

Sväljsvårigheter glöms bort i

Dysfagi, det vill säga sväljsvårigheter, är ett potentiellt livshotande tillstånd som är vanligt efter stroke. Det är därför högst beklagligt och även oansvarigt att rekommendationer avseende behandlingsinsatser och beräkning av resursförstärkning inom dysfagiområdet saknas helt i Socialstyrelsens nya strokeriktlinjer. Detta menar logopederna **Margareta González Lindh**, Gävle sjukhus, och **Margareta Bülow**, Skånes universitetssjukhus, Malmö.

I mars publicerade Socialstyrelsen slutversionen av de nya nationella riktlinjerna för strokevård.¹ Publikationen är en uppdatering av de tidigare riktlinjerna från 2009. Riktlinjerna riktar sig främst till politiker, tjänstemän och verksamhetschefer och är ett underlag för öppna och systematiska prioriteringar inom hälso- och sjukvården.

SVÄLJSVÅRIGHETER VID STROKE

Sväljsvårigheter, dysfagi, är vanligt efter stroke. Beroende på mättillfälle och metod varierar incidensen mellan 43–80 procent i det akuta skedet.² Beroende på skadelokalisation och grad kan sväljsvårigheterna finnas kvar som ett kroniskt problem under många år. Dysfagi har associerats med förlängda vårdtider, malnutrition, uttorkning och död.³ Detta tillsammans med det faktum att nutritionens betydelse för patienter generellt har fått allt större prioritet under det senaste decenniet gör att bedömning av sväljförmåga fått prioriteringsgrad 1 i de nya riktlinjerna. Således högsta prioritet och på samma nivå som till exempel trombolysbehandling. Dysfagi är alltså ett potentiellt livshotande tillstånd och prioriteras därför högt av alla inblandade professioner.

VEM GÖR VAD?

Strokevården ser olika ut i vårt land men gemensamt är att en första sväljscreening görs av strokeavdelningens personal. Logopeder är den yrkesgrupp som är mest kompetent att arbeta med fördjupad bedömning, det vill säga om patienten inte klarar den första sväljscreeningen. Den logopediska utredningen och den behandling som ges, ger de flesta patienter

”Trots flera inkomna remissvar från bland andra Svenska Logopedförbundet som påpekat att det saknas information om rehabilitering vid dysfagi, nöjde man sig alltså med att fastställa ATT det är högsta prioritet att en bedömning av sväljförmågan utförs.”

en förbättrad sväljförmåga och därmed en avsevärt bättre livskvalitet. Så är fallet även internationellt även om undantag finns; i Tyskland är det företrädesvis neurologer som träffar patienter med dysfagi och i vårt grannland Danmark är det arbetsterapeuter. I våra nya svenska strokeriktlinjer verkar man inte ha en aning om vilken yrkesgrupp som ska utföra sväljscreening, fördjupad sväljbedömning, instrumentella bedömningar (sväljröntgen och fiberendoskopisk undersökning FUS) eller sväljträning. Trots flera inkomna remissvar från bland andra Svenska Logopedförbundet som påpekat att det saknas information om rehabilitering vid dysfagi, nöjde man sig alltså med att fastställa ATT det är högsta prioritet att en bedömning av sväljförmågan utförs.



de nya strokeriktlinjerna

TIDIG MOBILISERING

Det är i dag självklart att rehabiliteringen startar tidigt efter insjuknandet i stroke för att förhindra komplikationer och öka förutsättningarna för återhämtning. Ur ett ät- och sväljperspektiv innebär det att när strokeavdelningen signalerat att en patient inte klarat av den första sväljscreeningen görs en fördjupad bedömning av logoped. Den resulterar i rekommendationer om eventuellt behov av alternativ eller komplet-

terande nutrition via naso-gastrisk sond eller PEG. Parallellt initieras sväljträning. Att klara av ett säkert ätande via munnen kräver intensiva behandlingsinsatser under en kortare eller längre tid. Någon rehabilitering vid dysfagi nämns dock tyvärr inte i de svenska strokeriktlinjerna, förutom sensorimotorisk behandling med munskärm som bedöms som ett område inom forskning och utveckling som inte bör göras rutinmässigt på grund av bristande evidens.

TABELL 1. PRINCIPER BAKOM NEUROPLASTICITET ENLIG KLEIM OCH JONES (2008).

PRINCIP	BESKRIVNING
Använd det eller förlora det (use it or lose it)	Funktioner som inte används går förlorade.
Använd det och förbättra det (use it and improve it)	Funktioner som används och utmanas förbättras.
Specificitet	Neural anpassning främjas om behandlingen liknar den funktion som man vill lära in eller förbättra.
Repetition	Repetition av nyinlärd eller ominlärd funktioner krävs för att ge varaktig neural anpassning.
Intensitet	Neural anpassning främjas av att intensiteten i behandlingen överstiger den normala aktivitetsgraden.
Tid	När i tid (efter en skada) behandlingen äger rum påverkar den neurala anpassningen.
Angelägenhet	Neural anpassning främjas av att behandlingen upplevs som meningsfull och ligger nära den funktion man önskar att uppnå.
Ålder	Yngre nervsystem är mer mottagliga för neural anpassning.
Överföring	Neural anpassning i respons till en viss form av behandling kan gagna andra närliggande funktioner som inte är direkt föremål för behandling.
Störning	Neural anpassning kan förhindra önskvärd förbättring av funktioner, till exempel när man tillägnat sig ett bristfälligt kompensatoriskt beteende.

