

Fokusrapport

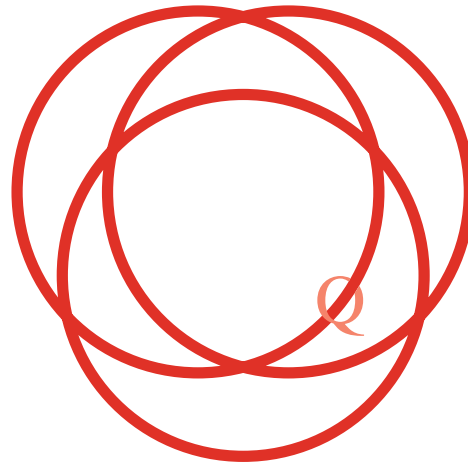
Dysfagi

Stockholms läns landsting

2005

Medicinskt
programarbete





Fokusrapport

Dysfagi

Rapporten är framtagen av
Stellan Hertegård

ISBN 91-85211-00-1

Om det medicinska programarbetet i SLL

Det medicinska programarbetet (MPA) i Stockholms läns landsting är till för att vårdgivare, beställare och patienter skall mötas för att forma en god och jämlik vård för länets 1,9 miljoner invånare. Kunskapen om den goda vården skall vara gemensam, tillgänglig och genomlysbar och bilda grund för bättre beslut i vården.

Arbetet drivs inom FORUM, Medicin och Omvårdnadsavdelningen. Sakkunniga från produktion och beställare deltar i arbetet. Patientföreträdarna har också en viktig roll i arbetet och medverkar i de olika grupperna. Stockholm Medicinska Råd och 17 Programråd har skapats för att driva arbetet. Ett flertal årsrapporter, regionala vårdprogram, fokusrapporter och rapporter om förbättringsarbeten har redan publicerats och arbetet med nya rapporter fortskrider kontinuerligt.

Syftet med fokusrapporterna är att lyfta fram och belysa angelägna områden, att beskriva dagsläget och diskutera och föreslå möjliga lösningar.

Rapporterna från MPA skall vara en bas för dialog mellan beställare och producenter om den medicinska kvaliteten i vården och utgör en grund för beställarorganisationens styrning och uppföljning av vården.

Programarbetet har samlat ett stort nätverk av sakkunniga och har lagt grunden till en gemensam arena för vårdens parter.

Inledning

Den aktuella fokusrapporten om dysfagi (sväljningssvårigheter) i Stockholms läns landsting (SLL) är utarbetad inom ramen för det medicinska programarbetet Medicin Kirurgi 2.

Rapporten riktar sig till hälso- och sjukvårdspersonal som kommer i kontakt med patienter som har dysfagi, beställare av hälso- och sjukvård, samt patientorganisationer.

Syftet med fokusrapporten är att beskriva problematiken, diagnostik och nuvarande handläggning. Rapporten utgör därmed underlag för planering och utveckling av effektivare vårdkedjor.

Dysfagi är ett ofta okänt eller underskattat symtom som kan ha svåra konsekvenser både för patienten och för vården. Dysfagi uppmärksammas i olika hög grad beroende på var patienten befinner sig eller handläggs i vården. De inom vården med specialkunskaper (t ex vissa specialistläkare, logoped, vissa tandläkare, sjuksköterskor och dietister) som möter patienterna är väl medvetna om detta. Inom stora delar av vården, bland politiker, beställare och allmänhet är kunskaperna troligen begränsade.

Arbetsätt

Rapportansvarig är Stellan Hertegård, SPESAK i Röst- och Talrubbingar. Rapporten är författad i samarbete med medlemmarna i referensgruppen och övriga referenspersoner.

Referensgrupp

Kerstin Johansson, Leg logoped, Talkliniken, Karolinska Universitetssjukhuset - Huddinge,
Jonas Karling, Cheflogoped, Foniatriska avdelning, Karolinska Universitetssjukhuset - Solna
Eva Sandin, Leg logoped, Stockholms Kommun, Vårbergs sjukhem
Louise Britse, Dietist, Karolinska Universitetssjukhuset - Huddinge
Kristina Eriksson, Dietist, Karolinska Universitetssjukhuset - Solna
Martha Björnström, Tandläkare, Talkliniken Danderyds sjukhus
Kerstin Kindert, Programkoordinator, MK2, LSF FORUM

Ytterligare referenspersoner

Jörgen Danielsson, Leg sjuksköterska, Danderyds sjukhus

Inger Rising, Medicinsk råd – Omvårdnad

Birgitta Klang, VÅRDSAK, MK2

Emma Cedergren, Dietist – primärvården, ReAgera Kliniken

Per Svensson, Leg logoped, Helsingborgs lasarett

Anders Högmo, Läkare, Öron- Näsa- Halskliniken, Karolinska Universitets-
sjukhuset - Solna

Torsten Mossberg, Medicinalråd, Stockholm

Stockholm november 2005

Kaj Lindvall
Ordförande
Stockholms Medicinska Råd

Britt Nordlander
Medicinskt Råd
Programområde Medicin-Kirurgi 2

Innehåll

Om det medicinska programarbetet i SLL.....	2
Inledning.....	3
Innehåll.....	5
Sammanfattning.....	7
Vad är dysfagi.....	8
Definition.....	8
Bakgrund.....	8
Mekanismer vid dysfagi.....	9
Orsaker till dysfagi.....	10
Hur vanligt är dysfagi?.....	11
Förekomst av dysfagi i slutenvården.....	11
Uppskattning av frekvensen dysfagi i SLL.....	11
Förekomst av dysfagi bland befolkningen.....	12
Förekomst av dysfagi inom kommunal äldrevård.....	12
Konsekvenserna för patienten och vården.....	13
Aspirationspneumoni.....	13
Viktnedgång och Malnutrition.....	14
Slutenvårdskonstnader för vård av aspirationspneumoni.....	14
Exempel på patientkostnader.....	14
Patienter med dysfagi inom kommunal äldrevård.....	15
Prioriteringar.....	15
Utredning, omhändertagande och vårdkedja.....	16
Utredning.....	16
Behandling.....	17
Prevention.....	19
Rekommendation.....	21
Kvalitetsmått.....	23
Rekommendationer.....	23
Referenser.....	25

