

Mann Assessment of Swallowing Ability (MASA) © 2002

**Testadministrasjon, instruksjonsmanual og skåringsark
Autorisert norsk utgave - januar 2017**

Giselle Carnaby Mann, PhD, MPH, CCC-SLP, F-ASHA

University of Central Florida
Orlando, Florida



Ansvarlig for norsk oversettelse:
Maribeth Caya Rivelsrud, MS, CCC-SLP
Sunnaas sykehus HF
Nesoddtangen, Norway



Kommentarer til den norske oversettelsen.

Spise-/svelgevansker (dysfagi) kan ha ødeleggende og langvarig effekt på en persons medisinske og psykososiale velferd, samt en negativ effekt på livskvalitet.

Klinisk vurdering av svelgevansker (dysfagi) er en enkel, tidsbesparende og kosteffektiv måte å identifisere mennesker med dysfagi, planlegge adekvate behandlingstiltak og måle endringer over tid. Tilgang til standardiserte og validerte kliniske verktøy for vurdering av orofaryngeal dysfagi er vesentlig for å gjennomføre evidensbasert praksis.

Den norske oversettelsen av Mann Assessment of Swallowing Ability (MASA) er et viktig arbeid som ble gjennomført av medlemmer fra det norske dysfaginetttverket og støttet finansielt av Sunnaas sykehus HF. Oversettelsen som foreligger i oktober 2016 har vært vurdert og godkjent som en autorisert norsk oversettelse av Giselle Carnaby (Mann) ved University of Central Florida, Orlando, Florida. Vi er svært takknemlige for det gode samarbeidet med professor Carnaby.

En rekke mennesker har vært viktige i prosessen frem til det endelige produktet. Jeg vil benytte anledningen til å takke logopedene Beate Johansen, Margrethe Børvik og Kristina Johansen ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF og logoped Eli Anne Kjølberg ved Sunnaas sykehus HF for deres iherdige engasjement og assistanse med oversettelsesarbeidet. Jeg vil også takke autorisert oversetter, Beverley Wahl, for et godt samarbeid.

Det er en glede å vite at tilgang til denne autoriserte oversettelse av MASA vil bidra til et betydelig løft innen evidensbasert praksis og komme våre pasienter med dysfagi til gode.

Med vennlig hilsen
Maribeth Caya Rivalsrud
M.S. CCC-SLP/Logoped MNLL

Mann Assessment of Swallowing Ability (MASA)

TESTADMINISTRASJON

Generelle instruksjoner

Kvalifikasjoner

MASA er utviklet for å gi spesifikk informasjon om en persons svelgefunksjon via administrators tolkning av responser. Derfor bør testen utføres av kvalifiserte fagfolk (f.eks. logopeder, dysfagi-kyndige sykepleiere, ergoterapeuter med spesialisering innen dysfagi). Selv om spesifikke retningslinjer for administrasjon, tolkning og skåring av responsene finnes andre steder i testmanualen, er det usannsynlig at helsefagarbeidere, vikarer, assistenter eller studenter kan administrere og skåre MASA på en adekvat måte.

Omgivelser

Den fysiske testsituasjon bør sikre at pasienten er i optimal sittestilling. Hvis mat eller drikke skal prøves, bør pasienten sitte oppreist med god støtte til armer og ben. Standard sikkerhetstiltak er anbefalt ved alle svelgeundersøkelser. Dette inkluderer assistanse, monitorering av vitale funksjoner, tilgjengelighet av medisinsk personell og eventuelt tilgang til sug-apparat.

Prosedyrer

Gjennomføring av MASA begynner alltid med punkt 1. Hvis pasienten ikke kan utføre dette første punktet, skal testing avsluttes og undersøkelsen gjentas på et senere tidspunkt. Det anbefales at ferdighetene under hvert testområde utføres i kronologisk rekkefølge. Administrator velger graderingen som passer best til pasientens respons innen hvert testområde. Graderingen samt skårene kan leses på skåringsarket. Pasienten bør vise noen men ikke nødvendigvis alle egenskaper ved hvert testområde for å skåre poeng for den ferdigheten. (Figur 1).

