



HÖGSKOLAN
Dalarna

Institutionen för hälsa och samhälle
Examensarbete inriktning omvårdnad
Grundnivå II, 15 högskolepoäng
T6, 2007

Omvårdnadsåtgärder för äldre med dysfagi

En systematisk litteraturstudie

Författare:
Liselott Pers
Annika Överbring

Handledare:
Béatrice Ewalds-Kvist

Examinator:
Birgitta Hulter



HÖGSKOLAN
Dalarna

Department of Health and Social Sciences
Health Sciences C, 15 p.
Autumn term 2007

Nursing interventions for elderly with dysphagia

A systematic literature review

Authors:
Liselott Pers
Annika Överbring

Supervisor:
Béatrice Ewalds-Kvist

Examiner:
Birgitta Hulter

SAMMANFATTNING

Syftet med föreliggande systematiska litteraturstudie var att undersöka vilka omvårdnadsåtgärder som var användbara för sjuksköterskan i arbetet med äldre som led av dysfagi. Artiklar i fulltext söktes från högskolan Dalarnas biblioteks databaser och artiklarnas vetenskapliga kvalitet granskades utifrån modifierade mallar efter Forsbergs och Wengströms (2003) samt Willmans, Stoltzs och Bahtsevanis (2006) granskningsmallar. I resultatet framkom vikten av att identifiera och kartlägga äldre som led av dysfagi. Födans konsistens visade sig vara av avgörande betydelse för god sväljning. Individuellt anpassad konsistens samt mentol, kapsaicin och svartpepparolja utgjorde stimuli för sväljningsreflexen, vilka ledde till säkrare sväljning. Munvård var en lämplig omvårdnadsåtgärd då den stimulerade sväljningsreflexen samt minskade risken för aspirationspneumoni. Sjuksköterskans insikter och åtgärder var avgörande för informationen så att den äldre fick ökad kunskap om sin egenvård. Vårdpersonalen behöver mer kunskap om användbara individuella omvårdnadsåtgärder för den äldre med dysfagi.

Keywords: Dysphagia, elderly, nursing interventions

Nyckelord: Dysfagi, äldre, omvårdnadsåtgärder

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1	INLEDNING.....	1
1.1	Åldersförändringar som kan påverka sväljningsförmågan	1
1.2	Kostens betydelse	1
1.3	Malnutrition.....	2
	1.3.1 Definition av malnutrition	2
1.4	Dysfagi	3
	1.4.1 Definition av dysfagi	3
1.5	Problemformulering.....	3
1.6	Syfte	4
1.7	Frågeställning	4
2	METOD.....	4
2.1	Design	4
2.2	Population och urval	4
2.3	Inklusions- och exklusionskriterier	4
2.4	Datainsamlingsmetod och utvärderingsinstrument.....	5
2.5	Tillvägagångssätt	5
2.6	Forskningsetiska aspekter	5
3	RESULTAT	8
3.1	Huvudresultat	8
	3.1.1 Resultat av artikelgranskning.....	8
	3.1.2 Omvårdnadsåtgärder användbara för sjuksköterskan i arbetet med äldre som lider av dysfagi	8
4	DISKUSSION	15
4.1	Sammanfattning av huvudresultat	15
	4.1.1 Resultatdiskussion	15
	4.1.2 Metoddiskussion	18
	4.1.3 Förslag till fortsatt forskning	19
	4.1.4 Konklusion.....	19
	4.1.5 Studiens kliniska betydelse	20
5	REFERENSER.....	21
5.1	Litteraturförteckning.....	21
5.2	Elektroniska referenser	23
	BILAGA I.....	24
	BILAGA II	25

1 INLEDNING

Antalet äldre ökar successivt och många av dem behöver vård och omvårdnad på sjukhus eller äldreboenden (Ödlund, 2003). Antalet 65 -åringar och äldre utgör omkring 400 miljoner, det vill säga 14 procent av jordens befolkning (Rudberg, 2001). I Sverige finns cirka 1 600 000 personer som är över 65 år (Häggeman, 2007). Det finns cirka 140 300 personer från 65 år och uppåt som bor inom särskilda boenden i Sverige (Socialstyrelsen, 2006). I Sverige beräknas var fjärde innevånare vara pensionär före år 2020 (Rudberg, 2001).

1.1 Åldersförändringar som kan påverka sväljningsförmågan

Besvär från munhåla, svalg och matstrupe förekommer ofta hos äldre och kan leda till nutritionsproblem och avtackling (Bondevik, 2005). Muskulaturen i munhålan är svagare hos de äldre vilket leder till att tuggförmågan försämras. Tuggförmågan kan ytterligare försvagas av dåligt passande tandprotes och en försämrad tandstatus (Brownie, 2005). Nedsatt tuggförmåga på grund av sämre tandstatus har från året 1980 fram till år 2000 minskat från att gälla var tredje till var femte person i åldersgruppen över 75 år. Äldre som helt saknar egna tänder och har tandprotes uppnår endast en femtedel av tuggkraften i jämförelse med en person som har egna tänder (Larsson & Rundgren, 2003). Tuggningen är en viktig funktion för att bearbeta föda både kemiskt och mekaniskt. Saliven har stor betydelse för munhålan och svalgets funktion. Sjukdomar, läkemedel och försämrat allmäntillstånd leder ofta till minskad sekretion och försämrad kvalitet på saliven (Vårdalsinstitutet, 2007). Äldre som lider av muntorrhet får ofta svårigheter med att tugga, svälja och prata samt riskerar att drabbas av munslemhinneförändringar. Frånvaro av smärta på tunga, svalg och munslemhinna samt en tillfredställande tuggfunktion och tillräcklig salivproduktion är nödvändiga faktorer för att en person skall kunna svälja normal (Larsson & Rundgren, 2003).

1.2. Kostens betydelse

Kosten har betydelse för de äldres välbefinnande och ett fullvärdigt kostintag är en grundläggande förutsättning för deras hälsa (Bondevik, 2005). När människan åldras avtar energibehovet med 20-30 procent medan behovet av näringsämnen anses vara konstant (Dehlin, 2000). Ämnesomsättningen saktar ner, magsyran minskar och kroppen tar inte lika lätt upp näringsämnen. Födan behöver inte bestå av lika många kalorier som tidigare men innehålla desto mer näringsämnen (Brownie, 2005). Ett för litet näringsintag under en längre tid kan liknas med en slags partiell och smygande svält. Partiell svält föreligger vid otillräcklig tillförsel av näringsämnen som behövs för underhåll av normalfunktionen av

kroppens kemiska substanser, i annat fall rubbas en del av kroppens balans (Bondevik, 2005). Minimibehovet av protein beräknas vara ca 0,75 g/kg kroppsvikt hos vuxna. Behovet av protein för äldre är ofta högre särskilt när den rikliga förekomsten av sjukdomar beaktas. Kostfiber och kolhydrater har en speciell betydelse i geriatriken, ett för lågt intag kan leda till förstoppning, divertikulos, diabetes samt förhöjt kolesterolvärde (Dehlin, 2000). Vatten är nödvändigt för kroppens alla funktioner och därmed viktigt ur nutritionssynpunkt. Dehydrering uppstår lättare hos äldre, framför allt vid diarré, feber och njursjukdom eftersom de äldre har försämrade förmåga att känna törst (Steen, 1999). Emellertid har måltider och födointag inte enbart en fysiologisk betydelse utan fyller även ett socialt och psykologiskt behov (Bondevik, 2005).

