Logopedens & andra professioners roll i Sverige***

I SV-gruppen utför logopeden dysfagibedömningar. Logopedens roll i omhändertagandet av trakeostomerade patienter är att sköta utträning ur trakealkanyl vid dekanylering (5).

Talventilsutprovningar görs av intensivvårdspersonalen utan involvering av logopeden.

Logopedens roll i omhändertagandet av laryngektomerade patienter är att ge pre- och postoperativ information, råd om skötsel av röstventil och stomivård samt produkt- och materialinformation (13). En deltagare utför även luktrehabilitering (13). ÖNH-läkaren träffar patienten på slutenvårdsavdelningen och personalen på avdelningen hjälper till med daglig

stomivård, till exempel rengöring av röstventil och byten av material. Enligt en deltagare (5) sätter logopeder i Australien in röstventiler för laryngektomerade patienter, men inte i Sverige. I Sverige sätter ÖNH-läkare in röstventiler.

### ***Logopedens & andra professioners roll i andra länder***

Resultatet visade att samtliga deltagare i gruppen arbetade med trakeostomerade patienter, men enbart ett fåtal arbetade med laryngektomerade. Deltagarna arbetade på olika avdelningar, hade olika roller inom verksamheten och jobbade såväl inom öppenvård som slutenvård.

Logopederna kan bli involverade i olika skeden av vårdförloppet (2, 10). Några deltagare (9) berättade att de är med och fattar beslut om trakeostomi, några blir involverade under tiden som patienterna vårdas i ventilator och några efteråt.

Logopedens roll i arbetet med trakeostomerade patienter kan vara att kontrollera korrekt placering av trakealkanyl, ansvara för urkuffning och leda försök med läckande tal och talventil (2). De rekommenderar även när talventilen ska användas och när det är dags för dekanylering (2). Logopeden har en roll i bedömning och ordinerings av talventiler. Vissa logopeder ansvarar för sugning av luftvägarna av området precis nedanför kanylen. Logopeden kommunicerar också planen framåt till anhöriga.

Olika yrkesgrupper kan vara involverade vid omhändertagandet av trakeostomerade, däribland plastikkirurger, ÖNH-läkare och sjuksköterskor. Under tiden som logopeden ansvarar för talventilsutprovning, anpassar och hanterar respiratory therapist samtidigt det läckage som uppstår i systemet (2). Även narkosläkaren eller intensivvårdsläkaren kan kuffa ur och prova talventilen om patienten är ventilerad (10).

På vissa sjukhus screenas patienterna för dysfagi vid ankomst. Logopeden utför sällan screeningar (4) men ansvarar för övriga dysfagibedömningar och omhändertagande vid dysfagi. Screeningen utförs ofta av andra professioner, till exempel sjuksköterskor eller läkare (4). Dock anses trakeostomerade patienter vara så pass komplexa att screeningar oftast inte utförs på patientgruppen.

Vid misstanke om sväljningssvårigheter rekommenderas sjuksköterskor att remittera patienten vidare till logoped. På vissa sjukhus träffar logopeden samtliga trakeostomerade patienter, det görs därför inte screeningar (11). Bedömningsmetoder som logopeder använder är exempelvis klinisk sväljbedömning, fiberendoskopisk undersökning av faryngeal sväljning (FUS) och videoflouroskopi (VFS). Beslut kring kirurgiska åtgärder som kan påverka sväljfunktionen baseras därefter ofta på logopedens bedömning (4).

Logopeden har en roll i omhändertagandet av laryngektomerade patienter. Logopeden ger pre- och postoperativ information (2) och sköter stomivård (3). Logopeden ser till att patientens medicinska kort (airway signage) är enligt riktlinjerna och att vårdpersonal har rätt information gällande exempelvis patientens andningsväg. Logopeden samarbetar ofta med exempelvis huvud-hals-cancer-sjuksköterskor angående stomivård och sekrethantering (2). Logopeder träffar även patienter som varit laryngektomerade under längre tid och där deras aktuella besök inte beror på stomat, exempelvis vid problem med läckande röstventil (3).

### ***Team & samarbete i Sverige***

En deltagare nämner att samarbetet mellan intensivvårdspersonalen och logopeder inte är så bra gällande trakeostomi, vilket deltagaren försöker förbättra (5).

Gällande laryngektomi träffar ÖNH-läkaren patienten på avdelningen (13). Där kan logoped och läkare diskutera eventuella problem vid behov.

### *Team & samarbete i andra länder*

Flera av deltagarna ansåg att det var viktigt att ha ett nära samarbete med teamet (6). Logopeden kan genom sin expertis delta i diskussioner och beslut vilket kan bidra till teamet och omhändertagandet av patientgruppen (9). Med ett multidisciplinärt team kan logopeden snabbt och effektivt kommunicera resultat om sväljförmåga, och därmed vad logopeden och andra kan göra åt problemen (4).

Sammanfattningsvis ansåg deltagarna att teamarbete var viktigt, men professionerna som ingår i olika moment kan variera. Logopeder kan, och brukar, arbeta med nästan alla medlemmar i det multidisciplinära teamet. De kan på vissa sjukhus även vara en del av det multidisciplinära teamet, eftersom mycket av omhändertagandet går in i varandra (3). Gällande trakeostomerade och ventilerade patienter kan logopeden samarbeta med hela teamet och ha nära samarbeten med exempelvis "respiratory therapist", fysioterapeut, arbetsterapeut, fonioterapeut, sjuksköterska, specialistsjuksköterska och ÖNH-läkare.

Logopeder kan ingå i ett speciellt trakeostomiteam som kallas Tracheostomy review and management service (TRAMS) rounds. De kan även ha en konsultativ roll och blir därmed kallade för att träffa patienterna.

Logopeden kan involveras i beslut om att trakeostomera och om patientens extubering misslyckats (9). Under tiden som patienten är ventilerad samarbetar logopeden alltid med en sjuksköterska eller respiratory therapist som kan justera inställningarna på ventilatorn. Logopeden kontrollerar då att det finns ett fritt luftflöde, leder urkuffning och provningar av läckande tal. När patienten tolererar urkuffningen, som kan signaleras av sjuksköterskan, kan talventilsutprovningar påbörjas.

Generellt är talventilsutprovningar ett multidisciplinärt beslut och foniatern är den som godkänner talventilsutprovningar. Logopeder har en stor roll i talventilsutprovningar (8) och kan utföra utprovningen självständigt eller tillsammans med andra professioner. Logopeden sköter placering av talventil och rekommenderar tid för talventilsanvändning. Det är sällan intensivvårdsläkare som sköter placering av talventil, utan det är ofta logopeden som får remissen. Det är viktigt att andra i teamet kan påbörja talventilsutprovningar även när logopeden inte är på plats, eftersom patienten behöver börja kommunicera, få röst och luftflöde samt stimulera larynxfunktionen (9). Det kan skilja sig mellan vilka andra professioner som är involverade vid hantering av talventil. Det kan vara sjuksköterskor, specialistsjuksköterskor, respiratory therapist eller fysioterapeuter, även kirurger kan vara inblandade när problem uppstår. Samarbetet med ÖNH och intensivvården är viktigt för patienter med stora tumörer i övre luftvägarna eftersom det i kombination med talventil kan orsaka andnöd.

Det kan skilja sig vem som sköter sugning av luftvägarna, det kan utföras av logoped men också av respiratory therapist, sjuksköterskor eller fysioterapeuter som också kan rapportera sväljproblem till logopeden. De som är certifierade, inklusive logopeder, får utföra en djupare sugning av luftvägarna, medan personal som inte är certifierade åtföljs av exempelvis sjuksköterska eller respiratory therapist (7). Vid FUS är det bra att ha någon från teamet som kan utföra sugning av luftvägarna medan logopeden utför bedömningen (8).

Urträning görs gemensamt av det multidisciplinära teamet. Urträning leds oftast av fysioterapeut och läkare, men logopeden ser till att insättningen av talventilen matchar patientens urträningsplan. Logopeder utför därefter uppföljningar under urträningsprocessen, ofta tillsammans med respiratory therapist.

Vid svåra röstventilsbyten på laryngektomipatienter, exempelvis på grund av litet stoma, kan bytet göras tillsammans med ÖNH-läkare (8).

### *Intervention i Sverige*

De flesta patienterna screenas på IVA, exempelvis används The Gugging Swallowing Screen (GUSS) (5). Deltagaren utför klinisk sväljbedömning med cervikal auskultation samt instrumentella bedömningar såsom FUS.

### *Intervention i andra länder*

Tillgång till bedömningsmaterial kan variera mellan olika sjukhus. Bedömningsmaterial som används kan ses i Figur 8.

## **Figur 8**

*Bedömningar som kan utföras på trakeostomerade och laryngektomerade patienter.*

| Bedömningar   |
|---|
| Kranialnervsbedömning   |
| Klinisk sväljbedömning  |
| Dysfagiscreening (utförs inte på vissa sjukhus). Exempelvis: <ul style="list-style-type: none"> <li>• 3-ounce-water-swallow-test</li> <li>• Yale Swallow Protocol (på vissa sjukhus utförs denna på samtliga patienter på intensivvården, speciellt på de patienter som blivit intuberade).</li> <li>• Royal Brisbane and Women's Hospital Dysphagia Screening Tool (RBWH)</li> </ul> |
| Test of Mastication and Swallowing Solids (TOMASS) kan göras på trakeostomerade patienter.  |
| Self-reported swallowing outcome after laryngectomy (SOAL) kan göras på laryngektomerade patienter.   |
| Eating Assessment Tool (EAT-10)   |
| Dysphagia Handicap Index  |
| Bedömning av tungstyrka med Iowa Oral Performance Instrument (IOPI) eller tongueometer.   |
| Mätning av maximalt inandnings- och utandningstryck   |
| Kognitiva screeningar förekommer, exempelvis genom The Minimal State Examination (MMSE), men kan behöva kompletteras.   |

Ofta används instrumentell bedömning som kompletterar övriga bedömningar (7). En instrumentell bedömning väljs utifrån patientens svårigheter och resurser på sjukhuset. De flesta logopeder använder FUS och VFS (6) vilket kan användas inom slutenvård och öppenvård. Dock är ineliggande trakeostomerade patienter sällan tillräckligt stabila för röntgen. FUS ger mer information om exempelvis förändringar i anatomi vilket är fördelaktigt med patientgruppen. Det går att se saliv- och sekrethantering i realtid (8). Det är möjligt att utföra bedömningarna med kuffad och urkuffad kuff. Det går även att placera talventil och utvärdera hur det går för att sedan påbörja en sväljbedömning. Högupplöst manometri kan användas på de patienter som är tillräckligt stabila.

Skalor som används för dysfagi-bedömning är Functional oral intake scale (FOIS), Yale Residue Scale (YRS), New Zealand Secretion Scale (NZSS) och Dynamic Imaging Grade of Swallowing Toxicity (DIGEST).

Logopeden arbetar med att bygga upp patientens tolerans för urkuffning under talventilsutprovningar vilket behövs eftersom de inte använt de övre luftvägarna under en längre tid (10).

I behandling används olika manövrar som exempelvis Mendelson och kraftfull sväljning. Metoderna kan kombineras med motorisk och sensorisk stimulering, som exempelvis Thermal-Tactile Stimulation (TTS).

## **Råd, coachning & utbildning**

### ***Råd & coachning i Sverige***

Ett råd vid omhändertagande av trakeostomerade patienter var att använda FUS för en omfattande utredning, eftersom detta kan visa sekretansamling och larynxfunktion (5).



Larynxfunktionen kan exempelvis ha blivit skadad vid intubering. Genom FUS är det möjligt att se vilken del av sväljningen som orsakar problem, vilket underlättar individanpassad intervention. Olika strategier och manövrar kan därefter användas baserat på var problemet sitter. Vidare råd var kontinuerlig utvärdering efter intervention.

