

	Gäller från och med: Skapad 2012-03-01 Reviderad 2019-02-21	Gäller till och med: 2023-12-31	Version: 2	Sida: 1(7)
Dokumenttyp: Metodbeskrivning	Förvaltning			
Utfärdat av: Teresa Bobeck, leg logoped Monica Hellgren, nutritionssjuksköterska	Beslutat av: Anna Parke, överläkare. Verksamhetschef ÖNH-kliniken.			

# Sväljningsbedömning

Region Kalmar Län

## Introduktion

### Syfte/ bakgrund

Syftet med sväljningsbedömning är att uppnå optimal nutrition och ett säkert ätande för patienten. En korrekt bedömning förebygger aspirationspneumoni och kvävningstillbud samt bidrar till att patienten får rätt kost och konsistensanpassning efter behov. Informationen i detta dokument är inte heltäckande för alla typer av dysfagi men är skapat som ett instrument för att hjälpa vårdpersonal att upptäcka sväljsvårigheter som inte alltid är uppenbara men som innebär risk för aspiration till lungorna. Sväljningsbedömning skall enligt nationella riktlinjer utföras i akutskedet på alla patienter med misstänkt stroke innan mat och dryck serveras. Även för andra patientgrupper kan detta vara tillämpligt. Det kan många gånger vara svårt att bedöma sväljförmågan. Då resultatet av bedömningen har stor betydelse för patientens överlevnad, återhämtning och livskvalitet har vi sett ett behov av ett standardiserat protokoll som stöd vid dessa undersökningar. I arbetet med metodbeskrivningen av sväljningsbedömning utgick vi från ett standardiserat test; SSA (se under rubriken Genomförande), vilket är ett bra instrument att använda på olika vårdavdelningar. Denna första screening och checklistan som går igenom innan bedömningen benämns ”Steg 1”. På strokeenheten i Kalmar görs ytterligare undersökningar av erfaren personal innan remittering till logoped eller dysfagiteam och därför togs *Fördjupad sväljningsscreening* fram som ”steg 2”. Denna fördjupade bedömning är tänkt att göras av personal som har kunskap och erfarenhet av patienter med dysfagi.

### Målgrupp

Vårdpersonal som kommer i kontakt med patienter med misstänkta ät- och sväljsvårigheter.

### Patientgrupper

Patienter med orofaryngeala sväljsvårigheter av olika orsaker, exempelvis stroke, neurologiska sjukdomar, medfödda eller förvärvade hjärnskador, demens, anatomisk avvikelse eller strålskada i mun och hals samt psykogena orsaker.

## Allmänt om dysfagi

Dysfagi innebär ät- och sväljsvårigheter. Begreppet syftar både på självupplevda symtom och avvikande undersökningsfynd som har med sväljningen att göra.<sup>1</sup>

Sväljningen indelas i tre faser: oral fas (munfas), faryngeal fas (svalgfas) och esofageal fas (matstrupsfas). Man talar även om den preorala fasen som innefattar steget innan maten når munnen, tex förmåga att hantera bestick. Svårigheter kan uppkomma i sväljningens alla respektive faser och brukar vanligtvis delas in i orofaryngeal och esofageal dysfagi. Dysfagi kan orsaka kvävningstillbud eller aspirationspneumoni. Dysfagi kan också försvåra eller omöjliggöra ett adekvat närings-, energi-, medicin- och vätskeintag. Detta kan leda till undernäring eller intorkning med en rad kända och allvarliga medicinska komplikationer såsom ökad infektionsrisk, risk för trycksår/fall, förlängda vårdtider och ökad dödlighet. Dietistkontakt är ofta nödvändig.

## Munvård

Munvård är extra viktig för personer som inte kan äta eller dricka. Muntorrheten som uppkommer när ingen mat intas via munnen gör slemhinnorna skörare och risken för karies och svampangrepp ökar. En ren munhåla minskar risken för att andas in och aspirera bakterier via saliven och är viktig för att förebygga lunginflammation. Vid problem att utföra munvård bör tandhygienist konsulteras för råd och adekvata hjälpmedel.

