



MEDICINSKA
FAKULTETEN

Institutionen för kliniska vetenskaper, Lund

Avdelningen för logopedi, foniatri och audiologi

**Kartläggning av svenska logopoders omhändertagande av patienter med funktionell
dysfagi**

Melissa Turkanovic och Shuruk Jawad

LOGM82 Vetenskapligt arbete, 30 hp, VT26

Handledare: Olof Sandgren och Per Martell

Innehållsförteckning

Kartläggning av svenska logopoders omhändertagande av patienter med funktionell dysfagi.....	1
Abstract svenska	4
Abstract english	5
Bakgrund.....	7
Normal sväljning	7
Dysfagi	8
Funktionell dysfagi.....	9
Behandling vid funktionell dysfagi.....	12
Syfte	14
Frågeställningar	14
Metod	14
Design.....	14
Enkät.....	15
Procedur	15
Deltagare	15
Analysprocessen.....	16
Etiska överväganden	17
Resultat	18
Bedömningsmetoder vid funktionell dysfagi	18
Behandlingsmetoder och klinisk tillämpning.....	22

Upplevda hinder och möjligheter/organisatoriska frågor.....	24
Diskussion.....	26
Resultatdiskussion.....	26
Metoddiskussion.....	30
Förslag till fortsatt forskning.....	31
Studiens kliniska betydelse	32
Referenser	32
Bilagor.....	36
Bilaga 1. Enkätfrågor	36
Bilaga 2. Informationsblad till deltagare	41

Abstract svenska

Syfte: Bakgrunden till studien är att det idag inte finns en samlad bild av hur logopeder i Sverige arbetar med funktionell dysfagi. Studiens syfte var därför att kartlägga hur svenska logopeder omhändertar patienter med funktionell dysfagi samt hur de upplever sitt arbete med patientgruppen.

Metod: Studien är en enkätsbaserad tvärsnittsstudie där data samlades in från legitimerade logopeder, verksamma inom området funktionell dysfagi. Tjugonio deltagare besvarade enkäten. Deskriptiv dataanalys genomfördes och öppna frågor/fritext svar analyserades genom en anpassad version inspirerad av tematisk analys.

Resultat: Resultaten visade stora variationer i hur patienter med funktionell dysfagi omhändertas inom svensk logopedisk verksamhet. Många deltagare uppgav att tydliga riktlinjer för utredning och behandling saknas. Det framkom även variationer i remissvägar, bedömnings- och behandlingsmetoder samt i huruvida patienter var somatiskt färdigutredda innan logopedkontakt. Deltagarna beskrev flera utmaningar i arbetet med patientgruppen, bland annat bristande riktlinjer, begränsad tillgång till psykologisk kompetens, komplex samsjuklighet samt patientrelaterade faktorer som motivation och förståelse för diagnosen.

Slutsats: Studien belyser behovet av ökad samsyn kring omhändertagande av patienter med funktionell dysfagi samt utveckling av kliniska riktlinjer. Resultaten indikerar även att ett multiprofessionellt omhändertagande, inklusive psykologisk kompetens, kan vara värdefullt för patientgruppen och att fortsatt forskning inom området behövs.

Sökord: Funktionell dysfagi, logopedi, dysfagi, enkätstudie, bedömning och behandling.

Abstract English

Aim: There is currently no comprehensive overview of how speech and language pathologists (SLPs) in Sweden manage patients with functional dysphagia. Therefore, the aim of this study was to map how Swedish SLPs manage patients with functional dysphagia and how they experience working with this patient group.

Method: This study is a surveybased cross-sectional study. Data were collected from licensed SLPs working with patients with functional dysphagia. A total of 29 participants completed the survey. Descriptive data analysis was conducted, and responses to open-ended questions were analysed using an adapted approach inspired by thematic analysis.

Results: The results demonstrated considerable variation in how patients with functional dysphagia are managed within Swedish speech and language pathology praxis. Many participants reported a lack of guidelines for assessment and treatment. Variations were also identified in referral pathways, assessment and treatment approaches, and whether patients had undergone a complete medical evaluation prior to contact with an SLP. Participants described several challenges in working with this patient group, including the absence of guidelines, limited access to psychological expertise, complex comorbidities, and patient-related factors such as motivation and understanding of the diagnosis.

Conclusion: The study highlights the need for greater consensus regarding the management of patients with functional dysphagia and the development of clinical guidelines. The findings also indicate that a multidisciplinary approach, including access to psychological expertise, may be beneficial for this patient group. Further research in this area is needed.

Keywords: Functional dysphagia, speech-language therapy, dysphagia, cross-sectional study, assessment and treatment.

Bakgrund

Normal sväljning

För att kunna behandla och utveckla olika interventionsmetoder för olika typer av sväljsvårigheter, är det viktigt att veta vad normal sväljning innebär och hur den uttrycker sig. Trettio nerver och muskler är aktiva i både viljestyrda och reflexstyrda aktiviteter som ingår i den komplexa processen att äta och svälja (Matsuo & Palmer, 2023).

Sväljningsfaser

Sväljförloppet brukar traditionellt delas in i tre faser: Den orala, den faryngeala och den esofageala fasen (Matsuo & Palmer, 2023). Den orala fasen rör det som utförs i munnen. I munnen tuggas och formas bolus innan den förs vidare till farynx, där den faryngeala fasen inleds. Till sist når bolus matstrupen, där den esofageala fasen inleds. Den orala fasen brukar delas in i två steg, den förberedande fasen och transportfasen. I den förberedande fasen sker en förberedelse för sväljning. Denna fas är viljemässigt styrd. Efter att bolus har intagits, hålls den i främre delen av munbotten eller på tungans yta mot hårda gommen omringat av överkäkens tänder. Efter detta tuggas och formas bolus. För att undvika att bolus når orofarynx innan sväljningen initierats, försluts munhålan posteriot mellan mjuka gommen och tungan. Om denna förslutning är ofullständig, kommer bolus rinna ner till orofarynx. Nästa del i den orala fasen är den orala transportfasen. I den här fasen höjs tungspetsen för att kunna komma i kontakt med hårda gommen. Detta sker samtidigt som bakre delen av tungan sänks, för att kunna öppna munhållans bakre del. Genom denna sekvens höjs tungans övre yta och ytan mellan tungan och gommen utvidgas. Detta pressar i sin tur bolus bakåt till farynx (Matsuo & Palmer, 2023).

Nästa fas är den faryngeala fasen. Denna fas är autonom (Matsuo & Palmer, 2023).

Sväljning är en snabb aktivitet, och den faryngeala fasen sker på mindre än en sekund. Den har

två syften, att bolus och vätska ska kunna passera genom farynx ner i matstrupen och att skydda luftvägarna så att larynx och trakea hålls åtskilda från farynx, genom att struplocket fälls ner under tiden för boluspassage. Detta för att undvika att bolus når in i luftvägarna (Matsuo & Palmer, 2023).

Tredje fasen är den esofageala fasen, vilket är den sista sväljningsfasen och utgår från esofagus. Denna fas är autonom. Öppningen av den övre esofagussfinktern är avgörande för att bolus ska kunna hamna i esofagus (Omari et al., 2015). Den är stängd vid vila och öppnas vid sväljning för passage till esofagus. För att bolus sedan ska kunna passera vidare till magsäcken, är den nedre esofagussfinktern öppen. Den är stängd vid vila och öppnas vid sväljning för passage till magsäcken. Denna fas transporterar bolus till magsäcken med hjälp av vågliknande rörelser i musklerna som kontraherar och slappnar av (Matsuo & Palmer, 2023).

Dysfagi

Ordet dysfagi kommer från grekiskan där *dys* betyder ”skadad” eller ”sjuk”, och *fagi* betyder ”äta” eller ”svälja” (Clavé & Shaker, 2015). Enligt ICF-ramverket, ett internationellt system för att beskriva människors funktion, aktivitet och delaktighet, definieras sväljfunktion som ”funktion att förflytta mat och dryck genom munhåla, svalg och matstrupe till magsäcken med lämplig frekvens och hastighet” (Socialstyrelsen, 2023).

Från ett anatomiskt perspektiv kan dysfagi ha orofaryngeala och/eller esofageala orsaker. Vi kommer att fokusera på orofaryngeal dysfagi, då det är av störst relevans för logopedprofessionen. Orsakerna till orofaryngeal dysfagi kan vara strukturella/organiska avvikelser, som benigna eller maligna tumörer, men också andra sjukdomar som påverkar kroppens fysiologi negativt (Clavé & Shaker, 2015). Orofaryngeal dysfagi innebär sväljsvårigheter som påverkar möjligheten att transportera bolus från munnen till matstrupen på

ett säkert och effektivt sätt. Tillståndet kan medföra ökad risk för aspiration, som innebär att bolus hamnar i luftvägarna eller i lungorna och är även en risk för kvävning. Detta kan även medföra en ansträngd och ineffektiv sväljning (Clavé & Shaker, 2015).

Funktionell dysfagi

Funktionell dysfagi, även kallat psykogen dysfagi, är en diagnos som sätts när underliggande strukturella eller fysiologiska orsaker till sväljsvårigheter har kunnat uteslutas (Zifan et al., 2023). Underliggande orsaker kan vara slemhinneförändringar, esofagusspasmer, sjukdomar som stör muskelkontraktionerna och mekaniska hinder i esofagus (Anderson et al., 2026).