1.3. Malnutrition

Malnutrition är för de äldre en bidragande orsak till ett flertal sjukdomstillstånd (Chen, 2000) och kan leda till ett försämrat immunförsvar, ökad infektionsrisk, försämrade sårhelingsförmåga, nedsatt muskelfunktion, ökad trötthet, svårigheter att fullfölja rehabiliteringsprogram samt ökad dödlighet (Pedersen, 2005). En dålig nutrition leder bland annat till ökad risk för komplikationer vid operativa ingrepp (Chen, 2000). Fysiologiska förändringar såsom lägre metabolism, minskad matsmältningsförmåga, förändringar i munhålan med funktions och smaknedsättningar är vanliga åldersförändringar. Kroniska sjukdomar och användandet av läkemedel kan leda till försämrade aptit och viktneidgång (Brownie, 2005). Enligt socialstyrelsens allmänna råd om omvårdnad inom hälso- och sjukvården är ett enhetligt och strukturerat arbetssätt ett steg i processen att nå professionellt omhändertagande av alla vårdtagare. Detta gäller även äldre som är eller riskerar att bli malnutrerade (Alvengård, 2005). Äldre människor som är beroende av hjälpinsatser i samband med måltider och näringstillförel är i riskgruppen (Socialstyrelsen, 2006).

1.3.1 Definition av malnutrition

Ordet Malnutrition, där *mal-* betyder illa och *nutrition* betyder uppfödande; har sitt ursprung i latinska språket. Malnutrition uppstår efter ett långvarigt, otillräckligt intag av energi och näringsämnen i förhållande till det kroppsliga behovet. Det kan vara ett resultat av otillräcklig, felkomponerad, ensidig föda, matsmältningssvårigheter, näringsupptagningsproblem och andra medicinska orsaker (Nationalencyklopedin, 2007). Malnutrition kan kortare definieras som ett tillstånd som orsakas av en obalanserad eller otillräckligt mängd föda (Walgreens, 2007).

1.4 Dysfagi

Sväljning är komplext och involverar många muskler och nerver i munhåla, luftstrupe, matstrupe och magsäck (Larsson & Rundgren, 2003). Dysfagi kan indelas i tre faser *oral*, *faryngeal* och *esofageal*. Oral dysfagi innebär svårigheter med tuggning och förflyttning av föda i munnen samt en bristande kontroll som medför att föda åker ner i svalget för tidigt. Faryngeal dysfagi föreligger när sväljningsreflexen utlöses sent eller vid kraftlös sväljning (Praktisk medicin, 2007). Koordinationen i sväljningsrörelsen, talet och andningen, fungerar inte felfritt vid skador på lillhjärnan. Detta leder till att struplocket stängs vid fel ögonblick och det orsakar en kvävningrisk (Larsson & Rundgren, 2003). Esofageal dysfagi medför svårigheter vid transport av föda genom matstrupen, ner till magsäcken och kan bero på försämrad peristaltik, refluxsjukdom och förträngningar. Kan även orsakas av blodkärl som ligger anatomiskt annorlunda eller av tumörsjukdom (Vårdalsinstitutet, 2007). Dysfagi är inte en sjukdom utan ett symptom på något bakomliggande sjukdomstillstånd och är vanligt förekommande vid till exempel stroke, ALS, Parkinsons sjukdom eller en tumör (Wikipedia, 2007). Psykogen dysfagi är ett begrepp som används när orsaker till dysfagi inte går att påvisa. Dysfagi är vanligt bland äldre, vilket innebär att på geriatriska kliniker har ca 30 procent dysfagi och på äldreboenden uppgår siffran till ca 50 procent (Larsson & Rundgren, 2003). Sjuksköterskan bör kunna identifiera och förebygga hälsorisker samt motverka komplikationer i samband med sjukdom vård och behandling. Sjuksköterskans roll är att tillämpa lärdomar, utveckla kunskaper och erfarenheter som finns inom omvårdnadsområdet i syfte att främja hälsa och förebygga ohälsa. Ett bra näringstillstånd är en förutsättning för att undvika sjukdomsutveckling och för att återvinna hälsan för de som lider av olika sjukdomstillstånd (Socialstyrelsen, 2006).

1.4.1 Definition av dysfagi

Ordet Dysfagi, där *dys-* betyder nedsatt och *phagei* betyder äta; ätande har sitt ursprung i grekiskan (Wikipedia, 2007). Dysfagi innebär svårigheter eller oförmåga att svälja mat, dryck, saliv och mediciner på ett tillfredställande sätt (Larsson & Rundgren, 2003).

1.5 Problemformulering

För äldre som lider av dysfagi är risken stor att drabbas av näringsbrist, avmagring och luftvägskomplikationer. Felsväljningar kan medföra host- och kvävningss attacker samt leda till socialt, fysiskt och psykiskt lidande för den äldre. Omvårdnaden vid dysfagi är tidskrävande och tålamodsprövande samt att vårdpersonal ibland är omotiverade och har för lite kunskap.

1.6 Syfte

Syftet med studien var att undersöka vilka omvårdnadsåtgärder som är användbara för sjuksköterskan i arbetet med äldre som lider av dysfagi.

1.7 Frågeställning

— Vilka omvårdnadsåtgärder är användbara i sjuksköterskans arbete med äldre som lider av dysfagi?

2 METOD

2.1 Design

Föreliggande arbete är en systematisk litteraturstudie.

2.2 Population och urval

Denna systematiska litteraturoversikt är sammanställd av vetenskapliga artiklar i fulltext publicerade mellan åren 1997 och 2007. Artiklarna hämtades från Högskolan Dalarnas biblioteks fulltextdatabaser. I urvalet av artiklarna lästes först artikelns titel därefter lästes sammanfattningen.

2.3 Inklusions- och exklusionskriterier

Artikelurvalet begränsades till att innefatta äldre personer (>65 år) som led av dysfagi av kvarstående karaktär. Dysfagi i samband med akut stroke har uteslutits eftersom symtomen ofta är av övergående natur. Urvalet definierades även till att exkludera äldre som sondmatades. Artiklarna begränsades till att vara tryckta på engelska och sökord som användes var: *dysphagia, elderly, interventions*.

2.4 Datainsamlingsmetod och utvärderingsinstrument

Figur 1 visar sökstrategin för datainsamlingen. Utvärderingsinstrumenten (BILAGA I & II) som modifierats och använts för kvantitativa och kvalitativa artiklar var baserade på Forsberg och Wengströms (2003) och Willman, Stoltz och Bahtsevanis (2006) kvalitetsgranskningsmodeller. De modifierade granskningsmallarna bestod av 28 kriterier för såväl de kvalitativa som de kvantitativa artiklarna. Utifrån de 28 kriterierna poängsattes artiklarna och ett procentvärde räknades ut för varje artikel där 60-75 % av kriterierna gav betyget G = godkänd, 75-90 % gav betyget VG = väl godkänd och för betyget MVG = mycket väl godkänd krävdes att 90-100% av kriterierna uppfylldes. De artiklar som ej uppnådde 60% av