Råd vid omhändertagande av laryngektomerade patienter var att logopeden informerar patienter om deras nya anatomi och hur de ska ta hand om sin röstventil, vilket deltagaren tycker kan vara bra att få höra flera gånger (13). Det är viktigt att patienten får möjlighet att lära sig och utföra den dagliga vården av stomat, rengöring och byten av röstventilen för att bli mer självständig i hanteringen (13). Informationsutbyte och diskussion med personal är viktigt vid omhändertagande av laryngektomerade patienter eftersom det kan vara en ovanlig patientgrupp på sjukhuset.

### ***Råd & coachning i andra länder***

Deltagare betonade vikten av att ha förståelse för operationen, anatomin och fysiologin (8). De menade att det är bra att förstå varför ingreppet behövdes och hur anatomin förändrats, både vid en laryngektomi och trakeostomi.

Flera deltagare gav råd om tidig logopedintervention, som exempelvis tidig instrumentell bedömning med FUS och/eller VFS. De instrumentella bedömningarna kan ge en tydlig bild över larynx och vad som orsakar dysfagi. En deltagare understryker att inte enbart lita på "blue dye", eftersom sväljningsproblematik då kan missas (7). Om det inte finns tillgång till FUS, kan det vara en idé att försöka få utbildning och implementera detta i akutvården (3). FUS är viktigt både ur dysfagisympunkt, sekrethantering och vid undersökning av stämvecksfunktion. Det är speciellt viktigt för post-extuberade och trakeostomerade patienter.

Ett råd var att vara uppmärksam på tyst aspiration, som ofta är ett problem hos trakeostomerade patienter (10). Ytterligare råd var tidig remittering till logoped för att patienterna inte ska lämnas sårbara, och att underlätta kommunikation och ett tidigare oralt intag.

Tidig instrumentell bedömning var även ett råd speciellt för laryngektomerade patienter för att få en baseline för att kunna följa eventuella förändringar över tid (8).

Munhygien beskrivs som viktig för att minska risken för pneumoni. En deltagare gav råd om att fokusera på rehabilitering och inte enbart bedömning (11). Deltagaren beskriver att ha i åtanke hur vi levererar en effektiv behandling och hur vi utvecklar behandlingen för att patienten inte ska stagnera. Deltagaren föreslår att ha ett fokus på att återställa sensorisk medvetenhet i larynx, och sensorisk stimulering tillsammans med motorisk träning. Det nämns även att dysfagi inte ska separeras från röst, utan att rehabiliteringen kombinerar sväljning, röst och luftvägen (4). Deltagaren vill se till att patienten inte har någon svullnad eller obstruktion i de övre luftvägarna eftersom det kan försvåra talventilsanvändning.

En deltagare gav råd om att vara förberedd på de situationer som kan inträffa (2) genom att vara utbildad, exempelvis inom sugning av luftvägarna, och veta hur man ska agera om något skulle hända med patienten.

En deltagare berättar att Expiratory Muscle Strength Training (EMST) har gett goda resultat. Detta förklaras kunna bero på att EMST hjälper att förbättra hoststyrka och rensning av slem, vilka kan vara signifikanta problem för den trakeostomerade populationen (4).

Deltagarnas råd gällande samarbete var att arbeta för att bygga upp ett positivt arbetslag och att arbeta tillsammans för att lösa svåra fall för att ge individualiserad vård (11). Deltagarna pratade om samarbete, teamwork och att arbeta med team-kollegor. Det är speciellt viktigt med ett starkt samarbete med respiratory therapist. Det är bra att ha förståelse för sina kollegor, deras

roll och profession (6). Deltagare poängterar att fråga om hjälp för att ta del av allas expertis. Det är viktigt att involvera alla i behandling, för att kunna effektivisera arbetet och ge patienten de bästa förutsättningarna (11). Samarbete med det multidisciplinära teamet är bra för att förstå och lära sig hur god infektionskontroll uppnås. Deltagarna nämner även att inte vara rädd för att fråga om hjälp om något är oklart för minskad smittorisk.

Flera deltagare gav råd om att ha patienten i fokus och att se dysfagin utifrån hela patienten. De pratar om att ha patientcentrerad vård och ett skräddarsytt tillvägagångssätt. Lyssna på patienten för att få veta vilka mål som är viktiga för dem (10).

En deltagare gav råd om att bemöta trakeostomerade patienter på liknande sätt som huvud-halscancerpatienter (4). Detta eftersom patienterna ofta är medvetna över vad de vill och vad som kommer fungera för dem eller inte. Ytterligare råd var att ge kontroll till patienten, exempelvis genom att informera patienten och familjemedlemmar om vad som ska göras. Ge patienten ett sätt att säga stopp när de känner sig obekväma.

Arbetsfarenhet inom området rekommenderades av en deltagare gällande arbete på IVA (1). Arbetstempot är mycket högt, vilket ger tuffa förutsättningar. Det ger inte samma grund som på rehabilitering och det finns en risk att glömma tidigare kunskap. En deltagare berättar att hen hade uppskattat att få tala med mer erfarna logopedier under sin tidiga karriär, eftersom hen inte visste hur hen skulle arbeta med patientgruppen (2). Det är enligt deltagaren mycket lärorikt att gå bredvid någon som arbetar med trakeostomerade patienter och andra professioner för att få deras perspektiv. För att kollegor ska få en god introduktion brukar deltagaren ta över deras patientfall (2). Kollegorna får då följa och lära av andra professioner och se saker ur deras perspektiv. Praktiskt arbete, exempelvis att utföra uppgifter, beskrivs vara mer värdefullt än att ta kurser och anteckna.

### ***Utbildningar för kollegor & logopeden i Sverige***

I SV-gruppen berättade en deltagare att hen fått utbildning i luktrehabilitering för laryngektomerade patienter, men att det var få patienter som behövde detta (13).

### ***Utbildningar för kollegor & logopeden i andra länder***

Sjuksköterskor och andra kollegor i det multidisciplinära teamet kan få utbildning av logopeden för att kunna utföra dysfagiscreeningar och att ge behandling. Logopederna uppmanade övrig personal på sjukhuset att få kompetens inom området. En deltagare berättade att hen utbildade andra kollegor i sugning av luftvägarna (2). Kollegorna fick då lyssna på föreläsningar och utföra praktiska övningar i sugning av luftvägarna. Det poängterades att även om någon inte vill utföra det är kunskap inom det viktigt.

Utbildning som vissa av deltagarna fått var i sugning av övre och/eller nedre luftvägarna. En deltagare blev upplärd av andra professioner i teamet genom praktiska övningar (2). En deltagare berättade att hen fått utbildning i integrativ medicin och är certifierad hälsocoach (6). Deltagaren har där fått träning i motiverande samtal och hur öppna frågor ställs till patienten.

### **Mål, riktlinjer & forskning inom området**

#### ***Mål & framtida implementering i Sverige***

En deltagare i SV-gruppen berättade att samarbetet med andra professioner inte fungerar så bra, men att hen försöker förbättra det (5). Hen förklarade att logopeder har en specialisering inom dysfagiområdet och kan göra en mer omfattande bedömning (5). När andra professioner inte klarar hanteringen av talventil tillsammans med intensivvårdssjuksköterskan kan logopeden hjälpa eftersom logopeder kan ge kompletterande information. Deltagaren försöker därför bygga broar för att hjälpa det svenska teamet att bli medvetna om hur logopeder kan bidra till det

multidisciplinära teamet. Dock är det vanligt att logopederna inte är involverade i talventilsutprovningar.

### ***Mål & framtida implementering i andra länder***

Resultatet visade att vissa deltagare inte är utbildade i sugning av luftvägarna men att detta är något som flera av dem hoppas få kompetens inom. Vidare berättade en deltagare att de försöker ge tidigare intervention för att få patienterna att äta, dricka och tala tidigare (3).

Deltagaren vill därför, när det är möjligt, påbörja interventionen under tiden patienten vårdas i ventilator och då utföra urkuffning och använda talventil mer.

En deltagare berättar att de försöker att förändra rutinerna kring urkuffning för att logopeden ska bli involverad tidigare vilket logopederna i många andra länder är (10). En annan deltagare berättade att de vill påbörja användningen av Visual Analysis of Swallowing Efficiency and Safety (VASES) som ett verktyg, men att det i nuläget inte implementerats i klinik (4).

En deltagare berättade om sväljbedömningar och att det i nuläget inte finns evidens kring vilken konsistens som är bäst att börja med (10). Deltagaren tror att evidensen för detta är på väg (10) och kanske även internationella riktlinjer kring val av konsistens (10). Deltagaren berättar att de i forskningsstudier ofta börjar med ischips, sedan små klunkar eller teskedar av vätska, därför diskuteras dessa som möjliga startpunkter. Deltagaren berättar att det i nuläget kan skilja sig mellan olika länder angående vilken konsistens som bedömningen inleds med (10). Val av konsistens baseras exempelvis på patientens skick. Deltagaren berättade att hen brukar börja med trögflytande men att det kanske inte är det bästa eftersom retention kan förekomma. Ischips ansågs mer logiskt att börja med då det ger minst skada vid aspiration.

En deltagare nämnde att det fortfarande finns luckor inom området med trakeostomerade patienter och enorma mängder forskning kvar att göra (10). En annan deltagare nämnde att det finns en avsaknad av stora studier gällande patienter med högt syreflöde via näsan som undersöker relationen till dysfagi (3). Deltagaren berättar att det därför kan finnas en oro när vi behöver mer information som i komplexa fall eller där patienten är i dåligt skick.

En deltagare berättar om problematik med att läkare sannolikt utför vad de tror är sväljscreeningar, men som inte utförs korrekt (4). Enligt deltagaren är det osannolikt att läkarna blivit tränade i utförandet och logopederna skulle därför inte stödja ett sådant arbete. Logopederna försöker i den mån de kan utbilda sina kollegor för att förstå sväljbedömning och sväljohändertagande och varför det är komplicerat.

### ***Riktlinjer i andra länder***

En deltagare berättar att det finns ett nationellt säkerhetsprojekt för laryngektomerade i det som kallas “national tracheostomy safety project” (3). I projektet förklaras det att patientgruppen andas genom halsen, och vad det har för implikationer för vårdpersonalen om patienterna skulle intuberas, och att intuberingen utförs på rätt sätt.

Urkuffning och sugning av luftvägarna ansågs vara aerosolgenererande procedurer. Därför rekommenderades logopederna att inte utföra dessa procedurer under Covid-19-pandemin eller att använda talventil för tidigt. Under pandemin såg riktlinjerna annorlunda ut, men i dagsläget skiljer sig inte de dagliga rutinerna mot arbetet med andra patientgrupper.

I Storbritannien finns en policy som innebär att logopeder träffar alla trakeostomerade patienter, vilket är enligt riktlinjer som finns för omhändertagande inom intensivvården (9). En deltagare berättade att hen utformat riktlinjer för logopeders arbete med dysfagipatienter som

publicerats i “Center to Advance Palliative Care” (6). På ett sjukhus har det utvecklats en multidisciplinär utträningsplan för att försöka få patienterna ur ventilator (3).

### ***Forskning inom området i Sverige***

En deltagare i SV-gruppen berättade om forskning som hen varit delaktig i (5). Forskningen handlar om att talventil ska börja användas tidigare. I många länder har det redan blivit standard med tidigare användning av talventil i rehabilitering. Deltagaren berättar att talventil är bra för laryngeal funktion, sväljning, sekrethantering, kommunikation, välmående och för att upptäcka förvirringstillstånd tidigare. Talventilen kan även användas för bålstabilitet och balans. Talventilen kan därför användas för laryngeal och faryngeal funktion och inte enbart för kommunikation.