Kliniker har i flera decennier beskrivit patientfall med sväljbesvär där bakomliggande orsaker till sväljbesvären vid instrumentella undersökningar inte har kunnat konstateras (Miles et al., 2026). Avsaknaden av tydliga orsaker har tolkats som att dessa patienter har en psykologisk orsak till sina sväljbesvär. Begreppen för detta tillstånd har sett olika ut genom tiderna. Barofsky och Fontaine (1998) benämnde tillståndet som ”psychogenic dysphagia”, Baijens et al., (2013) använde termerna ”phagophobia” och ”globus hystericus”, medan Verdonshot et al., (2019) använde ”medically unexplained oropharyngeal dysphagia”. Det tycks råda konsensus i litteraturen att använda sig av funktionell dysfagi som begrepp, men i klinisk kontext förekommer fortfarande flera olika benämningar av tillståndet. Detta styrks av följande artiklar från Miles et al., (2026) och Anderson et al., (2026) som gemensamt använder funktionell dysfagi som begrepp.

På senare år har forskare börjat betrakta funktionell dysfagi som ett uttryck för primär muskelspänning eller laryngeal hypersensitivitet (Miles et al., 2026). Funktionell dysfagi beskrivs också inom ramen för funktionell neurologisk symptomstörning, vilket är en heterogen

grupp av tillstånd med sensoriska, motoriska och autonoma symptom. Detta innebär kort att sväljningen inte fungerar normalt, trots att till exempel nerver och muskler är normala vid undersökning (Miles et al., 2026).

Symptom och tecken på funktionell dysfagi

Patienter med funktionell dysfagi uppvisar symptom som svårigheter att svälja, en känsla av att bolus fastnar i halsen eller att bolus kommer upp efter att man har svalt, så kallad regurgitation (Zifan et al., 2023).

Fagofobi beskrivs som en känsla av att inte kunna svälja utan att det finns några fysiologiska avvikelser (Evans & Petchel, 2011). Symptom som kan uppvisas vid detta tillstånd kan vara rädsla att sätta i halsen, svårigheter att svälja tabletter, ångest i samband med måltider samt undvikande av vissa livsmedel (Evans & Petchel, 2011).

I en fallbeskrivning beskrev Scemes et al., (2009) en 36-årig kvinnlig patient som utvecklade fobiska symptom till följd av en kvävningssincident. Patienten undvek viss typ av mat och började äta i mindre bitar, som hon i sin tur tuggade på i ökad omfattning innan hon svalde. Patienten genomgick beteendeterapi i form av exponeringstekniker. I behandlingen exponerades patienten för olika typer av mat och blev instruerad att andas långsammare innan hon skulle prova de olika mattyperna. Patienten skulle gradvis öka mängden mat per tugga och minska antalet tuggningar. Hon fick även detta som hemläxa för att implementera processen i sin vardag. Detta ledde till att undvikandebeteenden, ångest och sväljrädsla successivt försvann. Resultatet blev att patienten gick upp i vikt, slutade undvika mat och sociala tillställningar (Scemes et al., 2009).

För vissa patienter med funktionell dysfagi beskrivs en förbättring eller minskade symptom när de är distraherade (Anderson et al., 2026). Patienter kan beskriva en oförmåga att

svälja ner saliv, utan att samtidigt uppvisa några tecken på dregling. Vidare kan patienterna beskriva en oförmåga att äta en viss typ av mat på specifika dagar men inte andra. Dessa symptom kan öka i svårighetsgrad och bli mer framträdande i samband med att man pratar om det vid till exempel anamnesupptagning (Anderson et al., 2026).

Anderson et al., (2026) beskriver att en patient med funktionell dysfagi kan äta en måltid utan svårigheter under tiden som man har en konversation med patienten, men så fort man påpekar patientens framsteg, kan symptomen förvärras. Patienten har ofta säkra platser, personer eller livsmedel som minskar symptomen eller tar bort symptomen helt (Anderson et al., 2026).

Bedömning av funktionell dysfagi

Diagnostiseringen av funktionell dysfagi bygger således på exklusion av en somatisk orsak till problemen och på identifiering av kliniska mönster som talar för en funktionell orsak (Anderson et al., 2026). Enligt Anderson et al., (2026) bör utredning av funktionell dysfagi inledas med medicinsk bedömning i syfte att utesluta strukturella förändringar, malignitet, inflammatoriska tillstånd eller motoriska störningar i esofagus. Anderson et al., (2026) nämner att det är viktigt att utesluta problem i det orofaryngeala området, vilket görs med hjälp av till exempel fiberendoskopisk undersökning av sväljning och med sväljröntgen. Vidare ska gastroskopi, esofagusmanometri eller andra fysiologiska undersökningar göras innan det går att ställa diagnos. Förekomst av så kallade alarmsymtom, som ofrivillig viktnedgång, progressiv försämring eller smärta vid sväljning, kräver skyndsamma åtgärder. Vid funktionell dysfagi framkommer dock ofta normala eller ospecifika fynd som inte förklarar den upplevda svårighetsgraden (Anderson et al., 2026).

En fördjupad anamnes är avgörande och bör omfatta symtomdebut, varaktighet, konsistensspecifika svårigheter, tidigare negativa måltidsupplevelser samt psykosocial

belastning. Det är vanligt att symptomen debuterar i samband med stress, ångest eller upplevd kvävningssituation. Undvikandebeteende, till exempel att undvika fasta konsistenser eller att äta i sociala sammanhang, är ofta framträdande och kan leda till sekundära konsekvenser som viktnedgång och social isolering (Anderson et al., 2026).

Miles et al., (2026) utgår från ett biopsykosocialt perspektiv när de beskriver bedömningsfaktorer som innefattar kroppsliga, beteendemässiga och psykologiska faktorer. Psykologiska aspekter som ångest och katastroftankar bör inkluderas i bedömningen. För att utesluta strukturell dysfagi, kan medicinska undersökningar kompletteras vid behov. Miles et al., (2026) nämner att indikationer på funktionell problematik baseras på positiva kliniska fynd, snarare än att endast fokusera på att utesluta andra tillstånd.

Enligt Anderson et al., (2026) bör en del av den kliniska undersökningen innehålla bedömning av oralmotorik och kranialnervsfunktion för att identifiera tecken på neurogen påverkan. Den kliniska sväljbedömningen bör innefatta observation av sväljning vid olika konsistenser samt bedömning av sväljningsförloppets effektivitet och säkerhet. Parametrar som hosta, förändrad röst kvalitet, behov av upprepade sväljningar och tecken på ansträngning bör uppmärksammas (Anderson et al., 2026).

Dessa metoder ska enligt Anderson et al., (2026) bidra till att utesluta aspiration eller strukturella avvikelser och samtidigt ha en terapeutisk funktion. Detta genom att ge patienten visuell återkoppling på en fungerande sväljning (Anderson et al., 2026).

Behandling vid funktionell dysfagi

Behandlingen syftar till att minska symptomens påverkan på vardagen och återställa förtroendet för den egna sväljningsförmågan (Anderson et al., 2026). Psykologisk vägledning är en central komponent och innefattar information om normal sväljningsfysiologi samt hur stress

och ångest kan påverka muskelspänning och sensorisk perception. Genom att normalisera symptomen och förklara deras mekanismer, kan oro och katastroftolkningar reduceras (Anderson et al., 2026).

Logopediska interventioner kan inkludera gradvis exponering för tidigare utmanande konsistenser, träning i att återgå till ett mer automatiserat sväljmönster samt strategier för att minska överdriven kontroll av sväljningen. Avspänningsövningar och andningstekniker kan vara särskilt relevanta vid ökad muskelspänning i det orofaryngeala området (Anderson et al., 2026).

Vid samtidig ångestproblematik, tidigare traumatiska händelser eller fobiska inslag är samarbete med psykolog av stor betydelse. Kognitiv beteendeterapi kan bidra till att bryta undvikandemönster relaterade till sväljning. Ett samordnat multidisciplinärt omhändertagande minskar risken för motstridiga budskap och stärker patientens tilltro till behandlingen (Anderson et al., 2026). Sekundära beteenden har en central roll på symptomen för funktionell dysfagi. Undvikande av viss mat, överdriven kontroll av sväljning och ökad uppmärksamhet på kroppsliga upplevelser, är strategier som kan påverka den normala autonoma sväljfunktionen (Baker et al., 2021). Baker et al., (2021) menar att det är viktigt att rikta om uppmärksamheten från sväljningsprocessen och fokusera på att identifiera och minska sekundära beteenden. För att patienten ska få nya erfarenheter av att sväljningen fungerar, ska patienten exponeras för situationer utan användning av sekundära beteenden (Baker et al., 2021).

Vid behov kan instrumentella undersökningar som videofluoroskopisk sväljstudie eller fiberendoskopisk sväljbedömning genomföras. Detta för att objektivt visualisera sväljningsförloppet och använda det som feedback i behandlingssyfte (Anderson et al., 2026).

