



MEDICINSKA FAKULTETEN

Lunds universitet

Avdelningen för logopedi, foniatri och audiologi

Institutionen för kliniska vetenskaper, Lund

Är sväljningssvårigheter ett bortglömt problem på svenska vårdboenden?

Enkätundersökning bland vårdtagare och vårdpersonal

Kristina Zakaraite och Emina Omerovic

Logopedutbildningen, 2014
Vetenskapligt arbete, 30 högskolepoäng

Handledare: Margareta Bülow
Bihandledare: Helena Andersson

SAMMANFATTNING

Dysfagi (sväljningssvårigheter) definieras som svårighet eller omöjlighet att svälja mat, vätska eller läkemedel. Sväljningssvårigheter kan leda till allvarliga komplikationer såsom aspirationspneumonier (lunginflammation, pga. inandning av mat), malnutrition (undernäring) och dehydrering (uttorkning). Förutom den fysiologiska försvagningen förekommer även en negativ psykosocial påverkan till följd av dysfagin. Detta kan i sin tur leda till depression och social isolering och därmed ha effekt på individens sociala liv och livskvalitet.

Syftet med vår studie är att genom en enkätundersökning genomförd på olika svenska vårdboenden kartlägga hur personer med sväljningssvårigheter upplever sin sväljningsförmåga och om/hur det påverkar deras livskvalitet samt omvårdnadspersonalens uppfattning kring vårdtagarens förmåga att svälja. Vårt mål är även att undersöka omvårdnadspersonalens kunskaper avseende omhändertagande av personer med dysfagi.

Vår studie vänder sig såväl mot logopedier som mot omvårdnadspersonal, såsom sjuksköterskor och undersköterskor, som arbetar närmast vårdtagarna.

I studien användes en svensk version av ett amerikanskt validerat enkätinstrument för bedömning av sväljningsfunktion, EAT-10.

Studien består av sammanlagt 27 personer, 14 vårdtagare samt 13 kontaktpersoner till dem. Studien genomfördes på sex olika vårdboenden i Skåne.

Resultaten av vår studie visar att de personer som har sväljningssvårigheter upplever det som ett problem som påtagligt påverkar deras sociala liv och livskvalitet. Däremot uppfattar inte omvårdnadspersonalen att vårdtagarna upplever så stora bekymmer med sin sväljningsdysfunktion. När det gäller grundläggande kunskap kring sväljningssvårigheter hos omvårdnadspersonal visar vår undersökning att en viss kunskap finns men att den inte alltid omsätts i praktiken.

Genom att belysa de effekter sväljningssvårigheter kan ha på det psykosociala området för de berörda individerna hoppas vi kunna bidra till att sprida kunskap om dysfagi och dess konsekvenser inom den svenska äldreomsorgen. En högre allmän kompetens och en ökad medvetenhet gällande dysfagi hos vårdpersonal skulle sannolikt leda till ett minskat lidande, minimera riskerna för komplikationer och dessutom få andra positiva effekter (såsom ökad självkänsla, bättre självförtroende samt förbättrade möjligheter att interagera med andra) som är viktiga för vårdtagarens livskvalitet.

Sökord: Dysfagi, socialt liv, livskvalitet, kunskap, logoped, omvårdnadspersonal

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

SAMMANFATTNING	2
INNEHÅLLSFÖRTECKNING.....	3
INLEDNING	4
BAKGRUND	5
Den normala sväljningen	5
Sväljningsdysfunktion	5
Förekomst, livskvalitet och konsekvenser av dysfagi	6
Logopedens och omvårdnadspersonalens roll - teamsamverkan	7
Logopediska åtgärder.....	8
Syfte.....	9
Hypotes	9
METOD	9
Deltagare.....	9
Material.....	10
Procedur.....	10
Etiska överväganden.....	11
Statistik	11
RESULTAT.....	11
DISKUSSION	16
Begränsningar med studien.....	18
Slutord.....	18
Tack	19
Referenslista	20
BILAGOR	24

INLEDNING

Mat och dryck är en viktig komponent för människans överlevnad och fyller en viktig social funktion. Det är vid måltiden som vi kommunicerar, umgås och överför social information. Vad händer när förmågan att äta och dricka försämras och man drabbas av oförmåga att kunna svälja på ett normalt sätt? Forskning visar att sväljningssvårigheter/dysfagi är mycket vanligt förekommande (Koidou, Kollias, Sdravou & Grouios, 2013) och svårigheterna ökar ju äldre man blir (Ginocchio, Borghi & Schindler, 2009).

Dysfagi kan leda till allvarliga komplikationer orsakade av främst felsväljning. Allvarliga kvävningssvårigheter kan vara livshotande och orsaka sväljningsskräck. Aspirationspneumoni, luftvägsobstruktion (luftflödesbegränsning), malnutrition, dehydrering eller pneumoni (kemisk skada orsakad av inandning av sterila maginnehåll) är komplikationer som kan ha en allvarlig inverkan på den drabbades hälsotillstånd. Sjukdomsrelaterad malnutrition är vanlig bland äldre patienter. Det ökar risken för komplikationer med nedsatt välbefinnande som kan leda till förlängda vårdtider vid sjukhusvistelse och ökad mortalitet (Alberda, 2006).

I samband med dysfagi uppstår inte endast fysisk påverkan utan även en känslomässig. En negativ känslomässig påverkan kan i sin tur leda till depression, social isolering och därmed försämrade livskvalitet (Puisieux et al. 2011). De sociala och psykologiska konsekvenserna gör att den drabbade undviker att äta på offentliga platser eller kan få ångest eller panikreaktioner under måltiderna. Dysfagi har en negativ påverkan på patientens värdighet och självkänsla (Ekberg, Hamdy, Woisard, Wuttge-Hannig & Ortega, 2002).

Inom sjukvården uppmärksammas sväljningssvårigheter allt mer. En studie av Andersson & Nilsson (2010) visar att omvårdnadspersonal behöver förbättra sina kunskaper kring dysfagiomhändertagande för att kunna hjälpa vårdtagare med sväljningsproblem på ett tillfredsställande sätt. Ett multidisciplinärt teamsamarbete kan optimera behandlingsresultaten genom snabba och effektiva åtgärder baserade på den aktuella dysfunktionen. Detta skulle kunna leda till att sjukhuskostnader reduceras genom minskat behov av medicinska behandlingar, vistelsetid på sjukhus samt minska totala kostnader för sjukhusvård (Wieseke, Bantz, Siktberg & Dillard, 2007).

Med tanke på vilken viktig roll omvårdnadspersonal har, är en kompetensutveckling både logisk och nödvändig (Cichero, Heaton & Bassett, 2009).

Begränsad tillgång till en logoped i många kommuner kan också vara en bidragande orsak till att sväljningsproblem inte uppmärksammas. Det är viktigt att de logopeder som arbetar med denna patientgrupp har både teoretisk och klinisk kompetens kring dysfagi d v s kunskaper i sväljningsfysiologi, anatomi och olika terapeutiska behandlingsformer. Brist på tillräcklig kunskap om dysfagi kan få negativa följder för patienten eftersom dysfagi är föränderlig och kontinuerligt behöver följas upp.

BAKGRUND

Den normala sväljningen

Att svälja innebär transport av mat och dryck från munhålan via pharynx (svalget), esophagus (matstrupen) till ventrikeln (magsäcken). Munhåla, svalg och matstrupe utgör tre anatomiskt och funktionellt integrerade områden involverade i sväljning (Ekberg & Nylander, 2012). Hos friska personer sker sväljningen sekundsnabbt och är en komplex och välkoordinerad process. Det behövs en optimal interaktion mellan andning och sväljning för att undvika eventuella komplikationer såsom aspiration till luftvägarna (Ekberg et al. 2012).

Den **oral** fasen är viljemässig och styrs från hjärnstammen. Under denna fas tar man in mat i munnen, smakar av, tuggar och bearbetar den till en lagom stor tugga (bolus). Bearbetning av maten sker med hjälp av tänderna, muskler i läpparna, tunga, käke och gom. Även saliv och salivproduktion har stor betydelse för bearbetning av föda. Enzymer som saliven består av bidrar till nedbrytning av födan samt löser upp smak- och luktämnen. Med ett tungsväp förs bolus därefter bakåt mot svalget och den pharyngeala sväljningen påbörjas (Ekberg, 2012).

Den **pharyngeala** sväljningen är automatisk och kan anpassas något av födans volym och konsistens. Bolus förs genom svalget till matstrupen genom en serie simultana muskelrörelser. Flera nivåer av pharynxmuskler kontraheras. Larynx (struphuvudet) lyfts, epiglottis (struplocket) tippas ner och hyoidbenet (tungben) gör en rörelse uppåt-bakåt-framåt. Tillslutning av luftvägarna och upp mot näsan sker och ingången till matstrupen kan öppnas. Därefter påbörjas den esophageala sväljningen (Prasse & Kikano, 2004).

Den **esophageala** sväljningen är autonom och fungerar med nervinflöde via vagusnerven. En våg av kontraktioner (sammandragningar) pressar bolus genom matstrupen och övre magmunnen till ventrikeln (Prasse & Kikano, 2004).

Sväljningsdysfunktion

Svårigheter eller omöjlighet att svälja mat, vätska eller läkemedel beror ofta på en dysfunktion som kan härledas till olika sjukdomstillstånd. Sväljningsdysfunktion kan vara lokaliserad till mun (oral), svalg (pharyngeal) och/eller matstrupe (esophageal).