Sammanfattning

- Dysfagi (sväljningssvårigheter) innebär svårigheter att föra födan via munnen och matstrupen till magsäcken.
- Dysfagi kan orsakas av sjukdomar i munhåla eller svalg eller bero på neurologiska tillstånd som påverkar funktioner i munhåla, svalg och matstrupe. Allmänna symtom med nedsatt allmäntillstånd eller demens kan också ge dysfagi.
- Patienter som drabbas av stroke eller vissa neurologiska sjukdomar (ALS, Parkinsons sjukdom och MS) drabbas ofta av dysfagi (upp till 50 %). Ofta uppmärksammas inte eller underskattas dysfagisyntomen hos dessa patienter.
- Patienter med uttalad dysfagi löper ökad risk att drabbas av sjukhusvårdkrävande lunginflammation på grund av felsväljning (4-13 ggrs ökad risk). Dysfagi kan även ge malnutrition samt orsaka svåra sociala eller psykiska konsekvenser med isolering och nedsatt autonomi (måste matas, kan eller vill inte äta offentligt).
- Utredning och diagnos vid dysfagi sker av vårdpersonal med speciell träning och av dysfagiteam vid sjukhus.
- Behandling och prevention av dysfagi kan ske genom förändring av födans konsistens eller innehåll. Dessutom kan alternativ kompensatorisk sväljteknik eller speciella metoder att stimulera sväljning (till exempel sväljträning eller svalgstimulering) vara indicerat. I svåra fall krävs tillfällig eller permanent alternativ nutrition via nässond eller perkutan gastrostomi (sond direkt till magsäcken). Andra kirurgiska åtgärder är aktuellt i särskilda fall.
- Patienter med dysfagi sköts av många olika vårdgivare med risk för utebliven eller felaktig behandling. Prevention av allvarliga konsekvenser samt behandling är ofta möjligt med kostnadseffektiva metoder. Det är därför angeläget att utveckla vårdprogram innefattande en individuell ordination som följer patienter med dysfagi på olika vårdnivåer.

Vad är dysfagi

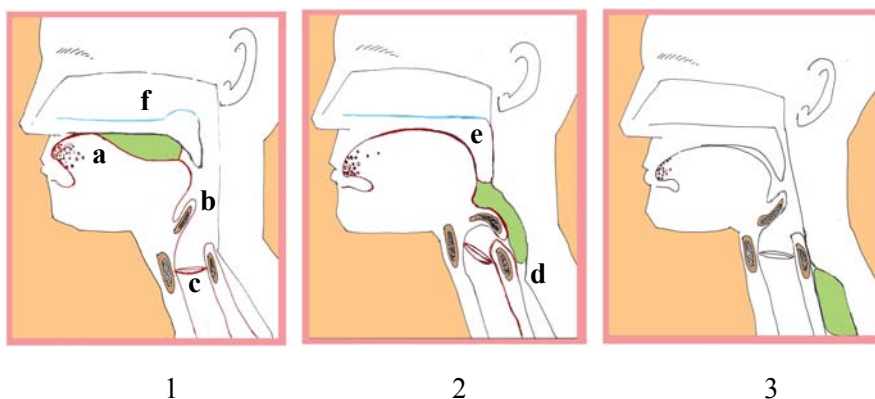
Definition

Svårigheter att svälja (Svenska Nationalencyklopedin).
ICD-10 diagnosnummer: R 13.9

Detta kan även inkludera sväljningssvårigheter i vidare mening (t ex svårigheter att nutriera sig på grund av nedsatt allmäntillstånd, eller demens).

I rapporten behandlas förvärvad dysfagi hos vuxna. Barn med dysfagi, matnings- eller nutritionssvårigheter omfattas ej. Rapporten fokuserar på orofaryngeala sväljningssvårigheter d v s från det att födan kommer in i munnen tills att den kommer in i matstrupen.

Bakgrund



Figur 1. Sväljfunktionen: Bilden till vänster(1) visar den orala sväljfasen, i mitten (2) faryngeala fasen, och till höger (3) esofageala fasen. Tuggan=bolus är grön (grå). Samtliga bilder i tvärsnitt genom svalget. a/ tungan, b/ struplocket, c/stämbanden d/ matstrupen=esofagus, e/ mjuka gommen, f/ näshålan (bilder av Stefan Berger)

1. Innan sväljningen bearbetas födan först i munhålan, tuggas, och transporteras bakåt i svalget= **orala sväljfasen**. Denna del kan kontrolleras viljemässigt.
2. Den s.k. **faryngeala sväljfasen** innefattar tuggans passage genom svalget. Då tuggan=bolus (som kan bestå av fastare konsistens eller en klunk vätska) når gombågarna eller tungroten så utlöses automatisk/icke viljemässig sväljning. Struphuvudet höjs, stämbanden sluter och bolus pressas längre ned i svalget förbi ingången till struphuvudet och stämbanden mot matstrupsmyrningen. Svalgets tryck pressar ned bolus i matstrupen och tömmer svalget.
3. När tuggan passerar genom matstrupen (esofagus) till magsäcken talar man om den **esofageala** fasen.