Syfte

Trots att funktionell dysfagi är ett välkänt tillstånd inom både logopedisk och gastroenterologisk verksamhet, saknas fortfarande enhetliga riktlinjer för hur patienter med funktionell dysfagi bör omhändertas. Internationell forskning betonar behovet av tvärprofessionellt samarbete och mer systematiska modeller för kliniskt omhändertagande (Miles et al., 2026; Anderson et al., 2026). Travers et al., (2024) visar dessutom att det finns variation i hur diagnosen hanteras och att kunskapsläget fortfarande är oklart.

I Sverige finns idag ingen samlad bild av hur logopeder arbetar med funktionell dysfagi. Denna studie syftar därför till att kartlägga hur svenska logopeder omhändertar patienter med funktionell dysfagi samt upplever sitt arbete med patientgruppen. Genom att undersöka erfarenheter, arbetsmetoder och eventuella utmaningar, kan studien fylla en viktig kunskapslucka.

Frågeställningar

Vilka bedömningsmetoder används av logopeder i Sverige vid funktionell dysfagi?

Vilka behandlingsmetoder används och hur tillämpas de i klinisk praxis?

Vilka upplevda hinder och möjligheter beskriver logopeder i arbetet med denna patientgrupp?

Metod

Design

Studien är en enkätbaserad tvärsnittsstudie, där vi samlade in data från legitimerade logopeder, verksamma inom området funktionell dysfagi. Denna design ansågs vara mest relevant, då studien genomfördes vid ett tillfälle och inte avsåg att studera förändringar över tid. Studiedesignen bedömdes lämplig för att kunna besvara våra frågeställningar, då den möjliggör en övergripande beskrivning av aktuell klinisk praxis.

Data analyserades med både kvantitativa och kvalitativa metoder. Den kvantitativa analysen var deskriptiv och resultaten presenterades i löpande text och figurer i form av diagram.

Kvalitativ data bestod av fritextsvar, som analyserades med en anpassad version inspirerad av tematisk analys.

Enkät

Enkäten bestod av både frågor med svarsalternativ och frågor med svar i fritext. Se bilaga 1. Svaren var anonyma och datan samlades in genom insamlingsverktyget Sunet survey (Artisan Global Media, u.å). Frågorna formulerades för att täcka metoder för bedömning och behandling, hinder och underlättande faktorer. Urvalet av frågor gjordes genom att utgå från studiens tre frågeställningar och diskussion med handledare, som gav förslag på tillägg och ändringar. Fokus låg på att undersöka hur logopeder resonerar kring diagnosen funktionell dysfagi och hur den hanteras i klinisk praxis. Frågorna reviderades och ett fåtal av dem togs bort eller formulerades om för att undvika överflödig information samt upprepningar.

Procedur

Enkätlänken distruberas ut till chefslogopeder i Sverige via en av handledarna. Enkäten distruberas även ut via sociala medier i form av en logopedgrupp på Facebook. Antalet i målgruppen som nåddes är okänt. Datainsamlingen pågick under två veckor.

Deltagare

Deltagarna bestod av legitimerade logopeder verksamma i Sverige och som arbetade med funktionell dysfagi. De arbetade inom olika verksamheter och hade olika lång arbetserfarenhet inom diagnosen.

Inklusionskriterier för deltagande krävde att man var legitimerad logoped och aktivt arbetade med patienter som har funktionell dysfagi. Exklusionskriterier för deltagande var att sakna nuvarande eller tidigare kliniskt arbete med patientgruppen funktionell dysfagi.

Analysprocessen

Deltagarnas fritextsvar granskades flera gånger gemensamt av båda författarna, för att öka tillförlitligheten och undvika egna tolkningar av svaren. Därefter identifierades de teman som var vanligast förekommande och även de teman som motsatte sig majoriteten av teman i datan. För att sammanställa resultaten och presentera olika teman, använde vi oss av citat från datan.

Deskriptiv dataanalys genomfördes och fritextsvaren analyserades genom en förenklad tematisk analys, inspirerad av Braun och Clarke (2022). Först lästes samtliga svar igenom flera gånger för att skapa en förståelse för materialet (steg 1). Därefter identifierades och kodades återkommande mönster i svaren (steg 2). Koder med liknande innehåll grupperades sedan i övergripande kategorier eller teman (steg 3). På grund av det begränsade materialets omfattning genomfördes inte den fullständiga tematiska analysen enligt Braun och Clarke (2022), och stegen för fördjupad temagranskning, temadefiniering och utveckling av ett fullständigt tematiskt ramverk genomfördes därför inte systematiskt.

Analysen användes främst för att identifiera återkommande mönster och belysa deltagarnas resonemang. Alla fritextsvar lästes igenom och kategoriserades i olika teman. Två exempel på hur analysen genomfördes är citaten: ”Min arbetsplats följer inga riktlinjer” och ”Jag önskar att vi hade en psykolog kopplad till vårt team. Upplever att behandlingen av patienter ofta blir mer effektiv när vi får till ett bra samarbete parallellt med psykolog”. Baserat på vad som var

mest framträdande i respektive citat, lades det första citatet in i temat ”brist på riktlinjer” och det andra citatet i temat ”ökad tillgång till psykolog”.

Etiska överväganden

Studien har granskats och godkänts av den etiska kommittén vid Avdelningen för logopedi, foniatri och audiologi, Institutionen för kliniska vetenskaper vid Lunds universitet.

Innan enkäten besvarades, informerades deltagarna om studiens syfte och vad det innebar att svara på enkäten. Detta gjordes via informationstexten i inledningen av enkäten. Det var frivilligt att svara och deltagarna kunde avbryta när som helst utan att ange anledning. Inga personuppgifter samlades in. Sammantaget bedömdes inte studien innebära några etiska risker för deltagarna.

Uppsatsskrivande

Vi skrev det svenska abstractet tillsammans, därefter översattes det till engelska tillsammans. Författandet av bakgrunden delades upp mellan författarna. Shuruk ansvarade för avsnitten om bedömning och behandling. Melissa ansvarade för avsnitten om normal sväljning, sväljningsfaser, dysfagi, funktionell dysfagi samt symptom och tecken. Syftet författades gemensamt. För att få en sammanhängande struktur i texten, granskades delarna gemensamt efterhand. Utifrån kommentarer från handledare, redigerades texten efterhand gemensamt av författarna. Enkäten utformades gemensamt, men designades av Melissa. Figurerna i resultatdelen skapades i Excel av Melissa och tolkades därefter gemensamt. Texten under resterande rubriker utformades gemensamt av författarna. Generativ AI användes som stöd i processen och vägledning till hur vi skulle få fram beskrivande statistik i programmet Excel. AI användes även för att förbättra ordval och öka tydligheten i uppsatsen, utan att det påverkade innehållet.

Resultat

Först presenteras information om deltagarna. Därefter presenteras bedömningsmetoder vid funktionell dysfagi och sedan behandlingsmetoder och klinisk tillämpning. Slutligen presenteras upplevda hinder och möjligheter/organisatoriska frågor.

Information om deltagarna

Totalt inkom 29 fullständiga svar som togs med i datan. Av deltagarna uppgav 14 att de arbetade mer än 50 % med dysfagi i sin nuvarande tjänst medan sex uppgav att de arbetade 26-50 % med dysfagi. Fyra uppgav att de arbetade 10-25 % med dysfagi och fem att de arbetade mindre än 10 % med patientgruppen.

Av de 29 deltagarna uppgav fyra att de hade arbetat som logoped i 1-2 år, tre i 3-5 år och tre i 6-10 år. Det var tio deltagare som hade arbetat som logoped i 11-20 år och nio deltagare i mer än 20 år.

Majoriteten av deltagarna, 14 personer, uppgav att de arbetade inom Region Stockholm medan sex svarade att de arbetade inom Region Västra Götaland, två inom Region Halland, två inom Region Jönköping och två inom Region Skåne. Endast ett svar vardera kom från Region Kalmar, Region Sörmland och Region Östergötland.

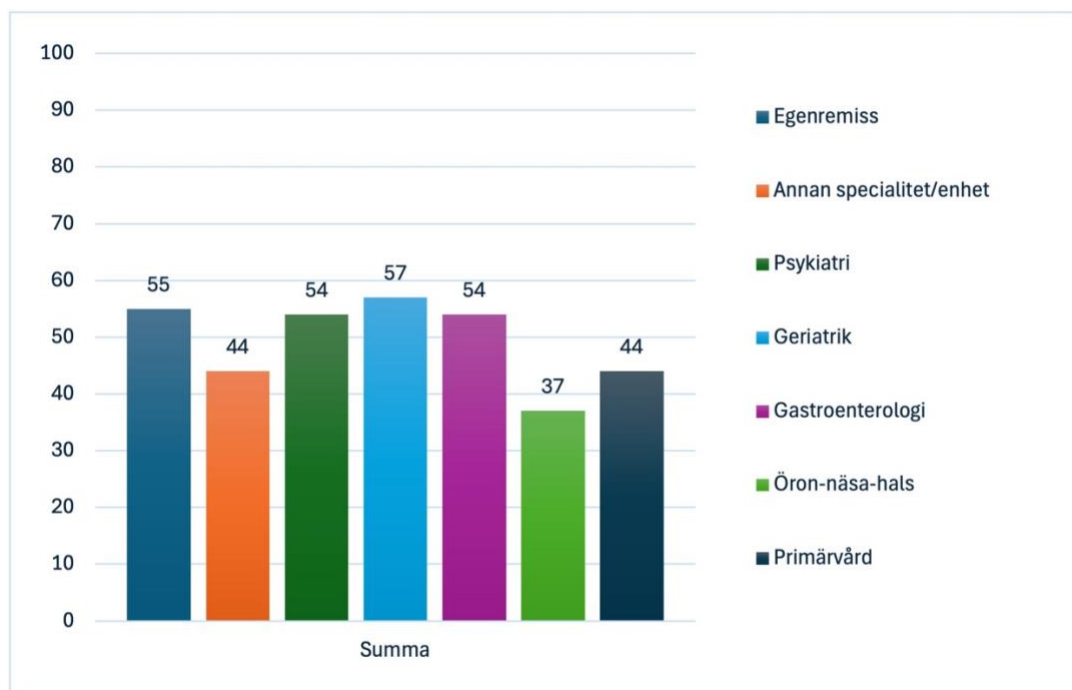
Tjugotvå deltagare uppgav att de arbetade på sjukhus/logopedmottagning, fem personer i primärvården, en person i habiliteringen och en person som privatpraktiserande logoped.