- **Oral sväljning**

Oralmotoriska svårigheter kan innefatta nedsatt tugg- och tungfunktion som gör det svårt att hantera bolus och transportera denna bakåt mot svalget. Bolus kan bli kvar i munnen pga. nedsatt salivfunktion.

- **Pharyngeal sväljning**

Svårighet att initiera en sväljning dvs flytta bolus från munhålan till matstrupen kan bero på koordinationssvårigheter och/eller svaghet i pharynxmuskulaturen (Prasse & Kikano 2004). Sväljningsfunktion kan påverkas även av förändringar som kan uppstå i samband med det naturliga åldrandet såsom reducerad larynxhöjd, minskad crichopharyngeal funktion (crichopharyngeus muskel slappnar av och öppnar för en boluspassage) (Schindler & Kelly, 2002). Denna typ av dysfagi förekommer oftast hos individer med neurologiska sjukdomar såsom Parkinsons sjukdom eller stroke. Bidragande orsaker till denna typ av svårigheter kan även vara huvud- och halscancer

(med följande strålbehandling eller kirurgi), tandlossning, muntorrhet och diabetes (Prasse och Kikano 2004).

Den **esophageala** sväljningsfasen är autonom och svårigheter kan innebära t ex en dysfunktion i cricopharyngeusmuskeln vilket kan ge en inkomplett öppning till matstrupen, strikturer (förträngning) eller nedsatt framåt drivande peristaltik (sammandragning). Patienter med esophageal dysfagi kan klaga på smärta i bröstkorget i samband med sväljning.

Förekomst, livskvalitet och konsekvenser av dysfagi

Förekomsten av dysfagi kan variera beroende på olika sjukdomstillstånd. Uppgifter avseende förekomst av dysfagi hos äldre kan variera och vara svåra att få fram. Fler äldre än yngre patienter tenderar att lida av dysfagi. De är mer benägna att utveckla sjukdomar som är kopplade till dysfagi såsom Alzheimers sjukdom (Eggenberge & Nelms, 2004), stroke (Finestone, Greene & Finestone, 2003) och cancer. Dysfagi är vanligt efter akut stroke och förekommer hos 39 % - 64 % av patienterna. Siffrorna varierar beroende på vilken undersökningsmetod man använt (Falsetti et al., 2009; Guyomard et al., 2009; Odderson, Keaton & McKenna, 1995). I samband med rehabilitering efter stroke visar resultaten en minskning av dysfagi från 47 % på 2-3 veckor till 17 % på 2- 4 månader (Finestone et al., 2003; Gordon, Hewer & Wade, 1987; Barer, 1989; Mann, Hankey & Cameron, 1999). Bland patienter med Parkinsons sjukdom drabbas omkring 41 % av dysfagi och av patienter med multipelskleros drabbas 33 % (Hartelius & Svensson, 1994). Studier gjorda av Kayser-Jones & Pengilly (1999) och Sandin (2005) visar att 55 -86 % av personer som bor på vårdboende har sväljningssvårigheter.

Andra sjukdomstillstånd som kan orsaka sväljningssvårigheter är amyotrofisk lateral skleros (ALS), tumörsjukdom i huvud- och halsregionen och kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL) samt tandstatus med osanerade tänder och bristande munhygien, läkemedelsbiverkan, kirurgiska ingrepp och strålbehandling mot huvud/hals regionen (Logemann, 1998).

De dysfagisymptom man bör vara observant på är svårighet att initiera sväljning, hosta, återkommande pneumonier och förändrat ätbeteende. Muntorrhet, dregling, tuggsvårighet, svampinfektion, gurglande röstkvalité, önskad viktnedgång, undernäring samt uttorkning kan också vara tecken på felsväljning (Logemann, 1998).

Ålderdomen kan för en del människor präglas av olika sjukdomar som kan ha en negativ påverkan på det sociala livet och livskvalité och leda till isolering och depression. Att drabbas av sväljningssvårigheter kan innebära ett svårt handikapp. Att dricka kaffe kan bli ett jättestort problem för en individ som har sväljningssvårigheter. Oron att göra bort sig kan påverka självkänslan på ett oönskat sätt och leder till att man undviker att äta och dricka tillsammans med andra. Att inte kunna uppträda enligt sina och omgivningens normer leder till känslor av skam (Gustafsson, Andersson, Andersson, Fjellström & Sidenvall, 2003). Minskad självkänsla leder till att individen inte vågar gå på en middagsbjudning eller restaurangbesök med familj och goda vänner. Social isolering orsakad av dysfagin har visat sig vara särskilt deprimerande för personer som tidigare levtt ett socialt aktivt föreningsliv (<http://dysfagi.se/2011/07/leva-med-dysfagi/>).

Flera studier visar att det finns en korrelation mellan personlighet och livskvalitet samt livstillfredsställelse och välbefinnande. Longitudinella studier av Van Manen -Whitebourne &

Krauss (1997) har visat att personlighet både påverkar och påverkas av händelser och upplevelser i livet.

Konsekvenserna av dysfagi kan försvåra eller förhindra ett adekvat närings-, energi-, medicin- och vätskeintag. Detta kan i sin tur leda till malnutrition eller uttorkning samt allvarliga medicinska komplikationer.

Dysfagi hos äldre individer har betydande inverkan på deglutition (förmåga att hantera och förflytta bolus från mun till magsäck) och är kopplad till anatomiska, strukturella, mekaniska samt neurologiska avvikelser (Miller & Carding, 2007).

Malnutrition, som kan uppkomma till exempel efter stroke, bidrar till svårare tillfrisknande och kan leda till försämrat immunförsvar. Försämrat immunförsvar samt försämrad ADL (aktiviteter i dagliga livet) kan bidra till uppkomst av liggsår (Oliveira, Fogaca & Leandro-Merhi, 2009; Shahin et al., 2010).

Individer som har dysfagi kan drabbas av aspirationspneumoni (lunginflammation på grund av framförallt en ökad oral bakterieflora men även aspiration av mat och dryck till nedre luftvägar kan vara bidragande faktor). Lunginflammationer som kan leda till dödlighet (Cabre, et al. 2010). I en studie genomförd av Langmore et al. (1998) visades att risken att drabbas av aspirationspneumoni ökade upp till 20 gånger hos de patienter som matades. Att matas på ett felaktigt sätt kan bidra till att man drabbas av pneumoni. Studier visar att dödsorsaken hos en femtedel av de strokepatienter som avlider inom ett år efter insjuknandet kan bero på aspirationspneumoni (Murry & Carrau, 2006).

Bland de äldre patienter som behandlas för lunginflammation hade 55 % oropharyngeal dysfagi som relaterar till högre dödlighet (Cabre et al. 2010). En obduktionsstudie gjord på äldre personer i Geneve visade att nästan 43 % av dödsfallen orsakades av lunginflammation med hög andel av aspirationspneumoni (McGee, 1993).

En annan studie bekräftar att 40 % av patienterna på sjukhus med KOL (kronisk obstruktiv sjukdom) har sväljningssvårigheter (Robinson, Jerrard- Dunne, & Greene, 2011).

Dysfagibehandling, som till exempel kostanpassning med rätt näringsintag för den enskilde samt användning av olika sväljningstekniker, kan förbättra patientens nutritionstatus (Elmsthål, Bülow, Ekberg, Petersson & Tegner 1999; Germain, Dufresne & Gray – Donald, 2006).

Logopedens och omvårdnadspersonalens roll - teamsamverkan

För att en patient med sväljningssvårighet ska kunna få en adekvat hjälp är ett snabbt omhändertagande nödvändigt och ofta behövs ett teamsamarbete mellan olika specialister. En förutsättning för en framgångsrik intervention vid dysfagi är tidig upptäckt samt att de involverade i omhändertagandet har god kunskap och god kommunikation sinsemellan (Sandhaus, Zalon, Valenti & Harrell, 2009).

Logopeden är den som utreder och behandlar individer med misstänkt dysfagi, ger råd och utbildning om sväljningssvårigheter till omvårdnadspersonal samt vid förekommande eftervård fungerar som en länk till personalen. Samarbete samt kommunikation mellan logoped, anhöriga, och omvårdnadspersonal har stor betydelse för ett gott omhändertagande

av patienten. Omvårdnadspersonalen såsom undersköterska och sjuksköterska är de som dagligen kommer i kontakt med vårdtagare och anhöriga. De arbetar närmast vårdtagaren, övervakar måltiden och hjälper till med matningen. De ansvarar för medicinintag, eventuell sondnutrition, viktuppföljning, vätske- och kaloriregistrering, munvård samt dokumentation och information till anhöriga. Det är de som gör en första inledande sväljningstestning eller på annat sätt upptäcker nutritions- eller sväljningsproblem (Sandhaus, Zalon, Valenti & Harrell, 2009). Omvårdnadspersonal omsätter i klinisk praktik ordinationer/anvisningar för hur patienten ska nutrieras och medicineras på ett, ur sväljnings- och omvårdnadssynpunkt, säkert och effektivt sätt.

Ett framgångsrikt omhändertagande kan i sin tur leda till minskat antal pneumonier, förbättrad nutritionsstatus, kortare sjukhusvistelser, och färre dödsfall (Sura, Madhavan, Carnaby, Crary, 2012). Att upptäcka dysfagi genom användning av screeninginstrument har visat sig ge positiva resultat även utifrån samhällsekonomiska aspekter. Vårdkostnader minskar genom kortare vårdtider men framförallt minskar vårdtagarens lidande eftersom risken för aspirationspneumoni och malnutrition minskar (Hinchey et al., 2005; Odderson et al., 1995; Teasell et al., 1995).