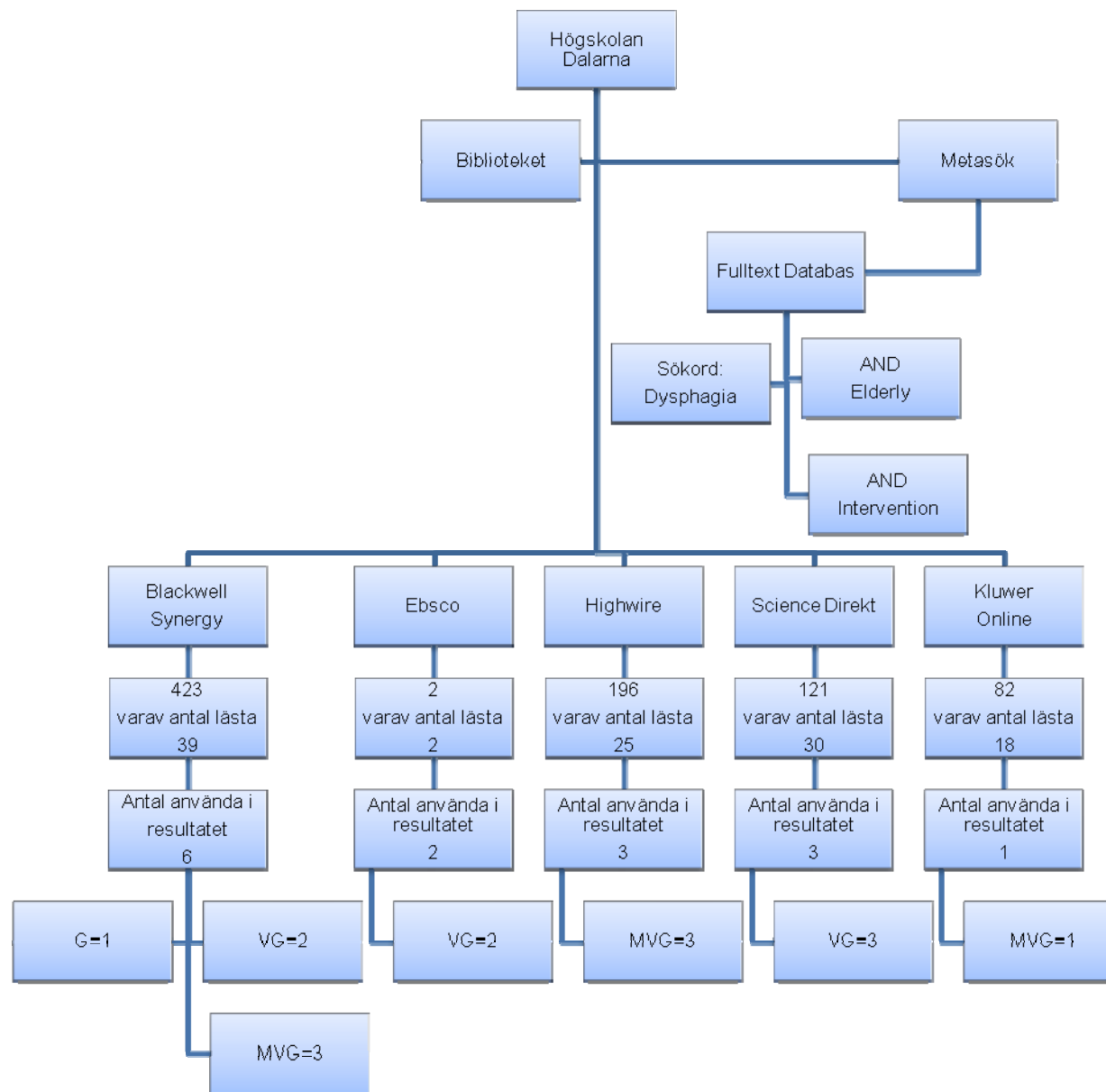
de 28 kvalitetskriterierna exkluderades. Resultatet av artiklarnas kvalitetsgranskning presenteras i figur 2.

2.5 Tillvägagångssätt

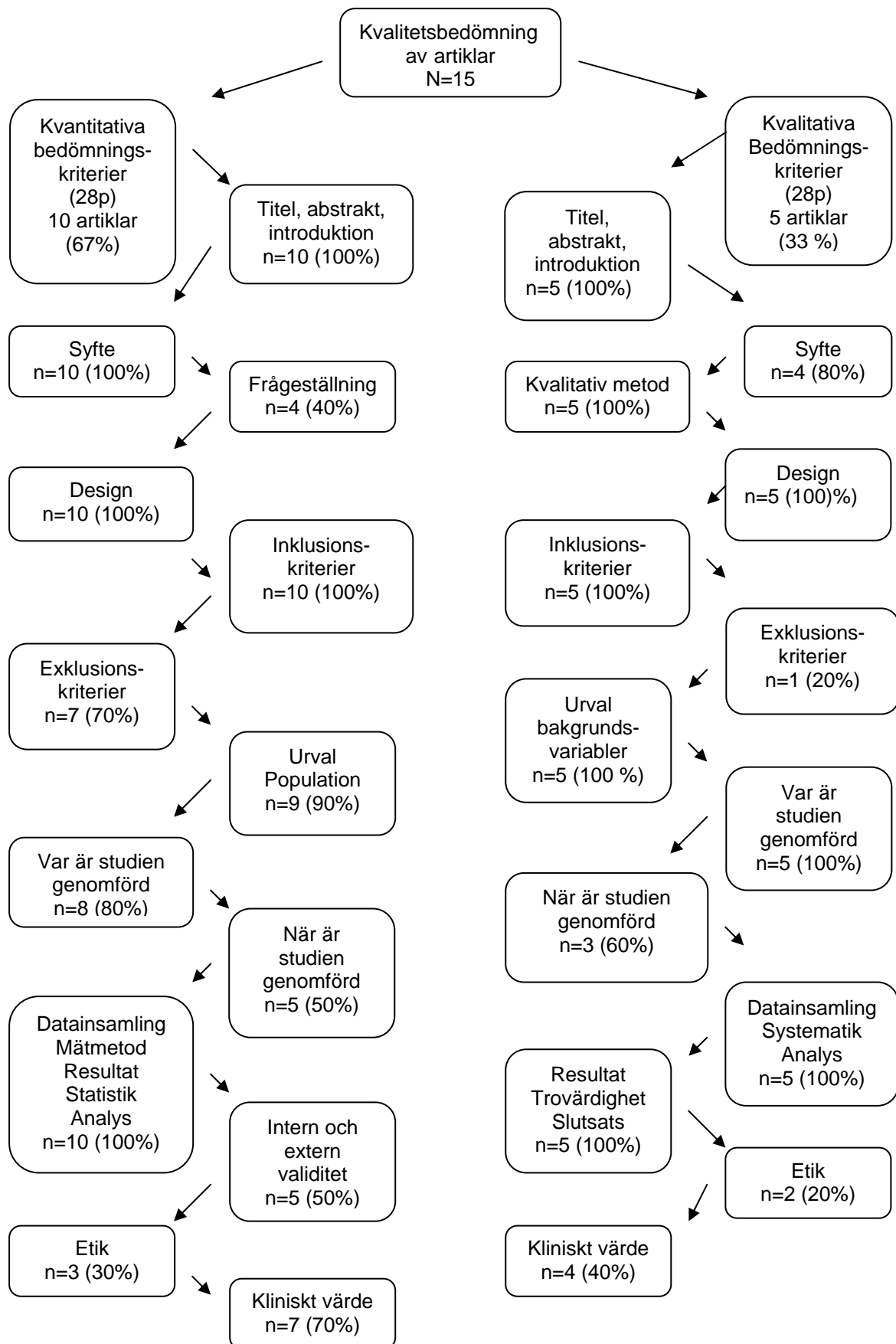
För att skapa en objektiv bild av det utvalda materialet lästes artiklarna av de båda författarna först var för sig. De stycken som var aktuella utifrån frågeställningen markerades och diskuterades mellan författarna som sedan gjorde en gemensam tolkning av materialet. Detta förfarande användes för att minimera risken med bristande språkförståelse samt för att få en rättvis kategorisering i enighet med den givna frågeställningen. Granskningsmallar användes i syfte att bedöma artiklarnas vetenskapliga kvalitet.

2.6 Forskningsetiska aspekter

Under studiens utformning och sammanställning av vetenskapliga artiklar strävades det efter objektivitet. Forskningsetiska aspekter beaktades med intentionen att inte förvansa innehållet i den systematiskt granskade litteraturen.



Figur 1. Sökstrategi för 15 utvalda artiklar. G = godkänd , VG = väl godkänd, MVG = mycket väl godkänd



Figur 2. Kriterier för kvalitetsbedömning av kvantitativa och kvalitativa artiklar. Ingen signifikant skillnad kunde påvisas mellan kvantitativa och kvalitativa kriterier. De 28 bedömningskriterierna för kvantitativa och kvalitativa artiklarna redovisas i antal och procent.

3 RESULTAT

3.1 Huvudresultat

3.1.1 Resultat av artikelgranskning

Enligt modifierade mallar utifrån Forsberg och Wengströms (2003) samt Willman, Stoltz och Bahtsevani (2006) har de 15 utvalda vetenskapliga artiklarna granskats. I granskningen framkom att de kvalitativa och kvantitativa studierna uppvisar resultat med likartade svagheter gällande punkterna ”etik” men till exempel ”exklusionskriterier” var bättre beaktade i artiklar med kvantitativ ansats (Figur 2).