Bedömningsmetoder vid funktionell dysfagi

Nedan presenteras resultat från svaren som handlar om bedömning vid funktionell dysfagi.

Figur 1

Andel remisser från olika enheter och specialiteter enligt deltagarnas svar (n = 29)



Not. Flera svarsalternativ kunde anges.

Figur 1 visar att remisser kommer från flera olika verksamheter, somliga uppger att logopeden har huvudansvaret för diagnostiken, medan andra endast deltar i delar av utredningen. De viktigaste fynden visar att 57 % av deltagarna får remisser från geriatriken. Endast 37 % av deltagarna får remisser från Öron-näsa-hals. Deltagarna fick chansen att fylla i fritextsvar om de fyllt i "annan specialitet/enhet". I dessa fritextsvar svarade fyra deltagare att deras remisser kommer från neurologimottagning. Resterande fritextsvar var blandade varav en deltagare uppgav att remisser från samtliga inremitterande förekommer, men att remisser från primärvården var vanligast. En logoped skrev att det mest vanliga är att andra logopeder remitterar, medan en annan logoped uppgav att de flesta remisserna kommer från rehabteamet. I ett av svaren framkom det att de flesta remisserna kommer från dietister och i ett annat svar, från logoped som arbetade inom geriatriken, kom det fram att de flesta remisserna är internremisser

från läkarna på avdelningarna. Remisser från barnmottagning/barnavdelning och foniatrik förekommer oftast enligt två logopeder.

På frågan avseende vilken roll logopeden har i utredningsförfarandet, uppgav 14 deltagare att logopeden genomför en begränsad del av dysfagiutredningen, men att den huvudsakligen utförs av andra professioner, medan elva svarade att logopeden har huvudansvaret för diagnostiken. Tre personer svarade att diagnosen redan är fastställd när patienten kommer till logopeden. En uppgav sig inte veta vilken logopedens roll i diagnostiken är.

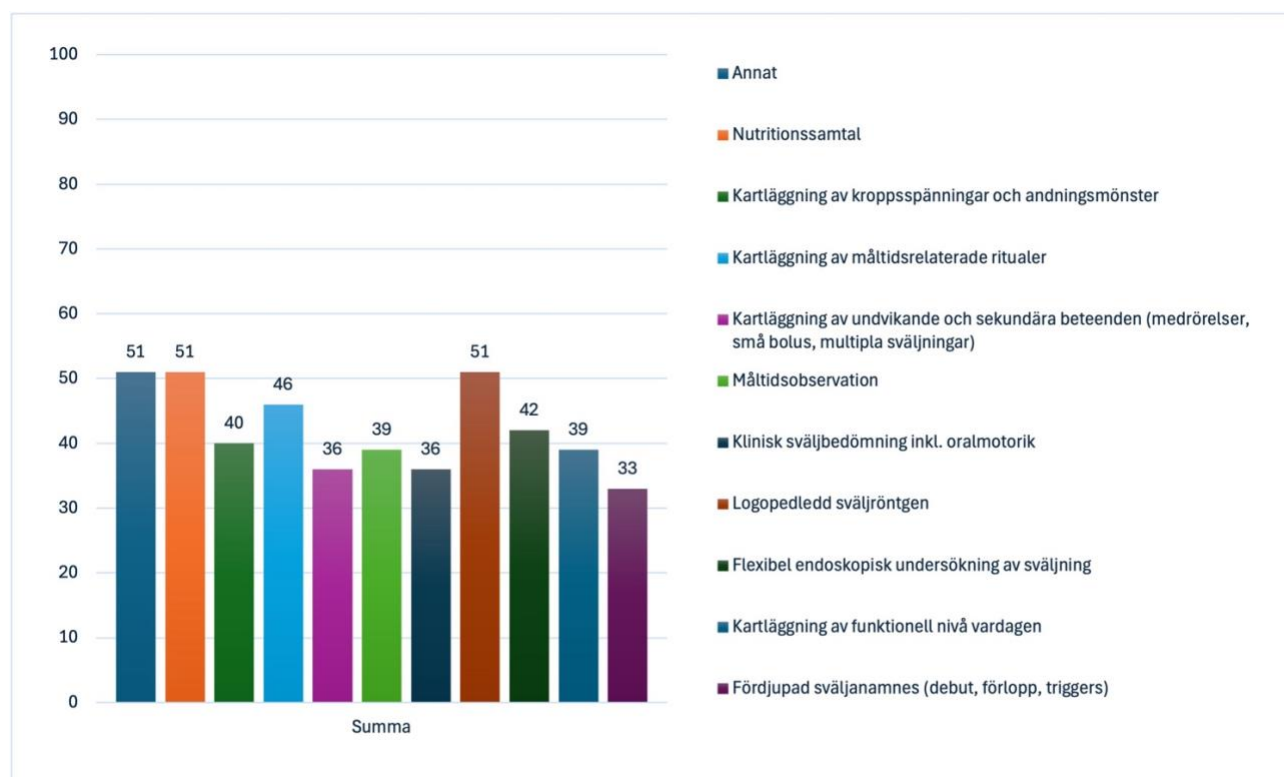
På frågan angående om det finns tydliga riktlinjer för hur en patient med misstänkt funktionell dysfagi ska utredas, uppgav 13 deltagare att det saknas riktlinjer, nio att det finns riktlinjer, men att de inte är spridda och att de tillämpas inkonsekvent. Fyra deltagare ansåg att det finns riktlinjer och ett tydligt utredningsflöde som följs. Tre personer svarade "vet ej".

På frågan avseende om patienten alltid är helt färdigutredd och friad somatiskt, vilket innebär att patienten har genomgått en fullständig medicinsk utredning och att man inte har funnit någon fysisk sjukdom som förklarar besvären innan logopeden träffar patienten, angav 14 personer att det varierar kraftigt och att det inte finns något konsekvent utredningsflöde. Tio svarade att de sällan träffar patienter under tiden de genomgår somatisk utredning. Fem personer svarade att patienten alltid är färdigutredd, då somatisk utredning för dem är ett krav för att få komma till logoped.

Frågan gällande hur logopederna hanterar en situation där det upptäcks att somatiska orsaker inte alltid är tillräckligt utredda svarade fyra deltagare att de skickar remissen i retur, fem uppgav att de fortsätter med sina planerade insatser och två att de känner sig osäkra på hur de ska hantera situationen. Sjutton svarade "annat" utan att ange någon förklaring. En valde att inte svara på frågan.

Figur 2

Andel (%) deltagare som använder olika metoder för bedömning (n = 29)

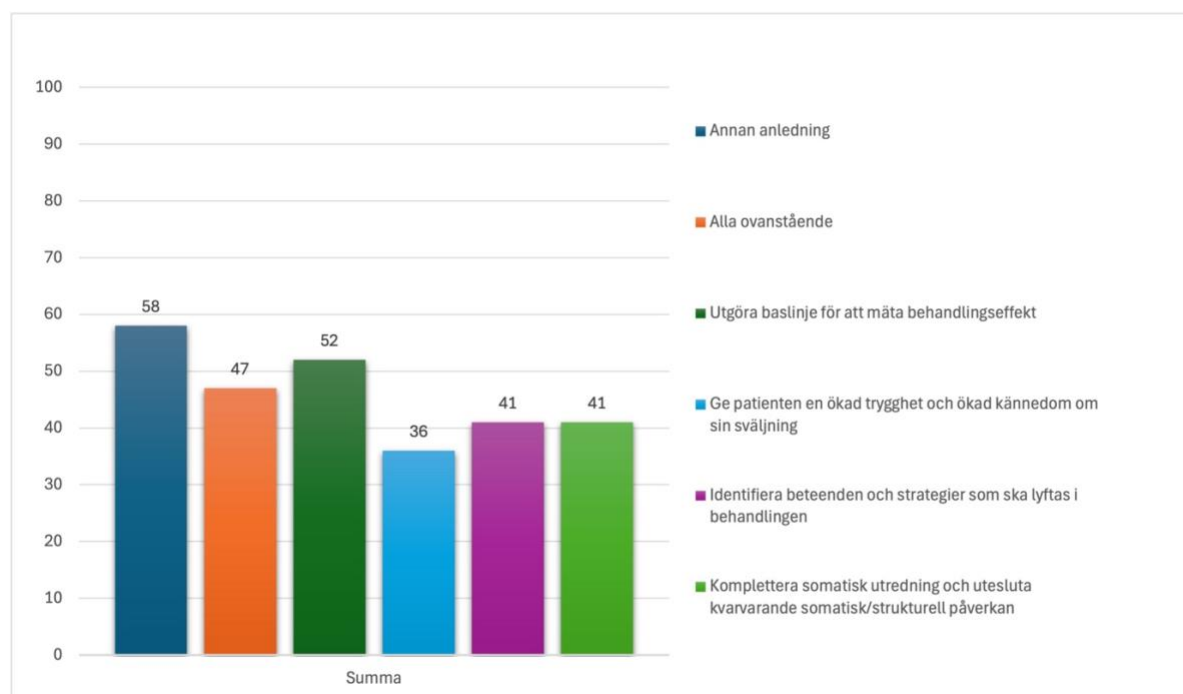


Not. Flera svarsalternativ kunde anges.

