



INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP
OCH HÄLSA

SJUKSKÖTERSKAN INOM DET MULTIDICINÄRA TEAMET FÖR PERSONER MED DYSFAGI EFTER STROKE

Interventioner för säker vård

Åsa Svanberg
Anna Pettersson

Uppsats/Examensarbete:	15hp Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot
Program och/eller kurs:	neurosjukvård
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	VT2022
Handledare:	Birgit Heckemann
Examinator:	Anneli Ozanne

Titel svensk:	Sjuksköterskan inom det multidisciplinära teamet för personer med dysfagi efter stroke – Interventioner för säker vård.
Titel engelsk:	The Nurse in the multidisciplinary team for people with dysphagia after stroke – Intervention for safe care.
Uppsats/Examensarbete:	15hp
Program och/eller kurs:	Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot neurosjukvård
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	VT2022
Handledare:	Birgit Heckemann
Examinator:	Anneli Ozanne
Nyckelord:	Dysfagi, multidisciplinärt team, sjuksköterska, stroke, säker vård

Sammanfattning

Bakgrund: Dysfagi är en vanligt förekommande komplikation efter stroke som kan få stora konsekvenser för den drabbade personen och närstående. Inom strokevården idag förespråkas ett multidisciplinärt arbetssätt för att en säker vård ska uppnås. De individuella rollerna och ansvaret hos de olika professionerna inom dysfagivården är inte tydligt definierade i de svenska riktlinjerna för strokevård och hittills är lite känt om hur sjuksköterskan kan främja en säker vård inom det multidisciplinära teamet.

Syfte: Syftet är att undersöka hur sjuksköterskan inom det multiprofessionella teamet kan främja en säker vård för personer med dysfagi efter stroke.

Metod: Systematisk litteraturstudie.

Resultat: Resultatet baseras på nio artiklar varav åtta med kvantitativ design och en med mixad metod. Fyra teman identifierades varav tre baseras på patientnära interventioner som sjuksköterskan utförde, *Utökad munvårdsrutin – för ökad munhälsa och minskad infektionsrisk*, *Screening – sjuksköterskans preventiva åtgärder för att identifiera dysfagi*, *Fri tillgång till vatten – sjuksköterskeinterventioner som främjar säkert vätskeintag och sväljträning*. Det fjärde temat med inriktning på professionernas möjligheter att ta del av varandras kunskaper inom det multidisciplinära teamet är, *Ökad kompetens om dysfagi – delad kunskap mellan professionerna för en säker vård*.

Slutsats: Ett förstärkt multidisciplinärt samarbete har betydelse för sjuksköterskans arbete och för implementeringen av nya arbetssätt inom stroteamet för att gynna en säker vård för personer med dysfagi.

Nyckelord: Dysfagi, multidisciplinärt team, sjuksköterska, stroke, säker vård.

Abstract

Background: Dysphagia is a common complication after a stroke that can have major consequences for the affected person and their loved ones. In stroke care today, a multidisciplinary approach is advocated for safe care to be achieved. The individual roles and responsibilities of the various professionals in dysphagia care in the Swedish guidelines are not clearly defined. So far, little is known about how the nurse can promote safe care within the multidisciplinary team.

Aim: The purpose is to investigate how the nurse within the multidisciplinary team can promote safe care for people with dysphagia after stroke.

Method: A systematic literature study.

Results: The result is based on nine articles, of which eight with quantitative design and one with mixed method. Four themes were identified, three of these are based on patient-centered interventions performed by the nurse; *Extended oral care routine - for increased oral health and reduced risk of infection*, *Screening - the nurse's preventive measures to identify dysphagia*, *Free access to water - Nursing interventions that promote safe fluid intake and swallowing*. The fourth theme has a focus on the professions' opportunities to share each other's knowledge within the multidisciplinary team; *Increased competence in dysphagia - shared knowledge between the professions for safe care*.

Conclusion: Enhanced multidisciplinary collaboration is important for the nurse's work and the implementation of new working methods within the stroke team that promote safe care for people with dysphagia.

Key words: Dysphagia, multidisciplinary team, nurse, safe care, stroke.

Förord

Denna magisteruppsats inom området för specialistsjuksköterskeexamen i neurosjukvård skrevs under vintern och våren 2021/2022. Det har varit en utmaning i tider av pandemi men digitala lösningar har gjort uppsatsen möjlig. Vi vill tacka vår handledare Birgit Heckemann för fin guidning och stöttning under processen men även varandra för gott samarbete.

Lundsbrunn & Falun, mars 2022.

Anna Pettersson & Åsa Svanberg

Innehållsförteckning

Inledning.....	7
Bakgrund	7
Stroke.....	7
Dysfagi.....	7
Strokevård i Sverige.....	8
Specialistsjuksköterskans roll.....	9
Säker vård.....	10
Samverkan i team	10
Riktlinjer för säker vård.....	11
Hinder för säker vård och samarbete i team	12
Specialistsjuksköterskan i dysfagivården	12
Problemformulering	12
Syfte	13
Metod	13
Design.....	13
Urval	14
Datainsamling.....	14
Kvalitetsgranskning	17
Dataanalys	17
Forskningsetiska överväganden.....	18
Resultat.....	18
Utökad munvårdsrutin – för ökad munhälsa och minskad infektionsrisk	20
Screening – sjuksköterskans preventiva åtgärder för att identifiera dysfagi	21
Fri tillgång till vatten – sjuksköterskeintervention som främjar säkert vätskeintag och sväljträning	22
Ökad kompetens om dysfagi – delad kunskap mellan professionerna för en säker vård.....	22
Diskussion	24
Metoddiskussion.....	24
Resultatdiskussion	26
Utökad munvårdsrutin och munhälsa	27
Screening – att identifiera dysfagi	28

Fri tillgång till vatten	29
Ökad kompetens mellan professionerna	29
Slutsats	30
Implikationer för framtida forskning	31
Referenslista	32
Bilaga 1	38
Bilaga 2	40
Bilaga 3	42
Bilaga 4	44
Bilaga 5	47
Bilaga 6	54

Inledning

Dysfagi är en vanligt förekommande komplikation efter stroke och kan öka risken för bland annat infektion, aspiration, undernäring, lågt vätskeintag och förlängd sjukhusvistelse och död. Förändrad oral motorik vid dysfagi påverkar även den orala hälsan som i sin tur ökar risken för bland annat infektioner. I strokevården förespråkas multidisciplinärt teamarbete och att flera professioner är involverade för att kunna erbjuda en säker vård för personer med dysfagi. Genom att arbeta tillsammans med teamet och personen kan risker identifieras och motverkas, vilket skapar förutsättningar för att ge en säker vård. Inom dysfagivården finns utrymme för specialistsjuksköterskan att arbeta med information, kommunikation, utbildning och hälsofrämjande åtgärder.

Bakgrund

Stroke

Stroke är en sjukdom som orsakas av en tillfällig eller permanent syrebrist i hjärnans vävnad och kan leda till skada eller död av hjärnans celler. I 85 % av fallen orsakas syrebristen av en blodpropp i hjärnans kärl och i 15 % av fallen beror syrebristen på en blödning i hjärnan eller mellan hjärnhinnorna (Richards, 2012). Årligen drabbas miljontals människor i världen av stroke och det leder till stort mänskligt lidande, långa sjukhusvistelser och stora ekonomiska kostnader för samhället (Cohen m.fl., 2016). I Sverige insjuknar årligen mellan 25 000–30 000 personer i stroke, av dessa är mer än två tredjedelar över 70 år. År 2020 avled 6100 personer av stroke i Sverige. Utifrån ett könsperspektiv är det ungefär dubbelt så vanligt att män drabbas av stroke som kvinnor (Socialstyrelsen, 2021a). Symtomen kan bland annat vara pares- eller nedsatt känsel i ena kroppshalvan, nedsatt eller förändrad kognition, huvudvärk, yrsel, kräkning, nedsatt syn, nedsatt eller förlorad tal- eller sväljförmåga (Richards, 2012). Upp till två tredjedelar av de personer som drabbas av stroke utvecklar dysfagi som komplikation. De flesta återhämtar sig inom ett par dagar men hos omkring 10–30 % blir det ett bestående funktionshinder (Cohen m.fl., 2016).

Dysfagi

Dysfagi efter stroke innebär störningar i sväljfunktionen där skador på hjärnans vävnad påverkar den normala sväljanatomin- och/eller fysiologin och kan leda till en rad olika sväljproblem för personen (McGinnis m.fl., 2019). Vanliga problem kan vara svårigheter att svälja olika konsistenser, saliv som läcker ut ur mungipan, att matrester blir kvar i munhålan, känslan av att maten fastnar i halsen, hosta under och efter matintag eller att mat kommer upp och ut genom näsan (Holdoway & Smith, 2020; Hägglund & Nationella arbetsgruppen för stroke, 2019). En vanlig och allvarlig komplikation till dysfagi är aspirationspneumoni, där den rapporterade dödligheten är stor det första året efter en stroke (Werner, 2005). Vid

konstaterad dysfagi, där tillräckligt intag inte kan ges via munnen, ska nasogastrisk sond sättas in tidigt för att säkerställa nutrition och vid kvarstående dysfagi ska perkutan endoskopisk gastrostomi (PEG) anläggas av samma anledning. Forskning pågår även om användning av munskärm och elektrisk stimulering som behandling vid dysfagi (Socialstyrelsen, 2020c).

Sväljsvårigheter kan även leda till ett socialt- och/eller psykiskt lidande för patienten. Måltiden är ett centralt inslag i mångas liv och har en stor betydelse för vårt välmående och när en person berövas den möjligheten kan självbilden påverkas. Personen kan känna sig utesluten ur gemenskapen och det kan i sin tur leda till isolering och skamkänslor kring ätandet (Helldén m.fl., 2018; Jacobsson m.fl., 2000; Ekberg m.fl., 2002). Även närstående påverkas när en person lider av dysfagi och det är viktigt för sjukvårdenspersonal att förstå på vilket sätt personen och de närstående upplever situationen (Davis m.fl., 2021). Inom strokevården initieras rehabiliteringen i ett tidigt skede, redan efter att personen har stabiliserats efter det akuta skedet. För en säker vård ska alla personer genomgå standardiserade bedömningar och från ett personcentrerat synsätt erbjudas träning utifrån behov att träna upp och kunna uppnå och behålla en optimal funktionsnivå (Winstein m.fl., 2016). Ofta finns det stora behov av stöd och information hos de drabbade. Sjuksköterskan har en stöttande roll gentemot personen och de närstående och genom det underlätta i den rehabiliterande processen (Clarke, 2014).

Strokevård i Sverige

I Sverige finns 72 sjukhus som bedriver vård vid akut stroke. Alla sjukhus deltar med statistik och under 2020 vårdades 94 % av strokeinsjuknande personer på strokeenhet, intensivvårdsavdelning (IVA) eller neurokirurgiskavdelning. Under 2020 registrerades 19 997 strokediagnoser och 8 103 episoder av transitorisk ischemisk attack (TIA) (Riksstroke, u.å). Vid akut strokeinsjuknande behöver orsaken identifieras, en röntgen av hjärnan utförs för att se om det finns en ischemi eller blödning. Utifrån röntgenbilderna bedöms om det är aktuellt med trombolys- och eller trombektomi behandling för att återskapa flödet i det tilltäppta kärlet. Tidsfönster för trombolysbehandling är idag 4,5 timmar och för trombektomi upp till 24 timmar efter insjuknandet. Den fortsatta vården inkluderar bland annat kontroll av blodtryck, blodfetter och i utredningssynpunkt, vid ischemi, undersöks även förekomst av förmaksflimmer och stenoser i carotisiskärnen. Förhöjda värden av blodsocker och kroppstemperaturen ingår i de första akuta dagarnas kontrollerna. Läkemedel mot högt blodtryck, trombocyt aggregationshämmare, antikoagulantia och statinbehandling är vanligt förekommande läkemedel efter stroke men en tidig mobilisering och rehabilitering har sannolikt den största effekten på återhämtningen. I sjuksköterskans omvårdnad ingår även översyn av riskområden som exempelvis risk för fall (Norrving & Lindgren, 2020).

På strokeenhet ska det finnas tillgång till ett multidisciplinärt team där bland annat sjuksköterska, undersköterska, läkare, fysioterapeut, arbetsterapeut, dietist, logoped, kurator

och om möjligt psykolog ingår (Socialstyrelsen, 2020b). På enheten finns kompetens att förebygga komplikationer i samband med dysfagi, främst på grund av tidig screening och rutiner med vidare remiss till logopeden om sväljförmågan är påverkad. Logopeden ger omvårdnadspersonalen rekommendationer för fortsatt omhändertagande av personens sväljproblematik. Personen med enteral nutrition ska ges smakportioner med lämpliga konsistenser för att ges möjlighet att träna upp sin sväljförmåga. Enligt behandlingsrekommendationerna för personer med dysfagi ska dietist kontaktas för bedömning av nutitionsinnehåll och energiberäkning samt vid förskrivning av enteral näring via nasogastrisk sond eller PEG. Logopedisk behandling rekommenderas med sväljträning, instruktioner till personen om sväljtekniker, tekniker för kroppshållning och konsistensanpassning. Det finns även rekommendationer om munvård som riktar sig till omvårdnadspersonal i form av regelbunden munvård, bedömning av muntorrhet och slemhinneförändring. Vid avvikelse i munstatus ska remiss skickas till tandläkare eller tandhygienist (Hägglund & Nationella arbetsgruppen för stroke, 2019).

Specialistsjuksköterskans roll

För personal inom hälso- och sjukvården finns sex kärnkompetenser beskrivna (Bilaga 1). Dessa kärnkompetenser finns framställda ur ett omvårdnadsperspektiv för specialistsjuksköterskans profession som ett led i utvecklingen av vården. Kompetenserna är personcentrerad vård, samverkan i team, evidensbaserad vård, förbättringskunskap för kvalitetsutveckling, säker vård och informations- och kommunikationsteknik (Edberg m.fl., 2013). Den alltmer komplexa vården ställer ökade krav på expertkunnande inom vårdens olika områden och specialistsjuksköterskan arbetar som ett led i detta såväl självständigt som tillsammans med det multidisciplinära teamet för att utveckla vården. Som specialistsjuksköterska kan ett arbete med att öka kunskapsnivån hos såväl patienterna som personalen vara viktigt (Ekman & Norberg, 2013). Två av de sex kärnkompetenserna, *säker vård* och *samverkan i teamet*, kommer här närmare presenteras. Dessa aspekter av sjuksköterskans kompetensområde har stor betydelse för personer med dysfagi eftersom det är ett komplext tillstånd som påverkar många delar av en persons liv, både i den akuta och i den rehabiliterande fasen (Davis m.fl., 2021; Wirth m.fl., 2016). Sjuksköterskans arbetsuppgifter i relation till personen med dysfagi är komplex då den rehabiliterande vården förväntas pågå i alla personens moment över dygnet samtidigt som sjuksköterskan är ansvarig för omvårdnaden och övervakningen av personens säkerhet. Sjuksköterskans ibland tunga arbetsbörda kan påverka samarbetet med övriga teammedlemmar och är beroende av en tydlig och relevant kommunikation mellan professionerna (Clarke, 2014). Då det kan förekomma hinder för samverkan kan specialistsjuksköterskan ha ett övergripande ansvar för att stärka samarbete och även arbeta för att involvera personen som en självklar del i teamet (Carlström m.fl., 2013).