Figur 1. Avsnitt fra MASA skåringsark utfylt for en fiktiv pasient.

Bevissthet	2 ingen respons	5 vanskelig å vekke	8 døsig/varierende	10 våken/bevisst	
Samarbeid	2 ikke i stand til å samarbeide	5 motvillig	8 varierende samarbeid	10 samarbeider	
Auditiv forståelse	2 ingen/minimal respons på tale	4 sporadisk motorisk respons ved prompting	6 følger enkel samtale med gjentakelse	8 minimale vansker med å følge samtale	10 ingen vansker
Respirasjon	2 bruk av sug, luftveisinfeksjon	4 betydelige basale krepitasjoner lungefysioterapi	6 lette basale knitrellyder	8 slim i øvre luftveier annen årsak	10 ingen tegn på abnormalitet
Respirasjonsfrekvens ved svelging	1 ingen selvstendig kontroll	3 noe kontroll/ inkoordinasjon	5 klarer å kontrollere pustefrekvens ved svelging		

Alle skårene fra de forskjellige testområdene legges sammen, og utgjør en totalskåre (max 200). I tillegg kan administrator anbefale diett-/konsistensnivå og vurdere risiko for både dysfagi og aspirasjon (sikker, sannsynlig, mulig, usannsynlig).

Diettanbefalinger

Diettanbefalingene i MASA er utformet for å ligne tilpassede konsistenser som er tilgjengelig for dysfagipasienter ved de fleste helseinstitusjoner. Anbefalinger for både drikke og fast konsistens er inkludert. Administrator avgjør hvilken konsistens som er best tilpasset den kliniske profilen pasienten viser ut fra vurderingen.

Rangering av «svelge-integritet» – helhetsvurdering av svelging

Hver administrator kan gi en gradering av «svelge-integritet» for å kunne prioritere pasientens behov for intervensjon.

Sikker: Sterk evidens for dysfunksjon som krever umiddelbar handling eller supplerende instrumentell utredning.

Sannsynlig: Moderat evidens for dysfunksjon som krever tiltak eller videre utredning.

Mulig: Mulig evidens for dysfunksjon, som krever fortløpende observasjon.

Usannsynlig: Lite evidens for dysfunksjon, eller innen normalen.

Dette rangeringssystemet skal gi administrator en metode for å estimere risikofaktorer basert på den kliniske vurderingen.

Figur 2 viser et utsnitt av skåringsarket. Denne hjelper administrator til å kommentere andre vansker eller problemstillinger som kan ha innvirkning på pasientens nedsatte funksjonsevne.

Hele testen bør (om mulig) administreres i løpet av én økt for å få optimale resultater og for å kunne brukes til sammenligning med normativ data.

Figur 2. Eksempel på et utsnitt av skåringsarket (utfylt for en fiktiv pasient).

Anbefalt matkonsistens	ingenting per oralt / stor risiko	puré/tyggefritt	modifisert myk/findelt	myk/lett-tyggelig	normal
Anbefalt drikkekonsistens	ingenting per oralt	veldig tykk	tykk	litt tykk	normal
Svelge-integritet Dysfagi Aspirasjon	sikker dysfagi aspirasjon	sannsynlig dysfagi aspirasjon	mulig dysfagi aspirasjon	usannsynlig dysfagi aspirasjon	

Total =

Tillatt hjelp

Hvis pasientens respons er forsinket eller uforståelig, kan man gjenta hele instruksjonen. Behov for gjentagelse av instruksjon bør noteres i skåringen.

Skåringsstandarder

Skåringsstandardene for hvert testområde ble etablert etter en omfattende gjennomgang av testresponsene for hver deltaker i studien. Disse standardene ble deretter bekreftet gjennom grundig analyse av testresultatene. Skåringsanvisninger finnes i Tabell 1.

