Hög prevalens av dysfagi hos personer med demens

En screening av sväljsvårigheter på ett vård- och omsorgsboende

Isa Ljungdahl och Lina Persson

Examensarbete i logopedi – 30 hp
VT/HT 2016
Nr 131

Handledare:
Monica Blom Johansson, leg. Logoped
Anna Loskog, leg. Logoped
INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1. INLEDNING .............................................................................................................................................. 1

2. BAKGRUND .............................................................................................................................................. 2
   2.1. NORMAL SVÄLJNING ......................................................................................................................... 2
   2.2. DYSFAGI ........................................................................................................................................... 3
       2.2.1. Symptom vid olika typer av dysfagi ......................................................................................... 3
       2.2.2. Prevalens ..................................................................................................................................... 4
           2.2.2.1 Prevalens av dysfagi hos äldre ............................................................................................ 4
       2.2.3. Konsekvenser av dysfagi ........................................................................................................ 4
       2.2.4. Åtgärder vid dysfagi .................................................................................................................. 4
   2.3. METODER FÖR BEDÖMNING AV SVÄLJFÖRMÅGA ........................................................................... 5
       2.3.1. Screening ...................................................................................................................................... 5
       2.3.2. Klinisk bedömning ..................................................................................................................... 5
           2.3.2.1 Symptom som bör uppmärksammas vid klinisk bedömning ............................................. 5
       2.3.3. Instrumentell bedömning ........................................................................................................... 6
       2.3.4. Oral transporttid ......................................................................................................................... 6
   2.4. MUNHÄLSA ......................................................................................................................................... 6
   2.5. DEMENS ............................................................................................................................................... 7
       2.5.1. Prevalens ...................................................................................................................................... 7
       2.5.2. Demenstyper ............................................................................................................................. 8
           2.5.2.1 Primärdegenerativa demenssjukdomar .............................................................................. 8
           2.5.2.2 Vaskulära demenssjukdomar ........................................................................................... 9
           2.5.2.3 Andra demenssjukdomar .................................................................................................. 10
       2.5.3. Behov av stöd hos personer med demens .................................................................................. 10
           2.5.3.1 Vård- och omsorgsboende för personer med demens ......................................................... 10
   2.6. DYSFAGI VID DEMENS ..................................................................................................................... 10
       2.6.1. Prevalens ...................................................................................................................................... 10
       2.6.2. Dysfagi vid olika demenstyper .................................................................................................. 11
       2.6.3. Befintlig kunskap om dysfagi och demens ............................................................................. 11
   2.7. MOTIV FÖR STUDIE .......................................................................................................................... 12

3. SYFTE ....................................................................................................................................................... 12
   3.1. FRÅGESTÄLLNINGAR ......................................................................................................................... 12

4. METOD .................................................................................................................................................... 13
   4.1. URVAL ............................................................................................................................................... 13
   4.2. MATERIAL OCH UTRUSTNING ........................................................................................................... 13
   4.3. PROCEDUR ...................................................................................................................................... 14
       4.3.1. Undersökningar ....................................................................................................................... 15
SAMMANFATTNING


Nyckelord: demens, dysfagi, prevalens, logoped, vård- och omsorgsboende

ABSTRACT

Normally swallowing occurs completely without effort. Should the act of swallowing for some reason be impaired, it becomes difficult to eat and drink. Dysphagia is the medical term for eating and swallowing disorders. Dysphagia is common in people with dementia, but the prevalence is not yet fully evaluated. The most common cause of death in people with dementia is aspiration pneumonia, which can be caused by dysphagia. In Sweden investigation and treatment of dysphagia are performed by speech and language pathologists (SLPs) but few of them work with dementia care. This study aims to identify the prevalence of dysphagia in people with dementia, living in a nursing home. The screening methods SSA-S and LtL were used to test the swallowing of 38 participants between 68-96 years of age (M = 86 years). To examine the participants’ oral health the risk assessment tool ROAG was used. When tested with the water swallowing test SSA-S 71,1% of the participants showed signs of aspiration, 36,8% had an oral transit time over 5 seconds, measured with LtL and 92% of the participants had an affected oral health, showing one or more symptoms of severity grade 2 according to ROAG. When adding up the results from the two screening tests a total of 86,8% of the participants showed signs of some kind of swallowing difficulty. Correlation analysis did not show any statistically significant correlations between SSA-S, oral transit time, oral health, or age. The present study found that there is a great need for interventions from speech and language pathologists in people with dementia.

Keywords: dementia, dysphagia, prevalence, speech and language pathologist, nursing home
1. Inledning


I Sverige är logopeder den enda yrkesgruppen med kompetens att utreda och behandla dysfagi. Idag är logopeder underreprenterade inom kommunal demensvård i Sverige. Med kunskap om förekomst av dysfagi hos personer med demens kan behovet av logoped belysas.

I föreliggande studie undersöks prevalens, det vill säga förekomst, av dysfagi hos personer med demens på ett vård- och omsorgsboende.
2. Bakgrund

2.1. Normal sväljning

Den normala sväljningen är en fysiologisk process som transporterar mat, dryck och saliv från munnen till magsäcken, vilket normalt sker helt utan ansträngning (Dodds, Stewart, & Logemann, 1990b). Traditionellt delas sväljningen in i tre anatomiska faser: oral fas, faryngeal fas och esophageal fas. Indelningen görs för att enkelt kunna beskriva sväljsekvensen, vilken i praktiken är ett avancerat sammanhängande system där nerver och muskulatur i mun, svalg och matstrupe samverkar (Svensson, 2010).


Swäljning vid normalt åldrande. Det naturliga åldrandet inverkar på hur väl och effektivt sväljningen fungerar (Wirth m.fl., 2016). Minskad styrka i muskulatur orsakar reducerad larynxhöjning och bidrar till att öppningen av matstrupen minskar i diameter. Dessa förändringar kan i sin tur leda till att bolus hamnar i luftstrupen (Cichero & Murdoch, 2006; Wirth m.fl., 2016) och att man sätter i halsen oftare. Andra åldersförändringar är ökning av matrester i munhåla (Rademaker, Roa Pauloski, Colangelo, & Logemann, 1998), minskat

2.2. Dysfagi


Olika typer av felsväljning kallas för aspiration eller penetration. Aspiration sker när mat eller dryck passerar stämbanden och ner i lufttrupen. Penetration sker när mat och dryck inte passerar stämbandsnivån utan ligger kvar i larynx, eller hostas/harklas bort direkt efter att ha hamnat på stämbanden (Logemann, 1998).


2.2.1. Symptom vid olika typer av dysfagi

**Oral dysfagi** kan yttra sig som problem med läppslutning, problem att hålla kvar bolus i munhålan, oförmåga att initiera bearbetning av bolus, retentioner (rester av bolus) i munhåla samt begränsad styrka eller rörlighet i tungan (Logemann, 1998).

**Faryngeal dysfagi** kan yttra sig som försenad initiierung av sväljning, läckage upp i näsan, retentioner i farynx, minskad larynxhöjning, penetration eller aspiration av bolus till luftväggarna samt förlängd faryngeal transporttid (Logemann, 1998).

**Esofageal dysfagi** kan yttra sig som upphakningar, småra eller stopp i esofagus. Den kan även ge upphov till sura uppstötningar, halsbränna eller uppstötning av osmält föda (Svensson, 2010).

**Orofaryngeal dysfagi** är ett samlingsbegrepp för svårigheter i oral och/för faryngeal fas (Logemann, 1998).
2.2.2. Prevalens

Kartläggningen av prevalens försvåras då patienter som uppvisar dysfagisymptom inte alltid får dysfagidiagnos om de har en annan huvuddiagnos (exempelvis Parkinsons sjukdom). Dock noteras förekomst av dysfagi hos upp till två tredjedelar av patienter med akut stroke, nästan varannan patient med Parkinsons sjukdom och var tredje MS-patient. I en svensk studie med vuxna deltagare (20-79 år, n = 668) utan neurologisk sjukdom uppgav 5,8% att de under det senaste året haft mättliga till svåra sväljbesvär (Svensson, 2010). Forskning visar att prevalens av dysfagi ökar med ökad ålder (Logemann, 1998; Paranji, Paranji, Wright, & Chandra, 2016).