Mekanismer vid dysfagi

- En störd oral fas vid dysfagi innebär att man inte kan tugga eller bearbeta födan i munhålan eller föra den bakåt till svalget.
- En störning av faryngeala fasen kan innebära att sväljreflexen inte utlöses eller utlöses långsamt, att bolus kommer ned mot stämbanden (penetration), eller ned i luftstrupen (aspiration). Riklig eller ofta förekommande aspiration till luftstrupen kan ge lunginflammation, särskilt om hostreflexen inte fungerar normalt och om munhygien är eftersatt. Störningar kan även innebära att svalget töms långsamt eller otillräckligt (retention) trots upprepade sväljförsök
- Störningar i den esofageala fasen uppstår vid passagehinder i matstrupen (t ex vid inflammation, förträngning, eller på grund av tumörer), samt vid störd motorik i matstrupsmuskulaturen
- Vid normalt åldrande utlöses sväljreflexen något långsammare och motoriken i svalg och matstrupe kan vara något mindre effektiv. Detta ökar risken för felsväljning eller trög sväljning särskilt om tandstatus och tuggförmåga också är störd. De flesta äldre kompenserar dock troligen detta genom t ex anpassad födokonsistens.

Orsaker till dysfagi

Rent allmänt kan dysfagi uppstå p g a störningar i känsel, smak, motorik/muskulatur i munhåla eller svalg. Nedsatt tuggförmåga, dålig tandhälsa och muntorrhet (t ex orsakad av medicinering) kan ge sväljningssvårigheter (1). Demens eller annan kognitiv störning kan påverka den viljemässiga (orala) sväljfasen. Nedan följer exempel på sjukdomar som kan orsaka dysfagi.

- Neurologiska sjukdomar
Dysfagi kan uppstå efter skada och påverkan centralt i hjärnan efter stroke, vid hjärnstampåverkan vid infarkt eller vid neurodegenerativa sjukdomar såsom amyotrofisk lateralskleros (ALS), multipel skleros (MS). Vid Parkinsons sjukdom förekommer ofta dysfagi i kombination med ökad mängd saliv. Dysfagi kan även uppstå vid neurologisk påverkan på kranialnerv (speciellt vagusnerven eller hypoglossusnerven med störningar i svalg-, stämbands- eller tungfunktion), samt vid sensibilitetstörningar i svalget. Det kan t ex förekomma vid förvärvade hjärnskador efter trauma.
- Muskelsjukdomar som påverkar munhåla svalg med muskelsvaghet, t ex myastenia gravis eller muskeldystrofi.
- Whiplash skador.
- Inflammation eller tumörer i munhåla/svalg eller som ett restsymtom efter tumörkirurgi/strålbehandling.
- Dysfagi kan i vissa fall (relativt ovanligt) uppstå av psykologiska skäl jfr paniksymtom, vissa psykiatriska tillstånd.
- Förträngning eller passagehinder i matstrupen såsom inflammation, striktur efter lutskada eller gastroesofageal reflux, eller på grund av tumörer i matstrupen.
- Ytterligare orsaker till dysfagi är störningar i passagen mellan svalget och matstrupen såsom koordinationsrubbnig i övre matstrupssfinkterns muskulatur (cricopharyngeusspasm) eventuellt med "bräckbildning" (Zenkers divertikel).

Hur vanligt är dysfagi?

Förekomst av dysfagi i slutenvården

Dysfagi efter stroke är ett vanligt symptom. Stroke är också den vanligaste orsaken till dysfagi. Ett flertal undersökningar visar att upp till 50 % av patienter efter akut stroke får dysfagi (2-9).

Hos patienter med dysfagi av annan neurologisk orsak (t ex ALS, MS och Parkinsons sjukdom) är frekvensen dysfagi mycket hög (mellan 40 % och upptill drygt 90 %), men graden av dysfagi varierar avsevärt (10-11). Kliniskt är patienter med avancerad ALS och Parkinson oftast mycket svårt drabbade. I Sverige drabbas varje år ca 200 patienter av ALS. En enkät i Göteborg visade att 41 % av patienter med Parkinson och 33 % av MS-patienter upplevde att sväljningen var påverkad av sjukdomen (12).

En annan grupp med dysfagi är patienter med tumörsjukdomar i munhåla och eller svalg (cirka 300 patienter per år i SLL). De som genomgår kirurgiska ingrepp i munhåla eller svalg och/eller strålbehandlas får ofta bestående dysfagi av olika grad.

Uppskattning av frekvensen dysfagi i SLL

I Sverige insjuknar 25 000-30 000 personer i stroke varje år. Av dessa avlider cirka en tredjedel inom ett år, en tredjedel tillfrisknar och en tredjedel får olika grader av bestående funktionsnedsättningar såsom dysfagi (Källa www.infomedica.se).

Till det kommer de existerande fallen med kvarstående dysfagi efter stroke (i några studier var frekvensen ca 7 % av alla som drabbades av stroke, ref 2,8). Ungefär 20 % av Sveriges befolkning finns inom SLL. Grundat på detta kan förekomsten av dysfagi i SLL uppskattas. Enligt dessa uppskattningar drabbas årligen uppskattningsvis minst 4 000-5 000 patienter i slutenvården inom SLL av dysfagi.

I SLLs statistik över öppenvårdsbesök under 1 år (mellan juli 2002-juni 2003) så registrerades 2176 besök där huvuddiagnoserna var Dysfagi (ICD 10 R13.9) eller neurologiskt betingade talsvårigheter i form av dysartri (ICD-10: R47.1) vilket ofta föreligger samtidigt med dysfagi. Under samma period registrerades 186 slutenvårdstillfällen för samma diagnoser. Sannolikt får inte patienter med följsymtom till dysfagi t ex aspirationsorsakad pneumoni även diagnosen dysfagi (se nedan). Siffrorna från SLLs statistik pekar troligen på en underskattning av faktisk förekomst.

Förekomst av dysfagi bland befolkningen

Enligt en enkätundersökning av logoped Per Svensson med ett slumpmässigt urval av befolkningen i Göteborg beräknades ca 8 % av befolkningen ha någon grad av dysfagi och 1,3 % ha medelsvår till svår manifest dysfagi (13).