Figur 2 visar vilka metoder som deltagarna använder när de gör sin bedömning. De viktigaste fynden i figur 2 visar att 51 % av deltagarna använder sig av nutritionssamtal och logopedledd sväljröntgen som bedömningsmetod. Endast 33 % av deltagarna använder fördjupad anamnes som bedömning. 51 % svarade "annat". Av dessa deltagare valde sex att skriva in egna fritextsvar. Det framgick av fritextsvaren att sväljröntgen endast genomförs vid behov. En deltagare nämnde att "FUS genomförs alltid om patienten kan medverka". Medan en annan skrev att "FUS görs som komplement till andra undersökningsmetoder". En uppgav att "Klinisk bedömning avgör hur utredningen fortskrider". En annan deltagare skrev "Jag använder metoder som kartläggning av sväljrädsla, patientens upplevelse och teorier om bakomliggande orsaker".

Figur 3

Andel (%) deltagare som använder sväljbedömningen i olika syften (n = 29)



Not. Flera svarsalternativ kunde anges.

Figur 3 visar vad deltagarna använder sväljbedömningen till. De viktigaste fynden visar att 52 % använder sväljbedömningen till att utgöra baslinje för att mäta behandlingseffekt. Endast 36 % av deltagarna använder sväljbedömningen för att ge patienten en ökad trygghet och en ökad kännedom om sin sväljning. 58 % svarade “annan anledning” men ingen valde att fylla i anledningen i fritext.

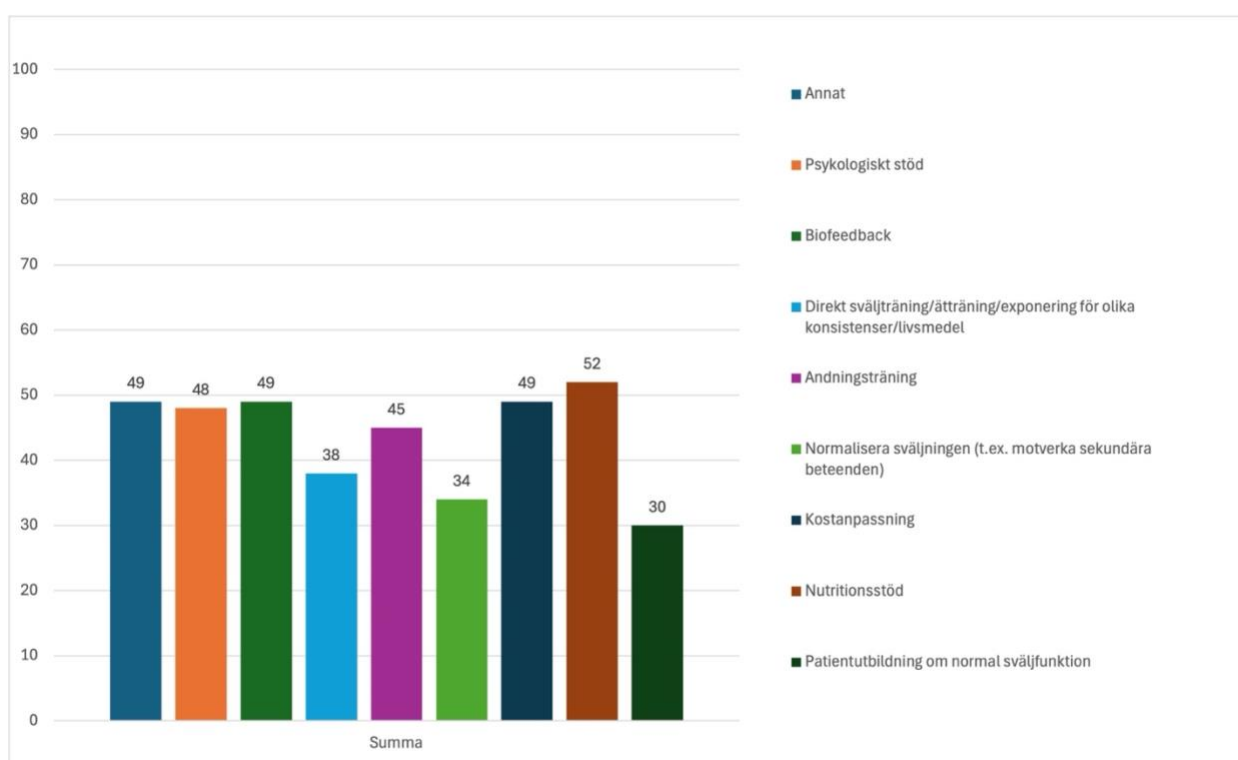
Behandlingsmetoder och klinisk tillämpning

Nedan presenteras resultat från frågor som ingår i temat behandlingsmetoder vid funktionell dysfagi. Tjugosju av tjugonio deltagare uppgav att de alltid gör en egen logopedspecifik bedömning av patientens sväljning innan de påbörjar intervention. Endast två svarade att de inte gör någon egen bedömning.

På frågan avseende om det finns tillgång till psykolog inom respektive verksamhet i samband med logopedisk bedömning av funktionell dysfagi svarade 22 personer, alltså majoriteten, att det inte finns tillgång till psykolog. Fem deltagare svarade att de har god tillgång till psykolog som deltar i behandlingen, en svarade att endast begränsad tillgång till psykolog finns medan en svarade ”vet ej”. Ingen valde att skriva något under fritext.

Figur 4

Andel (%) deltagare som använder olika behandlingsinsatser (n = 29)



Not. Flera svaralternativ kunde anges.

Figur 4 visar vilka behandlingsinsatser deltagarna använder. De viktigaste fynden visar att 52 % av deltagarna använder nutritionsstöd som behandling. Endast 30 % använder sig av patientutbildning om normal sväljfunktion. 49 % svarade ”annat”. Av dessa valde nio personer att skriva in fritextsvar. Majoriteten skrev att de oftast inte gör behandlingen själva utan remitterar vidare till dietist och psykolog. Det nämndes även att logopederna remitterar vidare till

vårdcentral för att kunna få hjälp med förskrivning av läkemedel som är lättare att svälja för patienten.

Vikten av att ge information om sväljrädsla togs upp av deltagarna. Vissa uppgav att de remitterar till neurolog om patienten har en bredare problematik i samband med funktionell dysfagi, där det förekommer neurologiska symptom. Övningar från kognitiv beteendeterapi togs upp, som motiverande samtal och mindfulnessbaserad stresshantering. I vissa svar framgick även att FUS används för biofeedback vid behandling i pedagogiskt syfte.

Upplevda hinder och möjligheter/organisatoriska frågor

Nedan presenteras svar som inkommit gällande upplevda hinder och möjligheter i arbetet med diagnosen funktionell dysfagi.

På frågan angående om logopederna upplever några särskilda svårigheter i behandlingen av funktionell dysfagi, svarade 22 deltagare att dysfagibehandlingen ges trots brister i till exempel somatisk utredning och diagnostik. De brister som nämndes var samsjuklighet och psykiatriska faktorer med till exempel annan psykisk ohälsa och neuropsykiatriska funktionsnedsättningar. Behov av teamarbete och samverkan med till exempel dietist och psykolog nämndes, liksom otydliga riktlinjer och struktur, som till exempel att riktlinjer saknas inom verksamheten eller att kunskapen om tillståndet brister i tidigare led i vårdkedjan.

Vidare nämndes behandlingsrelaterade svårigheter. Dessa omfattade låg motivation, eller begränsad förståelse hos patienten, vilket kunde försvåra behandlingen. Deltagarna beskrev även att patienter ibland uteblir från behandling, vilket kan leda till att det tar längre tid att uppnå resultat. Dessutom lyftes oklarheter kring behandlingens längd och avslut, vilket kan göra det svårt att avgöra när en patient bör remitteras vidare eller när kontakten bör avslutas. Deltagarna tog även upp den stora variationen i patientgruppens problematik, till exempel skillnaderna

mellan barn och vuxnas behandlingsbehov, variation i symptombild och komplexitet, tidigare vårdkontakt och bemötande i primärvården. Sju personer upplevde inte att det fanns några särskilda svårigheter i behandlingen.