3.1.2 Omvårdnadsåtgärder användbara för sjuksköterskan i arbetet med äldre som lider av dysfagi

I denna studie undersöktes vilka omvårdnadsåtgärder, som utifrån den utvalda vetenskapliga litteraturen (n=15), var användbara för sjuksköterskan i arbetet med äldre som har dysfagi.

Omvårdnadsåtgärder vid dysfagi som påträffades i de kvalitetsgranskade artiklarna presenteras i Tabell 1, från den mest användbara åtgärden till den minst nyttjade.

Tabell 1. Mest använda omvårdnadsåtgärderna vid dysfagi

Symbol	Omvårdnadsåtgärd	n/15	%
♥	Individuellt anpassade omvårdnadsåtgärder ^a	11	73
♣	Individuellt anpassad föda ^b	6	40
🏠	Screening/kartläggning	6	40
▼	Stimulus för utlösande av sväljningsreflex	5	33
☀️	Information	3	20
👄	Munvård	2	13
😊	Mungymnastik	1	6

^a I föreliggande studie avsågs åtgärder gjorda utifrån orsak till dysfagi, symtombild, grad av sväljningsproblem samt vilken bemästringsstrategi och inställning den äldre hade mot sina sväljningssvårigheter

^b Matens konsistens samt mentol, kapsaicin och svartpepparolja

Från tabell 1 kan ses att den mest använda åtgärden var den individuellt anpassade, identifierad utifrån orsaken till dysfagi, symtombilden eller graden av sväljningsproblem som den äldre uppvisade och den minst använda bestod av mungymnastik.

Tabell 2 Litteratursammanställning över omvårdnadsåtgärder vid dysfagi

Författare	Årtal	Land	Deltagare	Design	Urval	Metod	Kvalitet	Omvårdnadsåtgärder	Symbol
Colodny, N	2005	Jamaica	63	Kvalitativ	Strategiskt urval	Interventionsstudie	MVG	Råd och rekommendationer angående anpassad föda, förtjockningsmedel, samt om individuell sväljningsteknik utifrån sitt behov.	☀️ ♣️ ♥️ 🏠
Ebihara, T Maruyama, M Kobayashi, M Arai, H Sasaki, H	2006	Japan	105	Kvantitativ	Strategiskt urval	Randomiserad, kontrollerad studie	MVG	Inhalationer av svartpepparolja med syfte att kontrollera effekter på sväljningsreflex och aspiration. De som inhalerade svartpepparolja hade en förkortad tid för aktivering av sväljningsreflex. Även en förbättring av munmuskulaturens automatiska rörelser under sväljning kunde noteras. Det uppmättes ett bättre blodflöde och mera aktivitet i ett område i hjärnbarken efter trettio dagars regelbundnes inhalerande av svartpepparolja.	▼
Ebihara, T., Takahashi, H., Ebihara, S., Okazaki, T., Sasaki, T., Watando, A., Nemoto, M., Sasaki, H	2005	Japan	64	Kvantitativ	Strategiskt urval	Randomiserad studie	VG	Kapsaicin (ett kemiskt icke vattenlösligt ämne som finns i paprikor och spansk peppar) gavs före varje måltid, under en fyra veckors period. Tiden från stimulus till sväljningsreflex blev kortare och kapsaicin hade effekt på sväljningsreflexen hos äldre med dysfagi. Det påvisades att hostreflexen blev bättre i undersökningsgruppen (n=32) än för de som intog placebo.	▼
Ebihara, T., Ebihara, S., Watando, A., Okazaki, T., Asada, M., Ohruai, T., Yamaya, M., Arai, H.,	2006	Japan	14	Kvantitativ	Strategiskt urval	Interventionsstudie	VG	Mentol tillfördes i mat och dryck för att utlösa sväljningsreflexen, det i sin tur kan förebygga aspirationspneumoni.	▼

☀️ = Information, ▼ = stimulus, ♣️ = individuellt anpassad föda, ♥️ = individuellt anpassade omvårdnadsåtgärder, ☺️ = munvård, ☺️ = mungymnastik, 🏠 = screening/kartläggning,

Tabell 2 Litteratursammanställning över omvårdnadsåtgärder vid dysfagi

Författare	Årtal	Land	Deltagare	Design	Urval	Metod	Kvalitet	Omvårdnadsåtgärder	Symbol
Germain,I. Dufresne, T. Gray- Donald, K.	2006	Canada	17	Kvantitativ	Strategiskt urval	Interventions- studie	VG	Speciell kost efter individuellt behov beroende på sväljningssvårighet. Deltagarna i interventionsgruppen fick utifrån sitt specifika behov pure, finmald eller finfördelat föda. Vid behov tillsattes förtjockningsmedel i dryck. Dessutom energiberikades födan med extra protein, kolhydrater, vitaminer samt mineraler till ett av dietist rekommenderat intag. BMI och vikt ökade för deltagarna i interventionsgruppen.	♣ ♥ 🏠
Kayser-Jones, J., Pengilly, K.,	1999	USA	58	Kvalitativ	Strategiskt urval	Observations- och intervju- studie	VG	Omvårdnadsåtgärder i miljön, kulturen och det sociala sammanhanget undersöktes. Observationerna gjordes under alla måltider under en sjuveckors period. Problem med omvårdnadsåtgärder identifierades: det framkom att äldre matades på ett felaktigt sätt, med för stora portioner samt med korta pauser mellan tuggorna. Många sattes i fel position under måltiden. Attitydsproblematik fanns hos personalen (n=50): de äldre som inte kunde äta på ett fullgott sätt fick stämpeln att vara obekväma och samarbetsovilliga. I intervju med personalen framkom det att de tyckte att arbetsbelastningen var för hög och personaltätheten för låg. Studien visar på att dysfagi ofta inte är identifierad, tillståndet är odiagnostiserat. Av resultatet framgick att sjukvårdspersonal som vårdar äldre har bristande kunskap såväl om dysfagi som om passande, individuella omvårdnadsåtgärder.	♣ ♥ 🏠

☀ = Information, ▼ = stimulus, ♣ = individuellt anpassad föda, ♥ = individuellt anpassade omvårdnadsåtgärder, ☺ = munvård, ☺ = mungymnastik, 🏠 = screening/kartläggning

Tabell 2 Litteratursammanställning över omvårdnadsåtgärder vid dysfagi

Författare	Årtal	Land	Deltagare	Design	Urval	Metod	Kvalitet	Omvårdnadsåtgärder	Symbol
Kumlien, S., Axelsson, K.,	2002	Sverige	40	Kvalitativ	Strategiskt urval	Intervjuer	MVG	Mätinstrument RAI (resident assessment instrument) var användbart för sjuksköterskor (n=30) som hjälpmedel när de bedömde omvårdnadsbehov i matsituationen för den äldre med dysfagi. Det visade sig att sjuksköterskans personliga uppfattning inte stämde med den äldres behov. Vidare framgick att dokumentationen om omvårdnadsbehov var bristfällig och inte tydliggjorde den äldres behov av åtgärder.	♥ 🏠
Miura, H., Kariyasu, M., Yamasaki, K., Arai, Y.,	2007	Japan	85	Kvantitativ	Strategiskt urval	Experimentell studie	MVG	Screeningsverktyget, DRACE (dysphagia risk of assessment for community-dwelling elder) innehållandes 18 frågor om vanliga variabler om dysfagi. Instrumentet var högst användbart i syfte att screena äldre för dysfagi. DRACE visade sig vara användbart i arbetet med att individanpassa omvårdnadsåtgärder utifrån symtom och grad av dysfagi.	♥ 🏠
Pelletier, C.	2004	USA	20	Kvalitativ	Strategiskt urval	Observations- och intervju- studie	MVG	Information om dysfagi och användbara omvårdnadshandlingar till vårdpersonal innehållandes individuellt utformade matningstekniker, strategier, säkerhet och kommunikation under matningsstunder.	☀️ ♥