Säker vård

Säker vård innebär att riktlinjer och föreskrifter följs för att vården ska ske på ett sådant sätt att patientskador inte uppkommer och i sjuksköterskans arbetsuppgifter ingår att förebygga situationer som kan leda till en vårdskada (Lindh & Sahlqvist, 2012; Öhrn, 2013). I specialistsjuksköterskans arbete ingår att se till att vårdprogram följs och att kunskap om den senaste evidensen finns tillgänglig för verksamheten (Öhrn, 2013). Att upptäcka symtom och tecken på risker för felsväljning ligger i akutskedet på den ansvariga sjuksköterskan och omvårdnadspersonalen (Holdoway & Smith, 2020). Det är viktigt att tecken till felsväljning upptäcks tidigt och utvärderas kontinuerligt under vårdtiden för att minska risken att dysfagi går oupptäckt förbi och utreds först vid tecken till aspirationspneumoni (Werner, 2005). Screeningen är en viktig komponent för säker vård och rätt kompetens och träning behöver finnas hos den som utför screeningen (Dondorf m.fl., 2015). Personer med dysfagi efter stroke riskerar att drabbas av undernäring, uttorkning, infektioner (Cohen m.fl., 2016; Patel m.fl., 2018) och sänkt livskvalitet efter stroke (Patel m.fl., 2018). Upp till en tredjedel av personer med stroke drabbas av luftvägsinfektioner på grund av aspiration (Socialstyrelsen, 2020b) och risken för infektioner leder till försämrad patientsäkerhet (Perry & Love, 2001). Vård på strokeenhet efter strokeinsjuknande för personer med dysfagi minskar risken att drabbas av komplikationer och att avlida i förtid i jämförelse med om de vårdas på annan vårdavdelning (Socialstyrelsen, 2020b). Vid ineliggande vård finns en ökad risk att drabbas av försämrad munhälsa. En försämrad munhälsa gör att bakterier får fäste och samlas i stora mängder och bildar biofilm på munhålans alla ytor. Vid dysfagi kan det vara svårt att hantera saliven och vid aspiration dras saliv och bakterier ner i luftvägarna. De orala bakterierna kan förutom aspirationspneumoni ge andra systemsjukdomar och endokardit (Matsuo, 2016).

Samverkan i team

För personer med dysfagi efter stroke ska vård erbjudas av ett multidisciplinärt team (Jönsson, 2015). Arbetssättet innebär att de olika professionerna arbetar gemensamt med varandra och tillsammans med personen för att skapa en hållbar plan för fortsatt rehabilitering. Arbetssättet kräver att professionerna delar en viss kunskap mellan sig och att de kan lära av varandra (Wirth m.fl., 2016). För personer med dysfagi ska en individuell vårdplan upprättas (Hägglund & Nationella arbetsgruppen för stroke, 2019). Här har logopeden en betydande roll att tillsammans med sjuksköterskan erbjuda dysfagirelaterade åtgärder för att skapa en säker vård (Dondorf m.fl., 2015). En av teamets kärnkompetens är att arbeta mot ett gemensamt mål för personens bästa (Clarke, 2014; Dondorf m.fl., 2015; Ekman & Norberg, 2013). Att teamet har en fysisk närhet till varandra, exempelvis genom att dela samma lokaler på arbetsplatsen, gynnar samarbetet eftersom närheten till varandra uppmuntrar till kommunikation. Även en tydlighet kring rollfördelning i teamet har visat sig ge ett bättre samarbete (Clarke, 2014). Specialistsjuksköterskan ansvarar, tillsammans med det multidisciplinära teamet, för att planering, åtgärder och utvärdering av vården fungerar (Carlström m.fl., 2013). Den grundutbildade sjuksköterskan saknar ofta kunskap om strokerehabilitering (Clarke, 2014). I Sverige finns en digital strokekompetensutbildning riktad till alla professioner som arbetar

med stroke (Socialstyrelsen, 2020c). Det är genom utbildningsinsatser och närheten till det övriga teamet på strokeenheten som sjuksköterskan får till sig nödvändig utbildning om rehabilitering (Clarke, 2014). Ett exempel på det är att logopeden kan utbilda sjuksköterskan och annan vårdnadspersonal för att de ska få en bättre förståelse för hur dysfagi påverkar personen och hur en evidensbaserad och säker vård kan ges (Dondorf m.fl., 2015). Just detta, att logopeden utbildar sjuksköterskan i olika tekniker och handhavandestrategier kring personer med dysfagi har visat sig vara en framgångsrik strategi inom dysfagivården (Smith-Tamaray m.fl., 2011). Att arbeta i team ställer krav på medlemmarnas förmåga att samarbeta och kommunicera och om det uppstår problem kan det påverka vårdens kvalitet (Reeves m.fl., 2017). Gott teamsamarbete ger kortare vårdtider, mindre komplikationer och minskad dödlighet för de som vårdas (Dondorf m.fl., 2015).

Riktlinjer för säker vård

De svenska nationella riktlinjerna för stroke beskriver att sväljscreening ska utföras när en person med misstänkt stroke ankommer till sjukhuset. Vid misstänkt eller påvisad dysfagi behövs ytterligare utredning av logopeden. Däremot saknas beskrivningar om vilken yrkesprofession som ska utföra interventioner och vilken specifik roll sjuksköterskan har. Riktlinjerna vänder sig till beslutsfattare som ger rekommendationer för vård. Utrymme finns för användning av riktlinjerna på såväl nationell, regional som lokal nivå. Via Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) finns Nationella arbetsgruppen för stroke (NAG stroke) som arbetar för att skapa nationella vårdprogram, där bland annat ett beslutsstöd för personer med dysfagi ingår (Socialstyrelsen, 2020c). Kanada, Skottland och Australiens riktlinjer tar också upp att screening av sväljförmågan ska göras av personal med kunskap i utförandet. Andra länders riktlinjer är uppbyggda på ett tydligare sätt för personalen som arbetar inom vården eftersom de beskriver vilken kunskap som krävs för en specifik arbetsuppgift, hur den ska utföras och av vem (Canadian Stroke Best Practices, 2019; Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2010; Stroke Foundation, 2021). Kanadensiska och australiska riktlinjer förespråkar att all omvårdnadspersonal ska ha kunskap om oral hälsa för att minska risken för pneumoni (Canadian Stroke Best Practices, 2019; Stroke Foundation, 2021). De skotska riktlinjerna nämner sjuksköterskan som ansvarig för att säkerställa nutrition- och vätsketillförsel (Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2010). Kanada, Skottland och Australiens riktlinjer beskriver att omvårdnadspersonalen ska ha tillräcklig kunskap om sväljtekniker, konsistensanpassning och positionering för att kunna bedriva en säker vård för personer med dysfagi. Även anhöriga nämns och både de och personen ska erbjudas utbildning, information och delaktighet som ett led i en personcentrerad vård (Canadian Stroke Best Practices, 2019; Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2010; Stroke Foundation, 2021). Även svenska riktlinjer tar upp generellt stöd till närstående vid stroke där dysfagi är en del som kan ingå (Socialstyrelsen, 2020b).

Hinder för säker vård och samarbete i team

I de svenska riktlinjerna är de olika professionernas roller och hur de ska bidra i teamet inte tydligt beskrivna (Socialstyrelsen, 2020c). Om det saknas en tydlig rollbeskrivning över vilken profession som har ansvar för de olika delarna inom den rehabiliterande dysfagivården kan det leda till underdiagnostisering och komplikationer (Wirth m.fl., 2016), vilket inte ger en säker vård. En begränsad förståelse för de andra teammedlemmarnas kunskapsfält kan vara ett hinder för samarbete (Reeves m.fl., 2017). I en studie av Alhamidi m.fl., (2021) visar det sig att över 60 % av sjuksköterskorna inte är bekanta med logopedens område i den akuta vården vilket påverkar följsamheten till logopedens rekommendationer trots att sjuksköterskorna vet att logopeden har en viktig funktion för personer med dysfagi. En annan hindrande faktor kan vara att omvårdnadspersonalen inte har samma uppfattning som logopeden eller att logopedens bedömningar uppfattas som felaktiga (Colodny, 2001; Robbertse & De Beer, 2020). Ytterligare en hindrande faktor för en säker vård är brister i omvårdnadspersonalens kunskaper om dysfagi (Dondorf m.fl., 2015). Personer med dysfagi upplever att logopeden är den enda professionen som kan ge stöd och råd kring dysfagi och upplever sig utelämnade och utan vägledning från sjuksköterskan (Helldén m.fl., 2018). Sjuksköterskor och läkare har varierande kunskaper om hanteringen av dysfagi och det kan leda till brister i kontinuiteten, delvis på grund av svårigheter med terminologin men också på grund av avsaknaden av dysfagiträning (Helldén m.fl., 2018; Robbertse & De Beer, 2020). Det finns en efterfrågan hos sjuksköterskor om mer utbildning kring dysfagi (Dondorf m.fl., 2015).

Specialistsjuksköterskan i dysfagivården

Specialistsjuksköterskan kan arbeta för ökat samarbete i teamet och se till att rätt kompetensnivå finns hos personalen för att säkerställa att säker och evidensbaserad vård kan erbjudas genom att lyfta frågans aktualitet för personer med ledande befattning inom verksamheten (Öhrn, 2013). I England och USA finns en dysfagispecialistroll för sjuksköterskan utvecklad för att höja utbildningsnivån och samordna vården kring dysfagi (Werner, 2005). Via logopedkliniken på Danderyds sjukhus i Stockholm finns en frivillig utbildning, den enda i Sverige, för sjuksköterskor i dysfagi. Målet är att det ska finnas en dysfagisjuksköterska på varje skift för att öka patientsäkerheten och att minska andelen personer som inte får äta via munnen och säkerställa att personerna får sina läkemedel administrerade på ett korrekt sätt (Danderyds sjukhus, 2014; Neurologi i Sverige, 2014).

Problemformulering

I det multidisciplinära teamet runt personer med dysfagi efter stroke arbetar olika professioner vilket gör området komplext. Kunskapsluckor om dysfagi och dysfagivård hos omvårdnadspersonalen som vårdar personen dygnet runt kan leda till att brister i patientsäkerheten uppkommer om logopedens rekommendationer inte följs. Vid dysfagi finns flertalet risker som behöver förebyggas av omvårdnadspersonalen, så som infektioner,

försämrad munstatus, dehydrering och undernäring. Korrekt hantering och agerande för att undvika dessa tillstånd ligger inom sjuksköterskans profession. I det dagliga arbetet behöver risker motverkas och preventivt arbete utföras och kunskap om detta måste finnas för att säker vård ska kunna erbjudas. I Sverige finns idag ingen nationell vidareutbildning inom dysfagi för sjuksköterskor och rollen är därför inte etablerad som del i det multidisciplinära teamet. I teamet kan det saknas medvetenhet om varandras professioner och specialistsjuksköterskan kan då i sin funktion vara en brygga för kunskap mellan professioner i teamet och på så sätt höja kunskapen och kvaliteten i vården.

Syfte

Syftet med den systematiska litteraturgenomgången är att undersöka hur sjuksköterskan inom det multiprofessionella teamet kan främja en säker vård för personer med dysfagi efter stroke.

Frågeställningar

1. Hur kan sjuksköterskan i det multidisciplinära stroketeamet genom interventioner främja en säker vård för personer med dysfagi efter stroke?
2. Hur kan teamet ta del av varandras kunskaper och interventioner för att främja en säker vård för personer med dysfagi efter stroke?

Metod

Design

Denna systematiska litteraturöversikt har sin utgångspunkt i deduktiv ansats som enligt Polit och Beck (2021) utgår från teorier eller befintlig kunskap. De teoretiska begreppen i denna studie är *säker vård* och *samverkan i team*. I enlighet med Bettany-Saltikov och McSherry (2016) och Harden och Thomas (2005) utgår den aktuella litteraturöversikten från en strukturerad fråga, ett systematiskt urval och analys av relevanta originalartiklar.

Litteraturöversikten skapar en översikt över aktuell forskningen inom området. Harden och Thomas (2005) beskriver att det ställs höga krav på kvaliteten på en översikt genom att den ska leverera korrekta slutsatser såväl från de enskilda studierna som från den sammanställande processen genom hela litteraturöversikten. I den aktuella litteraturöversikten följs förutbestämda principer i enlighet med Bettany-Saltikov och McSherry (2016) och Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU, 2020) för att minska risken att slumpen eller egna värderingar påverkar resultatet.

Urval

Innan sökningen i databaserna påbörjades var tydliga inklusions- och exklusionskriterier fastställda enligt Bettany-Saltikov och McSherry (2016).

Inklusionskriterier

- Artiklar som beskriver interventioner inom dysfagivården vid stroke som involverar sjuksköterskan och teamet.
- Artiklar som inkluderar dysfagi vid andra tillstånd och inkluderar stroke.
- Originalartiklar i form av kvantitativ- och kvalitativ forskning.
- Artiklarna som är peer-reviewed granskade.
- Artiklarnas språk är svenska eller engelska.
- Sjuksköterskan kan inkluderas i omvårdnadspersonalen.
- Artiklarna har ett etiskt godkännande.
- Artiklarna undersöker personer över 18 år.

Exklusionskriterier

- Artiklar med enbart dysfagi av annan orsak än stroke.
- Sekundärkällor i form av reviewer, guidelines eller beslutsstöd.
- Artiklar med fallbeskrivningar.

Datainsamling

Sökningen efter artiklarna utfördes i vetenskapliga databaser, i föreliggande fall Cinahl och PubMed mellan december 2021 och januari 2022. Specifika och genomtänkta sökord hjälpte författarna att ringa in ett avgränsat antal artiklar som på ett logiskt sätt svarade på syftet. Sökorden baseras på population (*P*), intervention eller exponering (*I/E*), studiens utfall (*O*) och typ av studie (*T*). Genom att kriterierna baseras på ramverk för PI/EO kommer sökorden att representera den önskade sökningen (Bettany-Saltikov&McSherry, 2016). För att hitta relevanta sökord utifrån PI/EO i den aktuella litteraturoversikten användes resurser från Universitetsbibliotekets bibliotekarie i denna process. Detta ledde fram till att i PubMed användes MeSH-termer och synonyma ord med blocksökningar för att beskriva *dysfagi*, *stroke*, *sjuksköterskans omvårdnad*, *multidisciplinärt team* och *patientsäkerhet/säker vård*. Det blev till slut två söksträngar i PubMed. Den första sökningen (bilaga 2) genomfördes med termer för *stroke*, *dysfagi*, *sjuksköterskans omvårdnad* och *multidisciplinärt team*. I den andra sökningen (bilaga 2), användes frassökning med ord för *stroke*, *dysfagi*, *sjuksköterskans omvårdnad* och *patientsäkerhet/säker vård*. Anledningen till att det blev två söksträngarna var att en sammanslagning av sökorden för patientsäkerhet/säker vård och multidisciplinärt team gjorde att flera relevanta träffar föll bort. Frassökning användes efter rekommendation från bibliotekarien då sökningen annars gav många irrelevanta träffar. I Cinahl (bilaga 3), gjordes en söksträng bestående av Cinahl-Headings och synonyma ord för *dysfagi*, *stroke*,

sjuksköterskans omvårdnad och multidisciplinärt team med begränsning “peer-reviewed” och artiklar enbart på engelska (inga artiklar fanns på svenska). I denna sökning valdes inte sökord för *säker vård* att tas med då det inte tillförde nya träffar.

Studier som inkluderas baserades på om de svarar på syftet (Bettany-Saltikov & McSherry, 2016). För att hitta artiklar som skulle ingå i litteraturöversikten användes återigen PI/EO (T)-ramverket, denna gång genom att göra om kriterierna till frågor som ställdes till den lästa texten. Urvalet av artiklarna gjordes genom att texterna lästes med dessa frågor i åtanke:

P= Finns sjuksköterskan inom det multidisciplinära stroketeamet beskriven?