## Identifiera sväljningssvårigheter

Var observant på följande symtom:

*De symptom som är särskilt viktiga vid misstanke om aspirationsrisk är markerade med fetstil.*

- Smärtor i mun, svalg eller matstrupe vid sväljning
- **Dregling**
- **Rester i munnen efter måltid**
- Muntorrhet
- **Svårt att tugga**
- Upphållningskänsla i höjd med struphuvudet, halsgropen eller bakom bröstbenet
- **Rikligt med slem, saliv**
- **Hosta vid måltider**
- Hosta nattetid
- Halsbränna, sura uppstötningar
- **Sätter i halsen**
- **Andningsbesvär**
- **Kvävningskänsla vid måltider**
- Mat kommer upp igen efter att ha svalts ned
- **Mat eller dryck kommer upp bakom näsan**
- Svårt att hålla vikten
- Nedsatt aptit
- **Undviker viss föda**
- **Undviker att äta med andra<sup>2</sup>**

---

<sup>1</sup> Svensson, P. (2010). *Dysfagi*. Lund: Studentlitteratur.

<sup>2</sup> Svensson P (2010). *Dysfagi*. Lund: Studentlitteratur.

## Genomförande

### Förberedelse inför screeningbedömning

Förutom god daglig munvård såsom tandborstning morgon och kväll och att borsta tungan dagligen bör man inför sväljningsscreening:

- Rensa bort ev slem och beläggningar på tunga, kinder, tandkött och i gommen. Använd tex muntork.
- Fukta och rengör med kolsyrat vatten vid behov.
- Smörj med gel eller oljebaserad produkt vid muntorrhet.

### Steg 1

#### Checklista

Fyll i checklistan genom att ringa in rätt alternativ och skriv eventuell kommentar. Detta ger viktig information vid fortsatt utredning. Punkterna 1 och 2 är förutsättningar för att bedömningen ska kunna genomföras. Om dessa ej uppfylls ska bedömningen avbrytas. Om punkt 1 och 2 är uppfyllda fortsätter genomgången av checklistan.

Förklaring till punkt 1 "Är patienten vaken och svarar på tilltal?" Vid själva bedömningen skall patienten vara vaken eftersom det är en grundläggande förutsättning för ätande. Patienten behöver inte ge adekvata svar men skall kunna visa sig tillräckligt alert för att medverka i stunden.

Förklaring till punkt 2 "Kan patienten sättas upprätt?". Vid minsta sväljsvårighet är kroppspositionen ofta helt avgörande för ett säkert sväljande. Eftersom man vid denna bedömning alltid misstänker risk för aspiration till lungorna är det viktigt att patienten har en så optimal sittställning som möjligt. Den ska vara upprätt, helst ca 90 grader och gärna med möjlighet att hålla huvudet något framåttippat. Optimalt är att patienten har ett aktivt sittande men om det är omöjligt bör patienten sitta stabilt, med stöd för fötterna. Ju mindre patienten själv kan påverka sitt sittande desto viktigare är det att ge aktivt stöd med tex kuddar eller en stöttande hand bakom huvudet.

#### **Sväljningsscreening SSA (Standardised Swallowing Assessment)<sup>3</sup>**

Detta är ett standardiserat sväljningstest av prof. Lin Perry (Australien). Det är ett överskådligt schema där man ringar in de steg som patienten klarar. Testet genomförs av sjuksköterska eller undersköterska på vårdavdelning. Om inga svårigheter framkommer i undersökningen bedöms patienten kunna äta per os den kost som anses lämplig. Observera att det även finns andra faktorer att ta hänsyn till gällande lämplig konsistens såsom mun- och tandstatus, allmäntillstånd, ätbeteende, ork och motorik. Om det framkommer svårigheter i något steg i denna screening bör man remittera till logoped, alternativt utföra *Sväljningsscreening Steg 2*. I tveksamma fall kan man vända sig till Logopedmottagningen eller Strokeenheten för rådgivning. Där finns samlad erfarenhet av sväljningsscreening.