2.2.2.1 Prevalens av dysfagi hos äldre


Två studier som gjorts med screeningverktyget SSA-S (Standardized Swallowing Assessment - Svenska) på vård- och omsorgsboenden i Sverige har visat att 27% (Asker & Sörman, 2014) respektive 40% (Hellstedt & Sjölund, 2009) visade symptom på sväljsvårigheter. En studie av Sandin (2005) visade att 76,5%–87,5% av boende på äldreboenden uppvisade tecken på dysfagi vid screening med vattensväljningstest och måltidsobservation.

2.2.3. Konsekvenser av dysfagi


2.2.4. Åtgärder vid dysfagi

Behandling av dysfagi är ofta en kombination av både kompensatoriska och rehabiliterande åtgärder (i Sverige ordineras åtgärderna av logoped) (Svensson, 2010). Kompensatoriska åtgärder görs främst för att öka säkerheten då patienten sväljer. Rehabiliterande åtgärder görs för att upprätthålla eller stärka fysiologisk funktion (Wirth m.fl., 2016). Sväljmanövrar, huvud- och kropppositioneringar samt att göra konsistensanpassningar av mat och dryck är vanliga kompensatoriska åtgärder vid dysfagi. Sväljträningsövningar är exempel på rehabiliterande åtgärder. För vissa personer kan det behövas en alternativ nutritionsväg när sväljningen inte fungerar och då kan en sond sättas för att ge näring och vätska (Svensson, 2010). Studier har dock visat att insättning av perkutan endoskopisk gastrosomi (PEG, en sond direkt till magsäcken) hos personer med demenssjukdom inte förbättrar deras nutritionsstatus (Abu R m.fl., 2016).
2.3. Metoder för bedömning av sväljförmåga

2.3.1. Screening

2.3.2. Klinisk bedömning

2.3.2.1 Symptomer som bör uppmärksammas vid klinisk bedömning


Andning. Bristfällig koordination mellan andning och sväljning samt avvikande andningsmönster ökar risken för aspiration. En påverkad andning med stridor (pipande, väsande andningsljud) och ökad andningsfrekvens efter sväljning kan också vara tecken på dysfagi (Cichero & Murdoch, 2006).

Muntorrhet och saliv. Hos en person som munandas riskerar munhåla och svalg att torka ut, vilket i sig kan leda till att saliven känns trådig eller seg och göra det svårt att svälja. Svårigheter att hantera sin saliv och en oförmåga att svälja undan kan orsaka att saliv eller bolus spillar ut mellan läpparna eller spillar bakåt i svalget och orsakar felsväljning (Svensson, 2010).

Tänder, proteser och tandkött. Skadade tänder eller illasittande proteser kan påverka sväljningen negativt eftersom de försvarar bearbetning av bolus och kan orsaka smärta samt
leda till infektioner och svamp i munslemhinna, svalg och matstrupe (Andersson, 2006a; Svensson, 2010).

*Munslemhinna och tunga.* Färgförändringar, beläggningar, sår och blåsor på tunga och i munslemhinna är ofta smärtsamma och kan försvåra ätande. Dessa symptom kan också vara tecken på exempelvis muntorrhet, svampinfektion, nutritionsbrist och andra sjukdomar (Andersson, 2006a).

2.3.3. **Instrumentell bedömning**

En klinisk sväljundersökning ger ibland inte tillräcklig information om sväljningsfysiologin; därför utförs kompletterande instrumentella bedömningar vid behov. Instrumentella rutinundersökningar som används på de flesta sjukhus är fiberendoskopisk undersökning av sväljningen (FUS) och röntgen av sväljningsakten. FUS görs vanligen av en öronläkare eller logoped med ett kameraförsett instrument som förs in via näsan för att se svalg och övre luftvägar, för att göra en bedömning av sväljningen på den orofaryngeala nivån. För att kunna undersöka hela sväljförloppet genomförs sväljröntgen med exempelvis filmjölk och föda i olika konsistenser som blandas med kontrastvätska för att med hjälp av rörliga röntgenbilder kunna göra en bedömning av sväljningen (Logemann, 1998; Svensson, 2010). Vid instrumentell undersökning är det en förutsättning att personen klarar av att medverka vid respektive undersökningsmetod, till exempel tolerera slang i näsan och/eller sitta stilla tillräckligt länge (Svensson, 2010).

2.3.4. **Oral transporttid**


2.4. **Munhälsa**

*Munhålsans roll vid sväljning.* För en fungerande tugg- och sväljprocess krävs en frisk munhälsa (Holm-Pedersen, 2005). Dålig munhygien och orala infektioner är möjliga riskfaktorer för lunginflammation (Klinge, 2010; Langmore m.fl., 1998), då lunginflammation kan orsakas av aspiration av bakterier i saliv eller beläggningar (Cichero & Murdoch, 2006; Svensson, 2010; Sveriges Kommuner och Landsting, 2014). Personer på vårdhem med
nedsett allmäntillstånd, till följd av exempelvis stroke, demenssjukdom eller Parkinsons sjukdom, är särskilt utsatta (Andersson, 2006a; Klinge, 2010).


2.5. Demens


2.5.1. Prevalens

År 2010 uppskattades det finnas cirka 35,6 miljoner människor med demenssjukdom runt om i världen och antalet förväntas att nästan fördubblas var tjugonde år. Anledningen till ökningen är främst att personer lever längre (Prince m.fl., 2013) och att det internationellt sker en ökning av äldre personer (Marcusson, Blennow, Skoog, & Wallin, 2011). Ökad
medvetenhet och kunskap om demenssjukdomar gör också att fler personer utreds och får en diagnos i ett tidigare skede av sjukdomen (Hellström & Hydén, 2016). Antalet personer som har demenssjukdom i Sverige idag är inte helt kartlagt; i litteraturen varierar siffrorna mellan 110 000- 170 000 (Dehlin & Rundgren, 2014; Ekman m.fl., 2007; Hellström & Hydén, 2016), men det kan också finnas ett mörkertal eftersom inte alla personer med demenssjukdom söker vård (Socialstyrelsen, 2016).


2.5.2. Dementyper
Demenssjukdomar delas in i grupper utifrån orsak och förlopp. En av grupperna är primärdegenerativa sjukdomar och innefattar Alzheimers sjukdom, frontotemporal demens och Lewy-Body demens. En annan grupp är vaskulära demenssjukdomar, dit infarkter och vitsubstansskador räknas. Demens kan också orsakas av exempelvis virusinfektioner, vitaminbrist, hjärntumörer men även som konsekvens av Parkinsons sjukdom, Hunttings sjukdom eller andra neurologiska sjukdomar (Marcusson m.fl., 2011).

2.5.2.1 Primärdegenerativa demenssjukdomar
Primärdegenerativa demenssjukdomar kännetecknas av att nedbrytningsprocesserna primärt angriper det centrala nervsystemet (Marcusson m.fl., 2011). Processerna leder till att både nervceller och förbindelser mellan dessa försvinner och dör (Hellström & Hydén, 2016).

Alzheimers sjukdom. Den vanligaste demenssjukdomen i Sverige är Alzheimers sjukdom (Dehlin & Rundgren, 2014). Alzheimers sjukdom utgör ca 60 % av fallen av demenssjukdomar i västvärlden (Marcusson m.fl., 2011). Risken att drabbas ökar kraftigt vid ökad ålder och drabbar huvudsakligen personer över 65 år (Ekman m.fl., 2007; Marcusson m.fl., 2011). Vid Alzheimers sjukdom dör nervceller och hjärnans volym minskar globalt. Hippocampus är ett specifikt område i tinningloben med många minnesfunktioner, som ofta och tidigt drabbas av denna celldöd. Celldöden sprider sig även till resten av tinningloberna, samt till hjässloborna och pannloberna (Ekman m.fl., 2007).