I/E= Finns interventioner beskrivna som sjuksköterskan i det multidisciplinära stroketeamet runt personer med dysfagi utför?

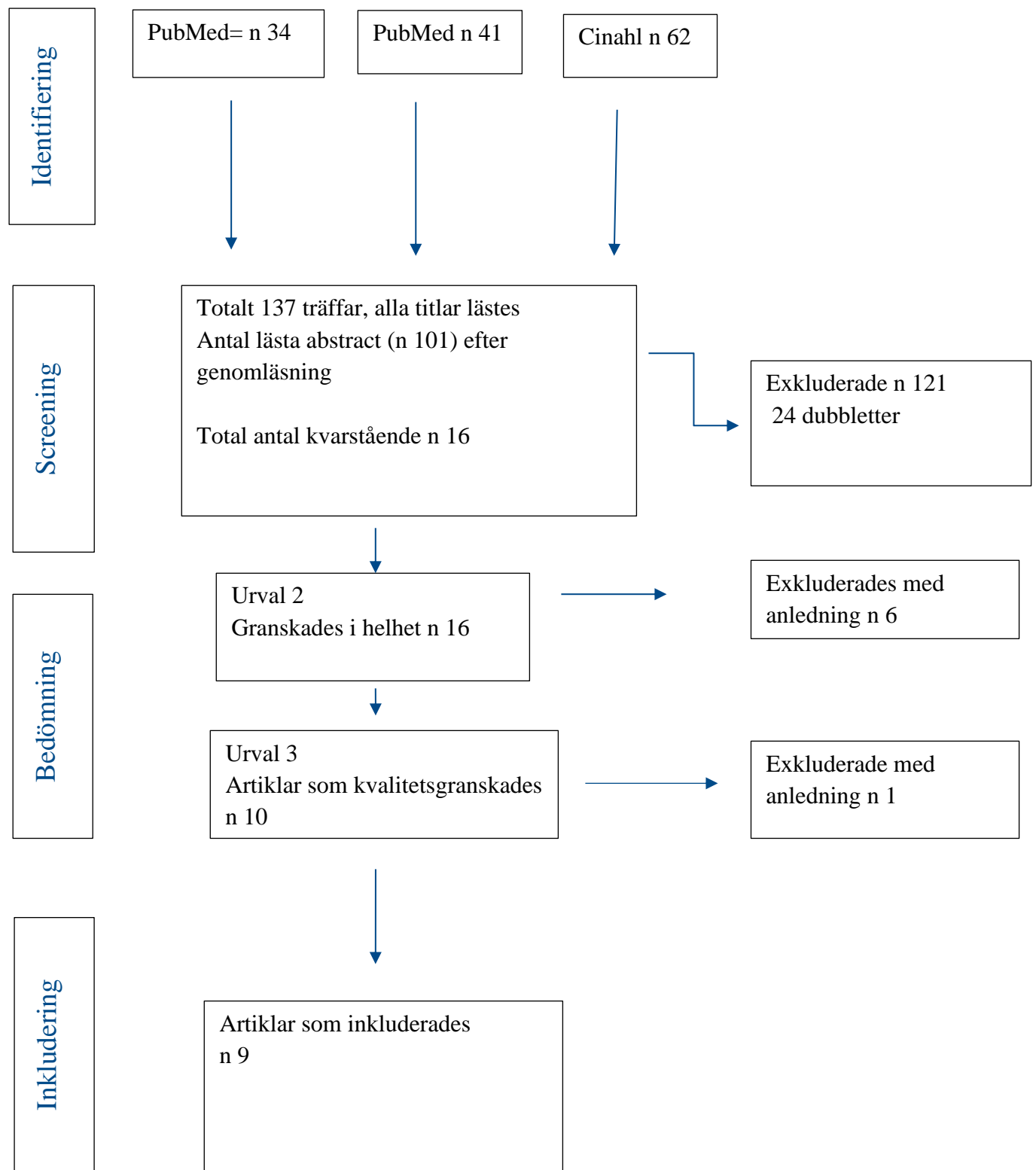
O= Får interventionen effekt på säker vård i form av exempelvis minskad risk för komplikationer?

T = Typ av studie. Finns etiskt godkännande?

Initialt fanns 137 träffar där alla titlar lästes, efter genomgång av 101 abstract kvarstod 16 artiklar till andra urvalet. Exkluderade artiklar med anledning presenteras i bilaga 4. Efter tredje urvalet kvarstod nio artiklar, se Figur 1 PRISMA flödesdiagram samt tabell i bilaga 5 för utförlig information inkluderade artiklar.

Figur 1

PRISMA Flödesdiagram



Kvalitetsgranskning

Artiklarna som kvarstod i tredje urvalet granskades med lämplig mall för respektive studie utifrån SBU:s granskningsmallar (SBU, 2020) för att kunna bedöma studiernas kvalitet. Syftet med granskningen var att bedöma studiens evidensgrad genom att bedöma risken för snedvridning av resultatet, så kallat bias. Granskningen ska om möjligt ske av två granskare för att minska risken för subjektiv bedömning (SBU, 2020). I den aktuella litteraturöversikten har granskningen utförts av båda författarna var för sig och sedan har bedömningarna diskuterats gemensamt. Kvaliteten på olika studier och vilken kvalitetsnivå författaren godkänner syftar till att säkerställa trovärdigheten i det aktuella arbetet (Bettany-Saltikov & McSherry, 2016). I kvalitetsgranskningen var det en studie som föll bort. Den gemensamma bedömningen var att de inkluderade studierna hade måttlig risk för bias. Resultatet av granskningen finns presenterat i tabellen för inkluderade studier (bilaga 5).

Dataanalys

Allt resultat ska presenteras i resultatdelen, även det som för författarna inte är önskvärt resultat för att få en så rättvis bild av verkligheten som möjligt (Bettany-Saltikov & McSherry, 2016). Extraktionen av data gjordes på ett systematiskt sätt med hjälp av en mall lånad av Bettany-Saltikov och McSherry (2016) som baseras på PI/EO -kriterierna. I mallen ingick uppgifter om studiens syfte, urval, studiedesignen, metod, resultat och kvalitet. Relevanta delar av resultatet färgkodades för att på ett överskådligt sätt kunna plocka ut de delar som svarade på syfte och frågeställning. Det sammanfattade materialet användes för att sammanställa resultatet med hjälp av en narrativ syntes som enligt Bettany-Saltikov och McSherry (2016) kan användas när studiernas inbördes metoder eller resultat inte är tillräckligt lika eller pekar åt olika håll för att kunna sammanställas i en metaanalys eller metasyntes.

Tillvägagångsätt:

- Artiklarna lästes enskilt och av båda författarna och det i resultatet som svarade på vårt syfte och frågeställning färgkodades och sammanfattades.
- Det färgkodade materialet diskuterades och jämfördes av författarna tillsammans och ur detta framkom fyra teman.
- Artiklarnas olika delar sorterades in under respektive tema och på så sätt framkom resultatet.
- Tre tabeller finns för att tydliggöra resultatet. Den första tabellen i uppsatsen (tabell 1) beskriver övergripande teman i resultatet och från vilka artiklar olika teman framkom. Den andra tabellen med de inkluderade artiklar (bilaga 5) sammanfattar studiernas innehåll och kvalitet och den tredje tabellen (bilaga 6) beskriver extraherade data och teman utifrån inkluderade artiklars resultat. Enligt Bettany-Saltikov och McSherry,

2016 och SBU (2020) ska tabellerna användas för att läsaren av litteraturöversikten på egen hand ska kunna härleda hur resultatet är framtaget.

Forskningsetiska överväganden

Etiskt godkännande måste ges för att forskning ska få bedrivas och inget etiskt godkännande kan beviljas i efterhand för redan gjord forskning (Etikprövningsmyndigheten, 2021b). I den aktuella litteraturöversikten var en av de första delarna som undersöktes om det fanns ett etiskt godkännande i studierna. Etiska aspekter inom forskningen är ett viktigt område som syftar till att säkerställa att forskningen som bedrivs går att lita på och att ingen människa kommer till skada. Forskning som utförs måste utgå från lagar och regler (Etikprövningsmyndigheten, 2021a). I Sverige regleras det enligt Lag om etikprövning av forskning som avser människor (SFS 2003:460) där 1§ beskriver att lagen ska utgå från människovärde och samtycke till forskning. Etikprövningsmyndigheten kontrollerar bland annat att känsliga uppgifter behandlas säkert. Genom etikprövning ökar trovärdigheten för forskningen (Etikprövningsmyndigheten, 2021a). Det har varit viktigt att sträva efter att nå en trovärdighet i den aktuella litteraturöversikten. Vid stroke kan kommunikativa och kognitiva förmågor vara påverkade, något som är viktigt att ta med i beaktande vid etiska överväganden. Cöster (2014) och Polit och Beck (2021) lyfter att för grupper i samhället som är mer utsatta ska det säkerställas att forskningen inte kommer orsaka försökspersonerna skada. I den aktuella systematiska litteraturöversikten förekommer det retrospektiva studier i form av journalgranskning. Förutsatt att etiskt godkännande fanns för studierna och att personuppgifter inte röjdes så inkluderades dessa trots att informerat samtycke saknades då forskningen byggde på redan utförda interventioner. Enligt Polit och Beck (2021) kan forskare göra en risk/nytta-analys i sin forskning. Risken/nyttan i den aktuella litteraturöversikten kan i detta fall med journalgranskningar ses som att interventionen redan var utförd och resultatet kunde vara till nytta för säker vård vid dysfagi.

Som författare till en systematisk litteraturöversikt är det av vikt att varsamt hantera de enskilda studiernas etiska komponenter och att iaktta noggrannhet när analys och syntes av studierna ska göras för att inte skada, förvanska eller plagiera någon annans resultat (Cöster, 2014). I den aktuella litteraturöversikten har sökvägarna och strategierna redovisats för urvalet av artiklar. Validerade granskningsmallar har använts vid kvalitetsbedömning av de enskilda studierna. Resultatet har redovisats genom sammanfattningar av innehållet i tabeller och text och som författare har det bästa gjorts för att inte missförstå eller förvanska resultatet.

Resultat

Resultatet i uppsatsen är baserat på nio studier. Åtta studier använder sig av kvantitativ ansats och en studie använder sig av mixad metod. De inkluderade artiklarna är publicerade mellan 2005–2019 och var utförda i Australien (n=3), England (n=2), USA (n=2), Sydafrika (n=1) och Italien (n=1). Se bilaga 5 för inkluderade artiklar.

Alla studierna påvisade att ny kunskap och nya arbetssätt implementerats genom multidisciplinära samarbeten. Utifrån de två frågeställningarna (1) hur sjuksköterskan i det multidisciplinära stroteteamet genom interventioner kan främja en säker vård för personer med dysfagi och (2) hur teamet kan ta del av varandras kunskaper och interventioner för att främja en säker vård presenteras resultatet.

Fyra teman framkom i analysen: *Utökad munvårdsrutin – för ökad munhälsa och minskat infektionsrisk*, *Screening – sjuksköterskan preventiva åtgärder för att identifiera dysfagi*, *Fri tillgång till vatten – sjuksköterskeintervention som främjar säkert vätskeintag och sväljträning*, *Ökad kompetens om dysfagi – delad kunskap mellan professionerna för en säker vård*. Tre teman baseras på patientnära interventioner som sjuksköterskan utför och besvarar frågeställning 1. Det fjärde temat är inriktat på professionernas möjligheter att ta del av varandras kunskaper inom det multidisciplinära teamet och besvarar frågeställning 2 (tabell 1).

Tabell 1

Översikt över inkluderade artiklar med beskrivning av övergripande teman baserat på de inkluderade studiernas resultat

	Patientnära interventioner som främjar en säker vård (1)			Profession – hur kunskaper kan delas (2)
Studie	Utökad munvårdsrutin – för ökad munhälsa och minskad infektionsrisk	Screening – sjuksköterskans preventiva åtgärder för att identifiera dysfagi	Fri tillgång till vatten – sjuksköterskeintervention som främjar säkert vätskeintag och sväljträning	Ökad kompetens om dysfagi – delad kunskap mellan professionerna för en säker vård
Kenedi m.fl. (2019).			(1)	
Middleton m.fl. (2019).		(1)		
Murray och Scholten (2018).	(1)			

Seedat och Penn (2016).	(1)		(1)	
Gandolfi m.fl. (2014).				(2)
Ilott m.fl. (2014).				(2)
Lee Titsworth m.fl. (2013).		(1)		
Middleton m.fl. (2011).		(1)		
Rosenvinge och Starke (2005).				(2)

(1) Artiklar ur temat patientnära interventioner, (2) Artiklar ur temat delad kunskap mellan professioner

Utökad munvårdsrutin – för ökad munhälsa och minskad infektionsrisk

Temat sammanfattar artiklar där munvårdens betydelse har undersökts, detta tema inkluderar *utökad munvårdsrutin – för ökad munhälsa och minskad infektionsrisk* (tabell 1). En utökad munvårdsregim där sjuksköterskan utförde munvård flera gånger dagligen beskrevs som framgångsrikt för att minska risken för aspirationspneumoni och öka den generella munhälsan. Munvård är en viktig del i sjuksköterskans dagliga omvårdnadsarbete men att lyfta fram det som en särskilt viktig aspekt vid dysfagi gynnar en säker vård.

Seedat och Penn (2016) föreslog att en mer omfattande munvårdsrutin, som förhindrade uppbyggnaden av gram-negativa bakterier i munhålan, kunde minska risken för komplikationer i form av pneumoni. I studien lät de sjuksköterskorna utföra daglig munvård och rengöring av munnen och tungan innan vattenintag. Inget vatten fick serveras 30 minuter innan eller 30 minuter efter måltid. Ingen i gruppen som fick extra munvårdsinsatser utvecklade pneumoni under studiens gång. Av de patienter som fick pneumoni fanns alla i kontrollgruppen (7 av 23), vilket motsvarar de som fick sporadisk munvård innan införandet av protokollet. Även Murray och Scholten (2018) undersökte hur ett protokoll för utökad munvård kunde öka patienternas munhälsa. Protokollet innefattade tandborstning med

tandkräm efter frukost och på kvällen samt att skölja munnen efter lunch under uppsikt eller med hjälp av sjuksköterskan. Innan studien ingick tandborstning bara en gång per dag och då på morgonen. Efter en vecka med förstärkt munvård för patienterna ökade munhälsan med minst 1 poäng på The oral health assessment tool (OHAT) hos 59 % (7 av 12) av patienterna med dysfagi. Förändringen av munhälsa speglades inte för gruppen utan dysfagi. Ingen av deltagarna i studien utvecklade pneumoni under studiens gång.

Screening – sjuksköterskans preventiva åtgärder för att identifiera dysfagi

Screening för att hitta sväljsvårigheter hos patienter med stroke bör göras innan patienten får någonting via munnen eller inom fyra timmar från ankomst till sjukhuset. I detta avsnitt som inkluderar temat *Screening – sjuksköterskans preventiva åtgärder för att identifiera dysfagi* (tabell 1) beskrivs vikten av en bra rutin gällande screeningen för att minska risken för komplikationer till följd av dysfagi.