Som nämnts tidigare har forskningen visat att det råder otillräcklig kunskap bland omvårdnadspersonal kring dysfagi. Detta har även bevisats av en amerikansk enkätstudie där en stor del av de deltagande svarade att de saknade kunskap kring ämnet och att de behövde vidare utbildning (McCullough et al., 2007).

Logopediska åtgärder

Den logopediska interventionen kan bestå av olika terapeutiska åtgärder. Som exempel kan nämnas positioneringstekniker, sväljningstekniker, sensorisk stimulans och i de allra flesta fall manipulation av mat och dryck vilket oftast innebär någon form av kostanpassning. Huvudpositionering och sittställning är kompensatoriska åtgärder som syftar till en säkrare och effektivare sväljning. Genom att luta eller vrida huvudet på olika sätt eller genom att ändra kroppshållning kan man kompensera för olika slag av sväljningsdysfunktion. Det är dock viktigt att påpeka att olika slag av sväljningsdysfunktion kräver olika terapeutiska åtgärder (Logemann, 1998). All sväljningsbehandling måste baseras på dokumenterad aktuell dysfunktion.

Till kompensatoriska strategier vid dysfagi räknas även manipulering av tugga och klunk d v s konsistensanpassning, bolusvolym och smak samt en effektiv matningsteknik. Träning för att förbättra oral sensorisk medvetenhet kan vara av stort värde och man kan då prova termal taktill stimulering (köldstimulering). Tekniken används för att minska fördröjd eller utebliven initiering av den pharyngeala sväljningen. Genom att lära sig de olika sväljningsteknikerna kan man förbättra den neuromuskulära kontrollen och på så sätt utveckla säkrare sväljning (Logemann, 1998). Behandlingsåtgärder skall anpassas efter patientens medicinska diagnoser inklusive den allmänna fysiska förmågan, mentalt status, kognitiv förmåga samt tal- och språkförmågan (Logemann, 1999).

De logopediska åtgärderna omfattar även oralmotorisk träning. Uppmärksamhet avseende god munhygien är av största vikt för att undvika aspirationspneumonier.

En lugn och stressfri måltidsmiljö och, om så är möjligt, att tillgodose vårdtagarens egna önskemål är andra faktorer som måste beaktas. Gott omhändertagande av patienten inkluderar även överrapportering av logopediska rekommendationer till de involverade yrkesgrupperna. Det är de som ska assimilera rekommendationerna i kliniskt arbete. Studier som har genomförts har visat att det råder brister just när det gäller överrapportering. I 45 % av överrapporteringsfallen har de logopediska åtgärderna utelämnats helt, rekommendationerna förkortades i 42 % av fallen samt i 47 % av fallen uteslöts rekommenderad kostanpassning (Kind, Hind, Smith., 2010). Anledningen till att logopediska åtgärder och rekommendationer inte efterföljs kan bero på att vissa logopediska åtgärder, exempelvis olika matningstekniker, kan vara tidskrävande. I en enkätstudie gjord av McCullough et al. (2007) konstaterades att den främsta anledningen till frustration hos omvårdnadspersonalen var just tiden som det tog att mata en individ.

Syfte

Syftet med uppsatsen är att:

- Genom en enkätundersökning undersöka hur den enskilde individen på vårdboende upplever sin sväljningsförmåga för att utifrån det ta reda på om och hur det påverkar deras livskvalitet.
- Undersöka omvårdnadspersonalens (kontaktpersonernas) uppfattning kring vårdtagarens förmåga att svälja.
- Undersöka vårdpersonalens kunskaper avseende omhändertagande av personer med sväljningssvårigheter.

Hypotes

- Sväljningssvårigheter är ett bortglömt problem på svenska vårdboenden.

METOD

Deltagare

I studien ingår vårdtagare och vårdpersonal från olika vårdboenden i Skåne. Sammanlagt deltog 27 personer av vilka 14 är vårdtagare (8 kvinnor och 6 män och deras medelålder är 86 år) samt 13 omvårdnadspersonal som samtidigt är kontaktpersoner till vederbörande (13 kvinnor, 1 man). En av vårdpersonalen är kontaktperson till 2 vårdtagare.

Inklusionskriterierna för vårdtagare för deltagande i studien var:

- Ålder 70 år eller äldre;
- Boende på ett vårdboende;
- Ingen kognitiv nedsättning och intakt språklig förmåga.

Ett kriterium för deltagande i studien var att personerna skulle bo på ett vårdboende och därav valet av åldersgräns. Ett annat centralt kriterium var att deltagarna inte skulle ha en kognitiv eller språklig nedsättning. Detta valde vi som ett kriterium för att de skulle kunna ta till sig information och för att de skulle kunna berätta för oss om sin sväljningsproblematik ur ett bredare perspektiv. Kognitiv och språklig nedsättning bedömdes inte genom ett test utan vi förlitade oss på sjuksköterskornas och enhetschefernas bedömning.

Inklusionskriterierna för omvårdnadspersonalen var:

- Att de skulle känna vårdtagarna väl och, om möjligt, vara kontaktpersoner till dem.

Vid valet av personal till undersökningen var ett kriterium att personalen skulle känna vederbörande vårdtagare väl och därigenom förväntades ha god kännedom kring vårdtagarens sjukdomstillstånd, sociala förhållanden och annan typ av relevant information och därför kunna ta ställning till påståenden/frågor i enkäten.

Material

I studien användes en svensk översättning av ett amerikanskt validerat enkätinstrument för bedömning av sväljningsfunktion, EAT-10. Den svenska översättningen har administrerats via Nestlé men är ännu inte validerad för svenska förhållanden. Den ursprungliga enkäten utformades av Belafsky et al. (2008). EAT-10 består av tio frågor/påståenden där vårdtagaren själv får bedöma olika aspekter kring sin sväljningsförmåga genom att ange en siffra från noll till fyra för hur olika aspekter av sväljningsproblem upplevs (se bilaga nr. 6). Noll står för inga problem, det vill säga att individen upplever inga problem med sin sväljningssvårighet, och fyra står för stora problem med sväljningen.

I studien har även använts en av oss omformulerad version av EAT-10 som gavs till personalen för att kartlägga deras uppfattning om vårdtagarens sväljningsförmåga. Ett exempel är att istället för ”Mina sväljningssvårigheter har fått mig att gå ner i vikt” inleds frågan till vårdpersonalen med ”I vilken utsträckning upplever vårdtagaren följande problem?” Den omformulerade enkäten innehöll även tre följdfrågor (se bilaga nr.5). Detta för att undersöka vårdpersonalens kunskap när det gäller dysfagi och hur man bör ta hand om dem som drabbats.

Procedur

I detta arbete har vi valt att genomföra en enkätbaserad studie inom äldreomsorgen. Studien genomfördes på sex olika vårdboenden i Skåne. Deltagare i studien har varit vårdtagare som utifrån våra kriterier och av enhetscheferna/sjuksköterskorna bedöms ha någon form av sväljningssvårighet och den personal som vårdar dem. Vi använde en svensk version av en amerikansk validerad enkät, EAT-10 (se ovan).

Vi började vårt arbete genom att anpassa EAT-10 enkätens frågor för omvårdnadspersonalen. Tre frågor har lagts till där deltagaren har fått möjlighet att skriva fritt om bland annat symptom och åtgärder vid dysfagi. Detta för att få en uppfattning om kunskapsnivån hos omvårdnadspersonalen kring ämnet. Därefter har en studie genomförts på sex olika vårdboenden.

Via e-mail har vi kontaktat medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) i fyra olika kommuner. Vi har skickat en fil med all information kring vår studie. Tre av de tillfrågade kommunerna

har valt att tacka nej. Positiv respons har vi fått från en kommun. Därefter har MAS i den deltagande kommunen tagit kontakt med ansvarig områdeschef som har godkänt att studien kan genomföras. Tolv enhetschefer för de olika vårdboendena har kontaktats via e-mail. Eftersom responsen på e-mail inte blivit som vi förväntat oss ringde vi till alla tillfrågade. Hälften av de tillfrågade vårdboendena har valt att delta i studien. Informationen om vår studie som enhetscheferna fått har förmedlats vidare till den berörda personalen samt vårdtagarna som uppfyllt inklusionskriterierna via informationsbrev (se bilaga 1). Praktiska detaljer för studiens genomförande har överenskommit med respektive enhetschef. Därefter har vi genomfört vår undersökning på de olika vårdboendena.

För en del deltagare har vi fått läsa upp de olika påståendena i enkäten på grund av olika faktorer till exempel nedsatt syn vilket har gjort att de hade svårt att läsa och skriva.

Den deltagande personalen har fått enkäten av oss, fyllt i och gett den tillbaka till oss.

Etiska överväganden

Personerna som har deltagit i vår studie har anonymiserats. Deltagarna har informerats både muntligt och skriftligt om syftet med undersökningen och att deltagande är frivilligt. Deltagarna har fått information om att de när som helst kunnat avbryta sitt deltagande samt att avbrutet deltagande inte påverkar eventuella framtida möjligheter att få vård. Deltagarna har fått även skriva på ett samtyckesbrev där de har godkänt sitt deltagande. Samtliga enhetschefer för de olika boendena har fått skriva på ett samtyckesbrev där de godkänt studien på det boende som de ansvarar för samt personalens deltagande. Alla deltagare har fått författarnas kontaktuppgifter för eventuella frågor. Allt insamlat material har förvarats oåtkomligt för obehöriga.