Varför det är viktigare med intensiv rehabilitering för armar och ben än för förmågan att kunna äta och dricka är för de specialiserade logopederna som arbetar med sväljsvårigheter totalt obegripligt!

INTENSIV SVÄLJREHABILITERING

Sväljsvårigheter efter en stroke är i dag en i de flesta fall behandlingsbar – ibland helt botbar – problematik. Ett stort antal olika sväljningstekniker finns att tillgå. Val av behandlingsmetod skall vara individuellt utprovad och baserad på dokumenterad aktuell sväljningsproblematik.

Om vi lyfter blicken från det svenska perspektivet och tittar internationellt ges det till exempel starka rekommendationer för att sväljträning ska påbörjas tidigt både i de australiensiska strokeriktlinjerna⁴ och i de kanadensiska⁵. Patienter med dysfagi ska erbjudas styrke- och färdighetsträning med mat och dryck (efter förmåga) samt indirekt motorisk behandling som baseras på principer för neuroplasticitet [Tabell 1]. Här gäller alltså samma neuroplastiska principer som för övrig så kallad tvärstrimmig muskulatur⁶ och ”Use it or lose it” är nog en princip för muskelträning som de flesta känner och kan relatera till. För att ta ett annat exempel finns i de skotska strokeriktlinjerna⁷ en bilaga med utförliga anvisningar gällande bedömningsinstrument, intervention och nutrition vid dysfagi. Historiskt sett har den absolut vanligaste interventionen för strokepatienter (och alla andra patienter) med dysfagi varit kompensatorisk och bestått av konsistensanpassning: Hostade patienten på tunnflytande dryck förtjockades den. Klarade inte patienten av att bearbeta fast föda så mosades den. Allt för att sväljningen skulle vara så säker



Sväljsvårigheter efter en stroke är en i de flesta behandlingsbar, ibland botbar, problematik.

som möjligt och mat och dryck inte skulle aspireras, det vill säga hamna i lungorna. En åtgärd som alltså temporärt åtgärdade situationen men inte hade någon större effekt avseende förbättring (eller livskvalitet). Konsistensanpassning behövs förstås även i dag men med nya kunskaper om evidensbaserad intensiv sväljträning behöver inte patienten fastna i ett livslångt beroende av enteral sondnäring eller anpassad kostkonsistens utan kan oftast successivt uppgraderas avseende per os-intag och viskositet. Målet med dysfagibehandlingen i dag är inte bara att förbättra sväljförmågan utan också fysiologiska förändringar i den nedsatta sväljmekanismen.



”Patienter med dysfagi ska erbjudas styrke- och färdighetsträning med mat och dryck (efter förmåga) samt indirekt motorisk behandling som baseras på principer för neuroplasticitet.”

Det är därför högst beklagligt och även oansvarigt att rekommendationer avseende behandlingsinsatser och beräkning av resursförstärkning inom dysfagiområdet saknas helt. Detta innebär att personer drabbade av sväljproblem får en kraftigt försämrad livskvalitet på grund av avsaknad av behandlingsmöjligheter.



MARGARETA GONZALEZ LINDH
Leg logoped, Gävle sjukhus. Doktorand vid Institutionen för neurovetenskap/logopedi, Uppsala universitet



MARGARETA BÜLOW
Leg logoped, med dr. VO Bild och funktion, Skånes universitetssjukhus, Malmö

REFERENSER:

1. Socialstyrelsen, Nationella riktlinjer för vård vid stroke. 2018: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20886/2018-3-11.pdf>.
2. Perry L and Love CP. Screening for dysphagia and aspiration in acute stroke: a systematic review. *Dysphagia* 2001; 16(1):7-18.

3. Altman KW, Yu GP and Schaefer SD. Consequence of dysphagia in the hospitalized patient: impact on prognosis and hospital resources. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2010; 136(8):784-9.
4. InformMe, Clinical Guidelines for Stroke Management 2017. 2017: <https://informme.org.au/Guidelines/Clinical-Guidelines-for-Stroke-Management-2017>
5. Hebert D, et al Canadian stroke best practice recommendations: Stroke rehabilitation practice guidelines. 2015.
6. Kleim JA and Jones TA. Principles of experience-dependent neural plasticity: implications for rehabilitation after brain damage. *J Speech Lang Hear Res* 2008; 51(1):S225-39.
7. Audit SSC. Management of patients with stroke: identification and management of dysphagia. 2010.

FÖR DEN SÄRSKILT INTRESSERADE:

- American Heart Association (2016). Guidelines for Adult Stroke Rehabilitation and Recovery - A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. <https://www.aan.com/Guidelines/Home/GetGuidelineContent/744>
- Powers WJ, Rabinstein AA, et al (2018). 2018 Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association.
- Royal College of Physicians (2012). National Clinical Guideline for stroke. Hämtad 12 april 2018. <https://www.strokeaudit.org/Guideline/Historical-Guideline/National-Clinical-Guidelines-for-Stroke-fourth-edi.aspx>