Lee Titsworth m.fl. (2013) undersökte hur ett förändrat screeningförfarande, där sjuksköterskan inkluderades, kunde minska risken för vårdrelaterad pneumoni. Efter implementeringen av den förändrade screeningen ökade antalet screenade patienter signifikant från 39,3 % (663 av 1686) till 74,2 % (481 av 648) och under studieperioden steg antalet konsultationer till logopeden från 153 till 179 per månad. Signifikant var att sjuksköterskan självständigt skrev 21 fler remisser till logopeden per månad under studieperioden. 11,5 % av remisserna till logopeden gjordes av sjuksköterskan. Logopederna uppfattade remisserna som meriterande om de kom från sjuksköterskorna och det innebar ingen extra börda för deras del. Det sågs också en signifikant minskning av antalet fall av pneumoni från 6,5 % till 2,8 % efter implementeringen och patienterna löpte 57 % lägre risk för vårdrelaterad pneumoni efter införd intervention. En andra analys gjordes då screeningen inte var komplett för alla personer. Vid jämförelse mellan screenade och oscreenade patienter, oavsett om de var före eller efter interventionen, hade screenade personer mindre risk för pneumoni.

Middleton m.fl. (2011) beskrev att personer i en interventionsgrupp där sjuksköterskor fått utbildning i screening i signifikant större utsträckning sväljscreenades vid ankomst till sjukhusets strokeenhet. I studien ingick även ett protokoll för kontroll av hyperglykemi och kroppstemperatur. Förekomsten av aspirationspneumoni skilde sig inte signifikant mellan kontroll- och studiegrupp. Inför implementering av protokollet genomgick sjuksköterskor och de andra professionerna i stroketeamet ett arbete för att stärka sammanhållningen i gruppen och alla sjuksköterskor fick ett utbildningsprogram i dysfagiscreening med hjälp av en DVD som var framtagen av en logoped för just denna implementering. Det ingick även en kompetensbedömning innan sjuksköterskor fick utföra sväljscreening. Den teoretiska delen bestod av ett skriftligt test och det kliniska testet skulle utföras på tre personen och bedömdes av logopeden. I en andra analys av Middleton m.fl. (2019) undersöktes återigen de tre parametrarna, förhöjd kroppstemperatur, förhöjd p-glukos och nedsatt sväljfunktion, och hur dessa kunde relateras till oberoende till aktiviteter i det

dagliga livet (ADL) efter stroke. I studien framkom att sväljscreening eller sväljbedömning inom 24 timmar gav en signifikant större chans till oberoende i ADL efter 90 dagar.

Fri tillgång till vatten – sjuksköterskeintervention som främjar säkert vätskeintag och sväljträning

Patienter med dysfagi rekommenderas ofta att inte dricka tunn dryck och blir i stället hänvisade till att dricka konsistensanpassat. I detta tema som inkluderar *fri tillgång till vatten – sjuksköterskeintervention som främjar säkert vätskeintag och sväljträning* (tabell 1) tas möjligheten att ge patienterna fri tillgång till vatten mellan måltiderna upp för att öka välbefinnande, öka mängden intagen vätska och för att stimulera sväljningen.

I en studie av Kenedi m.fl. (2019) beskrevs hur sjuksköterskor och annan omvårdnadspersonal med hjälp av ett multidisciplinärt framtaget fritt-vattenprotokoll gav patienterna tillgång till vatten och is under arbetspasset. Personalen hade fått tillgång till en utbildning av logopeden för att öka kunskapen om interventionen som skulle undersökas. Ingen skillnad i positiva kliniska utfall kunde dock ses mellan gruppen som fått tillgång till vatten jämfört med kontrollgruppen. Negativa kliniska händelser, som också mättes, skedde för sällan för att visa på någon signifikant skillnad mellan grupperna i utfall. Inte heller några skillnader i förekomst av pneumoni kunde ses. 15 personer kunde följas vidare till rehabiliteringsavdelning där 83 % (5 av 6) i kontrollgruppen och 89 % (8 av 9) i experimentgruppen fick en dietuppgadering. Av de som på akutvårdsavdelningen inte fått äta via munnen var det 67 % (2 av 3) i kontrollgruppen och 100 % (9 av 9) i experimentgruppen som hade kunnat uppgadera till oralt intag efter utskrivning till rehabiliteringsavdelningar. Seedat och Penn (2016) gav i sin studie också experimentgruppen tillgång till vatten mellan måltiderna men i motsats till vad de trodde sig skulle finna konsumerade inte deltagarna i experimentgruppen mer vatten än de i kontrollgruppen. Däremot fanns en signifikant ökning av vätskeintaget ju längre patienten deltog i interventionen.

Ökad kompetens om dysfagi – delad kunskap mellan professionerna för en säker vård

Studierna i detta tema har specifikt undersökt ett kunskapsutbyte mellan professioner. Temat, som inkluderar *ökad kompetens om dysfagi – delad kunskap mellan professionerna för en säker vård* (tabell 1) tar upp utbildningsinsatser som baseras för att stärka sjuksköterskans arbete med en säker vård. Ett nytt arbetssätt kräver ofta samarbete mellan yrkesprofessionerna både för utveckling av nya rutiner och införandet av nya arbetssätt.

Rosenvinge och Starke (2005) undersökte hur sjuksköterskans följsamhet till logopedens sväljrekommendationer kunde förbättras genom ett förändrat arbetssätt som innefattade bildandet av en multidisciplinär grupp och utbildning i dysfagi för sjuksköterskor. Det blev en signifikant ökad följsamhet till rekommendationerna gällande konsistensanpassning av vätska, mängd mat given, generella sväljråd och övervakning vid måltid efter

implementeringen av den nya rutinen. Det blev inga signifikanta skillnader gällande kostmodifiering och individuella sväljstrategier. Det fanns en total följsamhet till sväljrekommendationerna för de personer som inte fick äta något via munnen. Innan intervention fanns en följsamhet på 51,9 % till rekommendationerna som ökade till 73,3 % efter interventionens införande. Förbättring i följsamheten kunde ses på alla avdelningar utom på den kirurgiska. Även Gandolfi m.fl. (2014) utvärderade ett multidisciplinärt protokoll för att förbättra vården för patienter med dysfagi. Studien visade att patienterna som behandlats med protokollet hade en signifikant lägre risk för sjukhusinducerad död, pneumoni, behov av andningsstöd och sondmatning vid utskrivning från sjukhuset men när data justerats mot kön, tidigare stroke eller tia, demens, dysartri, typ av stroke och funktionsförmåga vid inskrivning fanns inga skillnader mellan grupper gällande dödlighet och sondmatning vid utskrivning. Det fanns ett högre risk för de personer som inte behandlades med protokollet att utveckla en pneumoni som krävde antibiotikabehandling även om det inte fanns en påvisbar skillnad i antalet som utvecklade pneumoni mellan grupperna.

Ilott m.fl. (2014) undersökte hur tillgången till en e-utbildning på arbetsplatsen för sjuksköterskor och övrig omvårdnadspersonal kunde öka kunskaperna om dysfagi och omvårdnad vid tillståndet. Efter utbildningen sågs en mer positiv syn på dysfagi och omvårdnad och det upplevdes inte lika krångligt att hantera. Även logopedens rekommendationer blev mindre ifrågasatta. Exempel som deltagarna tog upp var att de fått mer kunskap om symtom och tecken till dysfagi och hur aspirationsrisk kunde upptäckas. Även röstpåverkan i samband med måltid och tecken till undernäring och dehydrering samt hur detta skulle hanteras sågs som relevant kunskap som erhöles. Munvård ur en infektionsaspekt, positionering och vakenhet vid måltider och hur sväljprocessen fungerar framkom som gynnande kunskaper som lyftes i utbildningen. De tre digitala utbildningarna tillförde relevant kunskap enligt mer än 75 % (24 av 32) av deltagarna och över 90 % (29 av 32) uppgav utbildningen som relevant för deras profession. Hälften av deltagarna beskrev den praktiska delen med konsistensanpassning som viktig. Läkemedelshandlingen vid sond och PEG och hur det skulle ske på ett säkert sätt behandlades också i utbildningen. Deltagarna ansåg att deras nyförvärvade kunskaper gjorde att de fick mer självförtroende att utbilda andra, både annan personal och närstående i dysfagi eftersom de fått en ökad förståelse för hur patienten och personer i dess närhet påverkades av tillståndet. Sjuksköterskorna upplevde en ökad trygghet hos den övriga omvårdnadspersonalen i hantering av konsistensanpassningar. Efter utbildningen märkte andra yrkesprofessioner i stroteteamet, fysioterapeut och logoped, ingen förändrad kunskap och förbättrad hantering vid dysfagi.

Diskussion

Metoddiskussion

Valet att skriva en systematisk litteraturöversikt föll sig naturligt för att uppnå en bred överblick över forskningsfältet inom dysfagi och interventioner som är användbara för sjuksköterskans profession. Bettany-Saltikov och McSherry (2016) menar att en systematisk litteraturstudie är ett bra sätt för att sammanställa aktuell forskning inom ett specifikt område och det anses vara ett bra sätt att arbeta fram evidensbaserade arbetssätt inom vården. Alla inkluderade artiklar är kvantitativa, utom en artikel som använder sig av mixad metod. Om kvalitativa studier hade hittats och inkluderats hade det förmodligen tillfört en annan dimension av ämnet ur aspekten upplevelser av teamarbete. Att mäta säker vård genom upplevelser tror dock författarna till denna studie är svårt och inte lika tillförlitligt som att mäta med kvantitativ metod. Därför ses det som en styrka att den aktuella litteraturöversikten baseras på kvantitativa data. En tanke som väcktes var att i båda studierna av Middleton m.fl. (2011) och Middleton m.fl. (2019) undersöks sväljscreening men även hyperglykemi och kroppstemperatur vilket kan ha påverkat det totala patientutfallet. Dock är statistik för sväljscreeningen redovisat separat och därför anser författarna till litteraturöversikten att analysen kan ingå som del i resultatet.

Vald ansats är deduktiv där litteraturöversikten är förankrat i två kärnkompetenser som teoretiska begrepp, *säker vård* och *samverkan i team* (Edberg m.fl., 2013). En studie med deduktiv ansats kan ha sin utgångspunkt i ett begrepp som en grund för empirisk prövning (Rienecker m.fl., 2018). De undersökta interventionerna, munvårdsrutin, screening, fri tillgång till vatten och kunskapsutbyte mellan professionerna, testades mot begreppen *säker vård* och *samverkan i team*.

Sökningarna gjordes i databaserna Cinahl och PubMed men även i SpeechBITE som är en databas riktad mot logopedi. Sökning i SpeechBITE tillförde inget nytt material för vårt syfte men den utökade sökningen säkerställde att ingen relevant forskning förbisågs. Efterhand som sökningarna tog form upptäcktes att urvalet av artiklar som svarade på syftet var begränsat. För att inte begränsa sökningen valde författarna till den aktuella litteraturöversikten att inte inkludera jämförelsegrupp (C=comparison) utan istället använda PI/EO-modellen i litteratursökningen. När sökningarna för multidisciplinärt team och säker vård slogs samman erhöles få träffar och därför delades sökningen upp i två söksträngar. Teamarbete i dysfagivården antas därför inte vara så väl undersökt. Genomgående i arbetet används termen multidisciplinärt team men även andra synonyma termer för ordet har förekommit i genomgången litteratur däribland interdisciplinärt eller interprofessionellt team. Dessa termer är engelska synonymer till Patient Care Team där svenska översättningen är multidisciplinärt team. Svensk sjuksköterskeförening och Svenska Läkaresällskapet (2017) påtalar att det finns flera begrepp som används för team, bland annat tvärprofessionellt, inter- och multidisciplinärt team. Sökord och MeSH-termer för patientsäkerhet användes i sökningen.

Enligt Socialstyrelsen (2020a) ingår patientsäkerhet som en del i termen säker vård. Ett gediget eget arbete, tillsammans med extern hjälp från Universitetsbiblioteket, lades ner på att hitta bra sökord och synonymer vilket ökar trovärdigheten för sökningarnas resultat. En fullständig översikt över litteraturen presenteras då ingen tidsram angavs för inkluderade artiklarna. I de aktuella sökningarna finns inga träffar före 1994 och enligt Langhorne (2021) är den första systematiska översikten som visar en vinst med att vårdas på strokeenhet från år 1993. Det är därför inte förvånande att antalet funna artiklar var begränsat eftersom ämnet fått uppmärksamhet först på senare år. Först under 2000-talet kom riktlinjer som förespråkar vård på speciella enheter för personer med stroke men inte förrän 2014 beskrivs vård på strokeenhet av World Health Organization (WHO) (Langhorne, 2021).

Författarna var till 100 % överens om de inkluderade artiklarna. Artiklarna bedömdes initialt av författarna oberoende av varandra och innehållet diskuterades sedan tillsammans. Det ses som en styrka i den aktuella litteraturöversikten att den oberoende bedömningen var så överensstämmande. Vid granskning av studiernas kvalitet bedömdes samtliga inkluderade studier ha *måttlig* risk för bias. Att båda författarna enskilt bedömer artiklar och sedan diskuterar innehållet ses som en kvalitetsmarkör enligt Bettany-Saltikov och McSherry (2016) och SBU (2020). Urvalet av artiklarna var begränsat och studiedesign och utfallsmått var olika vilket gjorde att ingen generell slutsats kunde dras om vilken typ av intervention som gav bäst utfall för personer med dysfagi för en säker vård. I uppsatsen ingår studier som inkluderar andra orsaker till dysfagi än stroke som till exempel traumatisk hjärnskada (Kenedi m.fl., 2019; Seedat & Penn, 2016). Traumatiska hjärnskador kan ge neurologisk påverkan i jämförelse med stroke (Enblad & Burman, 2020) och det blev därför relevant att inkludera även dessa studier.

Rosenvinge och Starke (2005) har undersökt följsamheten till logopedens rekommendationer på andra avdelningar än strokeenheten. Utifrån uppsatsens syfte att främja säker vård vid dysfagi efter stroke, finns viss risk för validitetsbrister relaterat till annan grundsjukdom som orsak till dysfagi. Polit och Beck (2021) beskriver att avvägningar kan göras för att ge validitet till det som studeras. Likaväl som författarna till ovan nämnda artiklar har gjort bedömningen att dysfagi oberoende av orsak kan studeras tillsammans tog även författarna till denna studie detta beslut. Korrekt hantering av dysfagi är viktigt oberoende av orsak (Holdoway & Smith, 2020; Wirth m.fl., 2016). Antalet personer som undersöks i den aktuella litteraturöversikten inkluderade artiklar varierar mellan 32 och 1696 personer. Polit och Beck (2021) beskriver att storleken på urvalet är av betydelse. Ett litet urval fungerar om gruppen som studeras är liknande men vid större skillnader finns risk att resultatet inte blir representerat. I den minsta studien (Illiot, 2014) med 32 deltagare bedömer författarna att gruppens homogenitet gör att resultatet kan anses giltigt.

Inkluderade artiklar är producerade i en rad olika länder och en tanke som författarna lyfte var om det påverkat resultatet i uppsatsen. Författarna till artikeln av Seedat och Penn (2016) tar exempelvis upp att sjukvårdspersonal i Sydafrika har en varierande grad av tillgång till

journaler och internet vilket kan leda till ojämn fördelning av kunskap till de anställda. Kunskap om rutinmässig munvård var heller inte norm för alla sjuksköterskor på allmänna medicinavdelningar. En annan intressant aspekt var att i vissa länder var det läkaren eller logopeden som traditionellt utförde alla sväljscreeningarna när patienterna kom in till sjukhuset (Gandolfi m.fl., 2014; Lee Titsworth m.fl., 2013). Resultaten från de olika artiklarna går inte helt att överföra till svensk kontext. I Sverige är det en rutin att sjuksköterskan och annan omvårdnadspersonal utför den initiala sväljscreeningen och är ansvariga för att munvård utförs (Hägglund & Nationella arbetsgruppen för stroke, 2019).