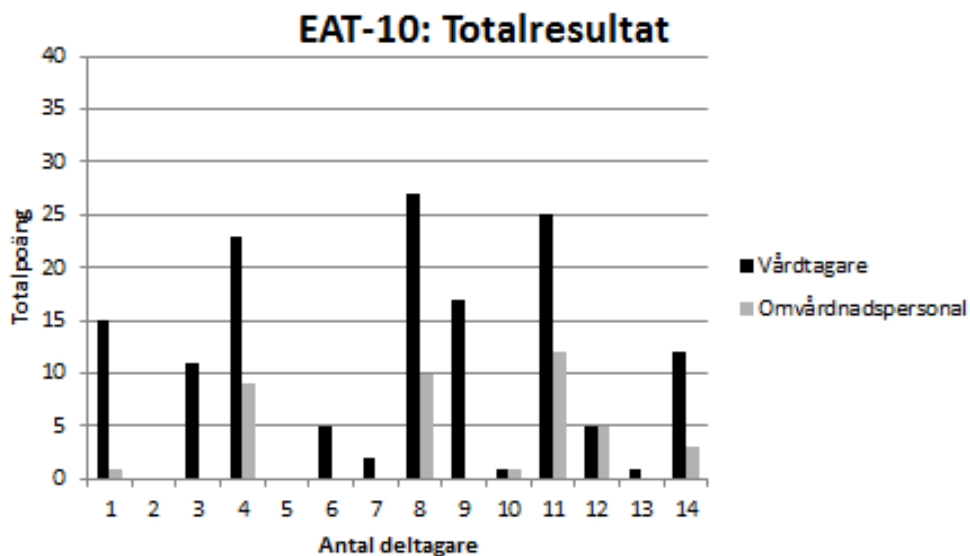
Studien har prövats och godkänts av etiska kommittén vid Avdelningen för logopedi, foniatri och audiologi, Lunds universitet.

Statistik

Alla enkätsvar har sammanställts i Microsoft Excel 2007 samt i SPSS.

RESULTAT

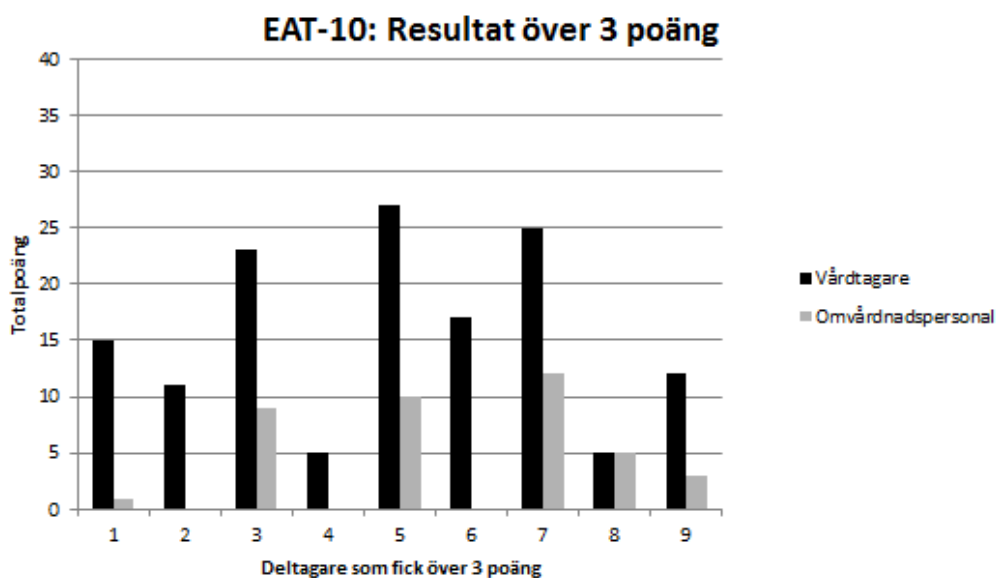
I nedanstående grafer presenteras resultaten av vår studie. Först redovisas det totala resultatet för hela populationen. Sedan klargörs det resultat som överstiger en bestämd gräns för att till sist titta närmare på de frågor som enligt oss belyser aspekter som berör socialt liv. Varje graf följs utav noggrannare förklaring och analys av det som grafen uppvisar.



Figur 1

Figur 1 visar en överblick över samtliga deltagare och resultat av deras svar. Den visar hur sväljningsförmågan upplevs av vårdtagaren samt uppfattas av omvårdnadspersonalen. Enkäten består av tio frågor som kan besvaras på en skala noll till fyra där noll står för inga problem och fyran står för svåra problem. Det maximala antalet poäng för varje vårdtagare är 40. Varje enskild deltagare är tilldelad ett deltagarnummer (1-14). De svarta staplarna visar vårdtagarnas resultat och de gråa staplarna visar omvårdnadspersonalens svar. Avsaknaden av staplar när det gäller deltagare nummer två och fem innebär att de inte upplever några problem och deras resultat är därmed noll.

Utgår man ifrån enkätens rekommendation bör man kontakta läkare om man får tre poäng eller mer. Det borde, baserat på vårdtagarnas svar, ske i nio fall av 14 (64 % av populationen). Utifrån omvårdnadspersonalens uppfattning att borde läkaren kontaktas i fem fall av 14 (36 %). Man kan ganska tydligt se hur det skiljer sig mellan dessa två grupper även om man tittar på medelvärden av resultat från dessa två grupper (vårdtagarnas 10,3 mot omvårdnadspersonalens 2,9).



Figur 2

Figuren visar samtliga fall där resultaten överstiger tre poäng (denna poänggräns är baserad på Belafsky et al., 2008). Här kan det röra sig antingen om att vårdtagaren själv ger svar som tyder på att sväljningssvårigheter upplevs som ett problem eller att omvårdnadspersonalen uppfattar vårdtagarens sväljningsförmåga som problematisk.

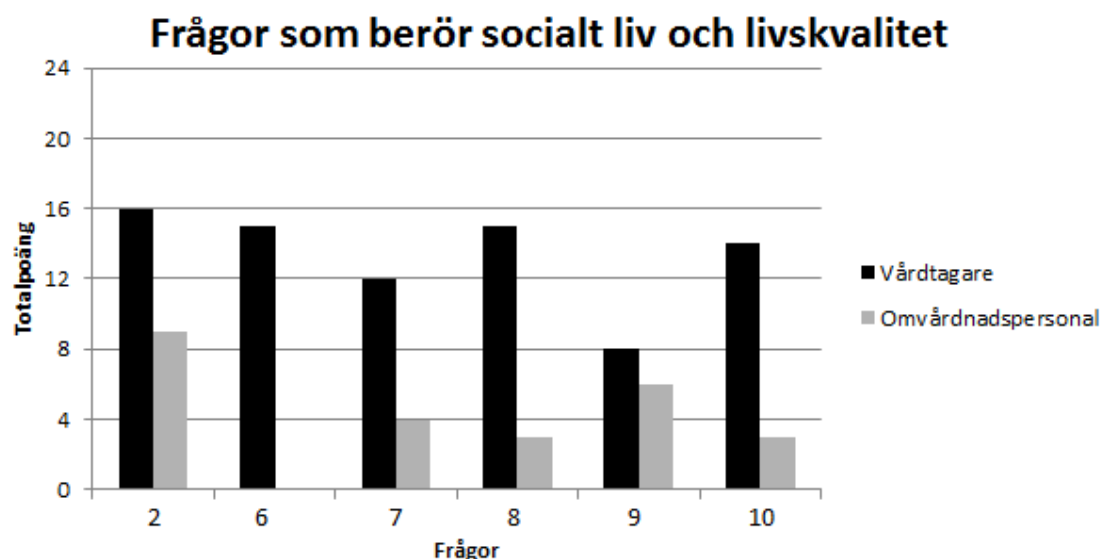
I samtliga fall är det vårdtagarna själva som har skattat sin förmåga på detta sätt. Denna figur redovisar därför vilka vårdtagare som vi har valt till gruppen som bör uppmärksammas. Det är viktigt att nämna att denna grupp har ett par vårdtagare som får kostenpassad mat men att det inte upplevs som tillräcklig hjälp. Här menar de att de upplever det positivt att hjälpen finns när det gäller kosten men att den typen av hjälp inte har större inverkan på det psykosociala planet. Återigen märks det tydligt hur olika man ser på individens sväljningsproblem om man utgår från vårdtagarens eller omvårdnadspersonalens perspektiv. För att illustrera detta visas medelvärden och standardavvikelse i nedanstående **tabell 1**:

	Medelvärde	Standardavvikelse
Vårdtagarnas upplevelse av sin sväljningsförmåga	15,56	8,17
Omvårdnadspersonalens uppfattning av vårdtagarnas sväljningsförmåga	4,44	4,77

Korrelationskoefficienten 0,74 och tillhörande p-värdet 0,023 ger ytterligare stöd till påståendet att individens upplevelse och omvårdnadspersonalens uppfattning skiljer sig.