Detta styrkes av undersökningar från USA där 5 % av befolkningen beräknades ha dysfagi (14)

Förekomst av dysfagi inom kommunal äldrevard

Förekomsten av dysfagi är troligen mycket högre inom vissa grupper av befolkningen t ex inom kommunala äldrevarlden. Enligt stickprovsundersökning (logoped Eva Sandin) hade ca 80 % av 75 undersökta patienter på sjukhem tecken på dysfagi (15).

Enligt en amerikansk studie drabbas 3 % av äldreboende av pneumoni.

Patienter med dysfagi har dessutom ofta en språk- eller talstörning (afasi/dysartri) vilket givetvis ökar risken att dysfagin inte uppmärksammas.

Konsekvenserna för patienten och vården

Konsekvenser av svårare dysfagi är risk för aspirations-pneumoni, viktnedgång, malnutrition, vilket kan förorsaka sjukhusvistelse eller död. Patienter med dysfagi har längre vårdtid och skrivs i högre grad ut till en annan vårdnivå t ex sjukhem (6).

Aspirationspneumoni

I akutskedet efter stroke samt vid svårare neurologiska sjukdomar (t ex ALS, Parkinson) är risken stor för potentiellt livshotande aspirationspneumoni. Aspiration (vätska eller mat som kommer ned i luftvägarna) förekommer i minst 50 % av fallen vid akut stroke (5) eller hos patienter med sväljningsproblem och hosta vid måltid (16).

En undersökning visade att patienter med olika grad av dysfagi (penetrationstyst aspiration d v s aspiration utan hostreflex) hade mellan 4 och 13 ggr ökad risk för pneumoni (17).

I en Fokusrapport om Stroke inom SLL beräknades att ca 20 % av patienterna drabbas av pneumoni i anslutning till akutvårdstillfället (18). En stor andel av dessa pneumonier orsakas troligen av aspiration.

Enligt en undersökning från USA avlider varje år mellan 40 000-80 000 patienter till följd av dysfagi (19).

Dåligt tandstatus, karies samt svårigheter att sköta munhygien ökar kraftigt risken för att drabbas av pneumoni hos patienter med aspirationstendens (20, 21, 22).

Viktnedgång och Malnutrition

Viktnedgång och malnutrition kan vara både en konsekvens av och ett symptom på dysfagi. Viktnedgång och malnutrition är dessutom vanligt inom hälso- och sjukvård. 70 % av patienterna har en viktförlust under vårdtiden (47) och i genomsnitt har 28 % av patienterna inom svensk hälso- och sjukvård en protein- och energimalnutrition (48). En ofta citerad amerikansk studie från 1980-talet visade att 1/3 av samtliga inneliggande på två större sjukhus i New York hade svårt att äta och 12 % resp 14 % av dessa hade svår dysfagi med risk för allvarliga komplikationer (23). Dessa siffror har bekräftats i en svensk undersökning (24)

I en annan undersökning påvisades kraftiga sociala och mänskliga konsekvenser av dysfagi (25). Av 360 patienter som intervjuades hade 44 % vikt-nedgång, över 50 % ansåg inte att ätande var positivt och runt 40 % beskrev panik- eller obehagskänslor vid ätande. Cirka 36 % undvek att äta offentligt p g a sina sväljningsproblem.

Slutenvårdskonstnader för vård av aspirations-pneumoni

I en tidigare studie (27) uppskattades kostnaderna för vården av pneumoni i USA till mellan 9 000-33 000 USD (den högre siffran då intensivvård krävdes)

Beräkningar av vårdkostnader för dysfagi i SLL (eller Sverige) saknas. Ett problem är att t ex sjukhusvård på grund av nutritionssvårigheter eller aspirationspneumoni förorsakat av dysfagi sällan registreras under diagnosen dysfagi.

Exempel på patientkostnader

Referensgruppen har gjort en undersökning av vårdkostnader för några patienter som vårdades på Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge under 2003 för aspirationsorsakad pneumoni. En av patienterna vårdades upprepa-de gånger vid Neurologkliniken (mellan 2 och 6 dagar vid varje tillfälle) till en total vårdkostnad av 61 500 SEK. En annan patient vårdades vid Infek-

tionskliniken vid ett längre tillfälle (29 dagar) till en total vårdkostnad av 131 300 SEK. Kostnaderna är således varierande men i många fall ansevära.

Patienter med dysfagi inom kommunal äldreomsorg

Enligt Eva Sandins undersökning (15) kräver patienter med dysfagi ofta matning. I dessa fall matas minst 50 % av patienter på sjukhemsplatser och för de med orofaryngeal dysfagi matades 85 %. Detta kräver givetvis ökade personalresurser.

Prioriteringar

Majoriteten av dysfagipatienterna (i alla fall de som omhändertas i akutsjukvården) hamnar inom kategori 1 enligt riksdagens prioriteringsskala. Tillståndet kan vara potentiellt livshotande (aspiration, pneumoni avmagring och utmärgling). Det påverkar dessutom starkt patientens autonomi (kräver ofta matning, kan ej äta offentligt p g a dysfagin).

Utredning, omhändertagande och vårdkedja

Utredning

Klinisk bedömning

En klinisk bedömning av dysfagi kan ge mycket information, men är mindre sensitiv än en invasiv bedömning. Goda kliniska bedömningar är dock viktiga då de kan beskriva flertalet orala dysfagiformer, vissa orofaryngeala samt grovt avgöra graden av dysfagi. Goda kliniska bedömningar utgör också en bra grund för invasiva undersökningar samt är i vissa fall användbara för utvärdering av behandlingsinsatser.

Alla personer med orofaryngeal dysfagi kan inte fångas upp via kliniska bedömningar. Personer med tyst aspiration d v s de som får ner vätska eller mat i luftvägarna utan hosta eller röstpåverkan kan ej diagnosticeras tillförlitligt utan specifika undersökningsmetoder (se nedan). Mekanismen bakom dysfagin och svårighetsgraden kan inte heller säkerställas.

