

Konsekvensbeskrivning av riktlinje för bedömning och handläggning av dysfagi efter stroke

Konsekvensbeskrivning av riktlinje för bedömning och handläggning av dysfagi efter stroke

Versionshantering

Datum	Beskrivning av förändring
2022-03-12	Version 1.

Innehållsförteckning

Konsekvensbeskrivning av riktlinje för bedömning och handläggning av dysfagi efter stroke	2
Versionshantering	2
Sammanfattning	4
1. Om konsekvensbeskrivningen	4
2. Konsekvenser	4
2.1 Omfattning	4
2.2 Nyttan eller risker för individen	4
2.3 Etiska aspekter	4
2.4 Verksamhet och organisation	5
2.5 Kostnader	5
2.6 Kompetensförsörjning	5
2.7 Påverkan på andra kunskapsstöd	5
2.8 Påverkan på andra nyckelfrågor i hälso- och sjukvården	5
2.9 Uppföljning	5
2.10 Övriga konsekvenser	5

Sammanfattning

Sväljsvårigheter (dysfagi) är mycket vanligt förekommande vid stroke (40–70 %). Kvarstående sväljningssvårigheter förekommer hos 11–50 % av de som insjuknat i stroke. Screening av sväljförmågan samt vid behov en mer detaljerad bedömning av sväljningen med videofluoroskopi eller videoendoskopi och dokumentation i journal i det akuta skedet av stroke är viktig för att identifiera, behandla och följa upp dysfagi för att undvika komplikationer såsom aspirationspneumoni, malnutrition och uttorkning.

Denna riktlinje gällande bedömning och handläggning av dysfagi vid stroke grundas på Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för vård vid stroke. Bedömning av sväljsvårigheter efter stroke har högsta prioritet (prio 1). Ytterligare kartläggning av sväljförmåga med videofluoroskopi eller videoendoskopi har en hög prioritet (prio 3).

Bedömning av sväljförmåga är en central process-indikator inom akut strokevård enligt Socialstyrelsen och kvalitetsregistret Riksstroke.

1. Om konsekvensbeskrivningen

Nationella arbetsgruppen (NAG) Stroke ansvarar för konsekvensbeskrivningen.

Lars Rosengren, professor och överläkare i neurologi på Sahlgrenska Universitetssjukhuset i Göteborg är ordförande i NAG Stroke.

Konsekvensbeskrivningen har utarbetats av Per Wester, professor och överläkare i medicin och Patricia Hägglund, logoped och medicine doktor, båda vid Umeå universitet.

Övriga representanter i NAG Stroke är Mia Von Euler (Örebro), Anna Brändal (Umeå) och Magnus Esbjörnsson (Skåne).

Samtliga representanter har deltagit i arbetet och godkänt det slutliga förslaget.

2. Konsekvenser

2.1 Omfattning

Årligen insjuknar cirka 25 000 personer i stroke. Alla individer som insjuknat i stroke är aktuella för bedömning enligt denna riktlinje.

2.2 Nyttan eller risker för individen

Screening av sväljförmågan samt vid behov en mer detaljerad bedömning av sväljningen med videofluoroskopi eller videoendoskopi och dokumentation i journal i det akuta skedet av stroke är viktig för att undvika komplikationer såsom aspirationspneumoni, malnutrition och uttorkning.

2.3 Etiska aspekter

Många som drabbas av stroke har omedelbart efter insjuknandet en medvetandesänkning, och har därför svårt att utöva sin autonomi. Autonomi måste alltid balanseras mot andra etiska principer, till exempel principen att inte skada.

Bedömning av sväljförmåga efter strokeinsjuknande ska inte fördröjas, vilket kan begränsa möjligheten att ge detaljerad information och försäkra sig om att patienten är delaktig i bedömningar och handläggning av sväljförmågan.

Det finns mycket liten risk för undanträngningseffekter av andra patientgrupper. Riktlinjen har inga negativa konsekvenser avseende prioriteringsgrunderna för hälso- och sjukvården – människovärdesprincipen, behovs- och solidaritetsprincipen eller kostnadseffektivitetsprincipen.

2.4 Verksamhet och organisation

Bedömning och handläggning av dysfagi efter stroke i det akuta skedet av stroke utgör en viktig del av en välfungerande vård på strokeenhet. Identifiering, behandling och uppföljning av dysfagi medför att komplikationer såsom aspirationspneumoni, malnutrition och uttorkning kan undvikas.

2.5 Kostnader

Kostnad för omvårdnadspersonal att utföra initial screening tar cirka 5–15 minuter beroende på vilken screening som görs och om det ska journalföras.

Kostnad för instrumentella undersökningar varierar mellan olika regioner; för videofluoroskopi cirka 3000 - 6000 kronor per undersökning och för videoendoskopi 1400 - 2200 kronor per undersökning.

Kostnadsbesparing med adekvat genomförd bedömning och handläggning av dysfagi efter stroke är omfattande på grund av undvikande av komplikationer.

2.6 Kompetensförsörjning

Omvårdnadspersonal som tjänstgör i teamet på strokeenhet behöver utbildning i bedömning och handläggning av sväljförmåga. Detta kompetensbehov kan exempelvis säkerställas genom strokekompetensutbildning som numera finns webbaserad nationell (www.webbsku.se).

Utbildning av logopeder och läkare för att adekvat genomföra videoendoskopi, respektive läkare för videofluoroskopi, kan behöva kompletteras.

2.7 Påverkan på andra kunskapsstöd

Riktlinjen bedöms inte påverka andra kunskapsstöd.

2.8 Påverkan på andra nyckelfrågor i hälso- och sjukvården

Riktlinjen bedöms inte påverka andra nyckelfrågor i hälso- och sjukvården.

2.9 Uppföljning

Uppföljning av sväljbedömning vid stroke sker via det nationella kvalitetsregistret Riks-Stroke.

2.10 Övriga konsekvenser

Riktlinjen bedöms inte ge några övriga konsekvenser.