Om sväljningssvårigheter är ett bortglömt problem på svenska vårdboenden går att diskutera men även vår begränsade studie pekar på att det finns en statistisk signifikant skillnad i upplevelsen och uppfattningen mellan dessa två grupper vilket underbyggs av att

nollhypotesen (dvs. ingen skillnad mellan variablerna) blev motbevisad genom ett t-test som gav följande resultat: $t_8=5,905$, $p<0,05$ (värdet på testvariabeln 5,905, frihetsgrader 8, p-värde $<0,05$).



Figur 3

Denna figur är baserad på svar från de nio vårdtagare vars svar redovisats i figur 2. Endast utvalda frågor/påståenden (frågor nr. 2, 6, 7, 8, 9 och 10, se bilaga nr. 6), som vi anser berör socialt liv och livskvalitet (t ex om sväljningssvårigheterna påverkar individens förmåga att gå ut och äta, om matglädjen påverkas av ens sväljningssvårigheter, osv), har redovisats. Det är värt att notera att det maximala antalet poäng för de sex utvalda frågorna är 24 och att på fem av sex frågor ger vårdtagarna svar som ligger på 50% eller högre av det maximala värdet. En annan intressant detalj är att på fråga nummer sex, som handlar om vårdtagaren upplever/känner smärta när han/hon sväljer, tycks personalen inte alls uppmärksamma vårdtagarnas upplevelse.

Nedan redovisas resultaten av de tre extrafrågor som ställdes för att undersöka kunskapsnivån hos omvårdnadspersonalen.

Tabell 2

Kunskapsfrågor till omvårdnadspersonal	Svar på frågor
1. Vad innebär det, enligt dig, att ha sväljningssvårigheter?	<ul style="list-style-type: none"> • Att gå ner i vikt • Undvika att äta • Att man är dement • Svårt att svälja • Irritation • När man inte kan få ner maten • Om brukaren är förkyld • Att hosta, fastmat, svamp,

- reflex, sår i munnen, flyttande vätska, sjukdom
- Att sätta i halsen
- Svårt att svälja pga tjock i halsen
- Inte tugga ordentligt
- Att inte kunna svälja tabletter
- Oro att inte orka dagliga livet
- Vet ej

Fyra personer har ej svarat på frågan.

2. Nämn några tecken som tyder på att vårdtagaren har sväljningssvårigheter.

- Hosta
- Svälja hårt
- Äta dåligt, nedsatt aptit
- Stroke, ALS, Parkinson
- Svårt att svälja stora tabletter
- Gå ner i vikt
- Ont i halsen
- Svamp i munnen
- Sjukdom
- Svullnad
- Muntorrhet
- Dricker extra mycket att få ner maten
- Maten kvar på tallrik
- Falltendens

Två personer har ej svarat på frågan.

3. På vilket sätt kan man hjälpa vårdtagaren att underlätta sväljningen?

- Anpassa mjuk kost
- Använda förtjockningsmedel
- Krossa tabletter
- Mindre portioner
- Lugna måltider
- Att välja annan kost
- Ge dricka efter varje sked
- Passerad eller flyttande kost, timbal kost, puré
- Undersöka eller kontakta SSK
- Söka logopedhjälp

DISKUSSION

Syftet med denna studie har varit dels att undersöka upplevelsen av sväljningsförmågan hos vårdtagare på vårdboenden och dels att undersöka omvårdnadspersonalens uppfattning kring vårdtagarens förmåga att svälja. Vi har även undersökt personalens kunskaper kring dysfagi.

Tidigare studier har visat att dysfagi påverkar den enskilde individens sociala liv och livskvalitet negativt (Ekberg, et al., 2002). Även vår studie, som är genomförd på en liten grupp vårdtagare, visar att så är fallet.

Resultaten av vår studie tyder på att de personer som har någon form av sväljningssvårighet upplever det som ett problem vilket, i en del fall märkbart, påverkar deras tillvaro/livskvalitet. Detta kan resultera i att man undviker att gå ut och äta bland andra vårdtagare med t ex. förklaringen att man inte är hungrig. Andra undviker vissa maträtter som de egentligen tycker om men som kan orsaka betydande svårigheter att inta. Även de individer som fungerar väl (fysiologiskt) med kostanpassning kan ur ett psykologiskt perspektiv må mindre bra. Känslan av att man är till besvär finns ofta med i bilden. Anledningen till detta kan vara att ett restaurangbesök (eller att äta på offentliga platser) kan innebära praktiska svårigheter, t ex att det måste finnas möjlighet att få kostanpassad mat eller att man måste ta med sig egen mat.

Tidigare genomförda studier visar att dysfagi kan påverka individens sociala möjligheter samt njutningen av måltiden. Dysfagin kan även ha en negativ effekt på kvaliteten på vårdtagarens förhållande till omvårdnadspersonal och familj vilket, på längre sikt, kan skapa frustrationer och därmed underminera hälsan och förtroende för andra (Shanley & O'Loughlin, 2000). I vår studie visar vi att deltagarnas sväljningsdysfunktion påtagligt påverkar deras livskvalitet på ett negativt sätt. Deltagarna har en förhöjd risk att bli socialt isolerade och i förlängningen riskerar de att drabbas av depressioner.

I figur 1 redovisas helhetsbilden d v s resultat för samtliga vårdtagares upplevelse samt omvårdnadspersonalens uppfattning kring sväljningsproblematiken. I de flesta fall upplever vårdtagaren sin sväljningsförmåga som mycket sämre än vad som uppfattas av omvårdnadspersonalen. I två fall korrelerar vårdtagarens upplevelse med omvårdnadspersonalens uppfattning. Vårdtagarna beskrev sina besvär i form av harklingsbehov, hosta, att maten ”fastnade mellan revbenen”, eller att den inte hade någon smak vilket påverkade deras möjlighet att njuta av maten.

Anledningen till differensen mellan dessa två grupper är intressant och borde undersökas närmare. En trolig förklaring till differensen kan finnas både hos vårdtagare, omvårdnadspersonal eller tredje part (till exempel själva omvårdnadsystemet). När det gäller vårdtagare kan det vara så att de döljer sina svårigheter väl genom olika förklaringar alltifrån det att de inte tycker om maten, att de är trötta, mätta eller till att de tappat livslusten. Med det sistnämnda menas att de kan ha kommit till en stadie i livet där de mer eller mindre insett att de inte vill leva längre och vill på så sätt påskynda döden.

Omvårdnadspersonalen kan sakna kompetens kring sväljningssvårigheter men även andra orsaker såsom resursbrist eller organisationens ovilja eller okunskap att ta itu med denna typ av hälsoproblem kan vara orsak till gapet mellan det upplevda och det uppfattade.

De sociala och psykologiska effekterna som uppstår vid dysfagi är ett allvarligt och underdiagnostiserat tillstånd inom sjukvården. Därför är det viktigt att öka dysfagikunskap hos omvårdnadspersonal genom utbildning och handledning i hur olika behandlingsalternativ kan lindra lidande och förbättra livskvalitet hos patienten. I en studie som gjorts på 360 dysfagipatienter i olika europeiska länder fann man att 55 % av de deltagande svarade att sväljningssvårighet hade negativ inverkan på livskvaliteten, 50 % uppgav att de åt mindre, 41 % upplevde ångest eller panik under måltiden, 36 % undvek att äta i andras sällskap och 32 % var fortfarande hungriga och törstiga efter maten (Ekberg et al., 2002). Även i vår studie kan vi se liknande resultat.

I figur 3 har svaren som redovisats i figur 2 och som berör det sociala livet och livskvalitet analyserats ytterligare. Exempel på frågorna är om ”mina sväljningssvårigheter påverkar min förmåga att gå ut och äta?” eller om ”matglädjen påverkas av mina sväljningssvårigheter?” vilka har tydliga kopplingar till samspelet med omgivningen och måltidens betydelse i detta sammanhang.

Om man utgår ifrån att normaltillståndet innebär frånvaro av dessa problem så borde det totala antalet poäng ligga väldigt nära noll. Det faktum att hela gruppen kommer upp i 50 % av det maximala antalet poäng borde anses vara ett tydligt tecken på att sväljningssvårigheter påverkar det sociala livet samt livskvaliteten. Tittar man sedan på skillnaden mellan vårdtagarnas upplevelse och omvårdnadspersonalens uppfattning i denna fråga framgår det även här på ett tydligt sätt att den senare gruppen tycks sakna uppfattning som stämmer överens med vårdtagarnas upplevelse. Det ska tilläggas att ovanstående graf speglar upplevelse/uppfattning hos de nio individer som omhandlats i graf 2 men det är naturligtvis viktigt att påpeka att svaren skiljer sig på individnivå framförallt när det gäller förmågan att gå ut och äta. Tittar man på fråga nr. 2 som handlar om förmågan att gå ut och äta upplevde nära hälften av vårdtagarna i denna grupp att de hade allvarliga problem samtidigt som delar av omvårdnadspersonalen inte uppfattade att problemen var så stora. Bland flera av frågorna där skillnaden mellan det upplevda och det uppfattade var procentuellt sett stor är fråga nr. 8, som handlar om maten fastnade i halsen vid sväljning, den som visar denna skillnad på ett tydligt sätt (poängantalet skiljde 5 ggr). Om detta beror på att vårdtagarna döljer det väl, om valet av mat gör att problemet inte kommer upp till ytan eller någonting annat som gör att personalen inte kan upptäcka det kan vara några av bakomliggande orsaker till detta resultat.

Ser man på studien i sin helhet finns det tecken som tyder på att personalen har vissa teoretiska kunskaper om dysfagi men att de inte alltid verkar omsättas i praktiken. Om detta verkligen stämmer skulle kunna undersökas i en eventuell framtida studie.