En deltagare beskriver ett annat forskningsprojekt med EMST för den trakeostomerade populationen (5). Hen var intresserad av att utöka forskningsområdet ytterligare. Deltagaren berättade också att det pågår ett översättningsarbete av “GUSS-ICU” till “GUSS-IVA”, vilket är en typ av dysfagiscreening (5).

### ***Forskning inom området i andra länder***

En deltagare berättade om en bok som ska komma att publiceras (6). Boken ska innehålla information om omhändertagandet av palliativa patienter med allvarliga sjukdomar, vilket innefattar i stort sett alla trakeostomerade och ventilerade patienter. Boken ska beskriva att det inte finns ett tillförlitligt screeningmaterial för patientgruppen. Deltagaren anser att det inte gjorts studier som ger tillräckligt bra specificitet och sensitivitet gällande sväljning vid trakeostomi.

En deltagare har börjat arbeta på ett träningsprogram ihop med nationella organisationer (6). En viktig del i träningsprogrammet är att se vilken kompetens kliniker behöver för att veta hur frågor ska ställas och hur de kan se vilken påverkan det får med patienterna.

I en undersökning som en av deltagarna utförde visade det sig att 36 av 58 logopeder i Irland bidrar till urkuffning och talventilsutprovningar, medan siffran är lägre i andra länder, 127 av 251 (3). Deltagaren anser att det därför finns en möjlighet till utveckling inom området.

En deltagare berättar om en artikel av Debra Suiter som kom ut 2008 (7). I artikeln deltar ungefär 3000 patienter, vilket än idag är den största studien inom dysfagilitteraturen. The Yale Swallow Protocol innehåller tre ja-och-nej-frågor, tre instruktioner som patienten ska följa och följs av the 3-ounce water swallow test där vatten ska sväljas kontinuerligt. Om kontinuiteten stoppas, och patienten visar några kliniska tecken på aspiration, räknas det som ett misslyckande och vattnet tas bort. Deltagaren beskriver att testet har 96,5% sensitivitet för aspiration och att det inte är ett dysfagi-protokoll utan ett aspirationsriskprotokoll.

## **Utmaningar med fältet & personliga utmaningar**

### ***Utmaningar med fältet i Sverige***

En utmaning som beskrevs var att patienterna är olika och orsaken till att de behöver trakeostomi varierar (5). Det handlar ofta om komplexa fall och för att pussla ihop alla delar krävs ett detektivarbete. Det behövs därför ett fungerande team för att få ihop alla delar.

Ytterligare utmaning som beskrevs var att teamet ofta är i ständig förändring. Det förekommer olika dynamiker och personligheter i teamet.

### ***Utmaningar med fältet i andra länder***

En utmaning med fältet som deltagarna beskrev var att patienterna ofta är olika och komplexa. Enligt flera deltagare finns det inte tillräckligt med evidens gällande screeningar för trakeostomerade patienter. Efterlevnad (compliance) beskrivs inte vara så hög i populationen, därför är deltagaren motvillig att rekommendera noll per os (4).



### ***Personliga utmaningar i andra länder***

Personliga utmaningar som beskrevs var hantering av svåra situationer, att patienter går bort (1) och att det kan vara svårt att lämna arbetet på jobbet.

## **Diskussion**

### **Resultatdiskussion**

Resultatet visade på skillnader och likheter i omhändertagandet av trakeostomerade patienter mellan länder. Teamarbete var ett stort fokus i många av de andra länderna och många logopedier var en del av det multidisciplinära teamet. I Sverige fanns det en saknad och önskan av teamarbete.

I de andra länderna verkade det finnas en förståelse för andra professioners uppgifter och en vilja att lära sig mer om och av andra professioner. Logopeden hade en större roll med trakeostomerade patienter i de andra länderna och skillnader fanns bland annat i arbetet med talventil. En likhet mellan Sverige och de andra länderna fanns i arbetet med urträning vid dekanylering.

Vid omhändertagandet av laryngektomerade patienter gav logopeden i Sverige och i de andra länderna pre- och postoperativ information och skötte stomivård. Det fanns ofta ett samarbete med andra professioner vid laryngektomiomhändertagandet.

Det var totalt två deltagare i SV-gruppen, varav den ena arbetade med trakeostomerade och den andra med laryngektomerade patienter. Det var totalt 11 deltagare i AL-gruppen varav en arbetade med laryngektomerade. Resultaten ger därmed en bild av hur några världsledande experter ser på det logopediska omhändertagandet för patientgrupperna.

Studiens första frågeställning är: *Hur ser det logopediska omhändertagandet ut för trakeostomerade och laryngektomerade patienter med dysfagi i olika länder? Vilka eventuella skillnader och likheter finns det mellan omhändertagandet i Sverige jämfört med andra länder?*

### ***Team & samarbete***

Första hypotesen var: *Logopeder är oftare del av ett multidisciplinärt team i andra länder än i Sverige*, vilket bekräftas av resultatet. Wiberg et al. (2022) såg i sin studie att 11 av 28 logopeder inte visste om det fanns ett trakeostomiteam på deras sjukhus, åtta rapporterade att det inte fanns ett team och nio rapporterade att det fanns ett team. I fyra fall var logopeden en del av teamet (Wiberg et al., 2022). Flera av deltagarna som arbetar inom trakeostomi- och laryngektomiområdet nämner att samarbetet mellan logopeder och andra professioner inom det multidisciplinära teamet är viktigt för patienternas vård och säkerhet. Multidisciplinära team har visats förbättra patientsäkerheten och minska risken för komplikationer (Bonvento et al., 2017). En deltagare i AL-gruppen beskriver att deras sjukhus har utvecklat en multidisciplinär ventilatorurträningsplan för att försöka få patienterna ur ventilatorn. Patientgruppen är varierad och komplex, och logopeder i AL-gruppen berättar att genom att arbeta tillsammans och lösa svåra fall kan de ge individualiserad vård.

Deltagare i AL-gruppen brukar arbeta med nästan alla medlemmar i det multidisciplinära teamet, eftersom mycket av omhändertagandet överlappar. Båda grupperna berättade att teamet kunde effektivisera arbetet, exempelvis genom att snabbt kunna kommunicera med teammedlemmarna. Alla professioner involveras därmed i behandlingen för att ge patienten de bästa förutsättningarna. En logoped i SV-gruppen nämner att samarbetet inte fungerar så bra med andra professioner. Svårigheter i samarbete med andra professioner nämndes även av majoriteten av deltagarna i Wiberg et al. (2022), vilket bekräftar magisteruppsatsens resultat. Några deltagare

i Wiberg et al. (2022) förklarade detta med att logopederna inte fanns på avdelningar med trakeostomerade patienter eller var del av ett team. Deltagare i AL-gruppen beskriver att logopederna med sin expertis kan bidra till det multidisciplinära teamet och trakeostomerade patienter, vilket även beskrivs av Bonvento et al. (2017). Detta kan enligt Bonvento et al. (2017) göras genom att minimera negativ inverkan av sväljsvårigheter. Deltagare från AL-gruppen nämner att beslut kring kirurgiska åtgärder ofta kan baseras på logopedens bedömning. Bonvento et al. (2017) beskriver att patienter som inte anses vara redo för urkuffning kan bli undersökta av logoped med FUS för att upptäcka dysfagi tidigare. Laryngeala skador som kan påverka patientens luftvägar kan även upptäckas med FUS. Logopedens expertis kan därmed bidra till teamets uträkningsplan (Bonvento et al., 2017).

### ***Logopedens roll***

Andra hypotesen var: *Logopederna i andra länder är mer involverade i omhändertagandet av trakeostomerade och laryngektomerade patienter.* Detta bekräftas av resultatet för trakeostomerade patienter men inte för laryngektomerade patienter där omhändertagandet överensstämmer. I AL-gruppen berättar deltagarna bland annat att logopedens ansvar kan vara att kontrollera trakealkanyl, ansvara för urkuffning, läckande tal- och talventilsutprovningar. Logopederna rekommenderar tid för talventilsanvändning, korkning och dekanylering. I AL-gruppen görs uträkning tillsammans av det multidisciplinära teamet. Logopederna ser till att insättningen av talventilen matchar patientens uträkningsplan och gör sedan uppföljningar tillsammans med respiratory therapist. Deltagarna i AL-gruppen berättar även att logopederna kan vara involverade i beslut om trakeostomering. I SV-gruppen är logopedens roll att sköta uträkning ur trakealkanyl vid dekanylering medan talventilsutprovningar görs av intensivvårdspersonal. Logopedens roll med trakeostomerade patienter är därmed ofta större för deltagarna i AL-

gruppen än i SV-gruppen vilket även ses i tidigare studier (Wallace et al., 2023; Wiberg et al., 2022). Majoriteten av logopederna i Wiberg et al. (2022) var inte involverade i urträning eller dekanylering. Flera deltagare visste inte om logopeder var involverade i detta. Endast 5 av 28 logopeder var involverade i dekanylering (Wiberg et al., 2022). Det råder därmed ingen konsensus i vad som är logopedens roll med patientgruppen i Sverige. Rollen som logopeden i SV-gruppen har och arbetsuppgifterna som hen utför skulle kunna tänkas bero på att deltagaren är expert inom området. Deltagaren kan därmed tänkas ha en större erfarenhet än vad många andra logopeder har med patientgruppen, vilket kan ha bidragit till en bredare roll. Som nämnts i tidigare studier upplever många logopeder bristande erfarenhet med patientgruppen (Wiberg et al., 2022). Logopeder med mindre erfarenhet skulle därmed tänkas gynnas av att ta del av sådan expertis. Utbildningar inom logopedkåren blir därför viktigt för ett patientsäkert arbete såväl inom som utom multidisciplinära team.

Flera av deltagarna i AL-gruppen ville bland annat påbörja talventilsutprovningar tidigare för en snabbare rehabilitering av trakeostomerade patienter och för att ge dem ett sätt att kommunicera. I AL-gruppen berättade deltagarna att talventilsutprovning är ett multidisciplinärt beslut, men att det oftast är logopeden som leder utprovningen. En deltagare i AL-gruppen tycker det är viktigt att teamet också kan påbörja talventilsutprovningen eftersom logopeder inte alltid finns på plats. Enligt en deltagare i SV-gruppen är det inte ovanligt att talventilsutprovningar görs utan logopedens involverande. Detta liknar resultatet i Wiberg et al. (2022) som beskriver att 2 av 28 logopeder angav att de kan leda urkuffning och talventilsutprovningar.

Deltagaren i SV-gruppen förklarade att logopeder kan hjälpa till och bidra med kompletterande information exempelvis vid talventilsutprovningar. Vidare beskrev deltagaren att användning av talventil inte enbart är bra för kommunikation utan även för laryngeal och

faryngeal funktion, sväljning, sekrethantering och välmående. I en studie av Wallace et al. (2023) beskrev författarna att det subglottiska tryck som behövs för en effektiv sväljning kan återges genom att tömma kuffen på luft och insättande av talventil. I en annan studie av Han et al. (2022) kunde de se att användning av talventil vid intervention ökade velofarynx maximala tryck och den övre esofagussfinkterns avslappningsvaraktighet jämfört med de patienter där talventil inte användes. Både Wallace et al. (2023) och Han et al. (2022) kunde se att aspirationsrisken minskade för de patienter som använde talventil. Logopederna kan med sin kunskap underlätta rehabilitering av de övre luftvägarna och på så sätt bidra till att säkerställa en mer effektiv sväljning hos patienten (Wallace et al., 2023).

I en studie av Frost et al. (2023) menar författarna att ett omhändertagande som fokuserar på urkuffning och tidig placering av talventil kunde ge flera positiva resultat, däribland kortare vårdtid på IVA, kortare urträningstid från ventilator och förbättrad livskvalitet för patienten. I studien såg de att tidigare användning av talventil oftare ledde till att patienten dekanyletades under sjukhusvistelsen (Frost et al., 2023).

