

Standardized Swallowing Assessment på svenska, SSA-S

Checklista att utföra innan sväljningsscreening: slutför inom 24 timmar efter inskrivning

Patientens namn: _____ Avdelning: _____

1. Är patienten vaken och alert och svarar på tal? JA ☐
NEJ ☐
2. Kan patienten sättas upprätt med viss huvudkontroll? JA ☐
NEJ ☐

Om du svarar **NEJ** på någon av ovanstående frågor –

AVSLUTA HÄR OCH GENOMFÖR INGEN SCREENINGBEDÖMNING

Omvärdera patienten med 24 timmars mellanrum och om det är fortsatt olämpligt att utföra en screeningbedömning eller att remittera till logoped, diskutera vätske- och näringsintag med medicinskt team.

3. Kan patienten hosta på uppmaning? JA ☐
NEJ ☐
4. Kan patienten upprätthålla viss salivkontroll? JA ☐
NEJ ☐
5. Kan patienten slicka på över- och underläpp? JA ☐
NEJ ☐
6. Kan patienten andas fritt?
(d.v.s. inga andningsproblem eller svårigheter att upprätthålla syrenivån SaO₂) JA ☐
NEJ ☐

Om svaren på frågorna 3 – 6 är **JA** – **FORTSÄTT MED SCREENINGBEDÖMNINGEN.**
Om något svar är **NEJ** – **AVSLUTA OCH REMITTERA TILL LOGOPED.**

Slutligen -

7. Låter patientens röst "VÅT" eller SKROVLIG?

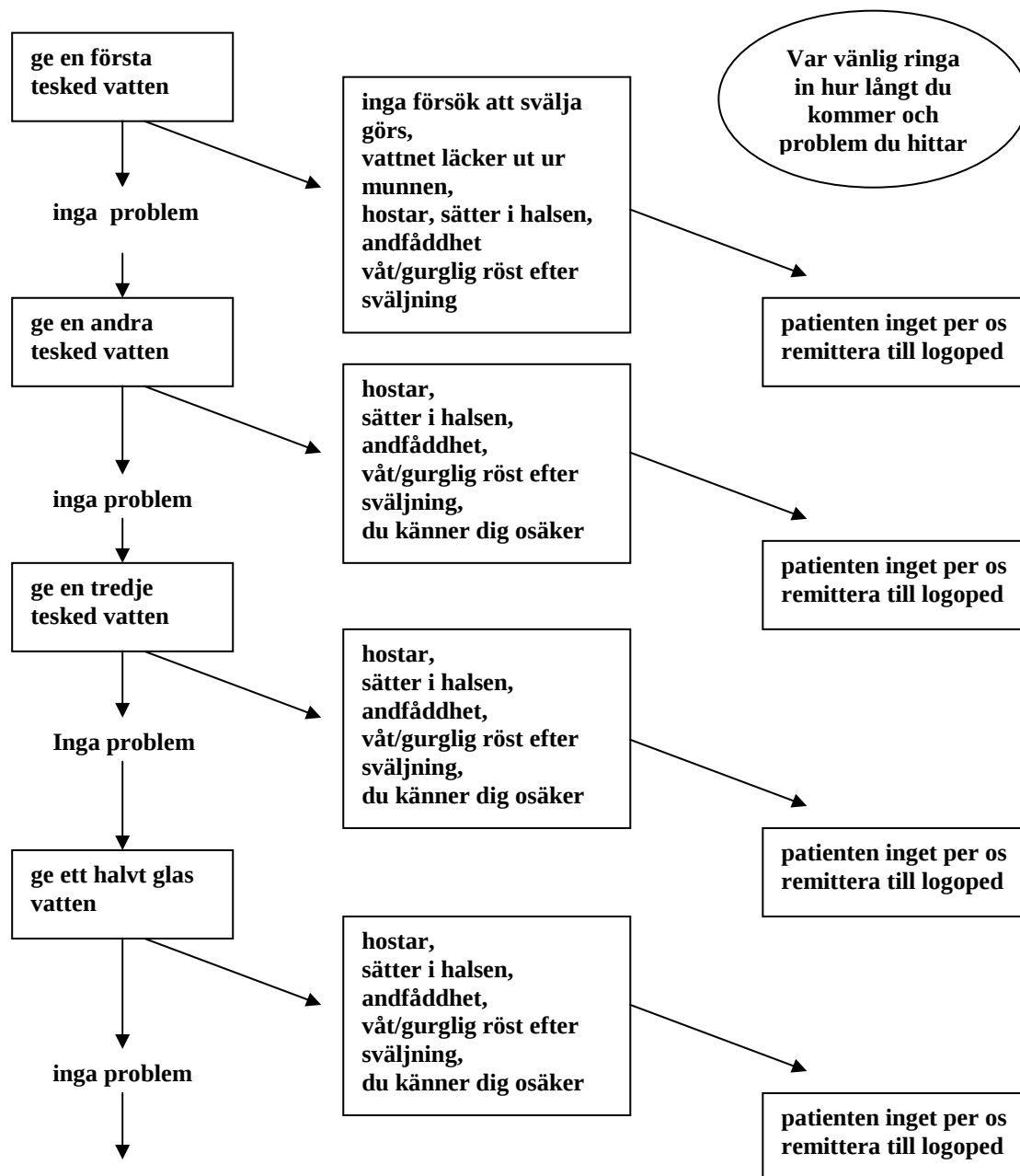
NEJ ☐ FORTSÄTT MED SCREENINGBEDÖMNINGEN

JA ☐ AVBRYT OCH REMITTERA TILL LOGOPED

Om tveksamhet råder, diskutera med logoped eller medicinskt team.

Checklista innan screeningbedömning - datum och signatur:

**Sväljningsscreening:
GENOMFÖR DÅ PATIENTEN ÄR ALERT OCH SITTER UPPRÄTT**



Om INGA PROBLEM - ordinera 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: _____