Författarna till litteraturöversikten har diskuterat det informerade samtycket för patienterna och hur det kan påverka vården. Cöster (2014) beskriver att personer som drabbats av en akut sjukdom tillhör en sårbar patientgrupp och det måste tas med i beaktandet huruvida deltagarna till fullo förstått informationen. I den aktuella uppsatsen har ett etiskt övervägande gjorts då samtliga artiklar har ett etiskt godkännande men alla artiklar har inte informerat samtycke då vissa var journalgranskningar (Murray & Scholten, 2018; Seedat & Penn, 2016). Polit och Beck (2021) tar upp viktiga aspekter relaterade till etik eftersom detaljerade etiska resonemang inte alltid ges plats i akademiska artiklar på grund av platsbrist. I den föreliggande litteraturöversikten har ett etiskt resonemang pågått även om alla diskussioner inte redovisas.

Som SBU (2020) lyfter kan förförståelse spela in i de överväganden som görs. Författarna i den aktuella litteraturöversikten har dock varit noga med att ta med allt resultat som framkommit i artiklarna, både det som gynnar interventionen och det som visar på motsatsen. Polit och Beck (2021) menar att resultatet ska sträva efter att komma så nära sanningen som möjligt, vilket hela tiden varit intentionen under detta pågående arbete. När tveksamheter funnits kring innehållet i studierna har hjälp tagits av handledaren för att tolka innehållet. Dock finns hos författarna i den föreliggande litteraturöversikten en medvetenhet om att språkkunskaper och varierande kunskaper i de metodologiska tillvägagångssätten kan ha påverkat analysen av originalstudierna.

Resultatdiskussion

Syftet var att undersöka hur sjuksköterskan inom det multidisciplinära teamet kan främja en säker vård vid dysfagi efter stroke utifrån de två kärnkompetenserna, *säker vård* och *samverkan i team*. Fynden i resultatet från de patientnära interventionerna visar att munvård har betydelse för den orala hälsan och att screening är en framgångsfaktor för att tidigt identifiera dysfagi. Det framkom inga risker med införandet av ett fritt-vattenprotokoll som gav patienten fri tillgång till vatten mellan måltider trots dysfagi. Det multidisciplinära teamet finns inkluderat i alla studier, antingen som involverade i implementeringsfasen av de undersökta interventionerna eller som del i utbildningsinsatserna.

Som Wirth m.fl. (2016) beskriver är det viktigt att kunskap delas mellan teammedlemmarna och Socialstyrelsen (2020b) förespråkar multidisciplinärt teamarbete vid strokevård.

Författarna till den aktuella litteraturoversikten upplever att dysfagi främst blir ett samarbete mellan sjuksköterskan och logopeden då flertalet interventioner i resultatet involverar dessa professioner. Fler medlemmar i teamet kan med fördel inkluderas med tanke på exempelvis positionering, måltidssituation och munhälsa för att optimera vården för patienten. Enligt Hommel m.fl. (2013) är kvalitetsutveckling ett viktigt område för specialistsjuksköterskan. Utökad delaktighet hos andra professioner i teamet vid dysfagivård är ett område för kvalitetsutveckling som specialistsjuksköterskan kan arbeta med.

I tre teman, munvårdsrutin, screening och möjlighet till vatten mellan måltider undersöks förekomst av pneumoni som en indikator för säker vård (Kenedi m.fl., Lee Titsworth m.fl., 2013; Middleton m.fl., 2011; Middleton m.fl., 2019; Murray & Scholten., 2018; Seedat & Penn, 2016). Munvård och munhälsan är en viktig aspekt för att undvika risken för pneumoni (Murray & Scholten, 2018; Seedat & Penn, 2016) och Kanadas och Australiens riktlinjer lyfter munvård och kunskap som en del i strokevården (Canadian Stroke Best Practices, 2019; Stroke Foundation, 2021). Screening för att upptäcka dysfagi är den interventionen som förekommer mest frekvent i den undersökta litteraturen. Enligt Hägglund och Nationella arbetsgruppen för stroke (2019) och Dondorf m.fl. (2015) är tidig screening en del i säker vård och en preventiv åtgärd som motverka komplikationer i samband med dysfagi. Screening med validerade instrument beskrivs i alla undersökta riktlinjer (Canadian Stroke Best Practices, 2019; Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2010; Socialstyrelsen, 2020c; Stroke Foundation, 2021).

Utökad munvårdsrutin och munhälsa

I det första temat tar två artiklar upp utökad munvårdsrutin för ökad munhälsa och minskad infektionsrisk (Murray & Scholten, 2018; Seedat & Penn, 2016). Matsuo (2016) beskriver att det är viktigt att arbeta förebyggande med munhälsan för att upprätthålla en säker vård då orala bakterier kan orsaka aspirationspneumoni.

Kanada och Australien beskriver i sina nationella riktlinjer för strokevård att omvårdnadspersonal ska ha en tillräcklig kunskap om munhälsa för att upprätthålla en adekvat munvård (Canadian Stroke Best Practices, 2019; Stroke Foundation, 2021). I det svenska beslutsstödet finns beskrivet att omvårdnadspersonal inom strokevården ska utföra munvård, behandla eventuella avvikelser och ta kontakt med tandhälsan vid behov men beslutstödet redovisar inga krav på förkunskaper (Hägglund & Nationella arbetsgruppen för stroke, 2019). Däremot tar kvalitetsregistret Senior Alert upp att det behövs kunskap och ett systematiskt arbetssätt hos omvårdnadspersonalen för att förebygga risker för infektioner, undernäring och en försämrad livskvalité som en del i en säker vård (Löwhagen, 2020). World Health Organization, (2020) uppger att fluortandkräm och tandborstning två gånger om dagen är något som ska uppmuntras i ett preventivt syfte för en god oral hälsa. Enligt Löwhagen (2020) har 38 % av individerna i registret en ohälsa i munnen som kan hanteras av

omvårdnadspersonal utan remiss till tandvården. I studien av Murray och Scholten (2018) förbättrades munhälsan med små medel som tandborstning två gånger om dagen och att skölja munnen efter lunch. Som Seedat och Penn (2016) belyser är tandborstning en kostnadseffektiv intervention ur ett preventivt syfte. I Sverige drabbas cirka 65 000 personer varje år av en vårdrelaterad infektion (VRI) och genomsnittskostnaden för en genomgången VRI är cirka 100 000 kronor. Ur ett hållbarhetsperspektiv då en infektion, som aspirationspneumoni, klassas som VRI om den uppkommer under vårdtillfället, behöver interventioner som kan motverka aspirationspneumoni främjas. Behandling med antibiotika ger risker för resistensutveckling och därför är det viktigt att arbeta för en säker vård och motverka VRI (Socialstyrelsen, 2021b). Slutsatsen som dras av ovannämnda resonemang är att det finns överrensstämmelser om att interventioner för munhälsa är av betydelse. I de svenska dokumenten som undersökts är det endast Löwhagen (2020) som lyfter kunskapen i utförandet av munvård.

Screening – att identifiera dysfagi

Litteraturöversiktens andra tema belyser screening för att upptäcka dysfagi. Holdoway och Smith (2020) lyfter att omvårdnadspersonal har en viktig funktion i den akuta fasen att uppmärksamma symtom och tecken på dysfagi. I Lee Titsworth m.fl. (2013) studie innebar införandet av ett screeningprogram som sjuksköterskan utförde en stor förändring av rådande arbetssätt, antalet screenade patienter ökade samtidigt som antalet personer som utvecklade pneumoni minskade. I Sverige finns en digital strokekompetensutbildning riktad till professioner inom strokevården (Socialstyrelsen, 2020c) den rekommenderas till alla som arbetar med personer med stroke men är inte obligatorisk. I andra länder som England och USA finns däremot en dysfagispecialistroll riktad till sjuksköterskor (Werner, 2005). Även i studien av Rosenvinge och Starke (2005) beskrivs ett utbildningsprogram för rollen som dysfagi- och nutritionssjuksköterska. Inom ett förbättringsarbete för en säker vård på Danderyds sjukhus har det arbetats fram en dysfagispecialistroll, som innebär att sjuksköterskan ska kunna utföra en sväljbedömning efter avvikande screening (Danderyds sjukhus, 2014; Neurologi i Sverige, 2014. Enligt Pernilla Sjöstrand (personlig kommunikation, 2022, 4 mars) så har utbildningen via Danderyds logopedklinik sedan start utbildat åtta sjuksköterskor. Utbildningen har fallit väl ut och det finns tydliga riktlinjer och mallar. Alla personer som bedömts av en dysfagisjuksköterska får även en uppföljning av en logoped och sjuksköterskan får en återkoppling på bedömningen. Tanken var att det skulle vara möjligt med en nationell utbildning med ett deltagarpar, en sjuksköterska och en logoped, som skulle fortsätta utbilda i sin tur men det blev inte genomförbart då anmälningarna var för få. I studien av Gandolfi et al. (2014) tog sjuksköterskor del av den senaste forskningen för implementering av ny kunskap om dysfagi på arbetsplatsen. Specialistsjuksköterskans utökade kunskaper i bland annat utveckling av vården kan användas som en resurs för vidare utbildning (Ekman & Norberg, 2013).

Screeningverktygen som undersöktes i de olika studierna har skillnader i utförandet. I Lee Titsworth m.fl (2013) studie användes verktyget Modified Nursing Dysphagia Screen

(MNDS) av sjuksköterskor och innefattar en objektiv bedömning av sväljförmågan då ingen vätska ges. Detta gör testet billigt och enkelt att utföra vilket är bra ur ett tidsbesparande och ekonomiskt perspektiv (a.a.). Screeningverktyget i Middleton m.fl. (2011), Acute Screening of Swallow in Stroke (ASSIST), innefattar en objektiv bedömning, anamnes och ett sväljtest med vatten. Det svenska beslutstödet (Hägglund & Nationella arbetsgruppen för stroke, 2019) ger förslag på ett validerat screeninginstrument Standardized Swallowing Assessment (SSA) översatt till svenska som även det innefattar att ge patienten vatten. I Lee Titworth m.fl. (2013) Middleton m.fl. (2011) och Middleton m.fl. (2019) studier beskrivs ett multidisciplinärt teamarbete för implementeringen av ett screeningverktyg där sjuksköterskan fick en utbildning av logopeden för att säkerställa kompetensen. Antalet screenade patienter blir högre om sjuksköterskan får en utbildning inom screening (Middleton m.fl., 2019). Det finns ett starkt stöd i litteraturen för att screeningkompetens behövs för ett säkert utförande (Canadian Stroke Best Practices, 2019; Dondorf m.fl., 2015; Hägglund & Nationella arbetsgruppen för stroke, 2019; Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2010; Stroke Foundation, 2021).

Fri tillgång till vatten

I tredje temat undersöks möjlighet till att få fri tillgång till vatten mellan måltiderna vid dysfagi (Kenedi m.fl., 2019; Seedat & Penn, 2016). Ingen uppenbar risk påvisades i det försök som gjordes men i studien av Kenedi m.fl. (2019) exkluderades personer med besvärande hosta vid logopedens bedömning. Det är inte en generell rekommendation i Sverige att ge vatten vid dysfagi enligt Hägglund och Nationella arbetsgruppen för stroke (2019) då logopeden är den profession som ger rekommendationer vid dysfagi. Det förekommer ofta att personer med dysfagi önskar få dricka vanligt vatten och konsistensanpassad dryck är inte alltid uppskattad (Wirth m.fl. 2016). Möjligheten att låta personer med dysfagi dricka vatten mellan måltider, förutsatt att munvården utförts, låter som en fin möjlighet för patienternas välbefinnande och självbestämmande och det vore intressant med en utveckling av fritt-vattenprotokoll inom vården i Sverige.

Ökad kompetens mellan professionerna

Det fjärde temat behandlar professionernas kunskapsutbyte och ökad kompetens om dysfagi. Hinder för en säker vård innefattar bland annat att inte ha tillräcklig kunskap om varandras yrkesområden (Reeves m.fl., 2017). E-utbildningen i studien av Ilott m.fl. (2014) är utarbetad genom ett multidisciplinärt samarbete och upplevdes gynnande för personalens kunskapsutveckling. Efter utförd utbildningsinsats beskrev de medverkande att de fick en förbättrad förståelse för logopedens rekommendationer, det som tidigare varit hinder förändras till det bättre efter utbildning. Brist på kunskap om dysfagi kan vara en orsak till att sjuksköterskan och annan omvårdnadspersonal gör en annan bedömning än logopeden (Colodny, 2001; Robbertse & De Beer, 2020). Smith-Tamaray m.fl. (2011) som undersökt vilka faktorer som påverkar följsamheten till logopedens rekommendationer påtalar att

sjuksköterskans icke-följsamhet till rekommendationer ibland kan vara en källa till bekymmer. Logopeders som yrkesgrupp blir beroende av sjuksköterskan då det är hen som spenderar mest tid med patienten. Rosenvinge och Starke (2005) undersöker hur samverkan i team kan förändras för att öka följsamheten till logopedens rekommendationer. Initialt etablerades en ”följsamhetsgrupp” som ett förbättringsarbete för en säker vård vid dysfagi. Vissa sjuksköterskor fick utbildning och ett övergripande ansvar på avdelningen. Även den befintliga utbildningen i screening utvecklades. Dessa insatser gav en signifikant ökning av följsamheten till logopedens rekommendationer på alla avdelningar förutom den kirurgiska. Enligt Svensk sjuksköterskeförening och Svenska Läkaresällskapet (2017) finns uppmärksammade skillnader mellan ett akutvårdsteam, där teamet arbetar med en svårt skadad person med oviss utgång, och rehabiliteringsteam som har ett annat perspektiv. Något som författarna till den aktuella litteraturöversikten funderat på om det kan förklara skillnaden i följsamheten mellan avdelningarna.

I ICN:s etiska kod påtalas att sjuksköterskan ska ge personer inom vården information på ett sådant sätt att hen kan förstå och ta den till sig för att på så sätt öka både välbefinnande och följsamhet (Svensk sjuksköterskeförening, 2017). Vikten av information till närstående och patienten i samband med sjukdom lyfts även i flera av de undersökta riktlinjerna (Canadian Stroke Best Practices, 2019; Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2010; Socialstyrelsen, 2020a). Närstående kan också behöva stöd i den nya situationen och deras upplevelser behöver uppmärksammas (Davis m.fl., 2021). Specialistsjuksköterskan kan ha en funktion att lyfta det multidisciplinära teamarbetet och leda arbetet framåt (Ekman & Norberg, 2013) för som Clarke (2014) skriver är sjuksköterskans roll inom det multidisciplinära stroketeamet begränsad och för personen med stroke och deras närstående är sjuksköterskans funktion inom teamet inte alltid uppenbar. Även Helldén m.fl. (2018) berör ämnet och beskriver att personer med dysfagi och deras närstående känner sig lämnade åt sitt öde efter den akuta fasen. Den medverkande personalen i Ilott m.fl. (2014) studie fick bättre självförtroende i att utbilda både personal och patienter samt närstående efter utbildningsinsatsen. Stöd i form av rätt utbildning och uppföljning av sjuksköterskan efter stroke visar på flera vinster beskrivna i form av förbättrad nutrition, fysisk förbättring, minskad nedstämdhet och en generellt förbättrad syn på sin hälsa (Jönsson, 2015). Det hade därför varit intressant med framtida forskning om hur specialistsjuksköterskans roll i teamet för personer med dysfagi kan göras mer tydlig för strokevården i Sverige.