Vid en noggrannare genomgång av svaren på kunskapsfrågorna som gavs till omvårdnadspersonalen kan man konstatera att bilden är splittrad – det verkar finnas både personal med stort medvetande/kunskap om problematiken men även en hel del personal som verkar sakna ganska grundläggande förståelse för de typer av problem som studien omfattar. Detta kan dels bero på att vi inte lyckats med att få personalen att förstå enkätfrågorna trots att vi själva varit närvarande under undersökningsmomenten och/eller att man inte lägger någon större vikt vid sväljningssvårigheter på de olika omvårdsutbildningarna. Ett generellt intryck vi fick är att vårdpersonalen inte verkar vara bevandrade i terminologin d v s saknar förståelse för vad enkätfrågorna går ut på. Mot denna bakgrund framstår det som angeläget att försöka få vårdpersonalen att i en högre utsträckning förstå vilket lidande dysfagi faktiskt förorsakar den enskilde individen.

Det finns tidigare genomförda studier som har kartlagt kunskaper om dysfagi hos vårdpersonal och som visar att både undersköterskor och sjuksköterskor på vårdboenden anser att de inte hade tillräckligt med kunskap när det gäller omhändertagandet av dysfagipatienter samt att det behövs vidareutbildning. Enligt studien anser sjuksköterskorna att avsaknaden av resurser beror på tidsbrist och otillräcklig kunskap vilket påverkar en adekvat behandling av dysfagipatienter (Andersson & Nilsson, 2010; Sandin, 2005).

I en framtida studie borde man kunna åtgärda detta genom att en legitimerad (dysfagi)logoped deltar under intervjuerna för att besvara personalens följdfrågor och på detta vis filtrera bort denna typ av ”brus/störmoment”. Ett kanske ännu mer tidseffektivt sätt att utnyttja hjälpen från en logoped vore att anordna ett basalt utbildningstillfälle. Detta skulle ge vårdpersonalen inblick i fakta kring dysfagi samt möjlighet att både hjälpa till med en eventuell kommande studie och även underlätta framtida omhändertagande av vårdtagare.

En annan utmaning är att försöka få till stånd en ändring av attityden och synen på ålderdomen inom vårdsektorn. Det tycks förekomma en stereotypisk uppfattning om att de äldre förväntas vara sjuka och inte kunna klara av en hel del saker som t ex att äta på samma sätt som yngre gör. Attitydproblem av denna typ kräver en betydligt mera långsiktig form av arbete för att få en långsiktigt hållbar förbättring.

Logopedförekomsten verkar inte vara stor inom äldreomsorgen i nuläget utan det är sjuksköterskorna som gör den första bedömningen om eventuell kostanpassning. Det som verkar glömmas bort är vikten av kunskapen om dysfagin vid sådana bedömningar. För att den drabbade ska få rätt ordinerad kost är det viktigt att man vet vad dysfunktionen beror på och vad de specifika sväljningsbesvär som förekommer för med sig. Som nämnts tidigare anser inte sjuksköterskor att de har den nödvändiga kunskapen vilket tyder på att logopeder behövs inom äldreomsorgen för att den enskilde ska kunna få adekvat hjälp kring sin sväljningsdysfunktion.

Begränsningar med studien

Detta är en liten studie med ganska få deltagare vilket gör att små skillnader i enkätsvaren kan ge relativt stor påverkan på slutresultatet. Med tillgång till fler vårdtagare och hjälp av en dysfagilogoped kunde man få ett bättre/bredare statistiskt underlag vilket skulle ge studien ännu större trovärdighet.

I inledningsfasen av studien stötte vi på ganska stora problem med att få tag på deltagare som stämde in på våra inklusionskriterier. Detta kan tyda på att inklusionskriterierna var för hårt satta vilket har försvårat arbetet med att lokalisera/urskilja/hitta rätt vårdtagare. Många vårdtagare är svårt sjuka och behöver hjälp med i stort sett allt. Efter en del inledande problem med att rekrytera vårdtagare har vi genom ett mera aktivt och betydligt mer omfattande uppsökningsarbete lyckats få tag på lämpliga deltagare/vårdtagare för denna studie.

Slutord

Vår studie visar att sväljningssvårigheter kan vara ett bortglömt problem på svenska vårdboenden. Det finns en stor diskrepans mellan vårdtagarnas upplevelse och omvårdnadspersonalens uppfattning när det gäller vårdtagarnas sväljningsförmåga. Även om denna studie omfattar en liten grupp vårdtagare och vårdpersonal är resultaten ett mycket

tydligt bevis på att det på sina håll råder stor kunskapsbrist om dysfagi samt dess effekter på den drabbades sociala liv och livskvalitet.

Tack

Vi vill tacka alla som har deltagit i vår studie, både vårdtagarna och omvårdnadspersonal. Er tid och ert tålamod har varit till stor hjälp för oss. Vi vill även tacka den medicinskt ansvariga sjuksköterskan som hjälpte oss i rekryteringen. Ett stort tack till vår mycket kunniga handledare Margareta Bülow för hennes tålamod att diskutera och vägleda oss. Slutligen vill vi tacka vår bihandledare Helena Andersson som alltid har funnits där för att diskutera både stora och små frågor.

Referenslista

Alberda C., Graf, A., McCargar, L. (2006). Malnutrition: Etiology, consequences, and assessment of a patient at risk. *Best Practice and Research: Clinical Gastroenterology* 20(3): 419 – 439. Language: English. DOI: 10.1016/j.bpg.2006.01.006.

Andersson, H., Nilsson, H. (2010). Kartläggning av kunskaper om dysfagi hos vårdpersonal. Logopedexamensarbete, Lunds universitet, Avdelning för logopedi, foniatri och audiologi, Institutionen för kliniska vetenskaper, Lund.

Barer, D.H. (1989). The natural history and functional consequences of dysphagia after Hemispheric stroke. *Journal of Neurology Neurosurgery Psychiatry*; 52:236-46.

Belafsky, P.C., Mouadeb, D.A., Rees, C.J., Pryor, J.C., Postma, G.N., Allen, J., Leonard, R.J. (2008). Validity and Reliability of the Eating Assessment Tool (EAT-10). *Annals of Otolaryngology & Laryngology*. 117(12): 919-24

Cabre, M., Serra-Prat, M., Palomera, E. et.al. (2010). Prevalence and prognostic implications of dysphagia in elderly patients with pneumonia. *Age and Ageing*, 39, 39-45.

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

Eggenberger, S. K., Nelms, T. P. (2004). Artificial hydration and nutrition in advanced Alzheimer's disease: facilitating family decision-making. *Tommie CMAJ*. Nov 11, 2003; 169(10): 1041–1044.

Ekberg, O., Hamdy, S., Woisard, V., Wuttge-Hanning, A., Ortega, P. (2002). Social and Psychological Burden of Dysphagia: Its Impact on Diagnosis and Treatment. *Dysphagia* 17(2002), 139- 146.

Ekberg, O., Nylander, G. (2012). Dysphagia, Diagnosis and Treatment. Part 1 -5, Anatomy and Physiology, 3-589. Medical Radiology. Diagnostic Imaging, DOI: 10.1007/174_2011_369.

Ekberg, O., Hamdy, S., Woisard, V., Wuttge – Hannig, A., & Primitivo, O. (2002). Social and Psychological Burden of Dysphagia: Its Impact on Diagnosis and Treatment. *Dysphagia* 17:139-146. DOI: 10.1007/s00455-001-0113-5.

Elmsthål, S., Bülow, M., Ekberg, O., Petersson, M., & Tegner, H. (1999). Treatment of Dysphagia Improves Nutritional Conditions in Stroke Patients. *Dysphagia* 14, 61-66.

Falsetti, P., Acciai, C., Palilla, R., Bosi, M., Carpinteri, F., Zingarelli, A., et al. (2009). Oropharyngeal dysphagia after stroke: incidence, diagnosis, and clinical predictors in patients admitted to a neurorehabilitation unit. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 18; 329-335.

Finestone, H.M., Greene-Finestone, L.S. (2003). Rehabilitation medicine: 2. Diagnosis of dysphagia and its nutritional management for stroke patients. 1041-1044.