☀️ = Information, ▼ = stimulus, ♣️ = individuellt anpassad föda, ♥ = individuellt anpassade omvårdnadsåtgärder, ☺️ = munvård, ☺️ = mungymnastik,
🏠 = screening/kartläggning

Tabell 2 Litteratursammanställning över omvårdnadsåtgärder vid dysfagi

Författare	Årtal	Land	Deltagare	Design	Urval	Metod	Kvalitet	Omvårdnadsåtgärder	Symbol
Robbins, J., Gangnon, R., Theis, S., Kays, S., Hewitt, A., Hind, J.,	2005	USA	10	Kvantitativ	Strategiskt urval	Kohort Experimentell Interventionsstudie	VG	Under åtta veckor fick en grupp äldre utföra ett speciellt utformat mungymnastikprogram. Gymnastiken bestod i att med tungan trycka luft ur en boll mot gommen. Varje övningstillfälle innehöll trettio tungtryckningar. Detta upprepades tre gånger om dagen vid tre tillfällen i veckan. Munhålans muskulatur tilltog hos alla deltagarna, även styrkan i sväljningsmuskulaturen ökade vilket medförde ett bättre tryck vid sväljning.	♥ ☺
Rosenvinge, S., Starke, I.,	2005	UK	85	Kvalitativ	Strategiskt urval	Observations- och interventionsstudie	VG	Vårdpersonal fick utbildning i hur de skulle bemöta och informera äldre med sväljningsproblem individuellt. Följsamheten förbättrades, vilket innebar att deltagarna hade lättare att följa rekommendationer som gavs om deras dryck och de började använda sig av förtjockningsmedel. De var mera motiverade och följde råd och riktlinjer om sväljningssvårigheter. De samarbetade och förstod sin situation bättre än kontrollgruppen som inte fick ta del av professionellt utbildad vårdpersonal.	☀ ♣ ♥

☀ = Information, ▼ = stimulus, ♣ = individuellt anpassad föda, ♥ = individuellt anpassade omvårdnadsåtgärder, ☺ = munvård, ☺ = mungymnastik, 🏠 = screening/kartläggning

Tabell 2 Litteratursammanställning över omvårdnadsåtgärder vid dysfagi

Författare	Årtal	Land	Deltagare	Design	Urval	Metod	Kvalitet	Omvårdnadsåtgärder	Symbol
Taylor, K., Barr, S.,	2006	USA	31	Kvantitativ	Strategiskt urval inför studien Randomiserat urval i studien	Crossover design	VG	Omfördelning av måltider från tre till fem måltider om dagen. Det totala energiinnehållet oavsett antalet måltider under dagen var oförändrat. När mindre portioner serverades med tätare intervaller medförde det att den äldre inte kände sig hungrig och inte åt upp av den orsaken. Stora portioner med längre tid mellan serverings-tillfällena medförde att den äldre inte förmådde äta upp portionen. Oavsett antalet portioner som serverades per dag så blev energiintaget endast 80 % av dagsbehovet. Resultatet av studien visade att antalet måltider per dag inte hade betydelse för energiintaget. Ett ökat intag av vätska påvisades när det serverades fem mindre måltider per dag.	♣ ♥
Troche, S., Sapienza, C., Rosenbek, J.,	2007	USA	10	Kvantitativ	Randomiserad Kontrollstudie	Komparativ design	MVG	Tiden för födans transport genom munhålan ökade när konsistensen på födan var puddingtjock, samt att antalet tungrörelser ökade av den tjockare födan. Aspirationsrisken var lägre i samband med puddingtjock föda. Transporttiden genom svalget förblev oförändrat av puddingtjock föda.	▼ ♣ ♥ ⬆

☀ = Information, ▼ = stimulus, ♣ = individuellt anpassad föda, ♥ = individuellt anpassade omvårdnadsåtgärder, ☺ = munvård, ☺ = mungymnastik, ⬆ = screening/kartläggning

Tabell 2 Litteratursammanställning över omvårdnadsåtgärder vid dysfagi

Författare	Årtal	Land	Deltagare	Design	Urval	Metod	Kvalitet	Omvårdnadsåtgärder	Symbol
Yoshikawa, M., Yoshida, M., Nagasaki, T., Tanimoto, K., Tsuga, K., Akagawa, Y.,	2000	Japan	26	Kvantitativ	Strategiskt urval	Tvärsnittsundersökning	VG	Tandprotesers betydelse för sväljningsförmågan undersöktes. I studien jämfördes sväljningsförmågan hos äldre som använde tandprotes under sväljningen samt tandlösa äldre utan tandprotes. Studien påvisade att de som ej använde sig av tandprotes hade kraftfullare sväljningsförmåga.	♥ ☹
Watando, A., Ebihara, S., Ebihara, T., Okazaki, T., Takahashi, H., Asada, M., Sasaki, H.,	2004	Japan	59	Kvantitativ	Strategiskt urval inför studien Randomiserat urval i studien	Interventionsstudie	MVG	I undersökningsgruppen (n=30) fick de äldre hjälp av sjuksköterskor med att utföra daglig munvård. Det bestod i att borsta tänderna, slemhinnorna samt tungan i fem minuter efter varje måltid som daglig rutin under en månad. I studiens resultat framkom det att god munhygien ledde till förbättring av både hostreflex och sväljningsreflex. Bakterietillväxten i munhålan reducerades avsevärt. Detta bidrog till en minskad incidens av aspirationspneumoni.	▼ ☹

☀ = Information, ▼ = stimulus, ♣ = individuellt anpassad föda, ♥ = individuellt anpassade omvårdnadsåtgärder, ☹ = munvård, ☺ = mungymnastik, 🏠 = screening/kartläggning

4 DISKUSSION

4.1 Sammanfattning av huvudresultat

I föreliggande studie framkom det att omvårdnadsåtgärder som är användbara i sjuksköterskors arbete med äldre som lider av dysfagi är förhållandevis många och enkla att utföra. Den mest användbara åtgärden var den individuellt anpassade efter orsaken till dysfagi, symptom bilden eller graden av sväljningssvårigheter, som den äldre uppvisade och den minst användbara bestod av mungymnastik (jämför Robbins et al. 2005). Olika faktorer befanns underlätta livet för den äldre med dysfagi. Exempelvis födans konsistens var en viktig faktor, bland annat pure, finmald och finfördelad kost, bidrog till god sväljning (Germain et al., 2006). Även sväljnings- och matningsteknik var av betydelse (Colodny, 2005; Kayser-Jones & Pengilly, 1999; Pelletier, 2004). Substanser som mentol, svartpepparolja och kapsaicin utgjorde stimuli för sväljningsreflexen (Ebihara et al., 2005; Ebihara et al., 2006a; Ebihara et al., 2006b). God munhygien ledde till förbättrad host- och sväljningsreflex enligt Watando et al, (2004). Tandproteser hade negativ påverkan för sväljningsförmågan Yoshikawa et al, (2006), samt att gymnastik av munhålans muskulatur var användbar för bibehållen sväljningsförmåga (Robbins et al, 2005). Kartläggning och screening av dysfagi (Miura et al., 2007; Kumlien & Axelsson, 2001) behövdes för att sjuksköterskor skulle ha möjligheten att identifiera och individanpassa de specifika omvårdnadsåtgärderna. Vidare framkom att vårdpersonal behövde utbildning i hur de skulle bemöta och informera äldre med sväljningsproblem (Pelletier, 2004; Rosenvinge & Starke, 2005).