Tio personer svarade ”varken eller” på frågan om hur trygga de känner sig när de som logopeder möter patienter med funktionell dysfagi. Nio svarade att de känner sig ganska trygga, sju att de känner sig mycket trygga och tre ganska otrygga. Ingen svarade att de känner sig mycket otrygga.

Flera behandlingsrelaterade utmaningar framkom i fritextsvaren. Deltagarna beskrev bland annat låg motivation eller begränsad förståelse hos patienten samt att uteblivanden från behandling kunde fördröja behandlingsresultaten. Behandlingens längd och avslut lyftes som problematiska områden, då det ibland var svårt att avgöra när en patient bör fortsätta behandlas eller när behandlingskontakten bör avslutas.

Samverkan och teamarbete identifierades också som utvecklingsområden. Deltagarna beskrev behov av ökad kontakt mellan professioner och svårigheter att etablera fungerande samarbete med psykologer. Dessa svårigheter handlade bland annat om begränsad tillgång till psykologisk kompetens samt att psykologer ibland nekar remisser eller hänvisar patienter tillbaka.

Den somatiska utredningen och diagnostiken beskrevs som utmanande. Exempelvis lyftes oklarheter kring ansvarsfördelningen mellan logoped och Öron-näsa-hals, samtidigt som flera deltagare ansåg att sväljröntgen och andra medicinska undersökningar genomförs alltför sällan. Deltagarna tog även upp att patientgruppens komplexitet och variation tyder på att svårigheterna sällan enbart beror på funktionell dysfagi, utan även annan problematik. I svaren framkom att kompetens, erfarenhet och spridning av kunskap nationellt hade behövts. Deltagarna nämnde att

ökad kunskap om svårigheterna också skulle kunna leda till bättre resurser och organisatoriska förutsättningar för behandling, till exempel mer tid avsatt för behandling inom vården.

Slutligen framgick att förutsättningar för likvärdig behandling och ansvarsfördelning saknas då det finns skillnader i hur olika diagnoser hanteras. Deltagarna betonade bland annat vikten av att förklara diagnosen på ett sätt så att patienten inte känner sig anklagad.

Diskussion

Trots att funktionell dysfagi är välkänt inom både logopedisk och gastroenterologisk verksamhet, saknas fortfarande enhetliga riktlinjer för hur tillståndet bör bedömas och behandlas. Internationell forskning betonar behovet av tvärprofessionellt samarbete och mer systematiska modeller för kliniskt omhändertagande (Miles et al., 2026; Anderson et al., 2026). Travers et al. (2024) visar dessutom att det finns variation i hur diagnosen hanteras och att kunskapsläget fortfarande är oklart.

Resultaten av denna studie visar att det finns stora skillnader i hur deltagarna beskriver att de genomför bedömning och behandling av funktionell dysfagi. Logopederna beskriver olika omfattning av arbetet med patientgruppen, både avseende tidsåtgång och ansvarsfördelning, likaså tillvägagångssätten vid bedömning samt remissvägar mellan verksamheterna.

Resultatdiskussion

De otydliga remissvägarna som resultaten visar kan tyda på organisatoriska gränsdragningar i vårdkedjan, vilket överensstämmer med tidigare forskning som beskriver hur otydlighet kring roller och ansvar kan försvåra interprofessionell samverkan (Reeves et al., 2017). Av deltagarnas svar framgår även att de tar emot remisser från olika enheter, vilket kan spegla det multidisciplinära samarbetet vid funktionell dysfagi, som Anderson et al., (2026) beskriver i sin studie.

En möjlig tolkning av detta är att svårigheter med funktionell dysfagi uppmärksammas av flera vårdgivare och därmed får patienterna tillgång till olika vårdinsatser. Samtidigt kan resultaten även tolkas som att ansvarsfördelningen mellan professioner är otydlig, vilket kan skapa utmaningar i vårdkedjan (Reeves et al., 2017). En stor del av deltagarna angav att det saknas riktlinjer för hur en patient med funktionell dysfagi ska utredas och att logopeden gör en begränsad del av utredningen, men att den huvudsakliga utredningen görs av andra professioner. Eftersom det saknas riktlinjer kring diagnosen och fastställandet av diagnosen, samt vem som har huvudansvaret kan det i sin tur leda till att patienter inte får en likvärdig undersökning (Reeves et al., 2017).

Miles et al., (2026) nämner att det saknas standardiserade bedömningsmodeller för diagnosgruppen och de håller just nu på att skapa ett ramverk, vilket tyder på att området fortfarande är under utveckling. Miles et al., (2026) menar att logopeder bör beakta varje del i ramverket gällande bedömning och behandling för att bidra till en heltäckande och individanpassad vård. Ett exempel är patienter med rädsla eller fobi relaterad till sväljning. Symtomen kan exempelvis innebära en rädsla för att sätta i halsen, kräkas eller kvävas, särskilt i offentliga miljöer. Behandlingen kan innefatta psykoutbildning, vilket innebär att patienten får information om hur tankar, känslor och kroppsliga reaktioner samverkar vid rädsla och ångest. Behandlingen kan även omfatta undervisning om sväljningens normala anatomi och fysiologi för att öka förståelsen och minska oron kring sväljfunktionen (Miles et al., 2026).

Anderson et al., (2026) nämner vikten av ett multidisciplinärt arbete men att detta inte alltid finns i praktiken. Ett multidisciplinärt omhändertagande är nödvändigt för att uppnå Socialstyrelsens målbild om en biopsykosocial modell där patients situation ses utifrån samverkan mellan psykologiska, biologiska och sociala faktorer (Socialstyrelsen, 2023).

Resultaten i vår studie indikerar att det inte finns gemensamma rutiner i Sverige för huruvida patienterna är färdigutredda somatiskt innan logoped träffar dem. Detta visar på att det finns olika uppfattningar om vad som krävs för att ta emot patienter och fortsätta utredningen från ett logopediskt perspektiv. Detta kan även tolkas som att verksamheterna har sina egna förhållningssätt kring utredning och bedömning av diagnosen. Majoriteten har svarat ”annat” på frågan om hur man hanterar en situation där man upptäcker att somatiska orsaker inte är tillräckligt utredda, utan att kommentera vilken åtgärd som vidtas. Detta kan tolkas som att logopederna inte alltid gör samma sak, men att det inte framgår hur logopederna anpassar sitt omhändertagande utifrån patientens och situationens behov. Detta skulle kunna förklaras av att frågan har tolkats på olika sätt eller att svarsalternativen inte upplevts som tillräckligt täckande, vilket i linje med tidigare forskning kan påverka hur respondenter svarar i enkätstudier (Lezner, 2012).

Majoriteten av deltagarna, 27 av 29, angav att de alltid gör en egen logopedspecifik bedömning av patientens sväljning innan intervention påbörjas. Detta indikerar en hög grad av konsensus i arbetssättet inom materialet. Att två deltagare svarade annorlunda visar dock att det finns viss variation i klinisk praxis. Denna variation kan eventuellt spegla skillnader i organisatoriska förutsättningar eller individuella arbetssätt, men utifrån föreliggande material går det inte att dra säkra slutsatser om bakomliggande orsaker.

Resultatet visar sammantaget att det finns en tydlig majoritet som arbetar enligt en liknande rutin, men att det samtidigt förekommer avvikelser som kan tyda på variation i hur utredningsprocessen organiseras eller förstås i olika verksamheter. Vi kan se att det finns en variation i vilken typ av bedömningsmetod som används av deltagarna. Avsaknaden av riktlinjer för diagnosen kan resultera i att logopeder anpassar val av bedömningsmetod efter patientens

behov, vilket framkommer i resultaten. Mer än hälften nämner att sväljröntgen endast genomförs vid behov, samtidigt som mer än hälften har fyllt i att de använder sig av logopedledd sväljröntgen som bedömningsmetod. Detta kan tyda på att samma logopeder använder sväljröntgen på olika sätt beroende på klinisk situation. Denna variation i tillvägagångssätt kan enligt tidigare forskning förstås som ett tillstånd där avsaknad av riktlinjer resulterar i varierande kliniska arbetssätt (Miles et al., 2026). Travers et al., (2024) nämner att kunskapsläget gällande funktionell dysfagi fortfarande är oklart och fragmenterat och att det kan förklara varför kliniker arbetar olika.

Resultaten visar att deltagarna använder olika behandlingsstrategier och att arbetssättet varierar mellan verksamheter. Flera deltagare uppgav att de remitterar patienter vidare till andra professioner, såsom psykolog och dietist, medan andra beskrev att de själva genomför delar av behandlingen inom ramen för den logopediska insatsen.

I svaren framkom även att logopeder i vissa fall utför behandlingsinsatser kopplade till psykologiska strategier, såsom motiverande samtal och mindfulnessbaserade metoder. Detta kan indikera att den logopediska rollen i vissa verksamheter omfattar en bredare behandlingsfunktion beroende på tillgång till andra professioner (Baker et al., 2021)

Vidare framkom att upplevda svårigheter i behandlingen bland annat relaterar till bristande patientmotivation, uteblivna besök samt varierande grad av förståelse för behandlingen. Deltagarna beskrev även att kunskaps- och erfarenhetsnivå samt att organisatoriska förutsättningar kan påverka hur behandlingen genomförs.

