

Sammanfattning

**Dysfagiscreening på Bågen och
Hovslund**

Pärnilla Söderqvist, logoped
Madelene Johansson, dietist

Bakgrund

Dysfagi är vanligt förekommande på särskilda boenden för äldre. Prevalensen varierar mellan 40-87 % i olika nationella studier. Med stigande ålder sker vissa naturliga förändringar i kroppen som kan påverka sväljningen, men det är främst vid samtidig sjukdom och medicinering som sväljsvårigheter uppstår. Dysfagi kan vara svårt att uppmärksamma på grund av att symptom inte alltid är tydliga, så kallad ”tyst aspiration”. Det är dessutom ovanligt inom den kommunala hälso- och sjukvården att man screenar för dysfagi. Tillståndet är bland annat därför ofta både underdiagnostiserat och underbehandlat, vilket kan leda till allvarliga och livshotande konsekvenser. Vid identifierad problematik kan logopeden göra bedömning av sväljförmågan och ge individuella råd.

Syfte

Att ta fram en metod för dysfagiscreening anpassad för den kommunala hälso- och sjukvården samt testa metod och tillvägagångssätt på särskilt boende för äldre.

Mål

- Att införa ett arbetssätt som innebär att omsorgstagare med dysfagi identifieras i större utsträckning än tidigare och därmed ges möjlighet till adekvat behandling.
- Att identifierade omsorgstagare med behov får sin sväljförmåga bedömd av logoped samt rätt konsistens på mat och dryck ordinerad.

Metod

Logoped i Region Kronoberg har utifrån ett redan befintligt screeninginstrument¹ tagit fram en anpassad metod för dysfagiscreening inom äldreomsorgen. Beskrivning av tillvägagångssätt och rutin togs därefter gemensamt fram av logoped och dietist.

Dysfagiscreeningen är indelad i två steg. Steg 1 innebär att sjuksköterska gör ett vattensväljningstest som tar cirka fem minuter att genomföra. Steg 2 är en måltidsobservation, vilket innebär att baspersonal sitter med vid en huvudmåltid för att identifiera eventuella ätsvårigheter genom att besvara ett frågeformulär.

Om omsorgstagaren inte klarar steg 1 felfritt, det vill säga om problem identifieras vid sväljning av vanligt eller kolsyrat vatten, kontaktas logoped enligt framtagna rutiner. Om steg 1 går felfritt kan ändå logoped kontaktas efter genomförd måltidsobservation, steg 2. Detta om sjuksköterska bedömer att behov finns utifrån ifyllt formulär från måltidsobservationen.

I de fall dysfagin är orsakad av stroke kan hembesök med individuell bedömning och rådgivning erbjudas av logoped. Vid sväljsvårigheter som inte är orsakade av stroke har

¹ Standardized Swallowing Assessment (SSA), professor Lin Perry, Australien

telefonkonsultation erbjudits under pilotprojektet. Detta är dock ett undantag från befintlig resurs/rutin.

Framtagen screeningmetod och tillvägagångssätt testades på två särskilda boenden, Bågen och Hovslund. På respektive boende fick baspersonalen information om projektet och hur måltidsobservationen ska genomföras. Berörda sjuksköterskor fick mer fördjupad information och utbildning i vattensväljningstestet. Målsättningen var att varje enhet skulle genomföra tio kompletta screeningar.

Efter avslutat projekt utvärderade medverkande sjuksköterskor på respektive enhet projektet tillsammans med dietist och logoped. Framkomna synpunkter och förslag på förändringar har legat till grund för att förbättra och utveckla metod och formulär.

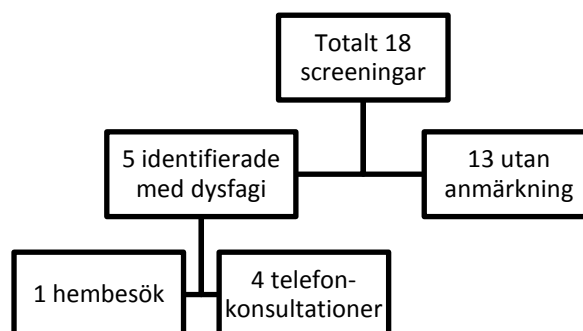
Resultat

Bågen:

På Bågen genomfördes totalt 18 screeningar på plan 1 och 2, se figur 1. Antal boende på dessa plan är totalt 27 styck. Sjuksköterskorna valde själva ut omsorgstagarna. De som valdes bort, totalt nio styck, var de som åt och drack utan bekymmer och hade god nutritionsstatus, samt de som sjuksköterskorna trodde inte skulle vilja medverka.

Av 18 utförda screeningar identifierades fem med dysfagi. Av dessa hade en omsorgstagare tidigare förekomst av stroke och erbjöds därför hembesök av logoped. Hembesöket resulterade i att den specialkost omsorgstagaren ätit under en längre tid sattes ut. Kosten hade satts in på boendet p.g.a. luftvägsstopp, utan att någon bedömning av sväljförmåga gjorts på varken CLV eller boendet. Logopeden kunde efter bedömning ordinera finfördelad normalkost och personal fick muntliga och skriftliga råd. Då omsorgstagaren en längre tid uttryck önskemål om att äta normalkost, men personalen var osäker och vågade inte byta, innebar detta en förbättrad livskvalité. Fortsatt uppföljning av logoped är planerad.