---

<sup>3</sup> Perry L. (2001). Screening swallowing function of patients with acute stroke. Part one: identification, implementation and initial evaluation of a screening tool for use by nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 10, 463-473. Svensk översättning av The Standardized Swallowing Assessment (SSA): ©Anna Karlsson

## **Steg 2**

### **Fördjupad sväljningscreening**

Genomförs av logoped eller erfaren sjuksköterska/undersköterska. Erfarenhet få genom utförande av bedömningen under handledning tills man bedöms kunna genomföra den självständigt. Om det framkommer svårigheter i något steg i denna bedömning bör man remittera till Logopedmottagningen.

### **Dokumentation**

Dokumentera resultatet av sväljningsbedömningen i patientens journal. I Cosmic finns en journalmall som heter Sväljningsbedömning LKL.

## Checklista inför sväljningsscreening

Material Steg 1: Spatel, ficklampa, handduk, tesked, vatten

Material Steg 2: Spatel, ficklampa, handduk, matsked, kolsyrat vatten, vatten + förtjockningsmedel

Patientens namn:

Personnummer:

1. Är patienten vaken och svarar på tilltal? JA NEJ

2. Kan patienten sättas upprätt (ev med hjälp av stöd för huvudet)? JA NEJ

Om svaret är NEJ på någon av ovanstående frågor: genomför ingen sväljningsscreening. Omvärdera patienten dagligen. Om det är fortsatt olämpligt att genomföra sväljningsscreening bör ställningstagande till alternativ nutritionsväg diskuteras, vid stroke senast på tredje dagen.

3. Kan patienten gapa? JA NEJ

4. Inspektera munhålan. Notera tandstatus, munhygien.  
Tandprotes? UPPE NERE

Kommentar: \_\_\_\_\_

---

OBS Vid beläggningar, slemmighet eller torr slemhinna görs munvård innan screening.