Kliniska bedömningar ska göras av specialutbildad vårdpersonal eller logoped. I de fall man grundar sina behandlingsinsatser enbart på kliniska bedömningar har det visat sig att man är extra försiktig i sina behandlingsinsatser då man känner till begränsningarna i bedömningarna. (28)

Det finns flera kliniska metoder med olika grad av validitet jämfört med exempelvis sväljröntgen. Vattensväljningstest (29, 30) och cervikal auskultation, innebär att man auskulterar över de övre luftvägarna för att bedöma eventuell förekomst av felsväljning till luftvägarna (31, 32). Andra metoder är en kombination av klinisk sväljbedömning och mätning av saturation = syrgashalten i blodet (33), eller en kombination av vattensväljningstest och mätning av saturation (34). God information om en persons tugg – och svälj – förmåga kan även erhållas genom en strukturerad bedömning/observation av en måltid. Man kan då prova mat av olika konsistens samt dryck av olika viskositet. En klinisk sväljbedömning kan även omfatta en kombination av oralmotoriskt funktionellt status och måltidsbedömning.

Fördelen med kliniska metoder är att de kan genomföras utanför akutsjukhus med enkla medel av tränad personal för att screena fram patienter med dysfagi.

Screening av dysfagi

Det största problemet är fortfarande bristande kännedom och utbildning hos vårdpersonal hur dysfagi kan bedömas. En kombination av frågeformulär och klinisk bedömning kan användas för screening av dysfagi. Flera frågeformulär har utvecklats av olika dysfagiteam men det finns för närvarande inget som används generellt.

Ett exempel på frågeformulär om dysfagi anpassat för normalbefolkning är det som användes av P Svensson i Göteborg (13).

Fiberoptisk sväljundersökning (FUS) eller videoradiografisk sväljröntgen

Dessa undersökningar har högre sensitivitet och specificitet. De utförs bara på foniatrisk avdelning eller på öronmottagning, samt i begränsad omfattning på röntgen. Undersökningarna tar 45 min resp 30 min, men bedömning fordrar specifik kompetens av logoped/foniater/specialkompetent öronläkare respektive röntgenolog med specialintresse (35, 36)

Behandling

Allmänna åtgärder

Munvård

Munnen är början på matsmältningsapparaten, varför störningar i munregionen kan ge stora problem med att äta och dricka. En försämrad munmotorik kan minska förmågan att tugga, svälja, skölja munnen ren, samt att hålla avtagbara proteser på plats. Vid nedsatt känsel i munnen blir funktionsstörningen ytterligare förvärrad, vilket gör att mat och mediciner inte sväljs ner utan blir kvar i munnen. Detta kan skada både tänder och slemhinnor. Om munhygien är eftersatt och felsväljning av saliv till luftvägarna förekommer ökar dessutom risken för aspirationspneumoni markant (37). Munvård ingår i den dagliga omvårdnaden av personer som inte själva klarar av att sköta sin munhygien. Det kan visa sig att det behövs en inledande behandling hos tandläkare/tandhygienist för att det överhuvudtaget skall vara meningsfullt eller ens möjligt att ge munvård (38).

Tandvårdsbehandling och åtgärder för att stimulera salivsekretion eller salivläsättande medel bör ingå i behandlingsplanen vid dysfagi (1).

Nutritionsbehandling

När en patient/vårdtagare inte klarar att täcka sitt energi- och näringsbehov med hjälp av sitt vanliga födointag behövs en förändrad och kanske specialkost. Denna skall anpassas till den enskildes energi- och näringsbehov och där bör en dietist konsulteras.

Exempel på terapival hos dietist:

1. Om otillräckligt intag kan extra kost eller anpassad kost ordinerars. Detta kan ske genom tätare måltider, energi- och näringstät mat, näringsdryck, ändrad födokonsistens för att underlätta sväljning.
2. Om födointag via munnen (peroralt) ej är möjligt eller otillräckligt p g a dysfagi kan enteral nutrition via nasogastrisk sond eller (PEG) percutan endoskopisk gastrostomi föreslås. Nasogastrisk sond används vanligen under begränsad tid (4-6 veckor, i särskilda fall längre). PEG kan användas under lång tid (även i hemmet) men kräver kontroll av funktionen.
3. Om mag- tarmkanalen ej fungerar kan total parenteral nutrition (TPN, via dropp) behöva ges.

Alternativ 2 kräver sjukhusvård initialt och alternativ 3 sjukhusvård eller hemsjukvård kontinuerligt.

Kirurgisk behandling

I särskilda fall vid dyskoordination i övre esofagussfinktern kan det vara indicerat med kirurgi (t ex myotomi vid cricopharyngeusmuskeldysfunktion eller botoxinjektion) (40,42). Vid "bräckbildning" från svalget (Zenkers divertikel), som följd av dyskoordination i sfinktermuskulaturen, delas muskeln kirurgiskt, antingen utifrån via ingrepp på halsen, varvid även bråcket kirurgiskt undanröjes. Alternativ teknik är att muskeln delas "inifrån" endoskopiskt med laserteknik eller kirurgiska staples, varvid bråcksäcken kvarstår men nu kommunicerar med matstrupen (43,44).

Vid uttalad aspiration kan övervägas att patienten skall trakeostomeras med möjlighet att kuffa kanylken. Detta kan dock på sin höjd förhindra att aspiratet når bronkerna och kräver regelbunden rensugning av van personal.

En annan kirurgisk åtgärd beskriven vid uttalad aspiration är operativ svalgplastik med framåt/höjning av tungbenet (45).

Generellt behandlas dock orofaryngeal dysfagi sparsamt med kirurgiska metoder i Sverige för närvarande.