Studier har visat att alzheimersjuka hjärnor har en ökad nivå av beta-amyloid, en restprodukt av det normalt förekommande proteinet APP. Restprodukten forslas inte bort som den gör i friska hjärnor utan bildar efter en tid små korn som kallas plack (Ekman m.fl., 2007). Placket inlagras i hjärnvävnaden och hjärnans blodkärlsväggar och leder till neurofibribildning, inflammatoriska processer och slutligen neurondöd (Armanius Björlin m.fl., 2002).
**Frontotemporal demenssjukdom.** Tillstånd där degeneration av hjärnvävnad främst sker i prefrontal- och temporallobsbarken (främre delar av hjärnan och tinningloberna) kallas frontotemporal demensssjukdom, eller frontallobsdemens och utgör ungefär 5 till 10 % av alla demensfall. Tillsammans med Alzheimers sjukdom är det den vanligaste orsaken till demens hos personer under 65 år (Marcusson m.fl., 2011). Vid frontallobsdemens syns beteendestörningar som primärt symptom (Ekman m.fl., 2007) medan minnesstörningar ofta uppkommer i ett senare skede (Nordenram & Nordström, 2000).

Kliniska kärnsymptom är smygande debut med en förändring av personlighet och beteende. Individens beteende kan uppvisa aggressivitet, rastlöshet, omotiverad skämtsamhet, distanslöshet och hypersexualitet. Frontallobsdemens ger också affektiva symptom och personerna visar ofta känslomässig avtrubbning och bristande empati. Utvecklingen av symptom är förhållandevis långsamt och påverkas också av genetiska faktorer, då det hos ungefär hälften av patienterna finns en nära anhörig med demens av liknande typ (Armanius Björlin m.fl., 2002).

**Lewy-Body demens.** Lewy-body demens utmärker sig genom att utvecklas relativt snabbt och med fluktuationer i sjukdomsförloppet (Armanius Björlin m.fl., 2002; Dehlin & Rundgren, 2014). Förutom kognitiva nedsättningar förekommer också variationer i uppmärksamhetsförmåga (Marcusson m.fl., 2011). Det är vanligt med synhallucinationer och att den drabbade börjar yttra stereotypa fraser i form av ekolali, då personen upprepar fraser en annan person sagt och palilali, då personen upprepar fraser den själv sagt (Armanius Björlin m.fl., 2002). Påverkan på språket medför att personerna med tiden helt slutar prata (Ekman m.fl., 2007). Olika typer av demenssjukdomar anses idag vara en av de vanligaste orsakerna till demens (Marcusson m.fl., 2011).
2.5.2.3 Andra demenssjukdomar
Demens kan också uppkomma vid flertalet andra diagnoser men ses då inte som det främsta symptomet. Exempelvis kan demens orsakas av virusinfektioner, bakterieinfektioner, vitaminbristställstand, hjärntumörer, sköldkörtelsjukdomar, metabola störningar eller toxisk påverkan (exempelvis alkohol eller läkemedel). Demens uppkommer också vid Huntingtons sjukdom och Parkinsons sjukdom. För cirka 5 % av ställda demensdiagnoser anses demensen orsakas av andra sjukdomar eller tillstånd (Marcusson m.fl., 2011).

2.5.3. Behov av stöd hos personer med demens
Personer med demenssjukdom är utsatta och sårbara till följd av de kognitiva och kommunikativa svårigheterna. Till följd av dessa svårigheter kan personer med demenssjukdom vara i behov av en företrädare som antingen stöttar personen i beslut eller tar beslut åt personen. Detta kan vara en formell företrädare i form av god man eller förvaltare men kan också vara en anhörig (Hellström & Hydén, 2016).

2.5.3.1 Vård- och omsorgsboende för personer med demens


2.6. Dysfagi vid demens

2.6.1. Prevalens
I internationella studier varierar prevalensen av dysfagi hos personer med demens mellan 13-57 % (Alagiakrishnan m.fl., 2013). Enligt Rösler m.fl. (2015) påverkar boluskonsistensen
andelen uppvisade tecken på aspiration. Vid vattensväljning uppvisade 35,6 % av deltagarna tecken på aspiration jämfört med 15,1 % vid fast konsistens och 6,3 % vid purékonsistens.

**Oral transporttid.** I Sandins studie (2005) ingick en liten grupp av personer med demenssjukdom (n = 15). Av dessa befann sig fler personer i gruppen med en genomsnittlig oral transporttid under 5 sekunder (utan ökad risk för viktnedgång) än i gruppen över 5 sekunder.

### 2.6.2. Dysfagi vid olika demenstyper


**Dysfagi och Lewy-body demens.** I en jämförande studie mellan personer med Lewy-body demens och Alzheimers sjukdom fick personerna med Lewy-body demens signifikant högre poäng på frågeformuläret som användes, vilket indikerar större sväljsvårigheter (Alagiakrishnan m.fl., 2013).

**Dysfagi och frontotemporal demens.** Personer med frontotemporal demens får dysfagi i ett senare skede jämfört med personer med Alzheimers sjukdom och uppvisar främst förändringar i åtbeteende (Alagiakrishnan m.fl., 2013; Kiliç m.fl., 2015).

**Dysfagi och vaskulära demenssjukdomar.** Personer med vaskulär demenssjukdom har större problem med att bearbeta och tugga bolus, jämfört med personer med Alzheimers sjukdom. Bland personerna med vaskulär demenssjukdom finns även en större andel tysta aspiratörer (Suh, Kim, & Na, 2009).

### 2.6.3. Befintlig kunskap om dysfagi och demens


I en utvärdering av vård och omsorg för personer med demenssjukdom som gjordes 2014 utifrån de nationella riktlinjerna, framkom att landstingen kan förbättra vården genom att tillgodose patienternas behov av insatser från logoped, arbeterapeut, fysioterapeut, psykolog och kurator (Socialstyrelsen, 2014a). I de uppdaterade riktlinjerna 2016, som i skrivande stund är en remissversion, näms dock inte logopeder alls (Socialstyrelsen, 2016).

I riktlinjerna från 2016 hävdas beslutet till **Måltiden och ätandet bland personer med demens** (Sidenvall, 2007) för fördjupning angående åtsvårigheter som kan uppkomma vid
demenssjukdom. Informationen i sammanställningen av Sidenvall är bristfällig kring dysfagi och det är främst åtgärder kring åtsvårsförhållanden och måltids situati om som tas upp och ges förslag kring. I sammanställningen beskrivs att sväljsvårigheter bör utredas men det framgår inte tydligt hur eller av vem en sådan utredning skall göras. Konsistensanpassningar av kosten finns med som förslag på åtgärd, men utan information om att det krävs en bedömning av sväljfunktionen innan sådana anpassningar görs.

**Logopeder i kommunal demensvård.** År 2015 rapporterade Sveriges kommuner och landsting att 230 logopeder jobbade inom kommunal verksamhet, varav de flesta var verksamma inom skolan. Det saknas dock statistik på hur många som jobbar inom äldreomsorgen (Svenska Logopedförbundet, 2016). Baserat på de luckor som finns i nationella riktlinjer för demensvård (Socialstyrelsen, 2014b) och tidigare beskriven prevalens av dysfagi, finns ett behov av logopeder inom det här området, som inte tillgodoses.

### 2.7. Motiv för studie


### 3. Syfte

Den här studien syftar till att kartlägga prevalens av dysfagi med screening på ett vård- och omsorgsboende för personer med demenssjukdom. Studien ämnar även undersöka om screeningresultat på SSA-S korrelerar med oral transporttid, oral status och ålder.

#### 3.1. Frågeställningar

1. Hur många deltagare uppvisar tecken på sväljsvårigheter vid screening med SSA-S?

2. Hur många deltagare har en förlängd oral transporttid?

3. Hur många deltagare uppvisar symptom på nedsatt munhälsa?

4. Finns det ett samband mellan resultat på SSA-S och oral transporttid, symptom på nedsatt munhälsa respektive ökad ålder?