- Germain, I., Dufresne, T., Gray-Donald, K. (2006). A novel dysphagia diet improves the nutrient intake of institutionalized elders. *106*, 1614-1623.
- Ginocchio, D.; Borghi, E.; Schindler, A. (2009) *Nutritional Therapy & Metabolism* , Vol. 27 Issue 1, p9-15, 7.
- Gordon, C., Hewer, RL., Wade, D.T. (1987). Dysphagia in acute stroke. *BMJ*; 295:411-4
- Gustafsson, K., Andersson, I., Andersson, J., Fjellström, C., Sidenvall, B. (2003). Older women's perceptions of independence versus dependence in food-related work. *Public Health Nursing*, 20: 237-237.
- Gustafsson och Tibbling (1985). Att leva med sväljningsbesvär, sid. 22.
<http://dysfagi.se/2011/07/leva-med-dysfagi/>
- Guyomard, V., Fulcher, R.A., Redmayne, O., Metcalf, A.K., Potter, J.F., Myint, P.K. (2009). Effect of dysphasia and dysphagia on inpatient mortality and hospital length of stay: a database study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 57, 2101-2106.
- Hartelius, L., & Svensson, P. (1994). Speech and swallowing symptoms associated with Parkinson's disease and multiple sclerosis: a survey. Department of Logopedics and Phoniatics, University of Goteborg, Sweden *Folia Phoniatr Logop* 1994; 46:9-17
- Hinchey, J.A., Shephard, T., Furie, K., Smith, D., Wang, D., Tonn, S. (2005). Formal dysphagia screening protocols prevent pneumonia. *A Journal of Cerebral Circulation [Stroke]*, ISSN: 1524-4628, 2005 Sep; Vol. 36 (9), 1972-6;
- Kayser-Jones, J., & Pengilly, K., (1999). Dysphagia among nursing home residents. *Geriatric Nursing*, 20, 77-84.
- Kind, A., Anderson, P., Hind, J., Robbins, J., & Smith, M. (2010). Omission of Dysphagia Therapies in Hospital Discharge Communications. *Dysphagia*, doi: 10. 1007/00455-009-9266-4.
- Koidou, I., Kollias, N., Sdravou, K. & Grouios, G. (2013). Dysphagia: A Short Review of the Current State, *Educational Gerontology* 39:11, 812-827, DOI: 10.1080/03601277.2013.766518, <http://dx.doi.org/10.1080/03601277.2013.766518>
- Langmore, S.E., Terpenning, M.S., Schork, A., Chen, Y., Murray, J.T., Lopatin, D., et al. (1998). Predictors of aspiration pneumonia: how important is dysphagia? *Dysphagia*, 13, 69-81.
- Logemann, J.A. (1999). Behavioral Management for Oropharyngeal Dysphagia. *Folia Phoniatr Logop* 1999; 51: 199-212
- Logemann, J.A. (ProEd) (1998). Evaluation and treatment of swallowing disorders. (2nd ed) Austin, Texas: *San Diego College Press*.
- Mann, G., Hankey, G.J., & Cameron, D. Swallowing function after stroke. (1999). Prognosis and prognostic factors at 6 months. *Stroke*, 30, 744-748.

- Miller, N., Carding, P. Reviews in Clinical Gerontology. (2007). *Academic Journal*, Vol. 17 Issue 3, p177-190. 14p, Database: Abstracts in Social Gerontology
- McGee, W. (1993). Causes of death in a hospitalized geriatric population: an autopsy study of 3000 patients. *Virchows Arch A Pathol Anat Histopathol*, 423, 343-349.
- McCullough, K. C., Estes, J. L., McCullough, G. H. & Rainey, J. (2007). RN compliance with SLP dysphagia recommendations in acute care. *Topics in Geriatric Rehabilitation*, 23(4), 330-340.
- Murry, T., Carrau, R.L. (2006). Clinical management of swallowing disorders. *Plural Pub Incorporated*, 1 jan 2006 - 263 sidor.
- Odderson, I. R., Keaton, J. C., & McKenna, B. S. (1995). Swallow management in patients on an acute stroke pathway: quality is cost effective. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 76, 1130-1133.
- Oliveira, M. R. M., Fogaça, K. C. P. & Leandro-Merhi, V. A. (2009). Nutritional status and functional capacity of hospitalized elderly. *Nutrition Journal* 2009, 8:54 doi: 10.1186/1475-2891-8-54.
- Prasse, J.E., Kikano, G.E., (2004). An Overview of Dysphagia in the Elderly. *Geriatric Medicine*. Adv Stud Med. 2004;4 (10): 527-533.
- Puisieux, F., D'Andrea, C., Baconnier, P., Bui-Dinh, D., Castaings-Pelet, S., Crestani, B., Desrues, B., Ferron, C., Franco, A., Gaillat, J., Guenard, H., Housset, B., Jeandel, C., Jebrak, G., Leymarie-Saddles, A., Orvoen-Frija, E., Piette, F., Pinganaud, G., Salle, J.-Y., Strubel, D., Vernejoux, J.-M. *et al.* (2011). Swallowing disorders, pneumonia and respiratory tract infectious disease in the elderly (Review Article). *Revue des Maladies Respiratoires*, Volume 28, Issue 8, e76-e93.
- Robinson, D.J, Jerrard-Dunne, P., Greene, Z. (2011). Oropharyngeal dysphagia in exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. *Eur Geriatr Med*, 4. 201-203.
- Sandhaus, S., Zalon, M.L., Valenti, D., & Harrell, F.(2009). Promoting evidence-based dysphagia assessment and management by nurses. *Journal of Gerontological Nursing*, 35, 20-27.
- Sandin, E. (2005). *Dysfagi bland boende på sjukhem*. Logopedexamensarbete, Karolinska universitet, Institutionen för klinisk vetenskap, intervention och teknik, Enheten för logopedi och foniatri, Karolinska universitetssjukhuset Huddinge.
- Sandin, E. (2005). Emma sätter i halsen – igen! Ättsvårigheter bland boende på sjukhem. Förekost och ny klinisk bedömning. Rapport 36. Kompetenscentrum inom äldreomsorg och äldreomsorg.
- Schindler, J. S., Kelly, J. H.(2002) .Swallowing disorders in the elderly. *Laryngoscope* 1. 12:589-602

Shahin, E.S.M., Meijers, J.M.M., Schols, J.M.G.A., Tannen, A., Halfens, R.J.G., & Dassen, T. (2010). The relationship between malnutrition parameters and pressure ulcer in hospitals and nursing homes. *Nutrition* doi:10.1016/j.nut.2010.01.016.

Shanley, C., O'Loughlin, G. (2000). Dysphagia among nursing home residents: an assessment and management protocol. *Journal of Gerontological Nursing*, 26(8): 35-48.

Sura, L., Madhavan, A., Carnaby, G., Crary, M. A. (2012). Dysphagia in the elderly: management and nutritional considerations. *Journal, Clin Interv Aging*. 2012; 7: 287–298.

Teasell, R. W., McRae, M., Marchuk, Y., Finestone, H. M. (1995). Pneumonia associated with aspiration following stroke. *Archives of Physical Medicine & Rehabilitation*, 1996 Jul; 77 (7): 707-9.

Van Manen, K-J., Whitebourne, Krauss, S. (1997). Psychosocial development and life experiences in adulthood: A 22- year sequential study. *Psychology and Aging*, Vol 12 (2). pp. 239-246. American Psychological Association. *Journal Article*. Database: PsycINFO.

Wieseke, A., Bantz, D., Siktberg, L., Dillard, N. (2007). Assessment and Early Diagnosis of Dysphagia. *Geriatric Nursing*, Volume 29, Issue 6, November–December 2008, 376-383.

BILAGOR

Bilaga 1

Informationsbrev avseende deltagande i forskningsstudien: ”Är sväljningssvårigheter ett bortglömt problem på svenska vårdboenden? Enkätundersökning bland vårdtagare och vårdpersonal.”

Vi är två studenter som läser termin 8 på logopedprogrammet vid Lunds universitet. Under vårterminen 2014 kommer vi att skriva vår magisteruppsats och det är av den anledning som vi kontaktar Dig.

Tidigare forskning har visat att äldre individer ofta kan ha problem med sin sväljförmåga samt att omvårdnadspersonalen kan ha otillräckliga kunskaper när det gäller att uppmärksamma vårdtagarnas sväljningsproblem. Vi vill därför genomföra en studie och önskar Din medverkan. Vi kommer att undersöka dels hur den äldre individen upplever sin sväljförmåga och dels hur eventuella sväljningsproblemet påverkar den drabbades sociala situation och livskvalité. Dessutom kommer vi att analysera hur omvårdnadspersonal uppfattar vårdtagarens sväljförmåga. För att genomföra en sådan studie önskar vi 20 personer över 70 år gamla som har någon form av misstänkt sväljningssvårighet.

För att delta i studien krävs att **Du som är vårdtagare** har en intakt kognitiv förmåga dvs ingen nedsatt tanke- och minnesförmåga samt intakt språklig förmåga.

Intakt språklig förmåga innebär att vederbörande skall kunna både förstå och uttrycka sig såväl verbalt som skriftligt.

Vårdtagare som kommer att delta i studien får fylla i en enkät bestående av 10 frågor. Dessa frågor handlar om hur vederbörande upplever sin sväljningsförmåga.

Till denna studie behöver vi även ha tillgång till 20 omvårdnadspersonal. **Du som är vårdpersonal** skall, om det är möjligt, vara kontaktpersoner till de äldre eller känna vårdtagaren väl.

Den deltagande omvårdnadspersonalen får fylla i en enkät som består av 13 frågor. Enkäten handlar om hur du som omvårdnadspersonal uppfattar vårdtagarens sväljningsförmåga.

Enkätundersökningarna görs på Ditt boende/arbete.

Det som kommer att redovisas i vår uppsats är Dina enkätsvar, Din ålder, och om Du är man eller kvinna. Således kommer redovisningen av studieresultaten att vara helt anonym. Det är endast vi studenter samt våra handledare som kommer att få tillgång till data som insamlas genom intervjuer med vårdtagare och omvårdnadspersonal.

I de eventuella fall där stora sväljningssvårigheter identifieras kommer rekommendation om ytterligare utredning att ges.

Ditt godkännande till medverkan i studien omfattar:

- ❖ att Du godkänner Ditt deltagande.

❖ att Du godkänner att ovan nämnda och avidentifierade uppgifter redovisas i uppsatsen.

Deltagandet är fullt frivilligt och Du kan när som helst välja att avbryta Ditt deltagande. Avbrutet deltagande i studien kommer inte att påverka eventuella framtida behov av omhändertagande av sväljningsproblem.