4.1.1 Resultatdiskussion

I föreliggande arbete uppdagades olika element som underlättade omvårdnaden för äldre med dysfagi. En av dessa komponenter utgjordes av upptäckten att när mindre matportioner serverades med tätare intervaller kände den äldre sig inte hungrig och åt därför inte upp. Resultatet av Taylor och Barrs (2006) studie visade att antalet måltider per dag inte hade betydelse för energiintaget för den äldre med dysfagi. Däremot påvisades ett ökat intag av vätska när det serverades fem mindre måltider per dag. Eftersom äldre har sämre förmåga att känna törst och därför riskerar att drabbas av dehydrering (Steen, 1999), är tätare måltider användbara omvårdnadsåtgärder vid dysfagi. Vårdpersonal kan med sannolikhet ha nytta av dessa kunskaper för att anpassa måltider och vätskeintag efter behovet för varje individ.

Yoshikawa et al., (2006) studie påvisade att de som ej använde sig av tandprotes hade en kraftfullare sväljningsförmåga. Larsson och Rundgren (2003) har kommit fram till att de som saknade egna tänder och därför inte kunde finfördela födan fick svårigheter att utföra normal sväljning. Larsson och Rundgrens (2003) Yoshikawa et als, (2006) studier ger belägg för att omvårdnadsåtgärderna för äldre med tandproteser skall utformas individuellt för god sväljningsförmåga. Om omvårdnadsansvarige sjuksköterskan har dessa kunskaper kan hon undervisa och informera övrig vårdpersonal så att de förhållandevis enkla åtgärderna kan brukas i den praktiska omvårdnaden. I en studie av Watando et al. (2004) framkom det att god munhygien ledde till förbättrad host- och sväljningsreflex vid dysfagi. Bakterietillväxten i munhålan reducerades avsevärt och detta bidrog till en minskad incidens av aspirations-pneumoni. Smärtfri munslemhinna, -tunga och -svalg är nödvändigt för sväljningsförmågan (Larsson & Rundgren, 2003), vilket ytterligare befäster att munvård är en användbar och viktig omvårdnadsåtgärd vid dysfagi. Även gymnastik av munhållans muskler var till gagn för äldre med dysfagi enligt Robbins et al. (2005). Eftersom försvagning av munhållans muskulatur är en vanlig åldersförändring som kan leda till försämring av tuggförmågan (Brownie, 2005; Robbins et al. 2005) så är gymnastik av munhållans muskulatur användbart för bibehållen sväljningsförmåga. Trots att undersökningsgruppen bestod av ett litet deltagarantal så kan träning av munhållans muskulatur vara till hjälp för de som drabbats försämrade tuggförmåga. Träning av muskulaturen i munhålan kan även tänkas vara en förebyggande åtgärd för att bibehålla sväljnings- och tuggförmåga.

Troche et al. (2007) kom fram till att tiden för födans transport genom munhålan ökade när konsistensen på födan var puddingtjock, samt att antalet tungrörelser ökade av den tjockare födan. Aspirationsrisken var lägre i samband med puddingtjock föda. Germain et al., (2006) fann att äldre med dysfagi kunde svälja födan bättre och ökade i vikt när de fick kost anpassad efter individuella behov beroende på sväljningssvårigheter. Detta innebar att de fick utifrån sitt specifika behov fick pure och finmald eller finfördelad föda. Vid behov tillsattes förtjockningsmedel i dryck. Dessutom energiberikades födan med extra protein, kolhydrater, vitaminer samt mineraler till ett av dietist rekommenderat intag (*ibid*). Ytterligare belägg för att omvårdnadsåtgärder som är inriktade på att öka energiintaget är användbara styrks av Delins (2000) studie som påvisade att kostfiber och kolhydrater hade en speciell betydelse för äldres nutritionsstatus. Vårdpersonals kunskaper är bristande angående anpassad föda med tanke på vilken grad av dysfagi som föreligger. Det är en enkel åtgärd att tillhandahålla föda med rätt konsistens om individens problematik är kartlagd.

I Kayser-Jones och Pengillys (1999) studie framkom att äldre matades på ett felaktigt sätt, med för stora portioner eller med för korta pauser mellan tuggorna. Många äldre sattes i fel position under måltiden. Kayser-Jones och Pengilly identifierade även attitydproblematik hos personalen: de äldre som inte kunde äta på ett fullgott sätt fick stämpeln att vara obekväma och samarbetsovilliga. Studien visade att dysfagi ofta inte är kartlagd, tillståndet är inte diagnostiserat. Det framgick även att sjukvårdspersonal som vårdar äldre har bristande kunskap såväl om dysfagi som om passande, individuella omvårdnadsåtgärder (jämför Pelletier, 2004). Pelletier (*ibid.*) fann att kommunikationen mellan vårdpersonal och de äldre var bristfällig, studiematerialet som användes i utbildningen hade brister, viktig information om dysfagi och lämpliga omvårdnadshandlingar saknades, den kunskap vårdpersonalen fått genom undervisning och utbildning hade glömts bort eller användes i otillräcklig utsträckning. Fortlöpande utbildning behövs för att undvika att fördomar hos vårdpersonal leder till missförstånd. Ökade kunskaper behövs för att kunna ge en god omvårdnad till de med dysfagi. Om åtgärder individanpassades i större utsträckning vid födointag för de med dysfagi skulle näringsintaget förbättras och risken för malnutrition skull minska.

För att minska risker som medföljer dysfagi undersökte Kariyasu et al. (2007) ett nytt bedömningsinstrument, det vill säga screeningsverktyget DRACE, som är en förkortning av dysphagia risk of assessment for community-dwelling elderly. Instrumentet var användbart i syfte att screena äldre för dysfagi. DRACE visade sig även vara användbart i arbetet med att individanpassa omvårdnadsåtgärder utifrån symtom och grad av dysfagi (*ibid.*). (Jämför med Kumlien och Axelssons [2001] studie av mätinstrumentet RAI [Resident Assessment Instrument]). Eftersom dysfagi är symptom på bakomliggande sjukdomstillstånd (Wikipedia, 2007) – 30% av de äldre på geriatriska kliniker och 50% inom äldreboenden lider av dysfagi (Larsson & Rudberg, 2003) – så medför screeningsverktyg att vården blir bättre eftersom de drabbade identifieras och därmed ökar möjligheten för sjuksköterskor att diagnostisera och individanpassa deras omvårdnad. Sjuksköterskan skall kunna identifiera och motverka komplikationer i samband med sjukdom (SOS, 2005). Kumlins och Axelsson (2001) upptäckte efter kartläggning att sjuksköterskors uppfattningar om omvårdnadsbehov inte överensstämmer med det faktiska behovet hos de äldre med dysfagi. Detta styrker betydelsen av identifiering av art och grad av dysfagi. Bedömningsinstrument är till fördel för de äldres individuella behov och är ett nödvändigt hjälpmedel för sjuksköterskor under kartläggningen av de drabbade.

Colodny (2005) studerade varför äldre med dysfagi inte följer råd och rekommendationer angående anpassad föda samt andra behovsanpassade omvårdnadsåtgärder. Forskaren fann att hälften av deltagarna förnekade att de hade sväljningsproblem. Vidare fanns missnöje med matprodukter som erbjöds på grund av konsistens och smak. Det fanns motstånd mot förtjockningsmedel och en del äldre upplevde kväljningskänslor och uppkördhetskänsla. Äldres bristande insikt samt nonchalans för sin situation var även det skäl till oföljsamhet av rekommendationer (*ibid*). Liknade resultat har Rosenvinge och Starke (2005) funnit angående äldres följsamhet av rekommendationer vid dysfagi. Dessa forskare fann att följsamheten hos äldre med dysfagi var påverkbar. Sjuksköterskor som har insikt om olika bemästringsstrategier har bättre förutsättning att bemöta och informera de äldre utifrån deras specifika behov och när utbildning gavs i hur de skulle bemöta och informera de äldre med sväljningsproblem, förstod de äldre sin situation bättre och samarbetade samt följde råd och riktlinjer angående sina sväljningssvårigheter. Resultatet visar att kunskap och fortbildning leder till insikt vilket ger möjlighet för sjuksköterskor att individanpassa vården för de äldre med dysfagi.