Tabell 1. MASA grenseverdier for alvorlighetsgradering av dysfagi og aspirasjon

Alvorlighetsgrad	MASA score-dysfagi	MASA score-aspirasjon
Ingen vansker	≤ 178-200	≤ 170-200
Lett	≤ 168-177	≤ 149-169
Moderat	≤ 139-167	≤ 148
Alvorlig	≤ 138	≤ 140

MASA INSTRUKSJONSMANUAL

Bevissthet

Generelt nedsatt oppmerksomhet til omgivelsene og seg selv, reagerer ikke på stimuli, vansker med å fokusere eller holde på oppmerksomheten.

Oppgave: Observere og vurdere pasientens respons på tale, berøring eller smerte. Kan inkludere informasjon fra medisinsk personell.

Gradering: 10 = Våken/bevisst
8 = Døsig, varierende våkenhetsnivå
5 = Vanskelig å vekke ved tilsnakk eller berøring
2 = Ingen respons ved tilsnakk eller berøring

Samarbeid

Pasienten er i stand til å styre oppmerksomheten og samhandle.

Oppgave: Få pasientens oppmerksomhet og forsøke å initiere kommunikasjon eller aktivitet.

Gradering: 10 = Samarbeider - kan delta i en eller annen form for samhandling (verbal/ikke verbal)
8 = Varierende samarbeid - distraheres av flere stimuli
5 = Motvillig - vansker med samhandling
2 = Ikke i stand til å samarbeide ved interaksjon eller aktivitet

Auditiv forståelse

Evne til å forstå grunnleggende verbal kommunikasjon.

Oppgave: Engasjer pasienten uformelt i samtale; be pasienten om å utføre enkle og sammensatte instruksjoner. Bruk både høy- og lavfrekvente instruksjoner. *NB: dersom strukturert språkvurdering er gjennomført, kan resultatene inkluderes.*

Gradering: 10 = Ingen vansker observert ved screening
8 = Minimale vansker med å følge vanlig samtale
6 = Følger enkel samtale / instruksjoner med gjentakelse
4 = Sporadisk motorisk respons ved prompting
2 = Ingen / minimal respons på tale

Respirasjon

Status av respirasjons- og lungesystem.

- Oppgave: Konsulter ansvarlig lege, sykepleier eller fysioterapeut angående pasientens respirasjon *
- Gradering: 10 = Ingen tegn på abnormalitet (klinisk/røntgen)
8 = Slim i øvre luftveier eller andre luftveistilstander, f.eks. astma/bronkospasme, kronisk obstruktiv luftveissykdom
6 = Lette basale knitrellyder, selvrensende
4 = Betydelige basale kreptasjoner, mottar lungefysioterapi
2 = Hyppig bruk av sug / lungefysioterapi / mistanke om infeksjon / avhengig av respirator

* Notere pasientens aktivitetsnivå

Respirasjonsfrekvens ved svelging

Koordinering av pust og svelging.

- Oppgave: Observer respirasjonsfrekvens ved hvile
Observer pustemønsteret (nasalt/oralt)
Observer timingen av svelging av spytt/når pasienten svelger spytt i forhold til innpust/utpust. Noter pustemønster ifm svelging, dvs om pasienter avslutter med en utpust (normalt).
Observer timing av hoste i forbindelse med svelging. Be pasienten om å lukke munnen, puste inn, holde pusten (på mest mulig komfortabel måte); ta tiden.
- Gradering: 5 = Klarer å kontrollere pustefrekvens ved svelging. Pasienten puster normalt etter svelging og kan holde pusten på en behagelig måte i 5 sekunder.
3 = Noe kontroll/inkoordinasjon. Pasienten kan puste nasalt og holde pusten i en kort periode. Sporadisk innpust etter svelging.
1= Ingen selvstendig kontroll. Pasienten puster hovedsakelig gjennom munnen. Pasienten er ikke i stand til å holde pusten på en komfortabel måte. Variabel pustefrekvens.

Afasi/dysfasi

Språkvansker på tvers av språkmodaliteter: snakke, lytte, lese, skrive.