5. Hur många deltagare har behov av logopedbedömning?
4. Metod

4.1. Urval


Inklusionskriterier var att personen bodde på demensavdelning på det utvalda boendet och bedömdes av författarna och personal kunna delta i undersökningen.

Exklusionskriterier var att personen bodde på demensavdelning med profil: frontotemporal demenssjukdom eller Huntingtons sjukdom. Författarna bedömde att undersökningarna skulle vara för svåra att genomföra på grund av sjukdomstillstånden, som bland annat innebär svårigheter att frångå rutiner och möta nya personer.


4.2. Material och utrustning

De bedömningsmaterial som användes var:


Anpassning av LtL. Eftersom det inte fanns något färdigt protokoll utformade författarna ett eget protokoll för undersökningen (se bilaga 1).


Anpassning av SSA-S. Till skillnad från originalmetoden avbröts inte undersökningen vid förekomst av problem, eftersom föreliggande studies syfte inte var att remittera vidare utan att identifiera sväljsvårigheter. Ett nytt protokoll utformades innehållande andning, oralmotorisk förmåga och röstkvalitet samt vattensväljningstestet (se bilaga 2). Givorna med 5 ml vatten serverades i plastmugg eller på dessertsked.


Anpassning av ROAG. I föreliggande studie användes ROAG för att undersöka munhålan och säkerställa innan sväljbedömning att där inte finns matrester, slem eller annat som vore olämpligt att aspirera vid händelse av felsväljning. Den ursprungliga delen i ROAG om sväljförmåga uteslöts då de övriga undersökningarna användes för att bedöma sväljningen. Författarna utformade ett anpassat protokoll att använda vid undersökningarna (se bilaga 3).


4.3. Procedur


Godkännande från boendes anhöriga och gode män inhämtades via brev och e-post (se bilaga 5 och 6). Information om undersökningarna sattes dessutom upp på informationstavlor på boendet innan undersökningarna genomfördes (se bilaga 7).

Deltagare informerades muntligen i samband med undersökningen (se bilaga 9) och tillfrågades om de ville medverka eller inte. Informationen till deltagarna bestod av hur testerna skulle gå till, vad de förväntades göra, samt att deltagandet var frivilligt och att de kunde avbryta sin medverkan när som helst.

Insamling av diagnosuppgifter. Efter att undersökningarna avslutats samlades information om demensdiagnoser och övriga neurologiska diagnoser in från journal av sjuksköterska på
boendet. Godkännande av tillgång till informationen inhämtades från enhetschefer via e-post då informationen enbart redovisas på gruppnivå.

**Praktiskt tillvägagångssätt.** Undersökningarna genomfördes under 4,5 arbetsdagar när det passade deltagare och personal bäst. Varje undersökning tog mellan 10 och 30 minuter.

Båda författarna deltog vid samtliga undersökningar. Den ena författaren genomförde undersökningen samtidigt som den andra fyllde i protokollet (se bilagor 1,2 och 3). Författarna bytte roller inför varje undersökning. Detta frångicks vid enstaka tillfällen när det till exempel blev mer naturligt att författaren som först hälsade eller fick kontakt med deltagaren fortsatte leda undersökningen. Undersökningarna genomfördes på deltagarens rum, förutom vid tre tillfällen då deltagaren undersökte avskilt i gemensamma lokaler. Personal tillfrågades inför varje undersökning om deltagaren bedömdes kunna svara ja eller nej adekvat samt ha förmåga att själv uttrycka om hen ville avbryta. För deltagare som bedömdes ha svårt att uttrycka sig fanns personal med för hjälp att förmedla deras vilja.

4.3.1. **Undersökningar**

För samtliga deltagare utom två genomfördes undersökningarna i följande ordning: ROAG, LtL, SSA-S. Undantaget var de två första undersökningarna vilka genomfördes i ordningen ROAG, SSA, LtL. Författarna bedömde att det blev mer bekvämt för deltagarna att avsluta med vattensväljningstestet SSA-S och ändrade därför ordningen i de resterande undersökningarna.


**LtL.** Den ena författaren matade deltagaren med skeden medan den andra författaren palperade halsen för att känna larynxlyft. Författaren som palperade larynx tog också tid med tidtagaruret och skrev ner tiden i LtL- protokollet (bilaga 1). Proceduren upprepades minst fem gånger. Vid mätning av LtL var eventuella tandproteser isatta.

**Avvikelse i genomförandet av LtL.** En deltagare fick själv ta skeden till munnen för att det underlätta genomförandet. Vid de tillfällen då larynxhöjning var svårbedömt eller då deltagaren pratade innan sväljning gavs ytterligare skedar för att få rättvisande mätningar. Till två deltagare som inte tyckte om filmjölk gavs istället päroncräm. En undersökning avbröts då deltagaren visade tecken på oro och uttryckte en vilja att gå till gemensamma lokaler. Författarna bedömde att oron berodde på tidsåtgången och valde att göra om LtL några dagar
senare. Vid det senare tillfället visade deltagaren inga tecken på oro eller obehag och hela LtL genomfördes.


Avvikelser i SSA-S. Resultat på SSA-S diskuterades och fastställdes gemensamt av författarna i slutet av undersökningstiden. Om deltagaren inte kunde föra glaset eller skeden till munnen hjälpde någon av författarna till. Vid två tillfällen genomfördes SSA-S med saft istället för vatten. Fyra undersökningar avbröts, tre av dessa undersökningar upprepades för att få ett rättvisande resultat. Två undersökningar avbröts då deltagarna svarade ”nej” på frågan om hen ville fortsätta dricka vattnet (1 dl) men hela SSA-S kunde genomföras vid ett senare tillfälle utan avbrut. En annan deltagare som också svarade ”nej” på frågan om den ville fortsätta dricka vattnet (1 dl) avslutade själv testningen med att sluta dricka även vid det andra tillfället. Vid den fjärde avbrutna undersökningsvisade deltagaren tydligt att undersökningen var mycket krävande och uppvisade symptomer på felsväljning. Deltagaren nickade som svar på frågan om denne ville avsluta. Denna undersökning bedömdes inte behöva kompletteras på grund av deltagarens svårigheter. Undersökningen räknades som utslag på screening. Av hygieniska skäl använde författarna plasthandskar och hand- och ytdesinfektion vid samtliga undersökningar. Vid behov användes bildstöd med foton på muninspektion samt genomförande av LtL (se bilaga 8).

4.4. Analys


Resultat på SSA-S angavs i ”Ja” eller ”Nej” med innebörden om problem identifierats hos deltagaren eller inte. Detta kodades om till 1 för ”Ja” och 0 för ”Nej”. ”Ja” angavs även om deltagaren av olika skäl inte kunde eller ville dricka upp decilitern (se tidigare avsnitt ”Avvikelser i SSA-S”). Deltagarens förmåga att utföra uppgifterna enligt checklistan angavs i ”Ja” eller ”Nej” för varje uppgift och analyserades separat.

Statistiska analyser. För att beräkna om data var normalfördelad plottades den med en Skewness-beräkning i SPSS 24. Data var ej normalfördelat. För korrelationsanalyser användes det icke-parametriska testet Spearman’s rangkorrelation. Samtliga korrelationsberäkningar räknades ut med signifikansnivå 95 % (p < 0,05) i SPSS 24.
För att besvara den första frågeställningen gjordes frekvensberäkning i SPSS 24 som gav resultat i antal deltagare som fick utslag på SSA-S. Frekvensberäkning av resultat från checklistan gjordes manuellt.


Den tredje frågeställningen om hur många som uppvisade symptom på nedsatt munhälsa besvarades genom manuell frekvensberäkning.

För att besvara den fjärde frågeställningen och undersöka om det fanns ett samband mellan resultat på SSA-S och symptom på nedsatt munhälsa, oral transporttid respektive ökad ålder, gjordes tre korrelationsanalyser. En korstabell i SPSS gjordes även med åldersgrupperna (66-76 år, 77-87 år, 88-98 år) och resultat på SSA-S.