Av de deltagande logopederna jobbade enbart ett fåtal med laryngektomerade patienter. Men av de uppgifter som beskrevs såg omhändertagandet liknande ut i SV-gruppen jämfört med AL-gruppen. Logopeden beskrevs ha en viktig roll i omhändertagandet. I tidigare forskning beskrivs att pre- och postoperativ logopedkontakt bland annat kunde minska patienternas stress- och ångestsymtom (Longobardi et al., 2023). Logopederna i AL-gruppen och SV-gruppen berättade även att logopeden ofta samarbetade med andra professioner. En logoped i AL-gruppen noterade att information och diskussion med annan personal är viktig då det kan vara en ovanlig patientgrupp.

## **Lärdomar**

Studiens andra frågeställning är: *Vilka lärdomar kan logopedier i Sverige dra av omhändertagandet i andra länder?*

Tredje hypotesen var: *Svenska logopedier kan dra lärdomar av logopedens roll/det logopediska omhändertagandet i andra länder.* Flera av deltagarna betonar vikten av tidig intervention och en tidigare inblandning av logopeden. En deltagare berättar att de försöker förändra urkuffningsarbetet så att logopeden blir involverad tidigare, vilket logopeden i många andra länder blir. Som tidigare nämnts beskrev Davis et al. (2021) även vikten av logopedkontakt. De såg i sin studie att logopedier användes i lägre utsträckning och kontaktades i senare skede än vad som rekommenderades. De patienter där logoped kontaktades var främst patienter med komplexa svårigheter och där uträning inte var ett alternativ. De kunde se att de patienter som hade logopedkontakt i större utsträckning dekanyletades. Faktorer som bidrog till dekanyletning var en lyckad sväljbedömning och användning av talventil (Davis et al., 2021) vilket stärker deltagarnas resonemang om vikten av tidig logopedintervention. Flera av deltagarna i AL-gruppen ville bland annat kunna börja med talventilsutprovning tidigare för en snabbare rehabilitering av trakeostomerade patienter och för att ge dem ett sätt att kommunicera.

Logopedier både från SV- och AL-gruppen berättar att de använder instrumentella bedömningar för trakeostomerade patienter. I Marvin och Thibeaults studie (2021) undersöktes aspirationsrisken hos nyligen trakeostomerade patienter. Logopedier hade genom instrumentell bedömning noterat aspiration hos 59 % av patienterna, och tyst aspiration upptäcktes vid minst ett tillfälle hos 81 % av patienterna. Författarna beskriver vikten av logopedens roll för patienternas tillfrisknande (Marvin & Thibeault, 2021). En deltagare nämnde att FUS kunde användas i samband med talventilsutprovning för att kunna kombinera utprovningen med

samtidig sväljbedömning. Som tidigare nämnt kan logopeden med FUS upptäcka både dysfagi och laryngeala skador (Bonvento et al., 2017). De kunde även se att FUS underlättar personcentrerad vård (Bonvento et al., 2017).

En likhet som nämndes i båda grupperna var användningen av klinisk sväljbedömning och FUS. Övriga metoder nämndes endast i en av grupperna. Detta är metoder som deltagarna valde att ta upp, men behöver inte betyda att det enbart är dessa metoder som används. Sannolikt används flera metoder i båda grupperna.

Flera deltagare beskriver att FUS är viktig ur flera synpunkter för att undersöka trakeostomerade och post-extuberade patienter. I en systematisk översiktsartikel såg Morris et al. (2024) dock att evidensen för att FUS skulle öka chansen att upptäcka aspiration samt bidra till snabbare dekanylering är låg. En deltagare i AL-gruppen nämner även att det fortfarande finns stora mängder forskning att göra inom området. Morris et al. (2024) påpekar även vikten av fler studier med större urval för att fastställa evidensen av användning av FUS med trakeostomerade patienter. Deltagare i AL-gruppen beskriver avsaknad av tillförlitliga screeningmaterial och evidens med inriktning på trakeostomerade patienter.

Deltagare i AL-gruppen uttryckte att fokus inte enbart bör ligga på bedömning, utan även rehabilitering. Ett fokus bör ligga på att ge effektiv behandling och hur den kan utvecklas för att patienten inte ska stagnera. Dysfagi bör inte heller separeras från röst, utan sådan behandling kan kombineras.

Flera deltagare har beskrivit att patientgruppen kan ha varierande komplexa tillstånd. En deltagare uppger sig motvillig att rekommendera noll per os eftersom efterlevnad (compliance) beskrivs som låg i den trakeostomerade populationen. Krekeler et al. (2020) beskriver att efterlevnad av dysfagirekommendationer påverkas av olika faktorer, däribland allmäntillstånd

och sociala nätverk. Motivation och efterlevnad beskrivs vara större hos patienter med svår dysfagi. Individuella faktorer påverkar vilket behandlingsalternativ som ger högst efterlevnad (Krekeler et al., 2020). Rehabiliteringen bör därför vara personcentrerad vilket även beskrivs av deltagare i AL-gruppen.

Resultatet från AL-gruppen visar att det verkar finnas ett tankesätt att lära sig av och om andra roller, exempelvis genom introduktioner. I Sverige verkar logopederna däremot arbeta mer separat från andra professioner och vet mindre om vem som ansvarar för vad (Wiberg et al., 2022). I Wiberg et al. (2022) rapporterades att flera logopederna upplevde att de hade otydliga roller i sitt arbete och hälften av logopederna upplevde att de saknade erfarenhet och kunskap om patientgruppen. Ett förbättrat samarbete föreslogs av hälften av logopederna för att uppnå bättre omhändertagande av trakeostomerade patienter (Wiberg et al., 2022), vilket även framkommer i magisteruppsatsens resultat. Deltagarna från AL-gruppen betonar vikten av teamet och av att ha förståelse för andra professioners arbetsuppgifter. Tankesättet kan tänkas vara ett resultat av att logopeden oftare är en del av teamet i andra länder och därmed förväntas ha mer kunskap om sina teammedlemmar. De kan då se andra yrkesgrupper utföra sina arbetsuppgifter, antingen som en introduktion eller i teamarbetet, vilket kan tänkas bidra till förståelsen. Deltagarna i AL-gruppen rekommenderar att ta del av andra professioners expertis, exempelvis genom att fråga om hjälp. Deltagare i AL-gruppen uppmanade också övrig personal på sjukhuset att få kompetens inom dysfagiområdet. Bonvento et al. (2017) beskriver att effekten av det multidisciplinära teamet kan förbättras genom bättre samordning i vården. Bättre samordning kan minska vårdtiden och säkerställa att lämplig behandling ges vid rätt tillfälle (Bonvento et al., 2017).



Ett sätt att både få tydligare roller och att få ökad kunskap och erfarenhet av patientgruppen kan därmed tänkas vara genom samarbete i team. Med tanke på bristen på erfarenheten som många logopeders upplever kan ett sådant team bidra till att man samlar expertis från samtliga professioner. I team kan de lära sig av varandra, utbyta erfarenheter och bidra till att fokus hålls på en personcentrerad vård. Det kan möjligen öka patientsäkerheten eftersom rollerna och ansvarsområdena förtydligas. Förståelsen för varandras arbetsuppgifter kan i slutändan hjälpa patienten, kollegan och logopedens eget arbete framåt.

### **Kliniska implikationer**

Flera av deltagarna som arbetar med omhändertagande av trakeostomerade och laryngektomerade patienter nämner att samarbetet mellan logopeders och andra professioner inom det multidisciplinära teamet är viktigt för patienternas vård. Flera tidigare studier påpekar också vikten av ett sådant samarbete för trakeostomerade patienter (Bonvento et al., 2017; Davis et al., 2021; Wiberg et al., 2022). Samarbete med andra professioner bör därför förbättras i Sverige och att logopeden implementeras som en del av teamet skulle kunna gynna patientgruppen. Vid en sådan implementering blir det viktigt att introducera och utbilda medlemmarna om de olika rollerna.

Det kan också vara gynnsamt för patienten att logopeders i Sverige får ett större ansvar inom talvenstilsutprovningar, eftersom logopeders expertis innefattar såväl kommunikation som sväljning. Logopeden kan genom sin kunskap bidra vid bedömning och rehabilitering av trakeostomerade patienter och kan vid talventilsutprovningar bidra till en bättre bild av patientens problematik och behov (Bonvento et al., 2017).

## Metoddiskussion

Begränsningar fanns i insamlingen av data, eftersom några av intervjuerna utfördes av studenter som en del av ett lärandemoment. Intervjugrupperna bestod av fem till sex studenter. Det var inte samma studenter som deltog i de olika grupperna vilket innebar att intervjuerna kunde ta olika riktningar. Inspelningarna startade vid olika frågor, en del grupper höll sig till de frågor som skickats ut i förväg medan andra ställde egna frågor. Ett annorlunda upplägg hade varit om författarna själva utfört intervjuerna baserat på frågeställningen. Uppsatsförfattarna hade därmed kunnat styra frågorna samt ställt kontrollerande frågor vid behov av förtydliganden. En fördel med att författarna inte medverkade under intervjuerna var att de inte kunde rikta frågorna och därmed inte påverkade svaren.

I studien användes den kvalitativa metoden systematisk textkondensering av Malterud (2012). Enligt metoden kondenseras svar samman under analysen. För att lättare kunna urskilja resultaten från Sverige gjordes därmed två analyser, vilket hade varit svårt med en analys. I ett projekt med fler deltagare hade det varit intressant att jämföra alla länder mot varandra för att tydliggöra internationella skillnader och likheter.

Med den kvalitativa metod som användes framgick det hur några världsledande experter inom området upplever omhändertagandet. Med en kvantitativ studie hade det eventuellt varit lättare att få fram data som blir mer representativa för fler arbetsplatser.

Intervjuerna utfördes 2021 och under den då pågående Covid-19 pandemin. Detta kan ha påverkat hur logopeden och teamets roll har sett ut under den specifika tiden. Vården hade vid tiden för intervjuerna till viss del återgått till det normala.

Genomgående under analysarbetet har teman uteslutits när de inte varit relevanta för frågeställningen. "Patientgrupp", "arbetsplats & arbetsfält" och "påverkan av covid-19" är teman

som tagits bort eftersom de var irrelevanta i förhållande till frågeställningen. I vissa fall fanns det subgrupper som förekom i AL-gruppen men inte i SV-gruppen. Detta kan vara ett resultat av att SV-gruppen enbart bestod av en videointervju och ett skriftligt svar.

### **Slutsatser**

Sammanfattningsvis visar resultaten på fördelar med ett multidisciplinärt team där professioner lär och hjälper varandra för en säkrare patientvård. Både deltagarna i andra länder samt tidigare forskning nämner logopedier som en medlem i teamet som kan bidra med sin expertis inom kommunikation och sväljning. Denna kunskap är även viktig vid talventilsutprovningar där logopedier idag i Sverige inte medverkar i lika stor utsträckning som i andra länder. Ett sätt att ta vara på och sprida den kunskap som finns inom området är att genom introduktions- och utbildningsmoment utveckla omhändertagandet av trakeostomerade och laryngektomerade patienter med dysfagi. Sådana moment kan ske såväl på arbetsplatser som utbildningar. En ökad kunskap, större samordning och tydligare roller kan på så sätt leda till säkrare vård för patienten.

### **Framtida studier**

Förhoppningen är att uppsatsen kan väcka intresse för fler studier inom området som i sin tur kan leda till mer kunskap om och bättre omhändertagande av patientgrupperna. Den kan även bidra till större intresse för internationella samarbeten inom området. Fler studier skulle kunna leda till effektivisering av arbetet, större säkerhet och snabbare återhämtning för patienterna.