Prevention

Dysfagibedömning samt utredning (screening utförd av utbildad vårdpersonal samt undersökning av dysfagiteam oftast bestående av logoped-foniater-dietist) ska ge svar på hur luftvägskomplikationer kan undvikas och hur patienten ska nutrieras. Inriktningen på och innehåll och åtgärder i behandlingen bestäms av dysfagins art, grad och prognos, patientens motivation och allmäntillstånd, resurstillgång m m.

När bedömning gjorts att patienten ej kan nutriera sig per os/utan risk för luftvägskomplikationer ordinerar inget födointag per os: Nutritionen kan då säkerställas via TPN (total parenteral nutrition). Nasogastrisk sond (Clinifeding-sond), PEG (perkutan endoskopisk gastrostomi), enteral nutrition; (nasogastrisk sond, gastrostomi, jejunostomi).

Sväljteknik, sväljträning

I de fall patienten bedöms kunna effektivisera sväljningen och/eller göra den säkrare (för att minimera aspirationsrisk), kan sväljträning vara aktuell, då kombinerad med kosttillskott eller alternativ nutrition. Sväljträningen kan ges i kompensatoriskt eller rehabiliterande syfte (39).

Kompensatoriska åtgärder påverkar sväljfysiologin tillfälligt genom att ta hjälp av gravitationen eller genom aktiv luftvägsskydd och/eller förändring av kosten (konsistens, temperatur, näringstäthet).

Exempel:

- Huvudpositionering (s k chin tuck ”hakan mot bröstet” och/eller huvudvridning åt svaga sidan i svalget)
- Sittställning (upprätt, bakåttippad)
- Anpassade ätverktyg
- Anpassad ätsituation

- Sväljtekniker: viljemässig larynxstängning (supraglottisk sväljning, supersupraglottisk sväljning, viljemässig förlängd larynxhöjning (Mendelsohns manöver), kraftfull sväljning (s k Effortful swallowing).
- Kostbehandling (kostrådgivning, konsistensbehandling, kosttillägg).

Rehabiliterande/faciliterande åtgärder syftar till att förbättra sväljfunktionen permanent.

Som exempel kan nämnas behandling/träning med:

- Sväljtekniker för att stärka musklerna och förbättra funktionen: Mendelsohns manöver, Masako manövern (s k tongue hold), Kraftfull sväljning (effortful swallowing)
- Gomplatta med palatal loop, s k Selley-platta
- Termal-taktil stimulering av främre gombågarna
- DPNS (deep pharyngeal neuromuscular stimulation)
- FMEP (facial muscular exercise program)
- Vital stim (el-stimulering över larynx)
- Munsärm

Metodernas begränsning ligger i instruktion (pedagogiskt), inläring (kognitiv förmåga, motivation, ork, andra sociala omständigheter som möjlighet att komma till träning, avstånd till behandlande logoped, anhörigstöd m m). Då de flesta metoderna handlar om medveten inläring har olika typer av feedback (t ex yt-EMG, fiberskopi, cervical auskultation) visat sig förbättra och snabba på inläringen.

Proteser

Tandvårdsbehandling, bettrehabiliterande åtgärder, stimulering av salivsekretionen eller saliversättande medel är åtgärder som kan behövas för att förbättra sväljfunktionen.

Obturator eller palatal lift kan användas t ex vid förlamning av mjuka gommen med läckage av föda eller vätska upp i näshålan vid sväljning. Denna protes förbättrar tillstängningen upp mot näshålan, gomplattor, se ovan.

Tidsaspekter på behandling

I de flesta fall finns ingen exakt angiven tidsåtgång för att resultat ska nås med ovanstående rehabiliterande metoder. Utifrån indikation vid kli-

nisk/instrumentell sväljbedömning och i samråd med patient/anhöriga/vårdpersonal prövar man sig fram. För DPNS och FMPEP (se ovan) finns dock beskrivet hur länge patienten ska behandlas – d v s mellan 6-12 veckor och patienten ska behandlas minst 3 ggr/vecka.

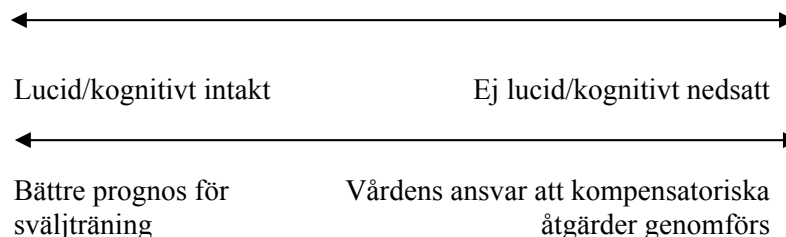
Framtida behandlingsmetoder

Forskning pågår bland annat i USA för att finna metoder att stimulera svalgmotilitet och larynxhöjning vid sväljning mer effektivt hos patienter med dysfagi.

Rekommendation

Bedömning av förutsättningar vid behandling

God kognitiv förmåga är en förutsättning vid tillämpning av sväljningstekniker och är denna nedsatt hos en patient med dysfagi ökar tyngden på olika kompensatoriska åtgärder som anpassning av kost, alternativ enteral nutrition etc.



Torsten Mossberg (TM) Medicinalråd, menar att ge mat är en omvårdnadshandling men att ange vilken typ av mat som är lämpligt vid dysfagi är en medicinsk åtgärd/ordination (konsistens av mat och dryck, näringsinnehåll mm). Följaktligen blir det då så att om en patient matas är det en omvårdnadshandling, men hur man matar, hur man anpassar mat – miljö – redskap blir, med TM's beskrivning enligt ovan, en medicinsk åtgärd.

Utveckling av screeningsförfarande vid dysfagi

Via utarbetande av ett validerat frågeformulär samt utbildning av personal i klinisk undersökning vid misstänkt dysfagi torde många patienter kunna få bättre omhändertagande. Oklara fall samt patienter med svår dysfagi kan

remitteras till specialiserade dysfagiteam för ytterligare diagnostik och terapi.