Studien har godkänts av etiska kommittén vid Avdelningen för logopedi, foniatri och audiologi, Lunds universitet.

Har Du frågor får du gärna höra av Dig till oss.
Logopedprogrammet, Lunds universitet

Kristina Zakaraite, logopedstudent, XXXX, e-mail: XXXX

Emina Omerovic, logopedstudent, XXXX, e-mail: XXXX

Handledare: Margareta Bülow, leg logoped. Med dr.

Diagnostiskt centrum för bild och funktionsmedicin, Skånes universitetssjukhus, Malmö. E-post: margareta.bulow@med.lu.se

Bilaga 2

Logopedprogrammet

Lunds Universitet

Informationsbrev till enhetschef/verksamhetschef

Vi är två studenter som läser termin 8 på logopedprogrammet vid Lunds universitet.

Under vårterminen 2014 kommer vi att skriva vår magisteruppsats på 30 högskolepoäng och det är av den anledningen som vi kontaktar er.

Tidigare forskning har visat att äldre individer ofta har problem med sin sväljförmåga samt att omvårdnadspersonalen kan ha bristande kunskaper när det gäller att uppmärksamma vårdtagarnas sväljningsproblem. Vi vill därför genomföra en studie där vi kommer att undersöka dels hur den äldre individen upplever sin sväljförmåga och hur eventuella problem påverkar ätsituation i sociala sammanhang. Dessutom önskar vi undersöka hur omvårdnadspersonal uppfattar vårdtagarens sväljförmåga.

I vår undersökning behöver vi 20 deltagare som är över 70 år gamla och har någon form av misstänkt sväljningssvårighet samt har en intakt kognitiv förmåga d v s ingen nedsatt tanke- och minnesförmåga samt intakt språklig förmåga.

Intakt språklig förmåga innebär att vederbörande skall kunna både förstå och uttrycka sig såväl verbalt som skriftligt.

Som nämnts ovan önskar vi även att 20 omvårdnadspersonal ingår i studien. Om så är möjligt helst kontaktpersoner till de äldre eller någon som känner vårdtagaren väl.

Undersökningen kommer att ske genom en enkätundersökning. Enkäten består av tio frågor till de äldre och 13 frågor till omvårdnadspersonalen.

I de eventuella fall där stora sväljningssvårigheter identifieras kommer rekommendation om ytterligare utredning att ges.

Förutom detta godkännande som Du som enhetschef skriver under kommer även varje enskild deltagare att skriftligt få godkänna sin medverkan.

Ert godkännande till medverkan i studien omfattar:

- ❖ Att Ni godkänner att Ert vårdboende deltar i studien.
- ❖ Att vi får komma till boendet och genomföra enkätundersökningar med de deltagande personerna.

Förutom patienternas ålder och kön kommer inga personuppgifter att sparas. När det gäller personalen kommer inga personuppgifter att sparas. Detta innebär att varken vårdtagare eller

vårdpersonal kommer att kunna identifieras. De resultat som kommer att redovisas i vår uppsats kommer att vara helt avidentifierade.

Studien har godkänts av etiska kommittén vid Avdelningen för logopedi, foniatri och audiologi, Lunds universitet.

Vid eventuella frågor kontakta oss gärna.

Kristina Zakaraite, logopedstudent, XXXX, e-mail: XXXX

Emina Omerovic, logopedstudent, XXXX, e-mail: XXXX

Handledare: Margareta Bülow, leg logoped. Med dr.

Diagnostiskt centrum för bild och funktionsmedicin, Skånes universitetssjukhus, Malmö. E-post: margareta.bulow@med.lu.se

Bilaga 3

Godkännande av medverkan i forskningsstudien: "Är sväljningssvårigheter ett bortglömt problem på svenska vårdboenden? Enkätundersökning bland vårdtagare och vårdpersonal.

Ert godkännande till medverkan i studien omfattar:

- ❖ att Ni godkänner att Ert vårdboende/ordinära boende deltar i studien.
- ❖ att vi får komma till boendet/enheten och utföra enkätundersökning bland vårdtagare och vårdpersonal som har godkänt sin medverkan i studien.

Namnteckning

Namnförtydligande och titel

Äldreboende/Ordinära boende

Ort och datum

Bilaga 4

Godkännande av medverkan i forskningsstudien: ”Är sväljningssvårigheter ett bortglömt problem på svenska vårdboenden? Enkätundersökning bland vårdtagare och vårdpersonal.

Ditt godkännande till medverkan i studien avser:

- ❖ att Du godkänner Ditt deltagande.
- ❖ att Du godkänner att aidentifierade uppgifter redovisas i uppsatsen.

Jag har tagit del av informationen och ger mitt godkännande till deltagande i studien:

Namnsteckning

Namnförtydligande

Ort och datum

Bilaga 5

EAT- 10 (Omformulerad): Ett instrument för bedömning av sväljningsfunktion

Instruktioner:

Besvara varje fråga genom att ange en siffra för hur väl varje påstående stämmer in på vårdtagaren.

I vilken utsträckning upplever vårdtagaren följande problem?

1. Jag upplever att vårdtagarens sväljningssvårigheter har fått honom/henne att gå ner i vikt.
0= inget problem
1
2
3
4= allvarligt problem

2. Jag upplever att vårdtagarens sväljningssvårigheter påverkar hans/ hennes förmåga att gå ut och äta.
0=inget problem
1
2
3
4= allvarligt problem

3. Jag upplever att vårdtagaren behöver anstränga sig extra för att svälja vätska/ flytande mat.
0= inget problem
1
2
3
4= allvarligt problem

4. Jag upplever att vårdtagaren behöver anstränga sig extra att svälja fast mat.
0= inget problem
1
2
3

- 4= allvarligt problem
5. Jag upplever att vårdtagaren anstränger sig/har svårt för att svälja tabletter.
0= inget problem
1
2
3
4= allvarligt problem
6. Jag har intryck av att vårdtagaren upplever/ känner smärta när han/hon sväljer.
0= inget problem
1
2
3
4= allvarligt problem
7. Jag upplever att vårdtagarens matglädje påverkas av hans/hennes sväljningssvårigheter.
0= inget problem
1
2
3
4= allvarligt problem
8. Jag upplever att maten fastnar i halsen när vårdtagaren sväljer.
0= inget problem
1
2
3
4= allvarligt problem
9. Jag upplever att vårdtagaren hostar när han/ hon äter.
0= inget problem
1
2
3
4= allvarligt problem
10. Jag upplever att vårdtagaren blir stressad när han/hon ska svälja.
0= inget problem
1
2
3
4= allvarligt problem

11. Vad innebär det, enligt dig, att ha sväljningssvårigheter?

12. Nämn några tecken som tyder på att vårdtagaren har sväljningssvårigheter?

13. På vilket sätt kan man hjälpa vårdtagaren att underlätta sväljningen?

Bilaga 6



EAT-10: Ett instrument för bedömning av sväljningsfunktion

Efternamn	Förnamn	Kön	Ålder	Datum

Syfte

EAT-10 hjälper till att mäta dina sväljningssvårigheter. Det kan vara viktigt för dig att tala med din läkare om olika möjligheter att få behandling för dina symtom.

A. Instruktioner

Besvara varje fråga genom att ange en siffra för hur väl varje påstående stämmer in på dig.

I vilken utsträckning upplever du följande problem?	
1. Mina sväljningssvårigheter har fått mig att gå ner i vikt. 0 – inget problem 1 2 3 4 – allvarigt problem	<input type="checkbox"/>
2. Mina sväljningssvårigheter påverkar min förmåga att gå ut och äta. 0 – inget problem 1 2 3 4 – allvarigt problem	<input type="checkbox"/>
3. Att svälja vätska/flytande mat kräver extra ansträngning. 0 – inget problem 1 2 3 4 – allvarigt problem	<input type="checkbox"/>
4. Att svälja fast mat kräver extra ansträngning. 0 – inget problem 1 2 3 4 – allvarigt problem	<input type="checkbox"/>
5. Att svälja tabletter kräver extra ansträngning. 0 – inget problem 1 2 3 4 – allvarigt problem	<input type="checkbox"/>
6. Jag upplever/känner smärta när jag sväljer. 0 – inget problem 1 2 3 4 – allvarigt problem	<input type="checkbox"/>
7. Matglädjen påverkas av mina sväljningssvårigheter. 0 – inget problem 1 2 3 4 – allvarigt problem	<input type="checkbox"/>
8. Maten fastnar i halsen när jag sväljer. 0 – inget problem 1 2 3 4 – allvarigt problem	<input type="checkbox"/>
9. Jag hostar när jag äter. 0 – inget problem 1 2 3 4 – allvarigt problem	<input type="checkbox"/>
10. Det känns stressande att svälja. 0 – inget problem 1 2 3 4 – allvarigt problem	<input type="checkbox"/>

B. Poängberäkning

Summera dina poäng och skriv totalsumman i rutorna.

Totalpoäng (max. 40 poäng)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------------	----------------------	----------------------

C. Vad gör jag sedan?

Om din totalpoäng är 3 eller högre, kan det hända att du har problem med att svälja effektivt och säkert. Vi rekommenderar att du visar ditt resultat från EAT-10 för din läkare.

Referens: Delatby et al. Validity and Reliability of the Eating Assessment Tool (EAT-10). *Annals of Otology, Rhinology & Laryngology*. 2008;117(5):919-24.