5. Kan patienten hosta på uppmaning? JA NEJ

6. Kan patienten hantera sin saliv korrekt?  
(Sväljer saliven? Dreglar?) JA NEJ

7. Kan patienten slicka på över/underläpp? JA NEJ

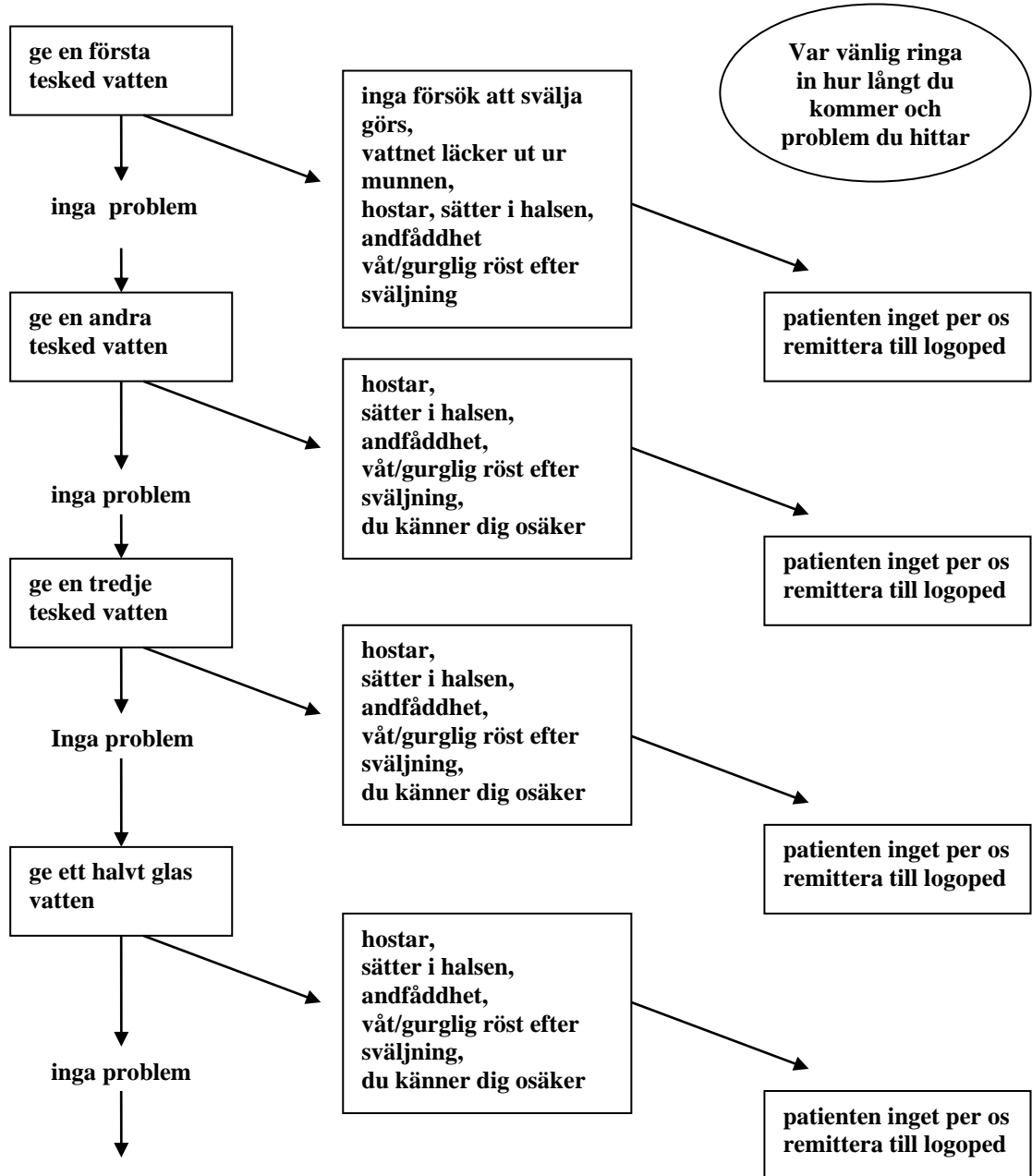
8. Låter patientens röst ”våt” eller skrovlig? JA NEJ

Genomför sväljningsscreening på nästa sida.

Om tveksamhet råder diskutera med medicinskt team och/eller erfaren kollega.

## Sväljningscreening steg 1:

Denna sida hämtad från: Standardized Swallowing Assessment på svenska, SSA-S  
**GENOMFÖR DÅ PATIENTEN ÄR ALERT OCH SITTER UPPRÄTT**



Om **INGA PROBLEM** - ordinerar en lämplig diet. Se till att patienten sitter upp och äter och övervaka när patienten äter en testmåltid. Om det finns några bekymmer, remittera till logoped.  
**GÖR OM BEDÖMNINGEN OM DET FÖREKOMMER NÅGON SOM HELST FÖRSÄMRING.**  
 Om det inte finns några bekymmer, fortsätt och upprätthåll försiktighet.

Screeningbedömning utförd av: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