Patient ordination

Eftersom dysfagipatienter ofta omhändertas av olika vårdinrättningar med varierande kunskap om tillståndet vore det önskvärt att konstruera en enkel skriftlig ordination/rekommendation som följer patienter. Detta kan utformas liknande en medicineringslista och innefatta graden av dysfagi (aktuell BMI mm), konsekvenser av dysfagin och förslag till handläggning eller prevention mot aspiration, viktnedgång etc.

I nuläget finns ingen sådan lista eller mall i SLL

Kvalitetsmått

1. *Förekomst av dysfagi* vid klinisk bedömning (screening) av tränad personal. I nuläget används dock inget väldokumenterad screeningförfarande systematiskt inom SLL. Att införa en sådan metod torde vara en angelägen uppgift i samband med framtida vårdprogramarbete.
2. *Morbiditet som konsekvens* av dysfagi (t ex förekomst av pneumoni p g a dysfagi från klinisk bedömning och journaluppgifter). Annat mått kan vara procentuell viktnedgång som mått på malnutrition/försämrat nutritionsstatus eller lågt BMI (body mass index - vikt/längd i kvadrat). Se även avsnitt om åtgärder vid malnutrition.
3. *Funktionsdefekt*, t ex behov av matning eller tillsyn eller guidning vid måltid. Behov av enteral- eller parenteral nutrition.
4. *Social konsekvens* (t ex måltid tar orimligt lång tid, patienter undviker att äta offentligt). Någon etablerad skala eller bedömningsmall för dysfagi finns inte i Sverige ännu. Tänkbara exempel på formulär är dock skattning av livskvalitet såsom EQ-5D fr Stockholm, alternativt utveckling av befintligt frågeformulär (ex det som P Svensson använde i Göteborg 13).

Rekommendationer

För närvarande finns inget vårdprogram omfattande dysfagi inom SLL. Arbetsgruppen rekommenderar att vårdprogram utarbetas. Cost-benefit av god diagnostik och prevention vid dysfagi är väl dokumenterad (45).

Referenser

1. Bergendal B. 1 Mörner- Serikoff E, 2 Forsgren L, 3 Wallquist J. 4. Screening of the impact of dental status and salivary function in patients referred for investigation of dysphagia. National Oral Disability Centre 1, Department of Hospital Dentistry, 2, Oral Medicine Department of Dentomaxillofacial Radiology 3, The Institute for Postgraduate Dental Education and the ENT Clinic, County Hospital Ryhov 4, Jönköping, Sweden
2. Nilsson H, Ekberg O, Olsson R, Hindfelt B. Dysphagia in stroke: a prospective study of quantitative aspects of swallowing in dysphagic patients. *Dysphagia*. 1998; 13: 32-38.
3. Lawrence ES, Coshall C, Dundas R, et al. Estimates of the prevalence of acute stroke impairments and disability in a multiethnic population. *Stroke*. 2001; 12: 1279-1284
4. Mann G, Hankey GJ, Cameron D. Swallowing disorders following acute stroke: Prevalence and diagnostic accuracy. *Cerebrovasculatr diseases* 2000; 10: 380-386
5. Ding RY, Logemann JA. Pneumonia in stroke patients: A retrospective study. *Dysphagia* 2000; 15: 51-57
6. Westergren A, Hallberg IR, Ohlsson O. Nursing assessment of dysphagia among patients with stroke. *Scandinavian J of Caring Sciences*. 1999; 13: 274-282
7. Daniels SK, Brailey K, Priestly DH. et al Aspiration in patients with acute stroke. *Archives of Physical medicine and rehabilitation*. 79 (1): 14-19 JAN 1998
8. Smithard DG, O'Neill PA, England RE, Park CL et al. The natural history of dysphagia following a stroke. *Dysphagia* 12 (4): 188-193 FAL 1997
9. Gordon C. et.al Dysphagia in acute stroke. *BMJ* 1987; 295 (6595) 411-414.)
10. Pfeiffer RF Gastrointestinal dysfunction in Parkinson's disease. *Lancet Neurology* 2 (2): 107-116 febr 2003
11. Thomas FJ, Wiles CM Dysphagia and nutritional status in multiple sclerosis *J of Neurology* 246 (8): 677-682 AUG 1999
12. Hartelius & Svensson. Speech and Swallowing Symptoms associated with Parkinson's disease and MS: A survey. *Folia Phon et Logop*, 1994;46:9-17.

13. Svensson P Symptoms of dysphagia a survey of an adult general population. Magisterarbete vid Göteborgs Universitet avdelningen för logopedi och foniatri 2001.
14. Beljo, J, editor Prevalence of speech, voice and language disorders in the United States. Communication Facts, 1994 ed. American Speech and Hearing Association; 1-4)
15. Sandin E. Frekvens och typ av dysfagi inom kommunal äldrevård i Stockholm. Resultat av stickprovsundersökning 2003. Opublicerat material
16. Smith CH, Logemann JA, Colangelo LA. Incidence and patient characteristics associated with silent aspiration in the acute care setting. *Dysphagia* 14 (1): 1-7 win 1999
17. Pikus L, Levine MS, Yang YX. Videofluoroscopic studies of swallowing dysfunction and the relative risk of pneumonia *Am J of Roentgenology* 180 (6): 1613-1616 June 2003
18. Fokusrapport om Stroke. Stockholms Neuroråd 2002
19. Neumann S, et al, Swallowing therapy of neurologic patients: correlation of outcome with pre-treatment variables and therapeutic methods. *Dysphagia* 1995; 10(1): 1-5)
20. Langmore S, Terpenning, M, Schork, A, Chen, Y, Murray J, Lopatin, D. Loe-sche W. Predictors of aspiration Pneumonia: How Important Is Dysfagia? *Dysphagia*. 1998; 13:69-81
21. Sasaki H, Sekizawa K, Yanai M, Arai H, Yamaya M, Ohru T. New Strategies for Aspiration Pneumonia; *Internal Medicine* December 1997; Vol.36, No. 12
22. Yoneyama T, Hashimoto K, Fukuda H, et al. Oral hygiene reduces respiratory infections in elderly bed-bound nursing home patients. *Arch gerontol geriatr* 22: 11, 1996
23. Groher och Bukatman. The prevalence of swallowing disorders in two teaching hospitals. *Dysphagia* 1986; 1: 34-38.
24. Svensson P. Dysfagi oväntat vanligt på en ÖNH-avdelning. *Läkartidningen* 93, (47) 4252-4254, 1996.
25. Ekberg O, Hamdy S, Woisard V et al. Social and psychological burden of dysphagia: Its impact on diagnosis and treatment. *Dyspahgia* 17 (2): 139-146 SPR 2002
26. Langmore SE, Skarupski KA, Park PS, Fries BE. Predictors of aspiration pneumonia in nursing home residents. *Dysphagia*. 2002 Fall;17(4):298-307.
27. Boyce et al *Archives Int Med* 1991;151:1109-1114.
28. Appelgren L, Sundström A. Orofaryngeal dysfagi efter stroke- En jämförelse mellan bedsidebedömning och fiberskopisk undersökning av sväljningen. Ma-