Med syfte att hitta substanser som kunde stimulera sväljningsreflexen för äldre med dysfagi har ett flertal liknande studier företagits (Ebihara et al., 2005; Ebihara et al., 2006a; Ebihara et al., 2006b) Det visade sig att tillsats av mentol och kallt vatten hade likartade effekter på sväljningsreflexen samt att mentol som tillförs i dryck och mat stimulerar sväljningsreflexen och detta förebygger aspirationspneumoni (Ebihara et al. 2006b). Liknade resultat påvisades vid inhalation av svartpepparolja. (Ebihara et al., 2006a). Hostreflexen blev bättre när kapsaicin intogs före varje måltid. Även en minskad risk för aspirationspneumoni påvisades samt att tiden blev kortare från intagandet av stimulus tills det att sväljningsreflexen utlöstes (Ebihara et al., 2005). Stimulus för sväljningsreflexen är användbart i omvårdnaden av de med dysfagi, det är enkla åtgärder att servera kallt vatten eller att krydda för bättre smakupplevelse.

4.1.2. Metoddiskussion

Denna litteraturstudie genomfördes i syfte att finna användbara omvårdnadsåtgärder för sjuksköterskan i arbetet med äldre som har dysfagi. Metoden som användes var en systematisk litteraturstudie. Sökorden som användes och dess kombinationer gav vid databassökningen ett antal artiklar som redovisas i resultattabellen för att besvara frågeställningen om användbara omvårdnadsåtgärder för äldre med dysfagi. Artikelsökningen begränsades utifrån årtal, ålder på undersökningsdeltagare samt förekomst av viss typ av dysfagi. Endast fulltextartiklar från Högskolan Dalarnas bibliotek valdes och ett uteslutande av litteraturstudier gjorde urvalet mindre. Artiklarna som användes var både kvantitativa och kvalitativa; de granskades utifrån

granskningsmallar som modifierats efter modeller av Forsberg och Wengström (2003) och Willman, Stoltz och Bahtsevani (2006). Efter granskningen och poängsättningen av artiklarna framkom inga signifikanta skillnader mellan de kvalitativa och kvantitativa studiernas kvalitet. En litteraturöversikt och sammanställning har utförts av det utvalda och insamlade materialet under en tidsbegränsad period. Begränsning i studien låg i att artiklar som konkret beskrev sjuksköterskans omvårdnadsarbete var svåra att finna utifrån de sökord och kombinationer som använts. En gemensam granskning, diskussion och sammanställning av artiklarna har utförts av författarna för att undvika oklarheter och missförstånd. Ytterligare begränsning i föreliggande studie kan vara att undersökningen inte gjorts som en empirisk studie utan en sammanställning verkställdes av redan befintligt resultat. Att en gemensam granskning, diskussion och sammanställning av artiklarna har utförts av författarna för att undvika oklarheter och missförstånd, stärker dock arbetets mellanbedömarreliabilitet och dess trovärdighet.

4.1.3. Förslag till fortsatt forskning

Förslag till fortsatt forskning om dysfagi kan bestå av studium som inriktar sig på individuella omvårdnadsåtgärder utifrån graden av dysfagi, med hänsyn till den äldres personlighet, bakgrund och förmågor. Forskningen kunde inriktas på hur motivation och kunskap hos personalen och de äldre kan förbättras. Optimal livskvalitet borde stå i fokus för de äldre. För att kunna utföra evidensbaserat arbete bör det finnas utrymme att ytterligare forska i hur personalutbildningen ska utformas och genomföras för att förankra kunskap så att den leder till nödvändiga förbättringar i omvårdnaden av de äldre med dysfagi.

4.1.4. Konklusion

I föreliggande studie fokuserades på omvårdnadsåtgärder som var användbara för sjuksköterskan i hennes arbete med äldre som lider av dysfagi. För äldre med dysfagi är risken stor att drabbas av näringsbrist, avmagring och luftvägskomplikationer. Felsväljningar som kan medföra host- och kvävningssattacker, kan även leda till socialt, fysiskt och psykiskt lidande för den äldre. När personalen saknade faktiska kunskaper om dysfagi och hade bristande förmåga att identifiera sväljningssvårigheter hjälpte inte specifika omvårdnadsåtgärder. Vårdpersonal behöver hållas kunnig och motiverad för att kunna inspirera och hjälpa de äldre i deras näringsintag. Vården blir bättre om sjuksköterskan i sitt arbete med äldre med dysfagi skapar goda rutiner och använder sig av screeningsverktyg eller bedömningsskalor i kartläggningssarbetet när individuella vårdplaner utformas. Dysfagi påverkar sväljningsförmågan i olika grad och därför är det av avgörande betydelse i sjuksköterskans arbete att individanpassa omvårdnadsåtgärderna.

4.1.5. Studiens kliniska betydelse

Avsikten med studien är att bredda vårdpersonalens kunskap samt ge möjlighet att individanpassa omvårdnadsåtgärder för äldre som lever i riskzonen för att bli eller är malnutrerad på grund av dysfagi. Intentionen med arbetet är att minska lidandet, öka välbefinnandet och livskvaliteten för den enskilda äldre med dysfagi. Ur ett samhällsekonomiskt perspektiv kan studien leda till kortare vårdtider, minskade läkemedelskostnader, minskad risk för fallolyckor, lägre antal förvirringstillstånd, förbättrad sårhelingsförmåga samt minskad risk för infektioner.

5 REFERENSER

5.1 Litteraturförteckning

*Alvengård, K., Klevsgård, R.(2005). Nutrition inom vård och omsorg. *Vård i Norden*, 25(2), 42-47.

*Bondevik, M., Nygaard H. (2005). *Geriatrisk ur ett tvärprofessionellt perspektiv*. Lund: Studentlitteratur.

*Brownie, S. (2005). Why are elderly individuals at risk of nutritional deficiency? *International Journal of Nursing Practice*, 12, 110-118.

*Chen, C. C., Shilling, L. S., Lyder, C. H. (2000). A concept analysis of malnutrition in the elderly. *Journal of Advanced Nursing*; 36(1), 131-142.

Colodny, N. (2005). Dysphagic Independent Feeders' Justifications for Noncompliance With Recommendations by a Speech-Language Pathologist. *American Journal of Speech-Language pathology*, 14, 61-70.

*Dehlin, O., Hagberg, B., Rundgren, Å., Samuelsson, G., Sjöbeck, B. (2000) *Gerontologi*. Falköping: Natur och Kultur.

Ebihara, T., Ebihara, S., Maruyama, M., Kobayashi, M., Itou, A., Arai, H., Sasaki, H. (2006a). A Randomized Trial of Olfactory Stimulation Using Black Pepper Oil in Older People with Swallowing Dysfunction. *Journal compilation, The American Geriatrics Society*, 54, 1401-1406.

Ebihara, T., Takahashi, H., Ebihara, S., Okazaki, T., Sasaki, T., Watando, A., Nemoto, M., Sasaki, H. (2005). Capsaicin Troche for Swallowing Dysfunction in Older People. *The American Geriatrics Society*, 53, 824-828.

Ebihara, T., Ebihara, S., Watando, A., Okazaki, T., Asada, M., Ohru, T., Yamaya, M., Arai, H. (2006b). Effects of menthol on the triggering of the swallowing reflex in elderly patients with dysphagia. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 62(3), 369-371.

Forsberg, C., Wengström, Y. (2003) *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur och Kultur

Germain, I., Dufresne, T., Gray-Donald, K. (2006). A Novel Dysphagia Diet Improves the Nutrient Intake of Institutionalized Elders. *Journal of the American Dietetic Association*, 106 (10), 1614-1623.

Kayser-Jones, J., Pengilly, K. (1999). Dysphagia Among Nursing Home Residents. *Geriatric Nursing*, 20 (2), 77-84.

Kumlien, S., Axelsson, K. (2002). Stroke patients in nursing homes: eating, feeding, nutrition and related care. *Journal of Clinical Nursing*, 11, 498-509.