Resterande fyra omsorgstagare med identifierad dysfagi har inte haft stroke och erbjöds därför telefonkonsultation av logoped, via sjuksköterska på boendet. Telefonkonsultationerna resulterade i att omsorgstagarna fick generella råd eftersom ingen individuell bedömning genomförts.



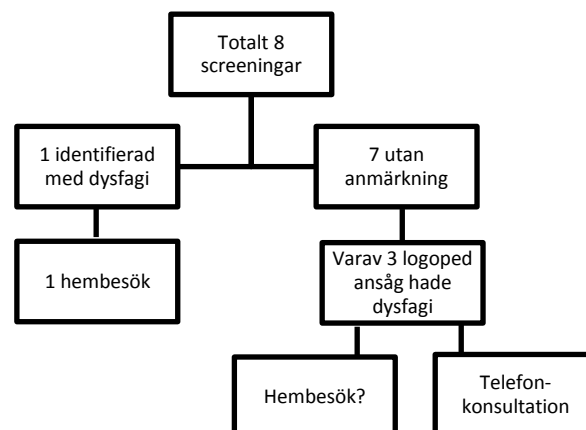
Figur 1. Utfall dysfagiscreening Bågen

Hovslund:

På Hovslund genomfördes totalt åtta screeningar på Bergövägen plan 1 och 2, se figur 2. Antal boende på dessa plan är totalt 39 styck. Sjuksköterskorna valde att screena de omsorgstagare de trodde hade risk för dysfagi och de där de var osäkra på om ätandet fungerade adekvat.

Av de åtta utförda screeningarna identifierade sjuksköterskorna en omsorgstagare med dysfagi. Denne har haft stroke och erbjöds hembesök med individuell bedömning och rådgivning av logoped. Det gavs individuella råd för att stimulera sväljningen och logopeden identifierade behovet av att anpassa konsistensen på dryck. Då omsorgstagaren önskade känna smak av livsmedel med olämplig konsistens relaterat till sväljförmågan, i detta fallet sill, ombads personalen beställa ett hjälpmedel ("silnapp") för att åstadkomma detta. För omsorgstagaren innebär denna möjlighet ökad livskvalité.

Av de resterande sju omsorgstagare som screenats ansågs ingen ha dysfagi. Efter att logopeden granskat dessa screeningblanketter har dock ytterligare tre omsorgstagare med dysfagi identifierats. Telefonkonsultationerna resulterade i att omsorgstagarna fick generella råd eftersom ingen individuell bedömning genomförts.



Figur 2. Utfall dysfagiscreening Hovslund

Av totalt 66 omsorgstagare på Bågen och Hovslund har 26 screenats. Av dessa har nio omsorgstagare (35 %) identifierats med dysfagi.

Sjuksköterskornas synpunkter

Genom att systematiskt screena för dysfagi identifieras även de som inte har uppenbara och tydliga besvär och som därför lätt kan missas. Regelbunden screening skulle även innebära en naturlig uppföljning av insatta specialkostor.

Det ansågs mer professionellt och patientsäkert att först göra en strukturerad bedömning av sväljförmågan för att sedan ha möjlighet att rådfråga och konsultera logoped, som därefter kan ordinera en lämplig konsistensanpassad kost.

Det finns ett behov för de omsorgstagare med dysfagi, men ingen tidigare förekomst av stroke, att också få möjlighet till individuell bedömning av logoped.

Vattensväljningstestet var enkelt och gick snabbt att utföra. En sjuksköterska upplevde att vissa undersköterskor, i samband med att man utförde måltidsobservationer, även blivit mer medvetna om andra viktiga delar i måltidssituationen t.ex. sittställning.

I och med projektet har sjuksköterskorna fått en närmre kontakt med logopeden och det har därmed blivit enklare att ta kontakt.

Våra synpunkter

Screeningen har inneburit att flera omsorgstagare med dysfagi har identifierats som annars antagligen hade missats. Eftersom sjuksköterskorna blev instruerade att göra ett medvetet urval av omsorgstagare finns troligtvis ett mörkertal. Detta kan förklara att prevalensen inte når upp till nationella nivåer. Det finns en brist i att enbart omsorgstagare med tidigare förekomst av stroke har möjlighet till att få individuell bedömning med hembesök av logoped. Resultatet av detta pilotprojekt visar att av de som identifierats med dysfagi har majoriteten ingen tidigare förekomst av stroke, men skulle ändå ha behov av individuell bedömning av logoped. Dessa har istället fått en bedömning över telefon via sjuksköterska, vilket inte är optimalt ur patientsäkerhetssynpunkt.

Vid eventuell fortsatt implementering bör man tänka på:

- Rutin för när screening ska genomföras. Ett förslag är att logopeden initierar en årlig ”screeningvecka” på varje boende som alternativ till att det är som löpande rutin som sjuksköterska ansvarar för.
- Alla bör screenas för att kringgå subjektiva bedömningar och urval.
- Implementering bör göras på något/några boenden i taget. Berörda sjuksköterskor och baspersonal bör få information och utbildning innan start.
- Vid implementering bör man se över nuvarande logopedresurs. I nuläget finns 50 % logopedresurs riktad mot primärvård och samtliga kommuner i länet, i syfte att säkerställa vårdkedjan för strokepatienter i behov av logopedkontakt, men som inte kan ta sig till kliniken.