- gisteruppsats Karolinska Institutet. Klinisk Vetenskap Enheten för Logopedi och Foniatri. 2001.
29. DePippo, K., Holas, M., Reding M.: The Burke dysphagia screening test: validation of its use in patients with stroke. *Arch Phys Med Rehabil.* 1994 Dec; 75: 1284 – 1286
 30. DePippo, K., Holas, M., Reding M.: Validation of the 3 – oz water swallow test for aspiration following stroke. *Arch Neurol* 1992 Dec; 49: 1259 – 1261
 31. Cichero, JA., Murdoch, BE.: Acoustic signature of the normal swallow: characterization by age, gender and bolus volume. *Ann Otol Rhinol Laryngol.* 2002 jul; 111(7 Pt 1) 623 – 32
 32. Zenner, P., Losinski, D., Mills, R.: Using cervical auscultation in the clinical dysphagia examination in long – term care. *Dysphagia* 1995; 10: 27 – 31
 33. Smith, HA., Lee SH., O’Neill PA., Connolly MJ.: The combination of bedside swallowing assessment and oxygen saturation monitoring of swallowing in acute stroke: a safe and humane screening tool. *Age Ageing.* 2000 Nov; 29 (6): 495 – 9
 34. Lim, SH., Lieu, PK., Phua, SY., Seshadri, R., Venketasubramanian, N., Lee, SH., Choo, PW.: Accuracy of bedside clinical methods compared with fiberoptic endoscopic examination of swallowing (FEES) in determining the risk of aspiration in acute stroke patients. *Dysphagia.* 2001 Winter; 16(1): 1 – 6
 35. Murray J. *Manual of dysphagia assessment in adults.* 1999. Singular Publ Group. San Diego USA
 36. Langmore SE. Evaluation of oropharyngeal dysphagia: which diagnostic tool is superior? *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg.* 2003 Dec; 11(6):485-9.
 37. Millns B, Gosney M, Jack CI, Martin MV, Wright AE. Acute stroke predisposes to oral gram-negative bacilli -- a cause of aspiration pneumonia? *Gerontology.* 2003 May-Jun; 49(3):173-6.
 38. Bitte Ahlborg, Bo Alborn, Jan Andersson, Munhälsa på äldre dagar. Handbok för vårdpersonal
 39. Huckabee ML, Pelletier CA. *Management of Adult Neurogenic Dysphagia.* Singular Publ Group, San Diego 1999
 40. Moerman M, Callier Y, Dick C, Vermeersch H. Botulinum toxin for dysphagia due to cricopharyngeal dysfunction. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2002 Jan; 259(1):1-3.
 41. Lawson G, Remacle M, Jamart J, Kechian J. Endoscopic CO2 laser-assisted surgery for cricopharyngeal dysfunction. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2003 Oct; 260(9):475-80. Epub 2003 May 13.

42. Kelly JH. Management of upper esophageal sphincter disorders: indications and complications of myotomy. *Am J Med.* 2000 Mar 6;108 Suppl 4a:43S-46S.
43. van Overbeek JJ: Meditation on the pathogenesis of hypopharyngeal (Zenker's) diverticulum and a report of endoscopic treatment in 545 patients. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1994 Mar;103(3):178-185.
44. Baldwin DL, Toma AG: Endoscopic stapled diverticulotomy: a real advance in the treatment of hypopharyngeal diverticulum. *Clin Otolaryngol.* 1998 Jun;23(3):244-247
45. Mendelsohn M. A guided approach to surgery for aspiration: two case reports. *J Laryngol Otol.* 1993 Feb;107(2):121-6.
46. Dogget, DL et al. Prevention of Pneumonia in Elderly Stroke Patients by Systematic Diagnosis and Treatment of Dysphagia: An Evidence-Based Comprehensive Analysis of the Literature. *Dysphagia* 16:279-295 (2001).
47. Rebecca J. Stratton, Ceri J. Green and Marinos Elia Disease-related malnutrition : an evidence-based approach to treatment / Wallingford : CABI, cop. 2003
48. Näringsproblem i vård och omsorg - Prevention och behandling, Sos-rapport 2000:11

Beställning

Kontorsservice

Tel: 08-737 49 57; Fax: 08-737 49 59

E-post: informationsmaterial.lsf@sll.se

Postadress: Box 6401, 113 82 Stockholm

Besöksadress: Crafoords väg 2, 1 tr

Rapporter från Medicinskt programarbete är publicerade på:
www.sll.se/mpa



Stockholms läns landsting

FORUM för Kunskap och gemensam Utveckling

Box 6909, 102 39 Stockholm

Telefon 08-737 30 00. Fax 08-737 48 00