Slutsats

- Uppsatsens resultat visar på flera interventioner som kan bidra till säker vård för personer med dysfagi som sjuksköterskan kan utföra.
- Ett förstärkt multidisciplinärt samarbete har betydelse för sjuksköterskans arbete och för implementeringen av nya arbetssätt inom stroketeamet som gynnar en säker vård för personer med dysfagi.

- Kunskap och utförandet av munvård behöver lyftas och synliggöras i omvårdnaden inom dysfagivården.
- Ett fritt-vattenprotokoll kan tillfredsställa personens möjlighet att få dricka vatten för välbefinnande.
- Nyttjande av E-utbildning som verktyg för spridning av multiprofessionell kunskap om stroke- och dysfagivård är kostnadseffektivt och kan användas av professionerna inom stroketeamet för att erhålla och uppdatera sina kunskaper.

Implikationer för framtida forskning

- Utbildning inom teamet för att sjuksköterskan ska erhålla kompetens inom screening vid dysfagi är ett utvecklingsområde i Sverige.
- Specialistsjuksköterskan kan genom utbildningsinsatser inom dysfagi och rehabilitering bidra till att stärka och bibehålla kompetensen hos personalen på enheten för att en säker vård ska upprätthållas.
- För en lika vård i landet behöver rollen som dysfagisjuksköterska göras möjlig för sjuksköterskor som ett komplement till logopedens profession.
- En utvecklad rollbeskrivning och vilken kunskap som krävs skulle tydliggöra rollen för sjuksköterskan i det multidisciplinära teamet i Sverige.

Referenslista

- Alhamidi, S., Alshahwan, M., & Tumala, R. (2021). Knowledge and Perception of Registered Nurses Regarding the Scope of Practice of Speech-Language Pathologists. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(19), 10534. <https://doi.org/10.3390/ijerph181910534>
- Bettany-Saltikov, J., & McSherry, R. (2016). *How to do a systematic literature review in nursing: A step-by-step guide*. McGraw-Hill Education/Open University Press.
- Canadian Stroke Best Practices. (2019, december). *Assessment and Management of Dysphagia and Malnutrition following Stroke*. Canadian Stroke Best Practices. <https://www.strokebestpractices.ca:443/en/recommendations/stroke-rehabilitation/assessment-and-management-of-dysphagia-and-malnutrition-following-stroke/>
- Carlström, E., Kvarnström, S., & Sandberg, H. (2013). Teamarbete i vården. I A.-K. Edberg, A. Ehrenberg, F. Friberg, L. Wallin, H. Wijk, & J. Öhlen (Red.), *Omvårdnad på Avancerad nivå-kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområde* (1:2, s. 63–97). Studentlitteratur.
- Clarke, D. J. (2014). Nursing practice in stroke rehabilitation: Systematic review and meta-ethnography. *Journal of Clinical Nursing*, 23(9–10), 1201–1226. <https://doi.org/10.1111/jocn.12334>
- Cohen, D. L., Roffe, C., Beavan, J., Blackett, B., Fairfield, C. A., Hamdy, S., Havard, D., McFarlane, M., McLaughlin, C., Randall, M., Robson, K., Scutt, P., Smith, C., Smithard, D., Sprigg, N., Warusevitane, A., Watkins, C., Woodhouse, L., & Bath, P. M. (2016). Post-stroke dysphagia: A review and design considerations for future trials. *International Journal of Stroke: Official Journal of the International Stroke Society*, 11(4), 399–411. <https://doi.org/10.1177/1747493016639057>
- Colodny, N. (2001). Construction and validation of the mealtime and dysphagia questionnaire: An instrument designed to assess nursing staff reasons for noncompliance with SLP dysphagia and feeding recommendations. *Dysphagia*, 16(4), 263–271. <https://doi.org/10.1007/s00455-001-0085-5>
- Cöster, H. (2014). *Forskningsetik och ömsesidighet: Vård, social omsorg och skola*. Liber.
- Danderyds sjukhus. (2014, april). *Specialistutbildade sjuksköterskor förbättrar strokevården*. Mynewsdesk. https://www.mynewsdesk.com/se/danderyds_sjukhus/news/specialistutbildade-sjukskoeterskor-foerbaettrar-strokevaarden-80899
- Davis, C., Namasivayam-MacDonald, A. M., & Shune, S. E. (2021). Contributors to Poststroke Dysphagia-Related Caregiver Burden. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 30(3), 1061–1073. https://doi.org/10.1044/2021_AJSLP-20-00250
- Dondorf, K., Fabus, R., & Ghassemi, A. E. (2015). The interprofessional collaboration between nurses and speech-language pathologists working with patients diagnosed

- with dysphagia in skilled nursing facilities. *Journal of Nursing Education and Practice*, 6(4), 17-20. <https://doi.org/10.5430/jnep.v6n4p17>
- Edberg, A.-K., Ehrenberg, A., Friberg, F., Wallin, L., Wijk, H., & Öhlen, J. (2013). *Omvårdnad på avancerad nivå: Kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden*. Studentlitteratur.
- Ekberg, O., Hamdy, S., Woisard, V., Wuttge-Hannig, A., & Ortega, P. (2002). Social and psychological burden of dysphagia: Its impact on diagnosis and treatment. *Dysphagia*, 17(2), 139–146. <https://doi.org/10.1007/s00455-001-0113-5>
- Ekman, I., & Norberg, A. (2013). Personcentrerad vård-teori och tillämpning. I A.-K. Edberg, A. Ehrenberg, F. Friberg, L. Wallin, H. Wijk, & J. Öhlen (Red.), *Omvårdnad på avancerad nivå -kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområde* (s. 29–61). Studentlitteratur.
- Enblad, P., & Burman, J. (2020). Skallskador. I D. Nyholm & J. Burman (Red.), *Neurologi*. (149-159). Liber.
- Etikprövningsmyndigheten. (2021a, 19 oktober). *Etikprövningsmyndigheten Startside*. Etikprövningsmyndigheten. <https://etikprovningmyndigheten.se/>
- Etikprövningsmyndigheten. (2021b, 19 oktober). *Etikprövningsmyndigheten Vanliga frågor*. Etikprövningsmyndigheten. <https://etikprovningmyndigheten.se/vanliga-fragor/>
- Gandolfi, M., Smania, N., Bisoffi, G., Squaquara, T., Zuccher, P., & Mazzucco, S. (2014). Improving Post-Stroke Dysphagia Outcomes Through a Standardized and Multidisciplinary Protocol: An Exploratory Cohort Study. *Dysphagia*, 29(6), 704–712. <https://doi.org/10.1007/s00455-014-9565-2>
- Harden, A., & Thomas, J. (2005). Methodological Issues in Combining Diverse Study Types in Systematic Reviews. *International Journal of Social Research Methodology*, 8(3), 257–271. <https://doi.org/10.1080/13645570500155078>
- Helldén, J., Bergström, L., & Karlsson, S. (2018). Experiences of living with persisting post-stroke dysphagia and of dysphagia management—A qualitative study. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 13(sup1), 1522194. <https://doi.org/10.1080/17482631.2018.1522194>
- Holdoway, A., & Smith, A. (2020). Meeting nutritional need and managing patients with dysphagia. *Journal of Community Nursing*, 34(2), 52–59.
- Hägglund, P., & Nationella arbetsgruppen för stroke. (2019, 4 oktober). *Beslutsstöd Dysfagi och nutrition efter stroke*. <https://www.riksstroke.org/wp-content/uploads/2020/04/Prelimin%c3%a4rt-beslutsst%c3%b6d-Dysfagi-och-nutrition-efter-stroke.pdf>
- Ilott, I., Bennett, B., Gerrish, K., Pownall, S., Jones, A., & Garth, A. (2014). Evaluating a novel approach to enhancing dysphagia management: Workplace-based, blended e-learning. *Journal of Clinical Nursing*, 23(9–10), 1354–1364. <https://doi.org/10.1111/jocn.12409>
- Jacobsson, C., Axelsson, K., Osterlind, P. O., & Norberg, A. (2000). How people with stroke and healthy older people experience the eating process. *Journal of Clinical Nursing*, 9(2), 255–264. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2702.2000.00355.x>

- Jönsson, A. (2015). Omvårdnad vid stroke. I K. Gottberg (Red.), *Omvårdnad vid neurologiska sjukdomar* (s. 47–70). Studentlitteratur.
- Kenedi, H., Campbell-Vance, J., Reynolds, J., Foreman, M., Dollaghan, C., Graybeal, D., Warren, A. M., & Bennett, M. (2019). Implementation and Analysis of a Free Water Protocol in Acute Trauma and Stroke Patients. *Critical Care Nurse*, 39(3), 9–17. <https://doi.org/10.4037/ccn2019238>
- Langhorne, P. (2021). The Stroke Unit Story: Where Have We Been and Where Are We Going? *Cerebrovascular Diseases*, 50(6), 636–643. <https://doi.org/10.1159/000518934>
- Lee Titsworth, W., Abram, J., Fullerton, A., Hester, J., Guin, P., Waters, M. F., & Mocco, J. (2013). Prospective Quality Initiative to Maximize Dysphagia Screening Reduces Hospital-Acquired Pneumonia Prevalence in Patients With Stroke. *Stroke*, 44(11), 3154–3160. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.111.000204>
- Lindh, M., & Sahlqvist, L. (2012). *Säker vård: Att förebygga skador och felbehandlingar inom vård och omsorg*. Natur & Kultur.
- Löwhagen, E. (2020, augusti 12). *Munhälsa*. Region Jönköpings län. <https://plus.rjl.se/infopage.jsf?nodeId=43949>
- Matsuo, K. (2016). Role of Oral Health in Dysphagic Stroke Recovery. *Current Physical Medicine and Rehabilitation Reports*, 4(4), 257–261. <https://doi.org/10.1007/s40141-016-0135-4>
- McGinnis, C. M., Homan, K., Solomon, M., Taylor, J., Staebell, K., Erger, D., & Raut, N. (2019). Dysphagia: Interprofessional Management, Impact, and Patient-Centered Care. *Nutrition in Clinical Practice: Official Publication of the American Society for Parenteral and Enteral Nutrition*, 34(1), 80–95. <https://doi.org/10.1002/ncp.10239>
- Middleton, S., McElduff, P., Drury, P., D’Este, C., Cadilhac, D. A., Dale, S., Grimshaw, J. M., Ward, J., Quinn, C., Cheung, N. W., & Levi, C. (2019). Vital sign monitoring following stroke associated with 90-day independence: A secondary analysis of the QASC cluster randomized trial. *International Journal of Nursing Studies*, 89, 72–79. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.09.014>
- Middleton, S., McElduff, P., Ward, J., Grimshaw, J. M., Dale, S., D’Este, C., Drury, P., Griffiths, R., Cheung, N. W., Quinn, C., Evans, M., Cadilhac, D., & Levi, C. (2011). Implementation of evidence-based treatment protocols to manage fever, hyperglycaemia, and swallowing dysfunction in acute stroke (QASC): A cluster randomised controlled trial. *The Lancet (British Edition)*, 378(9804), 1699–1706. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)61485-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)61485-2)
- Murray, J., & Scholten, I. (2018). An oral hygiene protocol improves oral health for patients in inpatient stroke rehabilitation. *Gerodontology*, 35(1), 18–24. <https://doi.org/10.1111/ger.12309>
- Neurologi i Sverige, A. (2014). *Specialistutbildade sjuksköterskor förbättrar strokevården*. http://www.neurologiisverige.se/wp-content/uploads/2014/05/neurologi-2_14_100dpi.pdf

- Norrving, B., & Lindgren, A. (2020). Cerebrovaskulära sjukdomar. I J. Burman & D. Nyholm (Red.), *Neurologi*. (s. 272–308). Liber.
- Patel, D. A., Krishnaswami, S., Steger, E., Conover, E., Vaezi, M. F., Ciucci, M. R., & Francis, D. O. (2018). Economic and survival burden of dysphagia among inpatients in the United States. *Diseases of the Esophagus: Official Journal of the International Society for Diseases of the Esophagus*, 31(1), 1–7.
<https://doi.org/10.1093/dote/dox131>
- Perry, L., & Love, C. P. (2001). Screening for dysphagia and aspiration in acute stroke: A systematic review. *Dysphagia*, 16(1), 7–18. <https://doi.org/10.1007/pl00021290>
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2021). *Nursing Research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. Wolters Kluwer.
- Reeves, S., Pelone, F., Harrison, R., Goldman, J., & Zwarenstein, M. (2017). Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 6.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD000072.pub3>
- Richards, E. (2012). Communication and swallowing problems after stroke. *Nursing & Residential Care*, 14(6), 282–286.
- Rienecker, L., Stray Jørgensen, P., & Lagerhammar, A. (2018). *Att skriva en bra uppsats*. Liber.
- Riksstroke. (u.å). *Om Riksstroke*. Hämtad 2021-12-02 från <https://www.riksstroke.org/sve/>
- Robbertse, A., & De Beer, A. (2020). Perceived barriers to compliance with speech-language therapist dysphagia recommendations of South African nurses. *The South African Journal of Communication Disorders = Die Suid-Afrikaanse Tydskrif Vir Kommunikasieafwykings*, 67(1), 1–6. <https://doi.org/10.4102/sajcd.v67i1.686>
- Rosenvinge, S. K., & Starke, I. D. (2005). Improving care for patients with dysphagia. *Age and Ageing*, 34(6), 587–593. <https://doi.org/10.1093/ageing/afi187>
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network. (2010, juni). *Management of patients with stroke: Identification and management of dysphagia: a national clinical guideline*. Scottish Intercollegiate Guidelines Network.
<http://library.nhsggc.org.uk/media/223794/sign119.pdf>
- Seedat, J., & Penn, C. (2016). Implementing oral care to reduce aspiration pneumonia amongst patients with dysphagia in a South African setting. *South African Journal of Communication Disorders*, 63(1), 1–11. <https://doi.org/10.4102/sajcd.v63i1.102>
- SFS 2003:460. *Lag om etikprövning av forskning som avser människor*.
https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som_sfs-2003-46060.
- Smith-Tamaray, M., Wilson, L., & McAllister, L. (2011). Factors affecting dysphagia management and compliance with recommendations in non-metropolitan healthcare settings. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 13(3), 268–279.
<https://doi.org/10.3109/17549507.2011.573575>
- Socialstyrelsen. (2020a, januari). *Agera för säker vård: Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020–2024*.