I framtida studier hade ett större urval kunnat ge större förståelse för omhändertagandet av patientgrupperna. Med fler deltagare hade det varit intressant att jämföra varje land med varandra för att studera likheter och skillnader mellan länder samt inom varje land. Detta hade möjligen bidragit till fler skillnader och/eller likheter. I framtida studier hade det varit intressant

att även inkludera deltagare som inte är experter men som arbetar inom området. Detta kan tänkas ge en mer rättvisande bild av logopedens roll i omhändertagandet och hur den kliniska verksamheten ser ut.

## Referenser

- Arenaz Búa, B., Pendleton, H., Westin, U., & Rydell, R. (2018). Voice and swallowing after total laryngectomy. *Acta Oto-Laryngologica*, *138*(2), 170–174.  
<https://doi.org/10.1080/00016489.2017.1384056>
- Barnes, G., & Toms, N. (2021). An Overview of Tracheostomy Tubes and Mechanical Ventilation Management for the Speech-Language Pathologist. *Perspectives of the ASHA Special Interest Groups*, *6*(4), 885–896. [https://doi.org/10.1044/2021\\_PERSP-20-00105](https://doi.org/10.1044/2021_PERSP-20-00105)
- Bartow, C., Collins, N., Kopp, E., & Guillaumondegui, O. (2018). Benefits of a multidisciplinary tracheostomy team: Acute care experience. *Perspectives of the ASHA Special Interest Groups*, *3*(13), 89–100. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1044/persp3.SIG13.89>
- 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*, *ume 10*, 391–398.
- Brody-Camp, S. A., Parsel, S. M., Freeman, Z. A., McCoul, E. D., Hasney, C., & Moore, B. A. (2021). Decreased complications after total laryngectomy using a clinical care pathway. *Ochsner Journal*, *21*(3), 272–280. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.31486/toj.20.0070>
- Cardinal, L. A., Freeman-Sanderson, A., & Togher, L. (2020). The speech pathology workforce in intensive care units: Results from a national survey. *Australian Critical Care*, *33*(3), 250–258. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1016/j.aucc.2020.02.003>
- Clarke, P., Radford, K., Coffey, M., & Stewart, M. (2016). Speech and swallow rehabilitation in head and neck cancer: United Kingdom National Multidisciplinary Guidelines. *The*

*Journal of Laryngology and Otology*, 130(S2), S176–S180.

<https://doi.org/10.1017/S0022215116000608>

Dave, M. H., Frotzler, A., Spielmann, N., Madjdpour, C., & Weiss, M. (2010). Effect of tracheal tube cuff shape on fluid leakage across the cuff: An in vitro study. *British Journal of Anaesthesia*, 105(4), 538–543. <https://doi.org/10.1093/bja/aeq202>

Davis, D., Bears, S., Barone, J., Corvo, P., & Tucker, J. (2002). Swallowing with a tracheostomy tube in place: Does cuff inflation matter? *Journal of intensive care medicine*, 17(3), 132–135.

Davis, S., Weyh, A. M., Salman, S. O., Madbak, F., & Fraker, J. T. (2021). Speech Pathology Services Are Integral, but Underutilized in Tracheostomy Rehabilitation. *Craniomaxillofacial Trauma & Reconstruction*, 14(2), 110–118.

<https://doi.org/10.1177/1943387520948381>

Ding, R., & Logemann, J. A. (2005). Swallow physiology in patients with trach cuff inflated or deflated: A retrospective study. *Head & Neck*, 27(9), 809–813. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1002/hed.20248>

Frost, N., Yuan, G., Zhang, J., Rickard, A., Mcgee, E., Dimattia, M., & Mayer, S. A. (2023). Speech Language Pathology in the Neurocritical Care Unit. *Current treatment options in neurology*. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1007/s11940-023-00772-5>

Hammarberg, B. (2008). Struphuvudcancer, rehabilitering efter strålbehandling och efter laryngektomi i Hartelius, L. (red.). *Logopedi*. (1. Uppl., s. 317–324) Lund: Studentlitteratur.

Han, X., Ye, Q., Meng, Z., Pan, D., Wei, X., Wen, H., & Dou, Z. (2022). Biomechanical mechanism of reduced aspiration by the Passy-Muir valve in tracheostomized patients

- following acquired brain injury: Evidences from subglottic pressure. *Frontiers in Neuroscience*, 16, 1-13. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.3389/fnins.2022.1004013>
- Krekeler, B. N., Vitale, K., Yee, J., Powell, R., & Rogus-Pulia, N. (2020). Adherence to Dysphagia Treatment Recommendations: A Conceptual Model. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 63(6), 1641–1657. [https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1044/2020\\_JSLHR-19-00270](https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1044/2020_JSLHR-19-00270)
- Kumar, V., Malhotra, V., & Sinha, V. (2022). Evaluation of Individual Quality of Life (QOL) Among Patients with Tracheostomy Using WHO-QOL BREF Questionnaire. *Indian Journal of Otolaryngology and Head & Neck Surgery*, 74(Suppl 3), 5207–5216. <https://doi.org/10.1007/s12070-020-02052-z>
- Likar, R., Aroyo, I., Bangert, K., Degen, B., Dziewas, R., Galvan, O., Grundschober, M. T., Köstenberger, M., Muhle, P., Schefold, J. C., & Zuercher, P. (2024). Management of swallowing disorders in ICU patients - A multinational expert opinion. *Journal of Critical Care*, 79(1). <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2023.154447>
- Logopedförbundet. (8 december 2021). *Behov av ökad kunskap inom vården om laryngektomerade personers andningsväg*. Logopedförbundet. <https://logopeden.se/behov-av-okad-kunskap-inom-varden-om-laryngektomerade-personers-andningsvag/>
- Longobardi, Y., Savoia, V., Parrilla, C., Marchese, M. R., Morra, L., Mari, G., Degni, E., & D, A. L. (2023). Pre-operative speech-language pathology counselling in patients undergoing total laryngectomy: A pilot randomized clinical trial. *Current Psychology: A Journal for Diverse Perspectives on Diverse Psychological Issues*, 42(7), 5717–5727. <https://doi.org/10.1007/s12144-021-01932-z>

- Löf regionernas ömsesidiga försäkringsbolag (2021). *Nationella rekommendationer för trakeotomi och trakeostomivård 2021*. [Broschyr]. <https://wp.lof.se/wp-content/uploads/Nationella-rekommendationer-for-trakeotomi-2021.pdf>
- Malterud, K., (2012). Systematic text condensation: A strategy for qualitative analysis. *Scandinavian Journal of Public Health*, 40(8), 795–805.
- Marvin, S., & Thibeault, S. L. (2021). Predictors of Aspiration and Silent Aspiration in Patients With New Tracheostomy. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 30, 2554–2560. [https://doi.org/10.1044/2021\\_AJSLP-20-00377](https://doi.org/10.1044/2021_AJSLP-20-00377)
- Morris, K., Taylor, N. F., & Freeman-Sanderson, A. (2024). Safety-related outcomes for patients with a tracheostomy and the use of flexible endoscopic evaluation of swallowing (FEES) for assessment and management of swallowing: A systematic review. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 1-11. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1080/17549507.2023.2293633>
- Nakarada-Kordic, I., Patterson, N., Wrapson, J., & Reay, S. D. (2018). A systematic review of patient and caregiver experiences with a tracheostomy. *The Patient: Patient-Centered Outcomes Research*, 11(2), 175–191. <https://doi.org/10.1007/s40271-017-0277-1>
- Ninan, A., Grubb, L. M., Brenner, M. J., & Pandian, V. (2023). Effectiveness of interprofessional tracheostomy teams: A systematic review. *Journal of Clinical Nursing (John Wiley & Sons, Inc.)*, 32(19/20), 6967–6986. <https://doi.org/10.1111/jocn.16815>
- O'Connor, L. R., Morris, N. R., & Paratz, J. (2019). Physiological and clinical outcomes associated with use of one-way speaking valves on tracheostomised patients: A systematic review. *Heart & Lung*, 48(4), 356–364. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2018.11.006>



- Regionala cancercentrum. (2023). *Huvud- och halscancer. Nationellt vårdprogram*. [Broschyr].  
<https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/globalassets/cancerdiagnoser/huvud-och-hals/vardprogram/nationellt-varldprogram-huvud-halscancer.pdf>
- Rivelsrud, M. C., Hartelius, L., Speyer, R., & Lovstad, M. (2023). Qualifications, professional roles and service practices of nurses, occupational therapists and speech-language pathologists in the management of adults with oropharyngeal dysphagia: a Nordic survey. *Logopedics Phoniatics Vocology*. [https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1080/14015439.2023.2173288](https://doi.org.ludwig.lub.lu.se/10.1080/14015439.2023.2173288)
- Rowland, S., Mills, C., & Walshe, M. (2023). Perspectives on speech and language pathology practices and service provision in adult critical care settings in Ireland and international settings: A cross-sectional survey. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 25(2), 219–230. <https://doi.org/10.1080/17549507.2022.2032346>
- Speed, L., & Harding, K. E. (2013). Tracheostomy teams reduce total tracheostomy time and increase speaking valve use: a systematic review and meta-analysis. *J Crit Care*, 28(2), 216 e211-210. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2012.05.005>
- Starmer, H. M. (2019). Dysphagia Following Laryngectomy i Chhetri, D. K., & Dewan, K. (2019). *Dysphagia Evaluation and Management in Otolaryngology* [Elektronisk resurs, s. 163-171]. Elsevier.
- Starmer, H. M., Quon, H., Simpson, M., Webster, K., Tippett, D., Herbert, R. J., Eisele, D. W., & Gourin, C. G. (2015). Speech-language pathology care and short- and long-term outcomes of laryngeal cancer treatment in the elderly. *The Laryngoscope*, 125(12), 2756–2763. <https://doi.org/10.1002/lary.25454>

Svensson, P. (2010). *Dysfagi: utredning och behandling vid sväljningssvårigheter*. (1. uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Vårdhandboken. (28 augusti 2019). *Trakeostomi*. Vårdhandboken.

<https://www.vardhandboken.se/vard-och-behandling/luftvagar/trakeostomi/trakealkanyler-och-rengoring/>

Västra Götalandsregionen. (2023). *Laryngektomi, omvårdnad vid SÄS*. [Broschyr].

<https://mellanarkiv-offentlig.vgregion.se/alfresco/s/archive/stream/public/v1/source/available/SOFIA/SAS9642-738863596-273/SURROGATE/Laryngektomi%2c%20omv%2c%20a5rdnad%20vid%20S%2c%2084S.pdf>

Wallace, S., McGowan, S., & Sutt, A.-L. (2023). Benefits and options for voice restoration in mechanically ventilated intensive care unit patients with a tracheostomy. *Journal of the Intensive Care Society*, 24(1), 104–111. <https://doi.org/10.1177/17511437221113162>

Wiberg, S., Whitling, S., & Bergström, L. (2022). Tracheostomy management by speech-language pathologists in Sweden. *Logopedics Phoniatics Vocology*, 47(3), 146–156. <https://doi.org/10.1080/14015439.2020.1847320>

Wulff, N. B., Dalton, S. O., Wessel, I., Bua, B. A., Lofhede, H., Hammerlid, E. 1957, Kjaer, T. K., Godballe, C., Kjaergaard, T., & Homoe, P. (2022). Health-related quality of life, dysphagia, voice problems, depression, and anxiety after total laryngectomy. *Laryngoscope*, 132(5), 980–988. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1002/lary.29857>

## **Bilagor**

Material till studien finns som tidigare nämnts redan insamlade inom ramen för ett internationellt utbildningstillfälle i samarbete mellan Lunds universitet och Michigan State University, under ledning av Susanna Whitling och Sara Wiberg höstterminen 2021, Bilaga 1–3 är därför redan använda.