För att besvara den femte frågeställningen om hur många av deltagarna som har behov av logopedbedömning, adderades de personer som fått utslag på SSA-S med de personer som inte hade fått utslag, men som hade en oral transporttid över 5 sekunder. Enligt originalmetoden skall utslag på SSA-S innebära remiss till logoped och en LtL-tid över fem sekunder innebär risk för fortsatt viktnedgång och bör därför utredas vidare.

4.5. Etiska överväganden

Vid behov användes bildstöd med foton på muninspektion samt genomförande av LtL för att ytterligare förklara hur undersökningen skulle gå till för deltagaren (se bilaga 8). För att säkerställa deltagarens samtycke och trygghet under undersökningen fanns personal med vid behov. Författarna frågade personalen om deltagaren bedömdes kunna svara ja eller nej adekvat samt ha förmåga att själv uttrycka om hen ville avbryta.

Anhöriga och gode män tillfrågades om deltagande i studien eftersom demenssjukdom kan påverka personens egen möjlighet att kommunicera sin vilja.

SSA-S avbröts inte när deltagaren uppvisade symptom, då små mängder vatten inte bedöms skadligt att felsvälja.
5. Resultat

5.1. Deltagare


Av den undersökta gruppen hade 45 % (n = 17/38) Alzheimers sjukdom och av dessa hade tre personer även haft stroke. Vaskulär demens fanns hos 18,4 % (n = 7/38) och av dessa hade tre personer även haft stroke. Ospecificerad demens fanns hos 26,3 % (n = 10/38) och en av dessa personer hade haft stroke. Av hela den undersökta gruppen hade totalt 18,4 % (n = 7/38) haft stroke.

En individ i gruppen hade känd Parkinsons sjukdom. En deltagare hade diagnosen frontallobsdemens men bodde på en av de undersökta avdelningarna. En person hade Lewy-Body demens och en person hade en kombination av Alzheimers sjukdom och vaskulär demens.

5.2. Undersökningsresultat

5.2.1. Frågeställning 1

Hur många av deltagarna uppvisar tecken på sväljsvårigheter vid screening med SSA-S? Av deltagarna upptäckte 71,1 % (n = 27/38) tecken på sväljsvårigheter vid screening med SSA-S. Figur 1 visar de symptom deltagarna upptäckte, med aspiration avses att det var tydligt att deltagaren satte i halsen. Sju deltagare kunde inte utföra uppgifterna enligt checklistan (hosta och slicka på över- och underlåpp). Av dessa 7 fick 6 deltagare utslag på vattensväljningsdelen i SSA-S.

![Figur 1](image)

Figur 1. Figuren visar antal deltagare som uppvisade respektive symptom på SSA-S, samma deltagare uppvisade ibland flera symptomer. Aspiration avses då det var tydligt att deltagaren satte i halsen.

Tabell 1 visar fördelningen av utslag på de olika momenten i vattensväljningsdelen i SSA-S. De flesta deltagare uppvisade svårigheter både vid sked 1-3 och 1 dl. Två deltagare uppvisade...
enbart symptom på sked 1-3. Av dessa upphävade den ena deltagaren röstpåverkan och den andra läckage och hosta.

Tabell 1. Antal personer som fick utslag på de olika delarna i SSA-S. I tabellen framgår hur många deltagare som upphävade tecken på dysfagi vid enbart sked 1, sked 2 eller sked 3, vid både sked 1-3 och 1 deciliter samt vid enbart 1 deciliter.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Antal deltagare (n=27)</th>
<th>Sked 1-3</th>
<th>Sked 1-3 samt 1 dl</th>
<th>1 dl</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>2</td>
<td>19</td>
<td>6</td>
</tr>
</tbody>
</table>

5.2.2. Frågeställning 2

*Hur många deltagare har en förlängd oral transporttid?* Median för hela stickprovets (n = 38) orala transporttid var 4,02 sekunder och medel för hela stickprovet var 4,99 sekunder (SD = 3,12; min: 2,1 s, max: 15,9 s).

Av deltagarna hade 36,8 % (n = 14/38) en genomsnittlig tid över 5 sekunder som innebär en förlängd oral transporttid med risk för viktnedgång (Sandin, 2005). Av deltagarna hade 52,6 % (n = 20/38) en genomsnittlig tid över 4 sekunder, vilket är den övre angivna gränsen för normal oral transporttid enligt Zenner m.fl. (1995).

5.2.3. Frågeställning 3

*Hur många av deltagarna uppvisar symptom på nedsatt munhälsa?* Totalt hade 92 % (n = 35/38) av stickprovet symptom av grad 2 i munhålan och 48 % (n = 17/38) visade på symptom av grad 3. I figur 2 redovisas förekomst av symptom av grad 2 och grad 3 i munhålan för hela gruppen. Samma person kunde uppvisa flera symptom och av olika grad, eftersom olika delar av munhålan bedömdes.

Figur 2. I figuren redovisas antal personer som uppvisade symptom av grad 2 och 3 i respektive lokalisation.
5.2.4. Frågeställning 4

Finns det ett samband mellan resultat på SSA-S, oral transporttid, symptom på nedsatt munhälsa och ökad ålder?

Finns det ett samband mellan resultat på SSA-S och oral transporttid? Vid korrelationsberäkning fanns ingen statistiskt signifikant korrelation mellan SSA-S och LtL ($p = 0,21$, $r = -0.21$). Genomsnittlig oral transporttid för gruppen som uppgivit symptom på SSA-S var 4,7 sekunder. Motsvarande tid för gruppen som inte uppgivit symptom på SSA-S var 5,6 sekunder.

Tabell 2. Tabell med fördelning enligt genomsnittlig tid på LtL och resultat på SSA-S.

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Uppvisade symptom på SSA-S</th>
<th>Uppvisade inga symptom SSA-S</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>n=27</td>
<td>n=11</td>
</tr>
<tr>
<td>&lt; 5 sek</td>
<td>70,4 % (n =19/27)</td>
<td>45,5 % (n = 5/11)</td>
</tr>
<tr>
<td>≥ 5,0 sek</td>
<td>29,6 % (n = 8/27)</td>
<td>54,5 % (n = 6/11)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Finns det ett samband mellan resultat på SSA-S och symptom på nedsatt munhälsa? Det fanns inget statistiskt signifikant samband mellan grupperna med och utan sväljsvårigheter enligt SSA-S gällande förekomst av symptom i grad 2 ($p = 0,68$, $r = -0,09$) eller grad 3 ($p = 0,52$, $r = 0,17$).

I tabell 3 redovisas förekomst av symptom i munhåla av grad 2 och grad 3 i gruppen som uppgivit symptom på SSA-S och gruppen som inte uppgivit symptom på SSA-S.

Tabell 3. Förekomst av symptom i munhåla av grad 2 och grad 3 indelat i grupper enligt resultat på SSA-S.

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Uppvisade symptom på sväljsvårigheter n= 27</th>
<th>Uppvisade inga symptom på sväljsvårigheter n= 11</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Grad 2</td>
<td>92 % (n = 25/27)</td>
<td>91 % (n = 10/11)</td>
</tr>
<tr>
<td>Grad 3</td>
<td>52 % (n = 14/27)</td>
<td>27 % (n = 3/11)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

*Samma person kunde uppgiva symptom av både grad 2 och grad 3.

Finns det ett samband mellan resultat på SSA-S och ökad ålder? Det fanns ingen statistisk signifikant korrelation ($p = 0,50$, $r = 0,11$) mellan ålder och resultat på SSA-S.

Tabell 4. Redovisning av åldersgrupper och deras resultat på SSA-S.