- <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2020-1-6564.pdf>
- Socialstyrelsen. (2020b, 15 januari). *Nationella riktlinjer för vård vid stroke – Rekommendationer med tillhörande kunskapsunderlag*. 727.
- Socialstyrelsen. (2020c, 15 januari). *Nationella riktlinjer för vård vid stroke: Stöd för styrning och ledning*. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2020-1-6545.pdf>
- Socialstyrelsen. (2021a, 2 december). *Socialstyrelsen*. Statistik om stroke 2020. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/statistik/2021-12-7643.pdf>
- Socialstyrelsen. (2021b, 6 september). *Vårdrelaterade infektioner, VRI*. Socialstyrelsen. <https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/risker-och-varuskador/varuskador/vri--vardrelaterade-infektioner/>
- Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU). (2020, oktober 15). *SBU:s metodbok*. <https://www.sbu.se/sv/metod/sbus-metodbok/>
- Stroke Foundation. (2021, november). *(Australian) Clinical Guidelines for Stroke Management—Chapter 3 of 8: Acute medical and surgical management*. <https://app.magicapp.org/#/guideline/QnoKGn/section/jb9ZIE>
- Svensk sjuksköterskeförening, & Svenska Läkaresällskapet. (2017). *Teamarbete & Förbättringskunskap två kärnkompetenser för god och säker vård*. <https://www.swenurse.se/download/18.1dbf1316170bff6748cd8b0/1584345577416/Teamarbete%20och%20%C3%B6rb%C3%A4ttringskunskap.pdf>
- Svensk sjuksköterskeförening. (2017). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. <https://www.swenurse.se/download/18.9f73344170c0030623146a/1584003553081/icn-s%20etiska%20kod%20%C3%B6r%20sjuksk%C3%B6terskor%202017.pdf>
- Werner, H. (2005). The benefits of the dysphagia clinical nurse specialist role. *The Journal of Neuroscience Nursing: Journal of the American Association of Neuroscience Nurses*, 37(4), 212–215. <https://doi.org/10.1097/01376517-200508000-00008>
- Winstein, C. J., Stein, J., Arena, R., Bates, B., Cherney, L. R., Cramer, S. C., Deruyter, F., Eng, J. J., Fisher, B., Harvey, R. L., Lang, C. E., MacKay-Lyons, M., Ottenbacher, K. J., Pugh, S., Reeves, M. J., Richards, L. G., Stiers, W., Zorowitz, R. D., & American Heart Association Stroke Council, Council on Cardiovascular and Stroke Nursing, Council on Clinical Cardiology, and Council on Quality of Care and Outcomes Research. (2016). Guidelines for Adult Stroke Rehabilitation and Recovery: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*, 47(6), 98–169. <https://doi.org/10.1161/STR.0000000000000098>
- Wirth, R., Dziewas, R., Beck, A. M., Clavé, P., Hamdy, S., Heppner, H. J., Langmore, S., Leischker, A., Martino, R., Pluschinski, P., Rösler, A., Shaker, R., Warnecke, T., Sieber, C. C., & Volkert, D. (2016). Oropharyngeal dysphagia in older persons – from pathophysiology to adequate intervention: A review and summary of an

international expert meeting. *Clinical Interventions in Aging*, 11, 189–208.

<https://doi.org/10.2147/CIA.S97481>

World Health Organization. (2020, 25 mars). *Oral health*. Oral Health.

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>

Öhrn, A. (2013). Säker vård. I A.-K. Edberg, A. Ehrenberg, F. Friberg, L. Wallin, H. Wijk, & J. Öhlen (Red.), *Omvårdnad på avancerad nivå -kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden* (s. 181–215). Studentlitteratur.

Bilaga 1

Specialistsjuksköterskans kompetensområde

Personcentrerad vård (PCV)	<ul style="list-style-type: none">• Individen är en person och inte sin sjukdom.• Personen i centrum.• Planering i samråd, önskingar kan skilja från personalens syn på behov.• Gemensam plan ska dokumenteras, göras känd och möjlig att följa upp.• Närstående ska ges möjlighet till delaktighet.• Specialistsjuksköterska har en stöttande funktion (Ekman & Norberg, 2013).
Samverkan i team	<ul style="list-style-type: none">• Team består av flera professioner-arbete tillsammans utan prestige.• Teamledare som bollplank och uppmuntran.• Se sin profession som en del av personens team underlättar personens delaktighet (Carlström, Kvarnström, & Sandberg, 2013).
Evidensbaserad vård (EVV)	<ul style="list-style-type: none">• Höga krav på vårdens kvalitet.• Riktlinjer och standardvårdplaner med förutbestämda åtgärder, aktivt och passivt beslutsstöd.• Riktlinjer ska fungera stöd för beslut i vården för jämlik vård (Johansson & Wallin, 2013).
Förbättringskunskap för kvalitetsutveckling	<ul style="list-style-type: none">• Specialistsjuksköterskan har en viktig roll i arbetet med kvalitetsutveckling för patientsäkerheten.• För specialistsjuksköterska finns ökat ansvar för forskning och kvalitet, arbetsplatsens inställning har betydelse för utfallet.• Hälso- och sjukvårdspersonal arbetar för patientsäkerheten• Arbete med kvalitetsregister-arbete med förbättringsområden (Hommel, Idvall, & Andersson, 2013).
Säker vård	<ul style="list-style-type: none">• Evidensbaserade insatser, rutiner framtagna av aktuella riktlinjer.• Vård utförd på ett korrekt sätt av person som var avsedd att utföra insatsen.• Sjuksköterskans arbete innefattar att hitta risker för patienten, ansvara för planering, åtgärder och utvärdering.• I arbetsmiljön finns risker, arbetsgivaren har kontinuerligt ansvar att förebygga och åtgärda brister (Öhrn, 2013).

<p>Informations – och kommunikations- teknik</p>	<ul style="list-style-type: none">• Patientsäkerheten ställer krav på hög säkerhet av system.• För specialistsjuksköterskan kommer utvecklingen av IKT betyda att hen behöver ta till sig nya system och vara delaktig i utvecklingen.• Patientens möjlighet till delaktighet behöver värderas och tas i beaktande, så en personcentrerad vård går att uppnå (Sävenstedt & Florin, 2013).
--	---

Bilaga 2

PubMed

Första sökningen					
Datum	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Lästa fulltext	Valda Artiklar
211229	(((nurs* or nursing care) AND (Patient Care Team OR Health Team, Interdisciplinary OR multidisciplinary team OR Interprofessional communication OR interprofessional team OR interprofessional education OR interprofessional practice)) AND (post-stroke OR poststroke OR stroke OR ischemic stroke OR hemorrhagic stroke OR infarction)) AND (dysphagia OR oropharyngeal dysphagia OR swallowing disorders OR impaired deglutition OR impaired swallowing OR Deglutition Disorders)		41	Bell m.fl (2015). Middleton m.fl (2011). Murry & Scholten (2017). Seedat & Penn (2016). Murray m.fl (2021).	0 1 1 1 0
Andra sökningen					
211229	(((nurs* OR "nursing care") AND ("Quality of Health Care" OR "patient safety" OR "Quality of Care" OR "safe care")) AND ("post-stroke" OR poststroke OR stroke OR "ischemic stroke" OR "hemorrhagic stroke" OR infarction)) AND (dysphagia OR "oropharyngeal dysphagia" OR "swallowing disorders" OR "impaired deglutition"		34	Rodrigue m.fl. (2002). Bennett m.fl. (2013). Rosenvinge och Starke (2005). Kenedi m.fl. (2019). Aoki m. fl. (2016).	0 0 1 1 0

	OR "impaired swallowing" OR "Deglutition Disorders")			Goroff m.fl. (2018).	0
				Ickenstein m.fl. (2010).	0
				Lee Titsworth m.fl. (2013).	1
				Ilott m.fl. (2013).	1

Bilaga 3

Cinahl

Datum	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Lästa fulltext	Valda Artiklar
220103	MH "Stroke+" OR "post-stroke" OR poststroke OR stroke OR "ischemic stroke" OR "hemorrhagic stroke" OR infarction OR stroke patients or post-stroke or stroke survivors or cerebrovascular accident or cva or cerebral vascular event or cve or transient ischaemic attack or tia AND MH "Deglutition Disorders" OR dysphagia OR "oropharyngeal dysphagia" OR "swallowing disorders" OR "impaired deglutition" OR "impaired swallowing" OR "Deglutition Disorders" OR deglutition disorders or dysphagia or deglutition problems or swallowing disorders or impaired swallowing AND MH "Teamwork" OR MH "Multidisciplinary	Peer reviewed, engelska	62	Gandolfi m.fl (2014). Middleton m.fl (2019).	1 1

	<p>Care Team+" OR Patient Care Team OR Interdisciplinary Health Team OR multidisciplinary Team AND MH "Nurses+" OR MH "Nursing Care+" OR nursing OR nurses OR nurse OR multidisciplinary team or integrative team or interdisciplinary team or interprofessional team or healthcare team or multidisciplinary approach or multidisciplinary care or multidisciplinary care team or multidisciplinary collaboration</p>				
--	--	--	--	--	--

Bilaga 4

Exkluderade artiklar med anledning

Studie	Aoki et. al (2016).
Metod	132 patienter rekryterades före interventionen och 173 patienter efter. Patienterna före interventionen analyserades som en historisk kohort.
Syfte	Att undersöka förekomsten av pneumoni inom akutvården för patienter med dysfagi efter stroke före och efter implementeringen av ett multidisciplinärt arbetssätt.
Resultat	Det multidisciplinära arbetssättet reducerade antal fall av pneumoni.
Orsak till exkludering	Otydligt hur teamet var ordnat eller vad de gjorde. Inga beskrivna interventioner för sjuksköterskan.

Studie	Bell et. al (2016).
Metod	Två delar. Del I: En retrospektiv observationsstudie av egenskaper hos de sondmatade patienter versus icke sondmatade. Del II: Att utveckla och pilottesta det interdisciplinära protokollet.
Syfte	Att återintroducera oralt matintag för patienter med sond på vårdhem.
Resultat	Med hjälp av det multidisciplinära protokollet och pilottestet kunde 11/33 helt eller delvis börja äta via munnen. 5 patienter kunde avveckla sonden.
Orsak till exkludering	Inget tydligt beskrivet om hur arbetet med patienterna gått till.

Studie	Murray et. al (2021).
Metod	Mixad metod. Journalgranskning och semi-strukturerade intervjuer med tre sjuksköterskor, tre patienter och tre logopeder.
Syfte	Att studera hur och till vem ett fritt-vattenprotokoll (FWP) blir implementerat.
Resultat	Patienter som identifierats som lämpliga för FWP skilde sig markant från som enligt evidensen passade för protokollet. Det fick justeras till den enskilda patienten. Sjuksköterskor och logopeder identifierade många barriärer för implementeringen.

Orsak till exkludering	Svarar inte på vårt syfte. Tittar på hinder och möjligheter för att implementera fritt-vattenprotokoll. Tre patienter varav en med stroke deltog.
------------------------	---

Studie	Bennet (2013).
Metod	Review.
Syfte	Beskriva bästa praktik för medicinhantering för att uppnå en säker vård för patienter med stroke. Belysa vikten av pågående utbildning träning och specialistkunskaper inom dysfagi.
Resultat	Mediciner mixas ihop i stället för att ges separat i sond, mot rekommendationerna. Tidskrävande redan i nuläget. Dåligt krossade tabletter kan fastna i sonden. Ibland ges tabletter i sond trots att patienten kan svälja. Utbildning och bättre samarbete med logoped och farmaceut krävs.
Orsak till exkludering	Beställdes från sjukhusbiblioteket. Framgick inte av abstractet att det var en review.

Studie	Rodrigue et. al. (2002).
Metod	Klinisk studie. En retrospektiv journalgranskning för egenskaper hos patientgruppen, litteratursökningar och en expert konsulterades för att ta fram ett beslutsstöd.
Syfte	Att förbättra livskvaliteten och kvaliteten på vården för patienter med dysfagi efter stroke genom att skapa ett beslutsstöd för att säkerställa nutritionen.
Resultat	En algoritm som hjälpte till att hantera nutritionen vid svår dysfagi.
Orsak till exkludering	Svarar inte på vårt syfte.

Studie	Goroff el. al. (2018).
Metod	Journalgranskning.
Syfte	Att beskriva användningen av ett oralt vätskeprotokoll för patienter med dysfagi efter stroke.
Resultat	Längden på sjukhusvistelsen, graden av funktionellt beroende och förändring i oberoende var signifikant relaterat till konsistensanpassning av mat och vätska.

Orsak till exkludering	Svarar inte på vårt syfte. Titta på vätskeintag kopplat till funktionellt oberoende. 37 patienter av 712 hade dysfagi. Svår att förstå då de blandat många förkortningar.
------------------------	---

Studie	Ickenstein et. al. (2009).
Metod	Fall-kontrollstudie.
Syfte	Att undersöka om en utökad metod att upptäcka dysfagi, där sjuksköterskor, läkare och logopeder ingår, kan minska förekomsten av dysfagi hos strokepatienter.
Resultat	Säkrare vård för patienterna. Dödligheten sjönk från 7,4 % 2007 till 4,2 % 2009.
Orsak till exkludering	Inget antal av inkluderade patienter beskrivs utan endast i procent. Trots att det inte framgår i syftet finns undersökning av livskvalité med enkäter dag 5 och 90. Framgår inte tydligt vem som gjort vad i studien. Tveksam redovisning. Svårt att utläsa om det fanns några intressekonflikter. Låg kvalitet. Exkluderad i tredje urvalet då den bedömdes ha för stora brister i rapportering för att inkluderas.

Bilaga 5

Inkluderade artiklar

Nr 1.	Kvantitativ studie.
Studie	Kenedi et. al. (2019).
Syfte	Implementering av multidisciplinärt framtaget "fritt-vatten"- protokoll och bedömning av kliniska utfall.
Land, miljö och yrkesgrupp	USA. Storstadssjukhus med trauma och akut strokeenhet. Sjuksköterskor och logopedier.
Urval	Stroke- och traumapatienter (n=104). Datainsamling under tre år.
Studiedesign & metod	Randomiserade kliniska försök med en interventions- och en kontrollgrupp. Jämförelse av tre positiva och tre negativa indikatorer. Utfallsmått: <i>Positiva indikatorer</i> : (1) dietuppgradering (2) färre dagar till dietuppgradering (3) färre dagar i studien. <i>Negativa indikatorer</i> : (1) intubation (2) pneumoni (3) nedgradering av diet.
Resultat	Ingen signifikant skillnad mellan intervention och kontrollgrupp gällande positiva indikatorer. Negativa indikatorer inträffade för sällan för att kunna jämföras mellan de två grupperna. 15 personer följdes även på rehabiliteringsavdelning. Inga signifikanta skillnader kunde påvisas.
Kvalitet & kommentar	Medel. 30 % av patienterna hade stroke och resterande var traumapatienter, dysfagi kan förekomma av andra orsaker än stroke. Liten grupp gjorde statistisk analys osäker. Kort uppföljning pga. kort sjukhusvistelse. Logopeden på sjukhuset var inte blindad på grund av säkerhetsrutiner. Annan forskningspersonal var blindad för studiegruppen.

Nr 2.	Kvantitativ studie.
Studie	Middleton et. al. (2019).
Syfte	Att undersöka om det finns ett samband mellan att implementera ett multidisciplinärt framtaget behandlingsprotokoll för feber, hyperglykemi och <i>sväljsvårigheter</i> och 90-dagars död och oberoende.

Land, miljö och yrkesgrupp	Australien. 19 akuta strokeenheter. Sjuksköterskor och logoped.
Urval	Engelsktalande patienter över 18 år, med symtom där vård söktes inom 48 timmar från strokeinsjuknandet. 1126 i postintervention.
Studiemetod & design	Singel-blindad randomiserad kontrollerad studie. Andra analys. Data samlades från 10 interventionssjukhus och 9 kontrollsjukhus mellan 2005–2010. Data fanns från 970 individer vid 90 dagars uppföljningen. Utfallsmått: Oberoende efter 90 dagar, mättes genom telefonintervjuer. Blodglukos, kroppstemperatur, sväljscreening via medicinska journaler.
Resultat	Patienter hade större chans att vara självständiga efter 90 dagar om sväljscreening utfördes inom 24 timmar. Patienter som sväljscreenades av annan personal än logoped och misslyckades hade lägre grad av självständighet efter 90 dagar.
Kvalitet & kommentar	Medel. Svårtolkad metod med många skalor och analysmetoder som gör resultatet svårt att följa.