## **Bilaga 1: Medgivandeblankett**

Thank you for taking part in our international SLP student-teaching collaboration of dysphagia rehabilitation!

In addition to the project, you are being asked if you would like to participate in a research study, described below. Researchers are required to provide a consent form to inform you about the research study, to convey that participation is voluntary, to explain risks and benefits of participation, and to empower you to make an informed decision. You should feel free to ask the researchers any questions you may have concerning this project.

**Study Title:** Teaching rehabilitation techniques in an international setting **Researchers and titles:** *Dr Jeffrey Searl (MSU) & Dr Susanna Whitling (LU)*. **Department and Institution:** Department of Communicative Sciences & Disorders at Michigan State University, *MI USA*, & *Department of logopedics, phoniatrics and audiology, Lund University, Sweden*  
**Contact Information:** [searljef@msu.edu](mailto:searljef@msu.edu) & [susanna.whitling@med.lu.se](mailto:susanna.whitling@med.lu.se)

### **1. PURPOSE OF RESEARCH**

You are being asked to participate in this study to help researchers gain a better understanding of how international collaboration between undergraduate and graduate students of speech language pathology (SLP) can take place online by use of a Virtual Reality environment. Preceding their work in VR, students will need better understanding of the subject matter.

### **2. ELIGIBILITY CRITERIA**

You must be an SLP, licensed to do clinical work in your country of residence (or origin) OR you must be a student of speech language pathology currently enrolled in the SLP program at either MSU or LU. You must be able to take part in an online interview between an SLP expert and groups of students from MSU and LU respectively.

### **3. ALTERNATIVE OPTIONS**

Or if you do not have the opportunity to see student's online, due to e.g. time differences, you may answer set interview questions prior to 20/10 which you may record in written or videorecording format Audio or video recordings submitted in lieu of an online interview with students will also be transcribed for content analysis.

#### **4. WHAT YOU WILL DO**

We expect that full participation in the study will take between 30–45 minutes for international experts and 140 minutes for students. After a brief introduction to the study, you (the SLP) will answer interview questions online conducted by students from MSU and LU, who will ask you about your rehabilitation practice regarding dysphagia, laryngectomy and/or tracheostomy. The interviews will be recorded and later transcribed for qualitative analysis of the content.

#### **5. POTENTIAL BENEFITS**

While the study in which you are being asked to participate may have no immediate benefit for you, it may benefit others by increasing our knowledge of best practice in international teaching efforts. However, should you wish to be informed the results and international SLP practice, then sharing of de-identified data presented as a group-summary will be provided to you.

#### **6. POTENTIAL RISKS**

There is minimal risk involved in this research program and the procedures should cause you no undue discomfort.

#### **7. PRIVACY AND CONFIDENTIALITY**

The data recorded for this study will be collected confidentially. Neither the researchers nor anyone else will be able to link data to you following de-identified transcriptions of the video or audio recordings. The data for this project will be kept confidential. Data from this study will be stored in a locked cabinet in a locked room or a password protected computer in the locked laboratory. All information will be kept for at least three years after the close of the study. Only trained researchers under the jurisdiction of this project will have access to the data collected in the study. Information about you will be kept confidential to the maximum extent allowable by law. Although we will make every effort to keep your data confidential there are certain times,

such as a court order, where we may have to disclose your data. Identifying information will not be attached to any of your individual responses or recordings when reporting results from the surveys. You will not be asked to give your name or any other information during the recording that will allow you or your country of employment to be identified. All results will be kept in a secure location accessible only to those involved in the study. The results of this study may be published or presented at professional meetings, but the identities of all research participants will remain anonymous. By participating, you agree to allow video and audio recordings of your interactions within this study.

### **8. YOUR RIGHTS TO PARTICIPATE, SAY NO, OR WITHDRAW**

Participation in the study is voluntary. You may decline to participate or discontinue participation at any time without penalty or loss of benefits to which you are otherwise entitled. You have the right to say no. You may change your mind at any time and withdraw. You may choose not to answer specific questions or to stop participating at any time. Whether you choose to participate or not will have no effect on your grade or evaluation.

### **9. COSTS AND COMPENSATION FOR BEING IN THE STUDY**

No monetary or other compensation will be issued for participation.

### **10. CONTACT INFORMATION**

If you have concerns or questions about this study, such as scientific issues, how to do any part of it, please contact the researcher(s): Dr. Jeffrey Searl, Michigan State Univ, 113 Oyer, East Lansing, MI 48823, 517-353-8641, [searljef@msu.edu](mailto:searljef@msu.edu) or Dr Susanna Whitling, Lund University, SE-221 85 Lund, Sweden, [susanna.whitling@med.lu.se](mailto:susanna.whitling@med.lu.se)

### **11. DOCUMENTATION OF INFORMED CONSENT**

Your signature below means that you voluntarily agree to participate in this research study.

---

Signature

Date

You will be given a copy of this form to keep.

## **Bilaga 2: Information som skickades ut till deltagarna**

Dear Colleagues,

I am writing to ask if you, as a Swedish SLP (who likely has their finger on the pulse regarding dysphagia, trach and/or lary management within your respective country/region), might be interested contributing to a virtual reality (VR) student learning project?

In collaboration with A/Prof Jeffrey Searle (Michigan State University, US) and Dr Sanna Whitling (Lund University, Sweden), we are developing a VR package with different virtual clinics and virtual patient cases where speech pathology students from the US and Sweden will learn together.

However, given the different practices internationally, the first step is for students to gain insights into SLPs practices (within trach and laryngectomy management). For example, with trach patients, the US has respiratory therapists working with SLPs, Sweden does not. For laryngectomy patients, SLPs in some countries change voice prosthesis, SLPs in other countries do not.

### **Questions:**

1. Would you be interested/available for a 45 min interview (set questions) with students, October 21st, 2021? Time zones: Central European Time (CET) = 16.45. Interviews in English.
2. Alternatively answer set questions with written or video response (in English).
3. Should you know other experienced SLPs involved in dysphagia, trach, laryngectomy management, please feel free to forward this email.

Future research regarding evaluation of VR student learning is anticipated and we are happy to continue to be in touch/share outcomes, should this be of interest to you.

### Bilaga 3: Information som skickades ut till deltagarna

Dear Colleagues,

Fantastic to see so many contributing to student-teaching and discussions regarding international dysphagia practice within trach and lary. Thanks again!

1. We would also like to explore data and student learning from these interviews. Consequently, if you are happy to have your input analysed (anonymised) then consent is required. As per usual, no pressure, expectations, positive or negative connotations. We value your input and should you wish to read and complete the consent form attached. **20/10**.

#### **2. Final details for those participating live in interviews via Zoom:**

- **New time (45min later!)**
- The Zoom link will be sent through to you the day before (20/10)
- When you log in, there will be a brief introduction, then you, the expert, will be placed into a 'Breakout' room with your designated SLP students (mixed from Sweden and US). Interview questions below.
- Interview time = 30 minutes. Introduction and wrap-up expected to take maximum 15 minutes. Total = 45 minutes maximum.

**Thursday, October 21st.**

**Time Zones**(Michigan US = 10.45, Lund Sweden = 16.45)

**Please log in 10 min earlier to check/ensure connection**

|                                 |         |
|---------------------------------|---------|
| Mountain Standard Time, UT (US) | 08.45am |
| Baltimore (US)                  | 10.45am |
| TN (US)                         | 10.45am |
| Brasilia Time (BRT)             | 11.45am |
|                                 |         |
| Manchester, London (UK)         | 15.45   |



|                       |               |
|-----------------------|---------------|
| Belfast (UK)          | 15.45         |
| Ireland               | 15.45         |
| Sweden                | 16.45         |
|                       |               |
| <i>Fri 22/10</i>      | <i>22/10</i>  |
| <i>Sydney, (AU)</i>   | <i>1.45am</i> |
| <i>Melbourne (AU)</i> | <i>1.45am</i> |
|                       |               |

### **Interview questions:**

1. Do you work with patients who have a tracheostomy / laryngectomy and/or both?
2. What patient groups (diagnoses) do you manage?
3. What screens or assessments do you use with your dysphagic patients?
4. Where you work, what is the SLPs (+/- other team members) role in dysphagia screens and/or assessments?
5. Where you work, what is the SLPs (+/- other team members) role in speaking valve trials (TRACH)
6. Where you work, what is the SLPs (+/- other team members) role in voice prosthesis management (LARY)
7. What are your top tips for dysphagia management with this population?
8. Students may then ask 1-2 extra questions of their own, if time permits.

### **3. Details for those of you sending through video-recordings (pedagogical preference) or written answers:**

- Interview recordings due 5pm, 20<sup>th</sup> October (your local time).
- For large files (video-recordings), please send through via <https://wetransfer.com/send-big-files> (free service for up to 2GB).

## Bilaga 4: Citat

### Logopedens roll & samarbete med andra professioner

#### *Logopedens & andra professioners roll i Sverige*

Citat 1, deltagare 5

"/.../with a tracheostomy and our role is to wean them off the tracheostomy ehm decannulate (sic!) so they can go to other rehab centers/.../"

Citat 2, deltagare 13

"/.../I educate the patient about the new anatomy, how to take care of prosthesis and stoma. This is partly information that already is given in [stad]/.../"

Citat 3, deltagare 13

"/.../Voice rehabilitation after laryngectomy. I have a competence for olfactory rehabilitation but haven't had so many in my practice who needed this/.../"

Citat 4, deltagare 5

"/.../in Australia yes... again in Sweden it is not the speech pathologists who insert the voice prosthesis it is the ENTs ear nose and throat doctors... that's also a difference between Australia and the US I know... but this is why this is so good/.../"

#### *Logopedens & andra professioners roll i andra länder*

Citat 5, deltagare 2

"/.../Once they're tracheostomized we will be involved in the patient generally within 24, but 24 hours after the tracheostomy is placed we wanna make sure that the tracheostomy is seated correctly and then we just depending on patients vents settings do we get involved so we see patients who are mechanically ventilated on trach mask and then through their process in acute care and then transferred to an inpatient rehab unit and then that's when I stop, cause I just do acute care/.../"

Citat 6, deltagare 10

"/.../we would be involved but not when they're mechanically ventilated, more when they are off the mechanical ventilator and they're sitting out on some type of oxygen support/.../"

Citat 7, deltagare 9

"/.../we also get involved in decisions to tracheostomize or not ehm and patients who are fail/have failed extubation/.../"

Citat 8, deltagare 2

"/.../if they can tolerate leak speech and we get phonation then we advance to valve speech that are superimposed with the ventilator, but we try leak speech first/.../"

Citat 9, deltagare 2

“/.../we’re responsible for whether someone needs to transfer from a cuff to a cuffless trach to when to put a speaking valve on, cap a patient, decannulate all of that... we’re responsible to say hey it’s time to do that/.../”

Citat 10, deltagare 2

“/.../the respiratory therapist will accommodate for the leak in the system, and if they can tolerate leak speech and we get phonation then we advance to valve speech that are superimposed with the ventilator/.../”

Citat 11, deltagare 10

“/.../in ICU, sometimes the anesthetist or the intensivist will maybe sometimes deflate the cuff and do an initial trial if a patient mechanically ventilated/.../”

Citat 12, deltagare 4

“/.../we don’t necessarily use screens because at our [namn]/sort of tertiary center we tend to be seeing the patients as speech and language therapists, it’s unlikely that any of the other multidisciplinary team members will be carrying out a swallowing screen before we’ve actually seen the patient/.../”

Citat 13, deltagare 4

“/.../I’ve already said there are swallow screens being carried out and these will be carried out by qualified nurses who had swallow screen training. They are not carried out on patients who have tracheostomies though... Simply because we-the (sic!) feeling is that that is a little bit too complex and that the issues are a little bit too umm... Uncertain for them to be able to carry those out without it-in a safe way/.../”