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>66-76 år n=4</th>
<th>77-87 år n=15</th>
<th>88-98 år n=19</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Uppvisar tecken på sväljsvårigheter</td>
<td>75 % (n = 3/4)</td>
<td>60 % (n = 9/15)</td>
<td>79 % (n = 15/19)</td>
</tr>
<tr>
<td>Uppvisar inga tecken på sväljsvårigheter</td>
<td>25 % (n = 1/4)</td>
<td>40 % (n = 6/15)</td>
<td>21 % (n = 4/19)</td>
</tr>
</tbody>
</table>
5.2.5. Frågeställning 5
Hur många av deltagarna har behov av logopedbedömning?
Resultatet från denna studie visar att 86,8 % (n = 33/38) av personerna som undersöktes är i behov av vidare utredning av logoped. Antal deltagare med utslag på SSA-S var 27 st. Antal deltagare utan utslag på SSA-S men med en oral transporttid över 5 sekunder var 6 st. För beskrivning av sammanräkningen se stycke: 5.5 Analys.

6. Diskussion

6.1. Resultatdiskussion

Frågeställning 1. Föreliggande studie visar att 71,1 % (n = 27/38) fick utslag på SSA-S. Denna siffra är högre jämfört med tidigare forskning. En tidigare studie som också använt vattensväljningstest är till exempel den av Rösler m.fl. (2015). De fann att 35,6 % av personer med demenssjukdom aspirerade på vätska. Då vattensväljning även undersöks i föreliggande studie är det intressant att diskutera vad som kan ha orsakat föreliggande studies höga prevalens jämfört med studien av Rösler m.fl. (2015). En faktor som kan påverka skillnad i resultat är vilken metod som används. Rösler m.fl. använde cirka hälften av den vattenmängd som använts i föreliggande studie, vilket kanske inte fångade upp personer som hade svårigheter med större mängder. Andra faktorer är urval och stickprovsstorlek. Eftersom Rösler m.fl.s stickprov är avsevärt större (n = 161) än föreliggande studies (n = 38) så är det möjligt att den större gruppen är ett mer representativt urval och en mer heterogen grupp. Dessutom skiljer sig andelen personer med de olika demensdiagnoserna åt mellan studierna. Exempelvis är andelen personer med Alzheimers sjukdom i föreliggande studie 45 % och i Rösler m.fl.s studie var andelen bara 15 %. Med tanke på detta kan skillnaden i prevalens av dysfagi bero på demensdiagnos. Det skulle också kunna förklaras av eventuella skillnader i vilka som erbjuds plats på boenden i olika länder. Den större andelen personer med vaskulär demenstyp i Rösler m.fl.s studie kan innebära att fler av deltagarna var tysta aspiratörer, dock användes pulsoximetri som ytterligare mått på aspiration för att identifiera tysta aspiratörer.


Frågeställning 2. Jämfört med studier där oral transporttid har mätts hos äldre utan demens på vård- och omsorgsboenden, visar föreliggande studie att personer med demenssjukdom har en längre oral transporttid. Föreliggande studies median för oral transporttid (4,02 s.) ligger strax över Zenner m.fl.s (1995) intervall för normal oral transporttid för äldre personer (2 - 4 s.).

gränserna kunna vara mer flytande. Eftersom 4 sekunder är den övre gränsen för vad som angetts som normal, är det förmodligen så att även sväljningen hos personer med en oral transporttid mellan 4 och 5 sekunder behöver utredas vidare av logoped.

Resultaten i Sandins studie (2005) visade att personer med demens var fler i gruppen < 5 sekunder än i gruppen > 5 sekunder, vilket överensstämmer med resultaten i föreliggande studie där 36,8 % hade en oral transporttid över 5 sekunder. För en fullgod nutrition hos personer vars orala transporttid är så långsam att den innebär risk för viktnedgång är dock behovet av logopedbedömning stort.

**Frågeställning 3.** Det är intressant att hela 92 % av den undersökta gruppen uppvisade symptom på nedsatt munhälsa av grad 2 enligt ROAG. Detta är i linje med forskning som visat att personer med demens är en utsatt grupp för försämrad munhälsa (Andersson, 2006b; Holm-Pedersen, 2005). Det gör också tydligt att det är viktigt att munhälsa och tandstatus hålls efter av omvårdnadspersonal, tandläkarare och tandhygienist. Som tidigare beskrevit är mun- och tandstatus av stor vikt för en välfungerande nutrition och undvikande av lunginflammation och död. Föreliggande studies resultat konstaterar att problem i munhåla finns i hög grad hos den undersökta gruppen och eftersom nedsatt munhälsa är starkt kopplat till åt- och sväljsvårigheter visar detta ytterligare på behovet av logopediska åtgärder.

Trots frånvaron av statistisk signifikans, så fanns det mellan grupperna en observerbar skillnad i förekomst av symptom på svårt nedsatt munhälsa (se tabell 3). Gruppen med sväljsvårigheter hade en högre grad svåra problem i munhålan jämfört med gruppen utan. Skillnaderna i munhåla skulle kunna bero på olika typer av demensdiagnoser men också hur långt gången demenssjukdomen är. Det skulle också kunna bero på i vilken grad personen med demenssjukdom har kunnat få hjälp och stöd med sin munhygien.

**Frågeställning 4.** Det fanns inget statistiskt signifikant samband mellan ålder och sväljsvårigheter. Prevalenssiffrorna för de olika åldersgrupperna visar att den äldsta gruppen hade en högre andel utslag på SSA-S, jämfört med de yngre grupperna. Den observerbara skillnaden mellan åldersgrupperna är dock inte särskilt stor, vilket talar för att åldern inte har så stor betydelse för sväljformågan hos personer med demens (se tabell 4).

Att sväljningen förändras är normalt med ökande ålder, men det är troligt att många av dem som bor på vård- och omsorgsboenden även har andra eller fler medicinska åkommor som påverkar sväljningen negativt. Därför kan frågan ställas huruvida undersökningar från vård- och omsorgsboenden för personer utan demenssjukdom beskriver en frisk äldre population eller inte.

**Frågeställning 5.** Resultatet från denna studie visar att 86,8 % av deltagarna (n = 33/38) har behov av vidare utredning av logoped. Detta resultat inkluderar både utslag på vattendelningsstad och en långsam oral transporttid. Prevalenssstifran är betydligt högre än resultat från tidigare studier och indikerar att det finns ett stort behov av fortsatt utredning av sväljformågan hos deltagarna. Då det fanns personer på boendet som inte undersöktes kan den egentliga siffran antas vara ännu högre. I nuläget finns det inte tillgång till logoped för den här gruppen men det är tydligt att behovet är stort.

**Sjukdomars påverkan på resultatet.** I linje med tidigare studier kan vi se att demenssjukdomar påverkar sväljningens funktion. De olika demensdiagnoserna har inte jämförts i föreliggande studie men är något som kan göras i framtida studier. I föreliggande studie har heller inte grad av demens undersöks, vilket kan ha haft en inverkan på resultatet. De personer på boendet

**Generaliserbarhet.** Alzheimers sjukdom var den vanligast förekommande demensdiagnosen i den undersökta gruppen, vilket stämmer överens med internationell prevalens av demenssjukdomar. Vaskulär demens fanns hos 18,4 % av deltagarna, vilket nästan uppgår till generell prevalens för vaskulär demens (25-30 %). Att föreliggande studies prevalens för olika demensdiagnoser liknar den generella talar för att stickprovet kan vara representativt för populationen. Dock är stickprovet relativt litet och det skulle vara intressant att undersöka större stickprov.

Populationen som bor på vård- och omsorgsboende är troligtvis liknande i hela Sverige, då detta regleras enligt lagstiftning. Olika kommuners ekonomiska förutsättningar kan dock påverka antalet vårdplatser och antal handläggare som jobbar med ärenden och därmed vilka personer som får plats på ett vård- och omsorgsboende.

**6.2. Metodiskussion**

**Metodens påverkan på resultatet.** Skillnader i prevalens mellan olika studier kan bero på valet av metod. I andra studier som undersöker dysfagi används ofta mer utförliga undersökningar som FUS, sväljröntgen och klinisk bedömning. Då föreliggande studie enbart har använt en screening, som har hög sensitivitet, fångades troligtvis fler individer upp än om en annan metod hade använts. Ett annat val av gränsvärde hade också påverkat resultatet. Denna studies resultat kan dock användas för att hävda att behovet av vidare utredning av logoped är stort.