Nr 3.	Kvantitativ studie.
Studie	Murray & Scholten (2018).
Syfte	Att undersöka vilken effekt ett protokoll för utökad munvård får på munhälsan.
Urval	Patienter med eller utan dysfagi efter stroke rekryterades mellan 2009–2012.
Land, miljö och yrkesgrupp	Australien. Tre strokeenheter i storstadsområden. Sjuksköterskor och logoped.
Studiemetod & design	Prospektiv observationsstudie. Del av en större studie. 12 patienter med dysfagi och 77 patienter utan dysfagi studerades dag 0 och dag 7. Patienterna bedömdes med ett oral-health-assessment-tool (OHAT) dag 0 och dag 7 av logopeden. Utfallsmått: Jämförelse av OHAT-poäng mellan patienter med dysfagi och utan.
Resultat	Patienter med dysfagi hade signifikant sämre munhälsa enligt OHAT vid studiestarten. För patienter med dysfagi sågs en signifikant förbättring av munhälsa mellan dag 0 och dag 7. För dem utan dysfagi sågs ingen signifikant skillnad. Ingen patient diagnostiserades med pneumoni under perioden.

Kvalitet & kommentar	Medel. Logopederna som utförde OHAT var inte blindade till patienternas tidigare resultat. Stort antal utan dysfagi som kontrollgrupp i denna studie.
----------------------	--

Nr 4.	Kvantitativ studie.
Studie	Seedat & Penn (2016).
Syfte	Att undersöka om regelbunden munvård och fri tillgång till vatten mellan måltiderna kan minska risken för pneumoni.
Urval	Patienter med dysfagi efter stroke eller traumatisk hjärnskada (TH).
Land, miljö och yrkesgrupp	Sydafrika. Allmänmedicinsk avdelning på ett statligt sjukhus. Sjuksköterskor och logoped.
Studiemetod & design	Kvasi-experimentell parallellgruppsdesign. Experimentgruppen (n=23) fick schemalagd munvård och fri tillgång till vatten mellan måltider. Kontrollgruppen (n=23) rekryterades via retrospektiv journalgranskning för att matcha studiegruppen. Utfallsmått: Antal patienter som utvecklade pneumoni, andel vatten konsumerad och munvård.
Resultat	Ingen i experimentgruppen fick pneumoni. Sju i kontrollgruppen utvecklade pneumoni vilket var signifikant. Experimentgruppen konsumerade inte mer vatten än kontroll. Det fanns en positiv korrelation mellan utförd munvård och avsaknaden av pneumoni. Det fanns inga statistiska skillnader mellan gruppen stroke och TH för pneumoni, mängd vatten som dokumenterats och längd av intervention.
Kvalitet & kommentar	Medel. Säger sig undersöka munvård men har samtidigt dysfagiinterventioner i studiegruppen som kan ha påverkat utfallet. Författarna påtalar att munvård inte alltid är rutin på allmänna medicinavdelningar i Sydafrika.

Nr 5.	Kvantitativ studie.
Studie	Gandolfi et. al (2014).
Syfte	Att utvärdera hur implementeringen av ett multidisciplinärt protokoll kan påverka det kliniska utfallet hos post-strokepatienter med dysfagi.
Urval	Patienter med dysfagi efter stroke.

Land, miljö och yrkesgrupp	Italien. Neurologisk avdelning på universitetssjukhus. Neurolog, rehabiliteringsläkare, logoped, sjuksköterska
Studiemetod & design	Retrospektiv kohortstudie. Successivt införande av protokoll från 2004. Journalgranskning (n=84) av kliniska utfall mellan januari 2004 - december 2008. Jämförelse av utfallet för patienter som fick standardbehandling (n=45) med de patienter som fick behandling med protokollet (n=39). Utfallsmått: Död, röntgen verifierad pneumoni, behov av andningsstöd och andel patienter med sondmatning efter utskrivning.
Resultat	Införandet av protokollet minskade risken signifikant för död, pneumoni, behov av andningsstöd eller sondmatning vid utskrivning. Justerat OR visade ingen skillnad mellan grupperna gällande sjukhusinducerad död och antalet sondmatade vid utskrivning Ingen signifikant skillnad i antal med pneumoni mellan grupperna men den icke-behandlade gruppen utvecklade i större utsträckning pneumoni som krävde kombinerade antibiotika.
Kvalitet & kommentar	Medel. Implementering över tid, vilket innebär en successiv kvalitetsförbättring i utförandet och medvetenhet hos personalen, kan inte utesluta bias till förmån för studiegrupp. Liten studie.

Nr 6.	Mixad metod.
Studie	Ilott et. al. (2014).
Syfte	Att undersöka vilken effekt en arbetsplatsanknuten multidisciplinärt framtagen e-utbildning får på sjuksköterskors och omvårdnadspersonalens kunskap om dysfagi.
Urval	Sjuksköterskor (n=22) och omvårdnadspersonal (n=10).
Land, miljö och yrkesgrupp	England. En Strokeavdelning på undervisningssjukhus. Sjuksköterskor, omvårdnadspersonal och logoped.
Studiemetod & design	Observation och frågeformulär före och efter intervention. Utfallsmått: Dysfagirelaterade kunskaper och färdigheter (nutrition, hydrering, medicinhantering, konsistensanpassning, munvård) och attityder om e-utbildningens möjligheter. Kostnadsått.
Resultat	75 % tyckte e-utbildningen var enkelt att använda. Alla deltagare blev mer positiva, fick mer kunskap och kände mindre tvekan till behandlingsrekommendationer och uppföljning. 29/32 ansåg att innehållet i utbildningen var relevant för deras roll. 18/32 ansåg att den praktiska kunskapen om förtjockad dryck var nyttig kunskap. Deltagarna

	identifierade flertalet dysfagirelaterade kunskaper som förstärkts. De mest frekventa svaren angående hur deras praktik förbättrats var konsistensanpassning av vätska, munvård och att utbilda andra.
Kvalitet & kommentar	Medel. Litet urval och specifikt för deras arbetsplats.

Nr 7.	Kvantitativ studie.
Studie	Lee Titsworth et. al. (2013).
Syfte	Att undersöka om ett multidisciplinärt arbete men en förändrad screeningmetod minskar risken för sjukhusinducerad pneumoni.
Urval	Alla patienter med stroke.
Land, miljö och yrkesgrupp	USA. Strokeenhet på ett tertiärvårdscenter. Läkare, logoped, sjuksköterskor.
Studiemetod & design	Prospektiv singelcenter, pre- och postinterventionsstudie. Datainsamling under 42 månader. 31 månader innan intervention (n=1686), 11 månader efter (n=648). Utfallsmått: Andelen patienter som med pneumoni och status vid utskrivning.
Resultat	Andelen med pneumoni före interventionen var 6,5 % och efter interventionen 2,8 %. Patienterna löpte 57 % mindre risk att utveckla pneumoni efter implementeringen.
Kvalitet & kommentar	Medel. Begränsning enligt författarna var att vetskapen om studien ökade motivationen hos personalen. Detta ingår dock i implementeringens natur och passar väl med vårt syfte att öka säkerheten för patienten.

Nr 8.	Kvantitativ studie.
Studie	Middleton et. al. (2011).
Syfte	Att implementera ett multidisciplinärt evidensbaserat behandlingsprotokoll för feber, hyperglykemi och <i>sväljsvårigheter</i> .

Urval	Patienter över 18 år, med symtom där vård söktes inom 48 timmar från strokeinsjuknandet.
Land, miljö och yrkesgrupp	Australien. 19 akuta strokeenheter. Sjuksköterskor och logoped.
Studiemetod & design	Singel-blindad randomiserad kontrollerad studie. Data samlades från 10 interventionssjukhus och 9 kontrollsjukhus mellan 2005–2010. Totalt undersöktes 1696 patienter, före intervention (n= 687) och efter intervention (n=1009) Utfall: Död och beroende efter 90 dagar, sannolikheten att genomgå en sväljscreening inom 24 timmar, andelen med aspirationspneumoni, medellängden på sjukhusvistelsen.
Resultat	Patienterna i studiegruppen hade signifikant större chans att få en sväljscreening inom 24 timmar. Andelen med aspirationspneumoni skilde sig inte mellan grupperna.
Kvalitet & kommentar	Medel Mätinstrument för beroende och död används samt en skala för oberoende. Resultatet blir svårtolkat när beroende/oberoende blandas samt att verkligt antal personer som avlidit i vardera gruppen jämförs.

Nr 9.	Kvantitativ.
Studie	Rosenvinge & Starke (2005).
Syfte	Att undersöka följsamhet till logopedens sväljrekommendationer och utvärdera om ett förändrat arbetssätt för sjuksköterskan kunde öka följsamheten.
Urval	Patienter med dysfagi efter stroke eller annan orsak som hade kontakt med logopeden.
Land, miljö och yrkesgrupp	England En strokeavdelning, en medicinavdelning för äldre, en kirurgavdelning och en generell medicinavdelning. Konsult inom äldres medicin, logoped, dietist, kökspersonal, senior sjuksköterska i geriatrik och stroke.
Studiemetod & design	Sekventiell observationsstudie före (n=31) och efter införandet (n=54) av interventionen. Observationer av måltidssituationen utfördes fem dagar i september 2003 och fem dagar i maj 2005. Utfall: Följsamhet till rekommendationerna gällande konsistens på vätska, kostförändringar, mängd mat/dryck given vid varje måltid, sväljstrategier, generella sväljrekommendationer och om övervakning vid måltid var nödvändig.

Resultat	Ökad följsamhet till rekommendationerna uppmättes gällande konsistens på vätska, mängd mat/dryck given vid måltid, följsamhet till rekommendationer om säker sväljning och övervakning vid måltid. Ingen signifikant ökning till följsamheten gällande kostförändringar eller sväljstrategier. Vid första mätningen hade strokeenheten en signifikant bättre följsamhet till rekommendationer. Vid andra observationen fanns en signifikant förbättring för de studerade enheterna utom för kirurgavdelningen.
Kvalitet & kommentar	Medel. Antalet observationer skilde sig mellan grupperna på grund av utskrivning, död eller vilka (ät)beteenden som infann sig vid observationen. Andra faktorer, såsom nationella program för bättre vård och personalbyte, kan ha påverkat resultatet. Fyra enheter har studerats, majoriteten har stroke vilket passar vårt syfte.

Bilaga 6

Extraherade data och tema utifrån inkluderade artiklar

Titel, författare år	Fri tillgång till vatten	Multidisciplinärt team och utbildning	Utökad munvårdsrutin	Screening
<p><i>Implementation and Analysis of a Free Water Protocol in Acute Trauma and Stroke</i></p> <p>Kenedi et. al. 2019</p>	<p><u>Positiva</u> utfall kontroll/experiment Dietuppgradering 33/31 (P=0,69). Dagar till dietuppgradering (median) 7/7 (P=0,78). Dagar i studien (median) 7/6 (P=0,54). <u>Negativa</u> kliniska utfall kontroll/experiment: Pneumoni 0/0, Intubation 0/0 (inte tillgängligt). Nedgradering diet 0/1 (P>0,99). P=0,05.</p>			
<p><i>Vital sign monitoring following stroke associated with 90-day independence: A secondary analysis of the QASC cluster randomized trial.</i></p>				<p>Ökad möjlighet till oberoende om sväljscreening inom 24 timmar på strokeenhet OR 1.8; 95% Konfidensintervall 1.3–2.6; (P=0,0006).</p>

Middleton et. al. 2019.				Att screenas för dysfagi, av en icke logoped, med misslyckat utfall påvisade en signifikant försämrad möjlighet till oberoende. OR 0.35; 95% Konfidensintervall: 0.22- 0.56; (P<0,0001). P=0.05
<i>An oral hygiene protocol improves oral health for patients in inpatient stroke rehabilitation</i> Murray & Scholten 2018.			OHAT 1 poäng eller mer i gruppen med dysfagi efter 7 dagar med förstärkt munvård hos 59% av gruppen. (P=0,024). P <0.05. Ingen drabbades av pneumoni studietiden 7–223 dagar.	
<i>Implementing oral care to reduce aspiration pneumonia amongst patients with dysphagia in a South African setting</i> Seedat & Penn 2016.	Det fanns ett signifikant samband mellan förekomsten av pneumoni och grupptillhörigheten. Alla patienter som fick pneumoni (n=7) var i kontrollgruppen (P=0,0092).		Det fanns en positiv korrelation mellan utökad munvård och frånvaron av aspirationspneumoni på röntgen, inget sådant samband sågs i kontrollgruppen	

	<p>Det fanns ett positivt samband mellan ökad konsumtion av vatten och antal dagar i studien.</p> <p>P <0,0001.</p>			
<p><i>Improving post-stroke dysphagia outcomes through a standardized and multidisciplinary protocol: an exploratory cohort study.</i></p> <p>Gandolfi et. al. 2014.</p>		<p>Kliniska utfall behandlad/icke-behandlad:</p> <p>Död (n) 3/13 (P <0,01).</p> <p>Syrgas (n) 7/18, Andningsstöd (n) 0/1 (P=0,02).</p> <p>Återgick till vanlig kost (n) 4/3,</p> <p>Konsistensanpassning, (n) 21/12.</p> <p>Sond (n) 7/14, PEG (n) 4/3 (P=0,02).</p> <p>P= 0.05.</p> <p>Ingen signifikant skillnad i antal med pneumoni mellan grupperna men den icke-behandlade gruppen utvecklade i större utsträckning pneumoni som krävde kombinerade antibiotika.</p>		

<p><i>Evaluating a novel approach to enhancing dysphagia management: workplace-based, blended e-learning.</i></p> <p>Ilott et. al. 2014.</p>		<p>29/32 upplevde e-utbildning relevant för yrkesrollen.</p> <p>18/32 ansåg att kunskap om konsistensanpassning var relevant.</p> <p>Förbättrad förståelse för matningsteknik enligt logopedens rekommendation (P=0,009).</p> <p>Att få kunskap om hur konsistensanpassning i dryck ska användas (P=0,001).</p> <p>P<0.05.</p>		
<p><i>Prospective quality initiative to maximize dysphagia screening reduces hospital-acquired pneumonia prevalence in patients with stroke.</i></p> <p>Lee Titsworth et. al. 2013.</p>				<p>Antal screenade före och efter införandet av intervention: 39% vs. 74,2% (P<0,001).</p> <p>Andel med sjukhusinducerad pneumoni: 6,5% vs. 2,8% (P=0,001).</p> <p>57% lägre risk att drabbas av pneumoni efter införandet OR=0,43; konfidensintervall, 0,225–0,711 (P=0,0001).</p>

				P <0,05.
<p><i>Implementation of evidence-based treatment protocols to manage fever, hyperglycaemia, and swallowing dysfunction in acute stroke (QASC): a cluster randomised controlled trial.</i></p> <p>Middleton et al. 2011.</p>				<p>Förekomst av pneumoni skilde inte mellan kontroll- och interventionsgruppen 13/603 (2%) kontrollgrupp 13/483 (3%) (P=0.82)</p> <p>Andel som fick sväljscreening skilde mellan interventions- 242/522 (46%) och kontrollgrupp 24/350 (7%) (P<0,0001).</p> <p>P= 0,0125.</p>
<p><i>Improving care for patients with dysphagia.</i></p> <p>Rosenvinge & Starke</p>		<p>Följsamhet Före/efter: Konsistens dryck 48,4% v.s. 64,1% (P <0,05).</p>		

2005.		Dietmodifikation 82,5% v. s. 78,7% (inte signifikant). Rätt portionsstorlek given 35,3% v. s. 68,8% (P <0,05). Strategi 50% v. s. 62,5% (inte signifikant) Säker sväljning 51,4% v. s. 89,8% (P <0,01). Övervakning 35,3% v. s. 66,7% (P <0,01). P=0.05.		
-------	--	---	--	--