Citat 14, deltagare 11

“/.../we’re involved with all tracheostomy patients so there was no screen that we get people to do, once we’re involved with patients we do clinical swallowing examinations as speech therapists... and then if we feel it’s appropriate we will then do a FEES or a videoflouroscopy if indicated/.../”

Citat 15, deltagare 4

“/.../a lot of decisions are only made about surgery based on what we have seen in our umm... assessment so for example umm... the surgeons might choose not go ahead with a procedure if they have concern that the patients swallowing at that point in time is not emm... safe enough and that any surgery to their airway would actually make them even more vulnerable to aspirating related illness/.../”

Citat 16, deltagare 2

“/.../but we get involved bef-generally (sic!) before the laryngectomy to give the patient the information that they need in regards to how they are gonna be able to communicate afterwards, the whole process of swallowing and breathing is gonna be different and communication, we get involved ahead of time and then when they’re in the hospital is when [namn] and my other colleague that does head neck cancer goes in and sees them/.../”

Citat 17, deltagare 3

“/.../I just see larysies come in who maybe have a long standing laryngectomy umm... Whose recent admission isn't related to their laryngectomy but maybe come in with sepsis or resp trach infection that I was mentioning earlier and that we manage their stoma care and their umm... voice prosthesis if it was leaking in here umm... if their admitted to hospital so I guess at the moment my main role with those patients would be just insuring that they have you know their airway signage in line with the national trachy safety project so that people are aware that they are neck breather and this is implications for the hospital if there would be intubated umm... that they would be intubated you know in the right place umm... and that people are aware that they are a neck breather/.../”

Citat 18, deltagare 2

“/.../they would have been reviewed by our head neck nurses as well who would have been able to check if their you know secretions management is okay, are they you know using the proper humidifiers umm... their bibs, we both be kind of linking in around stoma care/.../”

### ***Team & samarbete i Sverige***

Citat 19, deltagare 5

“/.../so it's a trauma hospital and has intensive care and they don't have that good ehm... collaboration with ehm speech pathologists and I'm trying to work on that /.../in Sweden a lot of speaking valve trials are done with the intensive care staff er without speech pathology involvement/.../”

Citat 20, deltagare 13

“/.../the ear-nose- and throat doctor sees the patient on the ward and you can discuss eventual voice problems with the doctor/.../”

### ***Team & samarbete i andra länder***

Citat 21, deltagare 6

“/.../we work very very collaboratively with the entire interdisciplinary team and it's a-really essential with this population/.../”

Citat 22, deltagare 9

“/.../no other professional gets involved in dysphagia in terms of assessment... but obviously in terms of decision making around management we work really closely with the dieticians and the medical team and the patient and the family... and er but it's very SLP lead and that's ehm very important I think er for us in terms of er having the expertise to do that and the assessment tools/.../”

Citat 23, deltagare 4

“/.../we find it extremely helpful actually to be able to communicate our findings, kind of quickly and effectively to our medical colleagues because it gives them sense of you know where is the problem is it related to safety or it is related to efficiency and therefore what can they as surgeons do about it, what can we as speech and language therapist do about it/.../”

Citat 24, deltagare 3

“/.../there’s a lot you-I think we as speech therapists end up working with nearly all the other MDT members here acutely on the floor because our role between communication and dysphagia and tracheostomy umm... and it stems into a lot of professionals kind of care so/.../”

Citat 25, deltagare 9

“/.../and we also get involved in decisions to tracheostomize or not ehm and patients who are fail/have failed extubation/.../”

Citat 26, deltagare 8

“/.../so again it’s mainly the speech pathologists role for speaking valves with trache patients/.../”

Citat 27, deltagare 9

“/.../I think that’s really important that any member of the MDT can actually trial a valve because we don’t want to delay patient having communication and valve and voice and airflow and stimulation of laryngeal function/.../”

Citat 28, deltagare 7

“/.../some are I/like (sic!) I’m certified in deep suctioning ehm others may be I’m just not familiar with who is and who’s not... ehm so suctioning is one issue... ehm er if the therapist is not signed off on that then they’re always joined by a nurse ehm at the very least, sometimes the respiratory therapist is less busy so the RT would join them ehm and then moving on from there it’s once again all about airway patency, oxygenation, voicing and everything that you would normally do related to a tracheostomy/.../”

Citat 29, deltagare 8

“/.../I might like to even start a FEES assessment ehm with a patient with the cuff up ehm initially if I wanted to, and then I would deflate the cuff, or I would’ve liked to have someone with me and suctioning while I’m scoping, and that way ehm we can see how the patient, you know, responds to that and manages their secretions a little bit more under direct vision we can then place a PNV er speaking valve ehm on and see how they go and then proceed to swallow trials/.../”

Citat 30, deltagare 8

“/.../if they are a tricky change (voice prosthesis) ehm you know small stomas, or complicated issues going on, then it’s also nice to do that change with our ENT, so they’ll do a change with us sometimes if er/if (sic!) need be/.../”

### ***Intervention i Sverige***

Citat 31, deltagare 5

“/.../they would have come from intensive care so most of them er would have had a screen there and I would go straight into instrumental assessment with ehm FEES Fiberoptic endoscopic evaluation of swallowing FUS på svenska in Swedish ehm otherwise at one of the other hospitals I work we’re just translating the GUS... ICU... in Swedish GUS IVA er...eh so yeah that’s the sort of the screen or the dysphagia assessments that I use... after they’ve been... ehm... with a FEES I’ll also do a clinical swallow examination with cervical auscultation/.../”

***Intervention i andra länder***

Citat 32, deltagare 7

“/.../so as part of clinical protocol a standard oral motor evaluation cranial nerve exam however you think about that ehm followed by any instrumental evaluation that might be recommended/.../”

Citat 33, deltagare 6

“/.../a lot of my work focused on using endoscopy FEES as the primary assessment tool, mainly because we wanna really look at secretion management with this population right... so we're looking at patients er vocal folds, we wanna look at secretion management, of course videoflouroscopy is indicated many times, and logistically in our facility, if the patient was in ICU getting them down for videoflouroscopy would always be really difficult... and so we would only really reserve it for patients that we anticipated would have maybe issues in the esophageal stage of the swallow, and so we needed to look and see what the relationship of the pharynx and the esophagus was and what we couldn't see in FEES/.../”

Citat 34, deltagare 8

“/.../I think a FEES is more my go-to for tracheostomy patients, simply because it gives me that little bit of extra information, I can have a look ehm at their change in anatomy I guess if there's any issues going on in the laryngeal-pharyngeal level ehm or velo-pharyngeal level for that fact, and I guess with the tracheostomy patients I can look at how they're managing their saliva, swallowing their saliva under FEES/.../”

Citat 35, deltagare 10

“/.../you're building up their tolerance as well, because they haven't been breathing that way for a long time/.../”

**Råd, coaching & utbildning*****Råd & coaching i Sverige***

Citat 36, deltagare 5

“/.../I would say a comprehensive, for the tracheostomy population, a comprehensive assessment with er FEES so Fiberoptic endoscopic evaluation of swallowing particularly because you get to see the saliva secretions that if they pool there and how you manage that as well as ehm er the laryngeal function because sometimes that's been injured with intubation ehm or er fo/ there's a number of reasons why they have laryngeal or pharyngeal er issues following an intensive care stay, a long intensive care stay and er if they have a tracheostomy... ehm so I think a comprehensive assessment with FEES and then ensuring you're using targeted intervention/.../”

Citat 37, deltagare 13

“/.../I educate the patient about the new anatomy, how to take care of prosthesis and stoma. This is partly information that already is given in [stad] but I think it's valuable to for the patient to hear it again/.../”

Citat 38, deltagare 13

“/.../the healthcare staff on the ward, helps with daily practical stoma care such as cleaning the voice prosthesis and change adhesives. It's important for the patient to regularly get opportunities doing this to become more and more independent/.../”

### ***Råd & coaching i andra länder***

Citat 39, deltagare 8

“/.../then for our tracheostomy patients I think a good tip is to have a really good read about ehm the operation again, the operation reports, understanding the etiology behind the tracheostomy tube, why was it needed/.../”

Citat 40, deltagare 7

“/.../blue dye, you've probably heard about that one, it's a myth, you're going to miss it about 60% of the time don't trust it/.../”

Citat 41, deltagare 3

“/.../trying to advocate for access to instrumental assessment and training, so trying to get if you don't have maybe access to a FEES/.../ I think it's invaluable in terms of the diagnostics objective assessment both from a secretion management, dysphagia and also looking at the vocal cord functioning for these patients umm... potentially for those postextubation patients and tracheostomized patients/.../”

Citat 42, deltagare 10

“/.../get treatment in early and as intensely as you can ehm... and be mindful with tracheed patients about silent aspiration, it's a real risk for these patients, the longer the tube's are in/.../”

Citat 43, deltagare 8

“/.../it's always good for my laryngectomy patients to get that baseline done immediately or a little bit sooner after the operation so that you can sort of track for change and see if there's any changes over the years with them, especially if they've had radiotherapy it's good to do that/.../”

Citat 44, deltagare 11

“/.../I think sometimes we think about assessment and risk with dysphagia management what we really also need to be proactive about is rehabilitation so thinking about the physiology of swallowing... and what exercises what rehabilitation can we do to get someone better, and how do we deliver that rehabilitation and I think certainly when I trained we talked about dysphagia exercises but we didn't talk about how to progress them and you would never go to the gym and just keep doing the same thing every time you went/.../”

Citat 45, deltagare 4

“/.../it's not separate from voice, it's almost impossible to work with my patients and only focus on swallowing, you need to think about swallowing, voice and the airway, the three of the-sort of laryngology triangular and make sure that you're keeping it all in balance/.../”

Citat 46, deltagare 2

“/.../once you deflate a cuff stuff comes up in their pharynx and all that dried mucus will come up and you gonna be able to reach in and get it and clear their airway things like that so just expect anything that can happen, be prepared for it so that you’re not scrambling and trying set up different suction and stuff cause it can happen and it will happen for it, with you/.../”

Citat 47, deltagare 4

“/.../in terms of therapy with this population we’ve have some really good... really good outcomes with EMST devices umm... partly because I think it helps with improving strength of cough and mucus clearance which are both-can be significant problems for them/.../”

Citat 48, deltagare 11

“/.../important that we seek sounding boards from colleagues and problem solve difficult cases together because often management of dysphagia is an art not a science and it that by thrushing out ideas together really helps you to give really individualized care for patients/.../”

Citat 49, deltagare 6

“/.../making sure you have an amazing relationship across all team members, they need to understand the value that you add to the team and you need to understand sort of what the role of the whole team is/.../ it’s really essential to develop a strong collaborative approach with the respiratory care practitioners/.../”

Citat 50, deltagare 11

“/.../to focus on one area and not thinking more broadly about what the overall kind of goals or life...-needs of the patients are, so again it kind of comes back to the person centered care but umm... yeah, and use your MDT, use your colleagues, you never have to work in isolation you’re not-we’re not islands we are all skilled professionals who can bring very different, very different skills, very different abilities to bear with our dysphagic patients and we need to work together to be at our most effective I think/.../”

Citat 51, deltagare 10

“/.../just remember your patient listen to your patient okey they will kind of guide you as to what they need and also how motivated they are for rehab that’s the other thing we can sometimes go in with this idea that we should do intensive programs all the time but you need to see how motivated the patient is and try to encourage them/.../”

Citat 52, deltagare 4

“/.../approach them as you would maybe a head and neck cancer patient so they are often apart from their airway issues fit and well and cognitively intact and very able to be umm... front and center of their own management and know exactly what they want from you in terms of managing their swallowing and also have very clear ideas about what is and isn't okay to suggest to them/.../”