Sammantaget tyder resultaten på att behandlingsarbetet vid funktionell dysfagi varierar mellan verksamheter, både avseende samverkan med andra professioner och vilka insatser som genomförs inom den logopediska behandlingen.

Metoddiskussion

Eftersom studien baserades på ett begränsat antal fritextsvar genomfördes inte en fullständig tematisk analys enligt Braun och Clarke (2022). Analysen användes i stället för att identifiera övergripande mönster i materialet. Detta kan ha påverkat analysens djup och medfört att mer nyanserade teman inte identifierades. Samtidigt bedömdes tillvägagångssättet vara lämpligt utifrån materialets omfattning och studiens explorativa syfte.

Studien baseras på ett begränsat urval av deltagande logopeder, vilket innebär att resultaten endast kan tolkas som indikationer från denna grupp. Eftersom det inte finns exakta uppgifter om hur många logopeder som arbetar med funktionell dysfagi i Sverige är det inte möjligt att bedöma hur representativt urvalet är. Forskning visar att generaliserbarhet ofta begränsas av snedvridna eller icke-representativa urval, där resultat riskerar att felaktigt tolkas som universellt giltiga trots att de bygger på specifika populationer (Henrich et al., 2010).

Vidare kan en begränsning vara att vissa enkätfrågor kan ha tolkats olika av deltagarna, vilket kan påverka svarens jämförbarhet. Enligt tidigare forskning kan det leda till ökad kognitiv belastning och mätfel. Detta kan i sin tur påverka jämförbarheten mellan svaren till exempel när respondenter inte uppfattar frågorna på samma sätt (Lezner, 2012). Forskning visar att bristande begriplighet i enkätfrågor kan leda till variation i hur respondenter tolkar och besvarar frågor samt deras motivation att svara på enkäten, vilket påverkar datakvaliteten (Lenzner, 2012). En fördel med enkätmetod är möjligheten att samla in data från geografiskt spridda deltagare på ett effektivt och anonymt sätt. Anonymitet i webbaserade enkäter kan bidra till att minska vissa typer av svarsbias. Samtidigt visar tidigare forskning att socialt önskvärda svar, det vill säga svar där deltagare tenderar att svara på ett sätt som uppfattas som mer socialt acceptabelt snarare än helt sanningsenligt, inte nödvändigtvis förekommer i lägre grad i webbaserade enkäter jämfört

med pappersbaserade enkäter (Gnambs & Kaspar, 2017). Detta tyder på att enkätformatet i sig inte alltid påverkar graden av social önskvärdhet.

Förslag till fortsatt forskning

I resultaten framkommer stora skillnader i svenska logopeders omhändertagande av patienter med funktionell dysfagi. Framtida studier bör, på olika sätt, bidra till att öka likvärdigheten i omhändertagandet, till exempel genom att ta fram förslag till riktlinjer för logopedisk bedömning och behandling och utvärdera effekten av införandet av sådana riktlinjer. Denna typ av forskning pågår just nu internationellt men bör anpassas efter svenska logopeders förutsättningar och krav. Detta kan man göra genom att fråga erfarna logopeder inom området och med hjälp av deras åsikter och kliniska prövningar framställa vilka riktlinjer som är lämpliga för diagnosgruppen (Miles et al., 2026).

En experimentell jämförelse hade kunnat genomföras för att se hur bland annat tillgång till psykolog eller dietist påverkar utformning och effekt av behandling. Scemes et al., (2009) tar upp att beteendeterapi kan ge full återhämtning vid funktionell dysfagi, vilket i sin tur stödjer behovet av psykolog eller att logopedens behandlingskompetens utvidgas. Detta stämmer överens med det som tagits upp i vår studie där majoriteten anser att psykolog behövs i teamet.

En viktig del är att ta med patientperspektivet och undersöka hur patienterna upplever sin diagnos och relaterad vård. Patientperspektivet hade kunnat undersökas genom en kompletterande enkät. Validerade självskattningsinstrument för dysfagi, såsom EAT-10 som är en symptomspecifik självadministrerad enkät för resultatmått vid dysfagi eller SWAL-QOL som mäter patientens egna livskvalité kopplad till sina sväljsvårigheter, hade kunnat användas för att belysa patienternas upplevelser av sina sväljsvårigheter (Belafsky et al., 2008; McHorney et al., 2002).

Studiens kliniska betydelse

Resultaten utgör ett första steg mot att skapa en överblick över rådande logopedisk praxis. I förlängningen kan resultaten vara till nytta för framtagandet av riktlinjer för omhändertagande av patientgruppen i Sverige.

Slutsats

Studien visar att det finns stora variationer i hur funktionell dysfagi bedöms och behandlas inom svensk logopedisk verksamhet. Resultaten tyder på att det saknas gemensamma riktlinjer för utredning, bedömning och behandling av patientgruppen, vilket kan bidra till skillnader i omhändertagandet mellan verksamheter. Deltagarna beskriver även utmaningar relaterade till kunskaps- och erfarenhetsbrist samt patienters motivation och förståelse för diagnosen och behandlingen. Resultaten belyser behovet av ökad samsyn kring handläggning av funktionell dysfagi, utveckling av kliniska riktlinjer samt fortsatt forskning inom området. Studien pekar även på värdet av ett multiprofessionellt samarbete, där psykologisk kompetens kan utgöra ett viktigt komplement i omhändertagandet av patientgruppen.

Referenser

Anderson, J., Blonski, W., Gaziano, J., Thélin, C., Klam, R., Slone, S., ... & Jacobs, J. (2026). Multidisciplinary assessment and management of functional dysphagia. *Gastro Hep Advances*, 5(1), 100762. <https://doi.org/10.1016/j.gastha.2025.100762>

Artisan Global Media. (u.å.). *Artologik Survey&Report* [Programvara].
<https://www.artologik.com/se/survey-report>

Baijens, L. W. J., Koetsenruijter, K., & Pilz, W. (2013). Diagnosis and treatment of phagophobia: A review. *Dysphagia*, 28(2), 260–270. <https://doi.org/10.1007/s00455-013-9454-0>

- Baker, J., Barnett, C., Cavalli, L., Dietrich, M., Dixon, L., Duffy, J. R., et al. (2021). Management of functional communication, swallowing, cough and related disorders: Consensus recommendations for speech and language therapy. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 92(10), 1112–1125. <https://doi.org/10.1136/jnnp-2021-326767>
- Barofsky, I., & Fontaine, K. (1998). Do psychogenic dysphagia patients have an eating disorder? *Dysphagia*, 13(1), 24–27. <https://doi.org/10.1007/PL00009545>
- 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, Rhinology & Laryngology*, 117(12), 919–924. <https://doi.org/10.1177/000348940811701210>
- Braun, V., & Clarke, V. (2022). *Thematic Analysis*. SAGE Publications Ltd.
- Clavé, P., & Shaker, R. (2015). Dysphagia: Current reality and scope of the problem. *Nature Reviews Gastroenterology & Hepatology*, 12(5), 259–270. <https://doi.org/10.1038/nrgastro.2015.49>
- Evans, I. M., & Pechtel, P. (2011). Phagophobia: Behavioral treatment of a complex case involving fear of fear. *Clinical Case Studies*, 10(1), 37–52. <https://doi.org/10.1177/1534650110391085>
- Gnambs, T., & Kaspar, K. (2017). Socially desirable responding in web-based questionnaires: A meta-analytic review of the candor hypothesis. *Assessment*, 24(6), 746–762. <https://doi.org/10.1177/1073191115624547>
- Henrich, J., Heine, S. J., & Norenzayan, A. (2010). Most people are not WEIRD. *Nature*, 466(7302), 29. <https://doi.org/10.1038/466029a>

Lenzner, T. (2012). Effects of survey question comprehensibility on response quality. *Field Methods*, 24(4), 409–428. <https://doi.org/10.1177/1525822X12448166>

Matsuo, K., & Palmer, J. B. (2023). Anatomy and physiology of feeding and swallowing: Normal and abnormal. *Clinics in Integrated Care*, 16, 100139. <https://doi.org/10.1016/j.intcar.2023.100139>

McHorney, C. A., Robbins, J., Lomax, K., Rosenbek, J. C., Chignell, K. A., Kramer, A. E., & Bricker, D. E. (2002). The SWAL-QOL and SWAL-CARE outcomes tool for oropharyngeal dysphagia in adults: III. Documentation of reliability and validity. *Dysphagia*, 17(2), 97–114. <https://doi.org/10.1007/s00455-001-0109-1>

Miles, A., Baker, J., Barker-Collo, S., & Leadley, S. (2026). Functional dysphagia: Developing a framework for assessment and treatment. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 28(2), 155–170. <https://doi.org/10.1080/17549507.2025.2473071>

Omari, T. I., Wiklendt, L., Dinning, P., Costa, M., Rommel, N., & Cock, C. (2015). Upper esophageal sphincter mechanical states analysis: A novel methodology to describe UES relaxation and opening. *Frontiers in Systems Neuroscience*, 8, 241. <https://doi.org/10.3389/fnsys.2014.00241>

Reeves, S., Pelone, F., Harrison, R., Goldman, J., & Zwarenstein, M. (2017). Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (6), CD000072. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000072.pub3>