**Bolusmängd.** Mängderna av vatten och filmjölk i föreliggande undersökning var små och det går att diskutera huruvida bolusstortlek påverkade deltagarnas resultat. I SSA-S gavs först små mängder vatten i en mugg som gjorde att flera deltagare lutade huvudet långt bakåt för att kunna dricka. Rörelsen skedde ibland snabbt och kan ha påverkat deltagarnas kontroll av bolus och därmed resultatet. En stor andel deltagare fick utslag på SSA-S när de drack deciliter. González-Fernández m.fl. (2014) kom i sin studie fram till liknande resultat med samma mängd vatten. Detta talar för att bolusstortleken ändå är en lämplig mängd för screening. Intressant var att personalen på boendet påpeka att de boende inte var vana vid att dricka så mycket vätiska åt gången. Att de boende inte brukade dricka så mycket kan bero på att de upplever svårigheter vid intag av vätiska, vilket skulle tyda på dysfagi.

Det var vanligast att deltagarna i föreliggande studie fick utslag på både sked 1-3 samt deciliter. Detta resultat kan förväntas om sväljsvårigheter föreligger, det vill säga att både en

Bortfall innan studien. Flertalet av dem vars anhöriga/gode män tackat nej till deltagande, var personer som även personalen bedömde skulle ha haft svårt att delta. Eftersom inga skäl behövde anges till varför man valde att avböja, går det endast att spekulera kring vad som påverkade deras val. Några av personerna vars anhöriga tackade nej hade en långt gången demenssjukdom eller var sålångliggande. Personer som exkluderades av författarna och personalen var också antingen sålångliggande och/eller hade bristande kommunikativ förmåga eller koncentrationsförmåga. Det här kan indikera att de individer som inte undersöcktes hade en svårare grad av demens än de som undersöcktes. Om så är fallet skulle troligtvis antalet personer med utslag på SSA-S vara ännu högre.


Undersökningssituation. I genomförandet av LtL palperades deltagarens hals, vilket är en ovan situation och kanske påverkade hur naturlig sväljningen blev. Det är möjligt att en del blev stressade att svälja snabbare eller att situationen bidrog till att de svalde långsammare än vanligt. Att bli matad kan också ha varit ovant och påverkat hur naturlig sväljningen blev. En del kan ha upplevt att det var onaturligt att få en så liten mängd vätska i en mugg och även detta kan ha påverkat hur de utförde sväljningen.

Interbedömarreliabilitet. Delar av testerna bedömdes enbart av en författare vid varje testning. Författarnas olika bedömning och reaktionshastighet är något som kan ha påverkat resultatet. ROAG och LtL bedömdes enbart av en författare per undersökning. Hade deltagarna undersökt två gånger, en gång av vardera författaren, hade detta kunnat kontrollerats för. För att öka interbedömarreliabiliteten hade det varit bra om författarna tränat på LtL och bedömt oralt status på samma personer. Resultaten på SSA-S diskuterades gemensamt i slutet av undersökningsdagen. För ökad interbedömarreliabilitet angående SSA-
S hade resultatet kunnat diskuteras under eller direkt efter varje enskild undersökning. Det bedömdes dock inte vara tidsmässigt genomförbart, varken för deltagarna eller författarna.

*Icke analyserade data.* Insamlade data angående förekomst av protes, implantat och antal tänder har inte sammanställts eller analyserats då det inte fanns möjlighet inom tidsramen för detta arbete. I analysen prioriterades status på tänder/implantat/protes framför förekomst och antal tänder. Dock kan detta vara intressant att ha i beaktande i framtida studier, då det skulle kunna ha en påverkan på åt- och sväljförmågan.

6.3. **Framtida studier**

Det skulle vara intressant att i framtida studier undersöka i detalj hur sväljsvårigheter yttrar sig hos personer med demenssjukdom, vad är det de har svårt med? För detta är det lämpligt att använda sig av både kliniska och instrumentella bedömningar. I det avseendet skulle det också vara intressant att se om det finns någon skillnad mellan olika typer av demensdiagnoser, både i prevalens och i hur svårigheterna yttrar sig samt hur grad av demens påverkar sväljningen.

Vidare är det av vikt att undersöka vad som är lämpliga behandlingsåtgärder för den här gruppen. Fler longitudinella och uppföljande studier på behandlingsinsatser bör göras, försöksvis i linje med tidigare studier som mäter deltagarnas BMI för att se förändringar över tid. Eftersom det kan vara svårt att utföra sväljträning med personer med kognitiva svårigheter, är det viktigt att genom behandlingsstudier undersöka hur behandlingsmetoder eventuellt behöver anpassas till målgruppen. Detta för att kunna erbjuda en behandling som kan förbättra sväljförmågan, minska aspirationspneumonier och därmed öka livskvalitén för den här patientgruppen.

Slutligen bör kunskapen om konsistensanpassningar och sväljsvårigheter hos personal på vård- och omsorgsboenden undersökas. Hur väl stämmer de konsistensanpassningar som görs på vård- och omsorgsboenden överens med den enskildes åt- och sväljsvårigheter? Och vem är det som beslutar om lämpliga konsistensanpassningar då det inte finns tillgång till logoped?

6.4. **Slutsats**

7. Tack

Vi vill rikta ett stort tack till våra handledare Monica Blom Johansson och Anna Loskog för hjälp och stöd under arbetet med denna uppsats.

Ett stort tack till våra deltagare och personal på vård- och omsorgsboendet. Samt ett varmt tack till personal på boendet för ett gott samarbete och hjälp med material, tillgång till lokaler och engagemang.

Vi vill även tacka Kristina Dahlberg för råd, stöd och pepp under skrivandet.

Tack till alla härliga personer på Carolina Rediviva som gjort detta arbete möjligt i form av kaffe, skratt, stämsång och mycket mer.

Även ett stort tack till alla som kom med bra förslag på förbättringar av vår uppsats under opponeringsseminariet!

8. Referenser


9. Bilagor

Bilaga 1. LtL-protokoll
Bilaga 2. SSA-S protokoll
Bilaga 3. ROAG protokoll
Bilaga 4. Brev till enhetschefer
Bilaga 5. Brev till anhöriga/gode män
Bilaga 6. Mail till anhöriga/gode män
Bilaga 7. Anslag på boendet
Bilaga 8. Bildstöd
Bilaga 9. Information till deltagare
Bilaga 1. LtL-protokoll

L-t-L protokoll

<table>
<thead>
<tr>
<th>Sväljning</th>
<th>Tid i sek</th>
<th>Kommentar</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>5</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Medelvärde</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
### SSA-S protokoll

**Deltagare:**

**Datum:**

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Ja</th>
<th>Nej</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Hosta på uppmaning</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Slicka över- &amp; underläpp</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Uprätthålla salivkontroll</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Andas fritt</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Våt eller skrovlig röst</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Sked</th>
<th>sväljning</th>
<th>läckage</th>
<th>hosta</th>
<th>aspiration</th>
<th>andning</th>
<th>röst</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>1 dl vatten</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Problem identifierade: JA / NEJ
**Bilaga 3. ROAG-protokoll**