Citat 53, deltagare 1

“/.../if you don’t do that at the start and then move to ICU you forget about all that bread and butter by the time you may end up back in rehab and again you know it’s probably a little bit more of a struggle in ICU initially because it is so fast paced and with little experience and all



this grand knowledge you get from university it's really you know it might be really difficult to apply immediately in a such fast paced environment acute care you know is also a fast paced but probably not as fast paced as ICU/.../”

Citat 54, deltagare 2

“/.../I wish I had this opportunity when I was your age because nobody was doing it, I mean-I... nobody was doing it it was just everybody just said hey come in here this guy is on a ventilator and we got him trached let's see if he can communicate and I though I don't know how to do that and it was just a nurse and a respiratory therapist and a doctor that just said well you know about communication we can figure this out, that was way back when, way back when, so I was trained by the people that tracheostomized patients and stuff so it was a great education and had no clue I was getting the education I was getting, very fortunate/.../”

Citat 55, deltagare 2

“/.../the best thing to do really, if you ever, when you get into your working environment follow... this it what I have all my colleagues do, I take their caseloads as much as I can and I have them follow a respiratory therapist around in the ICU, you need to know what they do they look at patients very differently than we do and they'll teach you a ton of stuff/.../”

### ***Utbildningar för kollegor & logopeden i Sverige***

Citat 56, deltagare 13

“/.../I have a competence for olfactory rehabilitation but haven't had so many in my practice who needed this/.../”

### ***Utbildningar för kollegor & logopeden i andra länder***

Citat 57, deltagare 2

“/.../I got trained, took tests, and then I do the same thing for my colleagues, they have to listen to my lecture, they have to do a hands on skill and they have to learn to do it, and if they don't ever wanna suction a patient, god bless them, they don't have to but they have to know the proper way to do things so that in the event they need to use it they've got the tools to use it/.../”

Citat 58, deltagare 2

“/.../I was trained by respiratory clinical nurse specialist and she umm... made me go in a 100 bed, ICU, and listen to ever single patients lungs and tell her what I was hearing until I got it right so she gave me classes on it/.../”

Citat 59, deltagare 6

“/.../I've been trained actually in integrative medicine I have training actually er I'm a certified integrated health coach and so I have had extensive training in motivational interviewing and really looking at how do you/how do you actually ask patients questions so that they open ended questions/.../”

## Mål, riktlinjer & forskning inom området

### *Mål & framtida implementering i Sverige*

Citat 60, deltagare 5

"/.../they don't have that good ehm... collaboration with the/with ehm speech pathologists and I'm trying to work on that/.../"

Citat 61, deltagare 5

"/.../I endeavor to er collaborate and show and contribute to h/the multidisciplinary team and how like a speech pathologists have a niche in this area we can do a lot more of a comprehensive assessment and where sometimes they don't manage the speaking valve with the intensive care nurse then they can manage with us because we come and we provide complementary information... so I'm trying to ehm build bridges there and er help the Swedish team ehm... become aware of er sort of how speech pathologists can contribute but otherwise it is not uncommon for speech pathologists not to be involved in the speaking valve trials/.../"

Citat 62, deltagare 3

"/.../we're trying to use umm... cuff deflation and speaking valve on the ventilator a little bit more to try and you know get these patients eating and drinking and speaking earlier before they're off the ventilatory support where possible, so we've a new umm critical for that here and it's something we're really trying to progress/.../"

Citat 63, deltagare 10

"/.../so this depends, I mean in ICU, sometimes the anesthetist or the intensivist will maybe sometimes deflate the cuff and do an initial trial if a patient mechanically ventilated. We're trying to change that a little bit and get them to involve us earlier. But that involves a bit of a mindset change, and a culture change, and you'll see with other experts around the world some of them are getting in there earlier to do that, we're not quite there yet in [stad]/.../"

Citat 64, deltagare 4

"/.../in the future I think we're quite keen to start using the VASES as a tool but as yet we haven't implemented that into clinical practice/.../"

Citat 65, deltagare 10

"/.../I think the evidence isn't there yet which is exactly the safest to start I do appreciate sometimes thicker consistence is not always good to start with, cuz it can hang around... just sits there as a residue/.../"

Citat 66, deltagare 10

"/.../it is it dodgier ... because /it may /// (sic!) sit around in the vallecula, the piriform... the argument is chips first, I really do, it makes scientific sense to me, and I think maybe that evidence will come/.../"

Citat 67, deltagare 10

"/.../there'll maybe be guidance, international guidance around this is the the order you should go in and often in research studies especially if they use videoflourosopy of FEES they

will start with ice chips and they will start with sips or teaspoons of fluid in in the pr/protocol (sic!) for a study so maybe we should be doing it more in clinical practice/.../”

Citat 68, deltagare 10

“/.../I mean we sometimes start slightly thicker so like I don’t know what a stage one fluid would be like a thin syrup like a honey consistency sometimes I would start with a teaspoon of that it depends how weak the patient is, it depends how tired, how unwell they are...but I agree with you I think water makes sense, because it’s the least harmful isn’t it for the patient and I also think as well before I give them anything I check their oral cavity, and how clean their oral their oral cavity is and if they need oral hygiene or ehm you know cleaning I will do that first so I try and make sure that the there’s as little oral bacteria as possible before we get oral trials in. But I think there’s differences between the American Europe we sometimes go in with thicker fluids and then go a bit thinner and maybe the water is the safer place to start/.../”

Citat 69, deltagare 10

“/.../it’s a great area to be in and it’s fascinating and there’s huge amounts of research still to be done/.../”

Citat 70, deltagare 3

“/.../more information or if the SLT bedside assessment was inconclusive for patients who are on high flow nasal oxygen umm... so there is an absence of large studies looking at this and it’s relation to dysphagia so often if we’re concerned about it you know a very complex or medical unwell patient and our bedside assessment indicated we need more information emm... an objective assessment like a FEES would be done/.../”

Citat 71, deltagare 4

“/.../I would say that it’s highly likely that there are parts of the hospital where some of the doctors may carry out what they perceive to be a swallow screen... But it’s very unlikely that that would have been umm... they would have been trained to do that formally by a speech language therapist, it’s much more likely that they think that by giving a patient a drink of water and see whatever the cough or not they are screening their swallowing which obviously is a whole other discussion, but it’s certainly not something that we would agree with or support... emm... and it’s something that where possible will try and educate emm... our colleagues to understand that actually swallowing assessment and management is far more complicated/.../”

### ***Mål & framtida implementering i andra länder***

Citat 72, deltagare 3

“/.../I guess at the moment my main role with those patients would be just ensuring that they have you know their airway signage in line with the national trachy safety project so that people are aware they're (sic!) at they are neck breather and this is implications for the hospital if they would to be intubated umm... That they would be intubated you know in the right place umm... and that people are aware that they are a neck breather/.../”

Citat 73, deltagare 9

“/.../well we don’t use any screening tools ehm the nurses don’t screen for dysphagia... we see all tracheostomy as/as per our UK er policy, ehm which is the guidelines for provision of

intensive care services, which is from the intensive care society we er/ which we wrote the guidance for so er all tracheostomy patients are seen/.../”

Citat 74, deltagare 6

“/.../I’ve actually just completed some guidelines for cap C and they’re published ehm center for advanced palliative care in the US is ehm is sort of the overarching group for palliative er practitioners palliative care across and I’ve just completed guidelines for the speech pathologist er for cap c in working with dysphagic patients and thinking really about this population so that’ll be a resource for you/.../”

Citat 75, deltagare 3

“/.../you know we developed the regime for them so here at my hospital we have a ventilator weaning plan, that’s an NDT weaning plan to try get patients weaned off their ventilators/.../”

### ***Riktlinjer i andra länder***

#### ***Forskning inom området i Sverige***

Citat 76, deltagare 5

“/.../one is using speaking valves earlier and also using speaking valves not just for communication but using if for laryngeal and pharyngeal function... ehm... that’s becoming quite standard practice internationally but it’s not recognized everywhere all the advantages of using a speaking valve in rehabilitation for laryngeal function for swallowing for secretion management for yes for communication and wellbeing for detecting delirium earlier ehm also for core stability and balance and ehm because it causes the whole sort of ehm thoracic and abdominal cavity and how to use our vocal cords so that’s one/.../”

Citat 77, deltagare 5

“/.../number two is ehm ah using EMST in the tracheostomy population so it’s there’s not been that much research on that so we have been looking at er doing that again with pre- post outcomes... but again we have very variable patients so... it/there’s we’re learning a lot about that so/.../”

Citat 78, deltagare 5

“/.../otherwise at one of the other hospitals I work we’re just translating the GUSS-... ICU... in Swedish GUSS-IVA er...eh so yeah that’s the sort of the screen or the dysphagia assessments that I use/.../”

### ***Forskning inom området i andra länder***

Citat 79, deltagare 6

“/.../I think what’s challenging with this population, and we’ve written about this in the book er coming, is that you know we don’t really have screening tools that are ehm that are considered reliable ehm and er with this population, so they really haven’t had studies that er give us good er sort of specificity and-and sensitivity with tracheostomy/.../”

Citat 80, deltagare 6

"/.../I think a big part of what's necessary in quite frankly in training programs ehm and I've been starting to work on that with national organizations is looking at the skill set the clinicians need to even know how to ask questions, even know how to sort of look at ehm er the-the impact of what this has done to a patient and so counselling it's/there's not only counselling but really an appreciation for ehm this concept of how has it affected your life so with my patients/.../”

Citat 81, deltagare 3

“/.../so about 2/3 of SLTs in the survey that I did last year, so it was 36 out of 58 SLTs in Ireland report that they contribute to cuff deflation and speaking valve umm... on the vent whereas it was higher... sorry it's actually sorry a bit lower in other countries so it's 54,58 so 137 out of 251 participants from other countries so, not too big of a difference but kind of an approximate 50 or 60 percent of the respondents on that survey out of 366 were contributing to it, so definitely an area for development I think in our specialties/.../”

Citat 82, deltagare 7

“/.../there's an article by Debora Suther that came out in 2008 and it is the very first article that was written er with any neat to it it was about 3000 patients... to date it is the largest study in our entire literature for dysphagia, so it's definitely a study you want to look up... ehm... the yale swallow protocol, in you know nuts and bolts, is three yes and no questions three directions for patients to swa/to follow... followed by three ounces or ninety ml of water, that is supposed to be swallowed continuously, ehm if it is stopped, if the patient shows any form of clinical sign of aspiration it is a fail and the water is immediately removed... ehm... the test has 96,5 percent sensitivity for aspiration, it is not a dysphagia protocol straight up, it is a aspiration risk protocol/.../”

## **Utmaningar med fältet & personliga utmaningar**

### ***Utmaningar med fältet i Sverige***

Citat 83, deltagare 5

“/.../I would say the biggest challenge, w/which is why I love working with tracheostomy patients is because... there is so many reasons why someone might need a tracheostomy so all the patients are very different... and it's like detective work putting all the pieces together/.../”

### ***Utmaningar med fältet i andra länder***

Citat 85, deltagare 4

“/.../I would be extremely reluctant with our patients to ever make them nil by mouth or actually use anything-any kind of thickening products... Because compliance isn't great umm... And for these people they often are very able to make their own decisions about whatever that's something that they want to explore or not/.../”

### ***Personliga utmaningar i andra länder***

Citat 86, deltagare 1

“/.../the worst part, the most challenging part umm... I don't even know from the top of my head, I guess in intensive care environment you still have to deal with quite a lot of death sadly... because patients do pass away so that may be the saddest part, knowing that someone's not going to make it and still trying to be there for them and you know give them your best and you know fulfill their wishes/.../”