Scemes, S., Wielenska, R. C., Savoia, M. G., & Bernik, M. (2009). Choking phobia: Full remission following behavior therapy. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 31(3), 257–260. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462009005000002>

Socialstyrelsen. (2023). *ICF – International Classification of Functioning, Disability and Health: Svensk version*. Hämtad 15 april 2026 från <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/klassifikationer-och-koder/icf/>

Travers, P. M., Zheng, T., DeVault, K. R., & Pang, M. (2024). A narrative review of functional dysphagia—What we know so far. *Annals of Esophagus*, 7, 27. <https://doi.org/10.21037/aoe-24-40>

Verdonschot, R. J., Baijens, L. W., Vanbelle, S., et al. (2019). Medically unexplained oropharyngeal dysphagia at the university hospital ENT outpatient clinic for dysphagia: A cross-sectional cohort study. *Dysphagia*, 34(1), 43–51. <https://doi.org/10.1007/s00455-018-9912-9>

Zifan, A., Lin, J., Peng, Z., Bo, Y., & Mittal, R. K. (2023). Unraveling functional dysphagia: A game-changing automated machine-learning diagnostic approach. *Applied Sciences*, 13(18), 10116. <https://doi.org/10.3390/app131810116>

Bilagor

Bilaga 1. Enkätfrågor

1. I vilken utsträckning arbetar du med dysfagi i din nuvarande tjänst?

- ☐ Ingen alls
- ☐ Mindre än 10%
- ☐ 10 - 25%
- ☐ 26 - 50%
- ☐ Mer än 50%

2. Vilken region arbetar du inom?

- ☐ Region Blekinge
- ☐ Region Dalarna
- ☐ Region Gotland
- ☐ Region Gävleborg
- ☐ Region Halland
- ☐ Region Jämtland Härjedalen
- ☐ Region Jönköpings län
- ☐ Region Kalmar län
- ☐ Region Kronoberg
- ☐ Region Norrbotten
- ☐ Region Skåne
- ☐ Region Stockholm
- ☐ Region Sörmland
- ☐ Region Uppsala
- ☐ Region Värmland
- ☐ Region Västerbotten
- ☐ Region Västernorrland
- ☐ Region Västmanland
- ☐ Region Västra Götaland
- ☐ Region Örebro län
- ☐ Region Östergötland

3. Hur många år har du arbetat som logoped?

- ☐ 1 – 2 år
- ☐ 3 – 5 år
- ☐ 6 – 10 år
- ☐ 11 – 20 år
- ☐ > 20 år

4. I vilken typ av verksamhet arbetar du?

- ☐ Sjukhus/logopedmottagning
- ☐ Primärvård
- ☐ Habilitering
- ☐ Privat
- ☐ Annat

5. Arbetar du med patienter med psykogen/funktionell dysfagi?

Om nej, tack för din tid! Övriga frågor handlar om psykogen/funktionell dysfagi.

- ☐ Ja
- ☐ Nej

6. Ungefär hur många ärenden som har gällt psykogen/funktionell dysfagi har du haft under de senaste 12 månaderna?

- ☐ 0
- ☐ 1 – 2
- ☐ 3 – 5
- ☐ 6 – 10
- ☐ 11 – 20
- ☐ > 20

**7. Vilka enheter eller specialiteter remitterar oftast till dig?
(flera svarsalternativ är möjliga)**

- ☐ Primärvård
- ☐ Öron-näsa-hals
- ☐ Gastroenterologi
- ☐ Geriatrik
- ☐ Psykiatri
- ☐ Annan specialitet/enhet

- ☐ Egenremiss

8. Vilken roll har logopeden i fastställandet av diagnos?

- ☐ Logopeden har huvudansvar för diagnostiken
- ☐ Logopeden gör en begränsad del av utredningen, men den huvudsakliga utredningen görs av andra professioner.
- ☐ Diagnosen är redan fastställd när patienten kommer till logoped
- ☐ Vet ej

9. Finns det tydliga riktlinjer för hur en patient med misstänkt psykogen/funktionell dysfagi ska utredas?

- ☐ Ja, det finns riktlinjer och ett tydligt utredningsflöde som följs
- ☐ Det finns riktlinjer men de är inte spridda och de tillämpas inkonsekvent
- ☐ Nej, det saknas riktlinjer
- ☐ Vet ej

10. Är patienten alltid helt färdigutredd och friad somatiskt innan du träffar dem?

- ☐ Ja alltid, somatisk utredning är ett krav för att få komma till logoped
- ☐ Sällan, vi träffar patienter under tiden de utreds somatiskt
- ☐ Varierar kraftigt, inget konsekvent flöde

11. Hur hanterar du en situation där du upptäcker att somatiska orsaker inte är tillräckligt utredda?

- ☐ Skickar remissen i retur
- ☐ Jag fortsätter med mina planerade insatser
- ☐ Jag känner mig osäker på hur jag ska hantera det
- ☐ Annat

12. Gör du alltid en egen logopedspecifik bedömning av patientens sväljning innan du påbörjar intervention?

- ☐ Ja
- ☐ Nej

**13. Vilka metoder använder du när du gör din bedömning?
(flera svarsalternativ är möjliga)**

- ☐ Fördjupad sväljanamnes (debut, förlopp, triggers)
- ☐ Kartläggning av funktionell nivå i vardagen
- ☐ Flexibel endoskopisk undersökning av sväljning
- ☐ Logopedledd sväljröntgen
- ☐ Klinisk sväljbedömning inkl. oralmotorik
- ☐ Måltidsobservation
- ☐ Kartläggning av undvikande och sekundära beteenden (medrörelser, små bolus, multipla sväljningar)
- ☐ Kartläggning av måltidsrelaterade ritualer
- ☐ Kartläggning av kroppsspänningar och andningsmönster
- ☐ Nutritionssamtal
- ☐ Annat

**14. Vad använder du sväljbedömningen till?
(flera svarsalternativ är möjliga)**

- ☐ Komplettera somatisk utredning och utesluta kvarvarande somatisk/strukturell påverkan
- ☐ Identifiera beteenden och strategier som ska lyftas i behandlingen
- ☐ Ge patienten en ökad trygghet och ökad kännedom om sin sväljning
- ☐ Utgöra baslinje för att mäta behandlingseffekt
- ☐ Alla ovanstående
- ☐ Annan anledning

15. Finns det tillgång till psykolog inom din verksamhet i samband med logopedisk behandling av psykogen/funktionell dysfagi?

- ☐ God tillgång till psykolog som deltar i behandlingen av psykogen dysfagi
- ☐ Endast begränsad tillgång till psykolog som deltar i behandling
- ☐ Nej
- ☐ Vet ej

16. Vilka behandlingsinsatser använder du för patienter med psykogen/funktionell dysfagi?
(flera svarsalternativ är möjliga)

- ☐ Patientutbildning om normal sväljfunktion
- ☐ Nutritionsstöd
- ☐ Kostanpassning
- ☐ Normalisera sväljningen (t.ex. motverka sekundära beteenden)
- ☐ Andningsträning
- ☐ Direkt sväljträning/ätträning/exponering för olika konsistenser/livsmedel
- ☐ Biofeedback
- ☐ Psykologiskt stöd
- ☐ Annat

17. Upplever du några särskilda svårigheter i behandlingen av psykogen/funktionell dysfagi?

Om ja, vad för svårigheter?

- ☐ Ja

- ☐ Nej

18. Hur trygg känner du dig när du som logoped möter patienter med psykogen/funktionell dysfagi ?

- ☐ Mycket otrygg
- ☐ Ganska otrygg
- ☐ Varken eller
- ☐ Ganska trygg
- ☐ Mycket trygg

19. Vad upplever du saknas/kan förbättras i din organisations omhändertagande av den här gruppen? Finns det något du vill lyfta fram som du inte fått möjlighet att berätta om i enkäten?

Bilaga 2. Informationsblad till deltagare

Hej,

Vi är två logopedstudenter från Lunds universitet som i vår magisteruppsats undersöker svenska logopeders omhändertagande vid psykogen/funktionell dysfagi.

Syftet med studien är att kartlägga logopedens roll i utredning och behandling, tillgång till tvärprofessionellt samarbete och vilka faktorer som underlättar eller försvårar behandlingen och utredningen. Studien syftar till att öka kunskapen om omhändertagande av denna patientgrupp i Sverige.

Du får denna inbjudan eftersom du är verksam logoped i Sverige och din erfarenhet är värdefull för att ge en nationell bild av klinisk praxis inom området.

Enkäten tar cirka 10–15 minuter att besvara. Deltagandet är frivilligt och du kan när som helst avbryta utan att ange anledning. Svaren är helt anonyma och om du väljer att avbryta används inte din data i studien.

Genom att besvara enkäten samtycker du till att dina svar används i studien.

Om du har frågor om studien är du varmt välkommen att kontakta:

Melissa Turkanovic
Logopedstudent, Lunds universitet
E-post: me0035tu-s@student.lu.se
Telefon: 076 314 33 45

Shuruk Jawad
Logopedstudent, Lunds universitet
E-post: shurukjawad@gmail.com
Telefon: 070 432 31 36

Handledare:
Olof Sandgren
Docent, Lunds universitet
E-post: olof.sandgren@med.lu.se

Handledare:
Per Martell
Doktorand, Lunds universitet
E-post: per.martell@med.lu.se