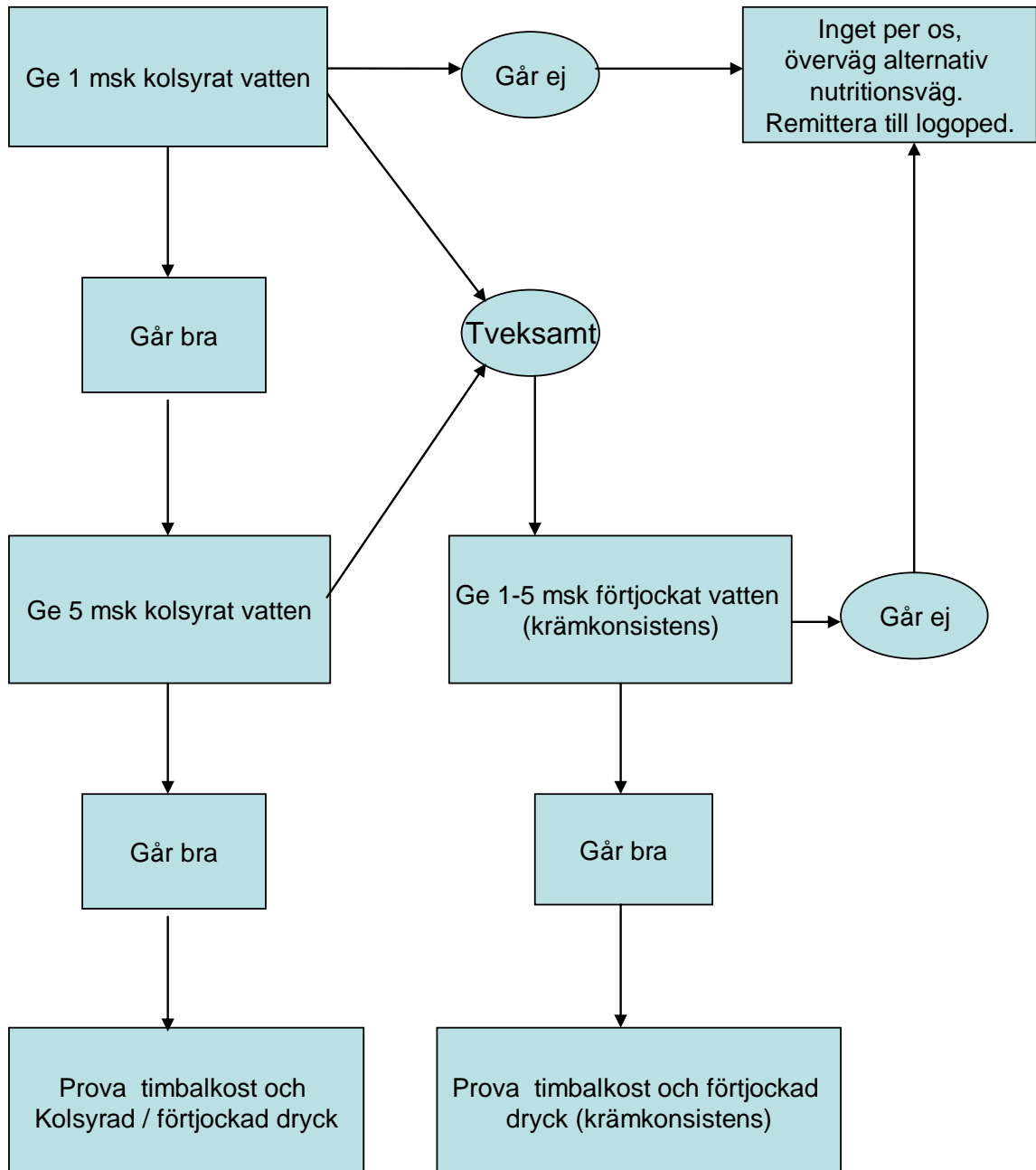
Problem identifierade JA  NEJ  osäker

Logoped kontaktad JA  NEJ  Datum: \_\_\_\_\_

Denna sida från: Perry L. (2001). Screening swallowing function of patients with acute stroke. Part one: identification, implementation and initial evaluation of a screening tool for use by nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 10, 463-473. Svensk översättning av The Standardized Swallowing Assessment (SSA): ©Anna Karlsson

## Sväljningscreening Steg 2

Fördjupad bedömning genomförs av erfaren\*  
sjuksköterska / undersköterska / logoped



\*Se förklaring under rubriken Genomförande i Introduktionen