* referenser i inledningen

- *Larsson, M., Rundgren, Å. (2003). Geriatriska sjukdomar. Lund: Studentlitteratur.
- Miura, H., Kariyasu, M., Yamasaki, K., Arai, Y. (2007). Evaluation of chewing and swallowing disorders among frail community-dwelling elderly individuals. *Journal of Oral Rehabilitation*, 34, 422-427.
- *Pedersen, P. (2005). Nutritional care: the effectiveness of actively involving older patients. *Journal of Clinical Nursing* 14, 247-25.
- Pelletier, C. (2004). What Do Certified Nurse Assistants Actually Know About Dysphagia and Feeding Nursing Home Residents? *American Journal of Speech-Language pathology*, 13, 99-113.
- Robbins, J., Gangnon, R., Theis, S., Kays, S., Hewitt, A., Hind, J., (2005). The Effects of Lingual Exercise on Swallowing in Older Adults. *American Geriatrics Society*, 53, 1483-1489
- Rosenvinge, S., Starke, I. (2005). Improving care for patients with dysphagia. *Age and Ageing*, 34, 587-593.
- *Rudberg, Å. (2001). *Människans funktionella åldrande*. Lund: Studentlitteratur.
- *Steen, B. (1999). The influence of ageing on energy balance and need for nutrients. *Scandinavian Journal of Nutrition* 43, 13-16.
- Taylor, K., Barr, S., (2006). Provision of Small, Frequent Meals Does Not Improve Energy Intake of Elderly Residents with Dysphagia Who Live in an Extended-Care Facility. *Journal of the American Dietetic Association*, 106, 1115-1118.
- Troche, S., Sapienza, C., Rosenbek, J., (2007). Effects of Bolus Consistency on Timing and Safety of Swallow in Patients with Parkinson's Disease. *Dysphagia*, 10, 55-61.
- Yoshikawa, M., Yoshida, M., Nagasaki, T., Tanimoto, K., Tsuga, K., Akagawa, Y. (2006). Influence of Aging and Denture Use on Liquid Swallowing in Healthy Dentulous and Edentulous Older People. *The American Geriatrics Society*, 54, 444-449.
- Watando, A., Ebihara, S., Ebihara, T., Okazaki, T., Takahashi, H., Asada, M., Sasaki, H. (2004). Daily Oral Care and Cough Reflex Sensitivity in Elderly Nursing Home Patients. *CHEST*, 126, 1066-1070.
- Westergren, A., Ohlsson, O., Rahm-Hallberg, I. (2001). Eating difficulties, complications and nursing interventions during a period of three months after a stroke. *Journal of Advanced Nursing*, 35(3), 416-426.
- Willman, A., Stoltz, P., Bahtsevani, C. (2006). *Evidensbaserad omvårdnad - en bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. Lund studentlitteratur
- *Ödlund Olin, A., Armyr, I., Soop, M., Jerström, S., Classon, I., Cedarholm, T., Ljungren, G., Ljungqvist, O. (2003). Energy-dense meals improve energy intake in elderly residents in a nursing home. *Clinical Nutrition*, 22(2), 125-131.

Elektroniska referenser

*Hambraeus, L. (2007). National encyklopedin.

<http://www.ne.se/jsp/cearch/article.jsp?i_art_ide=335601> Tillgänglig [2007-09-26] kl.09.53

*Häggeman, H., SCB (2007). Andelen äldre fortsätter att öka.

<http://www.scb.se/grupp/Allmant/-document/A05ST9901_11pdf> Tillgänglig [2007-09-07] kl.10.16

*Owens, A.T (2007). Walgreens.

<<http://www.walgreens.com/library/contents.html?docid=000404&doctype=1&prn=t&>> Tillgänglig [2007-11-06] kl.10.21

*Praktisk medicin (2007). Öron- Näs- Halssjukdomar.

<<http://www.praktiskmedicin.com/sjukdom.asp?sjukdid=536>> Tillgänglig [2007-11-06] kl.10.32

*SOS (2006). Care and socialservices for elderly in 2006. Summary.

<<http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/569E7319-BE42-4432-912RF2ED75886D4C7/7421/2007443.pdf>> Tillgänglig [2007-09-26] kl.12.07

*Tibbling, G, L., Vårdalsinstitutet (2005). Om mat och dysfagi.

<<http://www.vardalsinstitutet.net/>> Tillgänglig [2007-09-26] kl.10.40

*Wikipedia (2007). Sväljningssvårigheter.

<<http://www.sv.wikipedia.org/wiki/Dysfagi>> Tillgänglig [2007-09-26] kl.12.45

Bilaga I

GRANSKNINGSMALLAR FÖR KVALITETSBEDÖMNING Kvantitativa studier

	Fråga	Ja	Nej
1.	Motsvarar titeln studiens innehåll?		
2.	Återger abstraktet studiens innehåll?		
3.	Ger introduktionen en adekvat beskrivning av vald problematik?		
4.	Leder introduktionen logiskt fram till studiens syfte?		
5.	Är studiens syfte tydligt formulerat?		
6.	Är frågeställningarna tydligt formulerade?		
7.	Är den kvantitativa metoden Bskrivna?		
8.	Är designen relevant utifrån syftet?		
9.	Finns inklusionskriterier beskrivna?		
10.	Är inklusionskriterierna relevanta?		
11.	Finns exklusionskriterier beskrivna?		
12.	Är exklusionskriterierna relevanta?		
13.	Är urvalsmetoden beskriven?		
14.	Är urvalsmetoden relevant för studiens syfte?		
15.	Finns populationen beskriven?		
16.	Är populationen representativ för studiens syfte?		
17.	Anges var studien genomfördes?		
18.	Anges när studien genomfördes?		
19.	Anges hur datainsamlingen genomfördes?		
20.	Anges vilka mätmetoder som användes?		
21.	Beskrivs studiens huvudresultat?		
22.	Presenteras hur data bearbetats statistiskt och analyserats?		
23.	Besvaras studiens frågeställningar?		
24.	Beskriver författarna vilka slutsatser som kan dras av studieresultatet?		
25.	Diskuterar författarna studiens interna validitet??		
26.	Diskuterar författarna studiens externa validitet?		
27.	Diskuterar författarna studiens etiska aspekter		
28.	Diskuterar författarna studiens kliniska värde?		
Summa			

Maxpoäng:

28

Erhållen poäng:

Kvalitet:

låg

medel

hög

Bilaga II

GRANSKNINGSMALLAR FÖR KVALITETSBEDÖMNING Kvalitativa studier

	Fråga	Ja	Nej
1	Motsvarar titeln studiens innehåll?		
2	Återger abstraktet studiens innehåll?		
3	Ger introduktionen en adekvat beskrivning av vald problematik?		
4	Leder introduktionen logiskt fram till studiens syfte?		
5	Är studiens syfte tydligt formulerat?		
6	Är frågeställningen tydligt formulerad?		
7	Är den kvalitativa metoden beskriven?		
8	Är designen relevant utifrån syftet?		
9	Finns inklusionskriterier beskrivna?		
10	Är inklusionskriterierna relevanta?		
11	Finns exklusionskriterier beskrivna?		
12	Är exklusionskriterierna relevanta?		
13	Är urvalsmetoden beskriven?		
14	Är urvalsmetoden relevant för studiens syfte?		
15	Är undersökningsgruppen beskriven?		
16	Är undersökningsgruppen relevant för studiens syfte?		
17	Anges var studien genomfördes?		
18	Anges när studien genomfördes?		
19	Anges vald datainsamlingsmetod?		
20	Är bakgrunds variablerna för undersökningsgruppen beskrivna?		
21	Är data systematiskt insamlade?		
22	Presenteras hur data analyserats?		
23	Är resultaten trovärdigt beskrivna?		
24	Besvaras studiens syfte?		
25	Beskriver författarna vilka slutsatser som kan dras av studieresultatet?		
26	Diskuterar författarna studiens trovärdighet?		
27	Diskuterar författarna studiens etiska aspekter		
28	Diskuterar författarna studiens kliniska värde?		
Summa			

Maxpoäng:

28

Erhållen poäng:

Kvalitet:

låg

medel

hög