**ROAG – protokoll**

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Grad 1</th>
<th>Grad 2</th>
<th>Grad 3</th>
<th>Kommentarer</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Röst</strong></td>
<td>Normal röst</td>
<td>Torr, hes, smackande</td>
<td>Svårt att tala</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Läpper</strong></td>
<td>Lena, ljusröda, fuktiga</td>
<td>Torra, spruckna, sår i mungiporna</td>
<td>Såriga, blödande</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Munslemhinna</strong></td>
<td>Avlägsna protes</td>
<td>Ljusröde, fuktiga</td>
<td>Röda, torra eller områden med beläggning</td>
<td>Sår med eller utan blödning, blåsor</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Tunga</strong></td>
<td>Ljusröd, fuktig med papiller beläggning</td>
<td>Inga papiller, röd, torr, blöt</td>
<td>Beläggning eller matrester beläggning</td>
<td>Sår med eller utan blödning, blåsor</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Tandkört</strong></td>
<td>Saknas</td>
<td>Ljusrött och fast</td>
<td>Svullet, rodnat</td>
<td>Spontan blödning</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Tänder och Implantat</strong></td>
<td>Saknas</td>
<td>Rena, ingen synlig beläggning eller matrester</td>
<td>Beläggning eller matrester lokalt</td>
<td>Beläggning eller matrester generellt och/eller trasiga tänder</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Protes</strong></td>
<td>Saknas</td>
<td>Rena och fungerande</td>
<td>Beläggning eller matrester fungerande</td>
<td>Används ej eller dåligt fungerande</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Saliv</strong></td>
<td>Glider lätt</td>
<td>Glider tätt</td>
<td>Glider inte alls</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Protes</strong></td>
<td>Avtagbar som används</td>
<td>Tandimplantat</td>
<td>Egna tänder finns/finns ännu och egna tänder</td>
<td>Ja ∞ U □ /Ja ∞ U □</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Nej ∞ U □</td>
<td>Ja ∞ U □</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
Bilaga 4. Brev till enhetschefer

Tack för att Ni vill medverka i vår studie om sväljsvårigheter hos personer med demens


Nedan följer information om studiens genomförande:

Syfte
Studiens syfte är att undersöka förekomsten av sväljsvårigheter hos personer med demens för att öka kunskapen kring sväljsvårigheter vid demenssjukdom.

Deltagare
Vi vill undersöka samtliga personer boende på demensavdelningarna förutom personer med frontallobsdemens.

Tillvägagångssätt
Innan undersökningarna genomförs önskar vi att personal utfört munvård på deltagarna. Detta görs med fördel tidigare samma dag för att undersökningen inte skall innebära någon fara för personernas hälsa i händelse av felsväljning.


Undersökningen utgörs av en sväljscreening med testet SSA-S (Standardized Swallowing Assessment- Svenska) som används vid andra undersökningar av sväljförmåga i Sverige. SSA-S är ett test med hög validitet för att upptäcka sväljsvårigheter och består av en checklista över patientens allmäntillstånd, andning, oralmotoriska förmåga och röstkvalitet samt ett vattensväljningstest. Vi kommer även mäta läpp-till-lyft (LtL) som är ett mått på oral transporttid, från det att läpparna sluts till det att struphuvudet höjs. Deltagaren serveras små mängder fil eller kräm.

Vad innebär deltagande?
Deltagandet är helt frivilligt och deltagarna kan avbryta medverkan när som helst under undersökningen. Under testningen får deltagarna ytterligare information och möjlighet att ställa frågor.

För att säkerställa deltagarens samtycke
Anhöriga informeras och ombeds meddela om de inte tror att deras anhörige vill delta i studien. För att öka deltagarnas känsla av trygghet och att säkerställa samtycke önskar vi ha med en personal från avdelningen under testningen.

Personuppgifter

Med vänlig hälsning

Lina Persson                     Isa Ljungdahl
Logopedstudent                  Logopedstudent
073-xx xx xxx                   073-xx xx xxx
xxxxxxxxxxxx@gmail.com
Godkännande för genomförande av undersökning

( ) Jag har tagit del av informationen om undersökningen om sväljsvårigheter hos personer med demens som genomförs med ROAG, screeningtestet SSA-S samt Ltl.

( ) Jag ger mitt godkännande till att undersökningarna utförs på aktuella avdelningar på demensboendet.

( ) Jag delger berörd personal information om undersökningarna.

..................................................  ..............................................
Underskrift                                           Datum

..................................................
Namnförtydligande
Bilaga 5. Brev till anhöriga/gode män

Studie om sväljsvårigheter vid demenssjukdom

Hej!


Vår undersökning består av korta test med de boende där vi:
- Inspekterar deras munhåla och tänder
- Ber dem utföra enklare uppgifter (som t.ex. hosta)
- Ber dem dricka små klunkar med vatten samt kräm/filmjölk
- Känner på deras hals då de sväljer

Vad innebär deltagande?
Deltagandet är frivilligt och deltagaren kan avbryta sin medverkan när som helst under undersökningen. Under testningen får deltagarna ytterligare information och möjlighet att ställa frågor. Vi kommer vara uppmärksamma på signaler eller tecken på att deltagaren inte vill delta.

För att öka känsla av trygghet för deltagaren kommer en avdelningspersonal finnas med under testningen.

Om ni inte tror att er anhörige/huvudman önskar delta i studien vill vi att ni kryssar i medföljande blankett och skickar till boendet senast 18 maj 2016. Ni kan även kontakta oss direkt.

Ni är också välkomna att kontakta oss om ni har frågor eller funderingar kring studien. Om vi inte hör något från er innan den 20 maj 2016 kommer er anhörige inkluderas i studien.

Tack!

Lina Persson
Logopedstudent
Tel: 073-xx xx xxx
E-post: xxxxxxx@gmail.com

Isa Ljungdahl
Logopedstudent
Tel: 073-xx xx xxx

37
Svarsblankett för studie om sväljsvårigheter
Kryssa i rutan och skriv under med namnteckning om du inte tror att din anhörige/huvudman önskar delta i studien.
Blanketten skickas tillbaka till boendet i medföljande kuvert senast 18/5 2016.

☐ Jag tror inte att min anhörige/huvudman önskar delta i studien.

Anhörig eller huvudman på boendet:

............................................. .............................................
Namn............................................. Avdelning

............................................. .............................................
Min underskrift............................................. Datum

.............................................
Namnförtydligande

38
Studie om sväljsvårigheter vid demenssjukdom

Hej!


Vår undersökning består av korta test med de boende där vi:
- Inspekterar deras munhåla och tänder
- Ber dem utföra enklare uppgifter (som t.ex. hosta)
- Ber dem dricka små klunkar med vatten samt kräm/filmjölk
- Känner på deras hals då de sväljer

Vad innebär deltagande?
Deltagandet är frivilligt och deltagaren kan avbryta sin medverkan när som helst under undersökningen. Under testningen får deltagarna ytterligare information och möjlighet att ställa frågor. Vi kommer vara uppmärksamma på signaler eller tecken på att deltagaren inte vill delta.

För att öka känsla av trygghet för deltagaren kommer en avdelningspersonal finnas med under testningen.

Om ni inte tror att er anhörige eller huvudman önskar delta i studien vill vi att ni svarar på detta mail. I mailet anger ni namn på anhörig samt avdelning.
Ni är också välkomna att kontakta oss om ni har frågor eller funderingar kring studien. Om vi inte hör något från er innan den 20 maj 2016 kommer er anhörige inkluderas i studien.

Tack!

Lina Persson
Logopedstudent
Tel: 073-xx xx xxx
E-post: xxxxx@gmail.com

Isa Ljungdahl
Logopedstudent
Tel: 073-xx xx xxx
Hej!
Vi heter Isa Ljungdahl och Lina Persson, vi kommer finnas på boendet för att göra undersökningar till vårt examensarbete om sväljsvårigheter hos personer med demens under vecka 21 och vecka 22.

Har ni några frågor, hör av er till någon av oss:

Isa Ljungdahl                     Lina Persson
Logopedstudent                   Logopedstudent
073-xx xx xxx                    073-xx xx xxx
Eller vår gemensamma mail: xxxxxxxx@gmail.com
Bilaga 8. Bildstöd
Information om sväljningsundersökning

Vi är två logopedstudenter från Uppsala universitet. Vi gör en undersökning om sväljning.

Undersökningen består av:

- Korta frågor
- Att vi får titta i din mun
- Korta uppgifter (t.ex. att hosta)
- Att du får dricka små klunkar vatten
- Att du får dricka små klunkar kräm eller fil
- Att vi känner på din hals

Du kan när som helst välja att avbryta.

Alla personliga uppgifter kommer att hanteras med sekretess.