- Oppgave: Uformell vurdering av pasientens verbale uttrykksevne.
Denne informasjonen skal kombineres med tester av pasientens auditive forståelse for å avgjøre gradering for dette testområdet:
gjenta lyder, ord, sekvenser,
benevne objekter, tall, kroppsdelar
svare på enkle spørsmål, ja/nei
funksjonell benevning

Gradering: 5 = Ingen vansker observert ved screening.
4 = Lette ordletingsvansker / vansker med å uttrykke seg
3 = Uttrykker seg på en begrenset måte / korte fraser eller ord
2 = Ikke funksjonelt språk – kun lyder eller uforståelige enkeltord
1 = Kan ikke vurderes

Apraksi /dyspraksi

Svekket evne til å organisere posisjonering av talemuskulaturen eller sekvensere bevegelsene i viljestyrt taleproduksjon. Ikke ledsaget av svakhet, treghet eller redusert koordinasjon av talemuskulaturen ved refleksive eller automatiske handlinger.

Oppgave: Uformell vurdering som ovenfor. Inkludere gjentakelse av fraser av økende lengde og vurdere munnmotorisk bevegelsesutslag på oppfordring. Noter nøyaktighet, smidighet og spontanitet versus imitasjon.

Gradering: 5 = Ingen vansker observert ved screening
4 = Talen nøyaktig etter prøving og feiling, minimal nøling/søkende bevegelser
3 = Talen er defekt i forhold til nøyaktighet eller hastighet etter instruksjon
2 = Betydelig søkende/unøyaktig, delvis eller irrelevant respons
1 = Kan ikke vurderes

Anartri/Dysartri

Svekkelse i artikulasjon karakterisert ved forstyrrelse av kontroll over talemuskulaturen. Inkluderer lammelse, svakhet eller inkoordinasjon av talemuskulaturen.

Oppgave: Uformell evaluering som ovenfor. Inkluder artikulasjonsoppgaver av økende lengde/vanskelighetsgrad som gjentakelse av setninger, høytlesing og spontan tale. Ha en samtale med pasienten. Be pasienten telle til 5, starte med hviskestemme og øke stemmeverket gradvis. Diadokokinetiske oppgaver kan brukes (pa/ta/ka).

Gradering: 5 = Ingen vansker observert ved screeningen
4 = Langsom med sporadisk nøling og sløret tale
3 = Forståelig tale, men tydelig defekt i tempo/bevegelsesutslag/styrke/koordinasjon
2 = Uforståelig tale
1 = Kan ikke vurderes

Saliva / spytt

Evne til å håndtere oral sekresjon.

Oppgave: Observer pasientens kontroll av spytt. Noter lekkasje av sekret/spytt fra munnen/munnviker. Sjekke munnvikene for fuktighet. Spør pasienten om han/hun har hatt lekkasje av spytt i løpet av dagen, natten, eller mens han/hun ligger på siden.

Gradering: 5 = Ingen vansker observert ved screening
4 = Skummet/behov for å spytte i en kopp
3 = Sikling av og til, sikling ved tale, når han/hun ligger på siden, er trøtt
2 = Konsekvent sikling
1 = Mye sikling. Ute av stand til å kontrollere siklingen, åpen munn, trenger smekke/tørkle.

Leppelukke

Evne til å kontrollere leppebevegelse og -lukke.

Oppgave: Observere leppene i hvile. Noter tonus ved munnvikene. Be pasienten overdrive uttale av vokalen /i/, og rund leppene for vokalen /u/. Be pasienten alternere mellom disse to vokalene. Observer bilabial funksjon basert på tidligere repetisjoner av lyder og taleøvelser. Observere pasientens evne til leppelukke rundt en tom skje. Be pasienten om å blåse opp kinnene og holde på luften.

Gradering: 5 = Ingen vansker observert ved screening
4 = Lette vansker, sporadisk lekkasje
3 = Unilateral svekkelse, redusert lukke, begrenset bevegelighet
2 = Ufullstendig lukke, begrenset bevegelighet
1 = Ingen leppelukke, kan ikke vurderes

Tungebevegelse

Tungebevegelighet i både fremre og bakre posisjoner.

Oppgave: *Fremre aspekt*
Strekk ut tunga- Be pasienten om å strekke tungen så langt fremover som mulig og deretter trekke den langt tilbake.
Sidebevegelse - Be pasienten om å bevege tungen fra munnvik til munnvik, deretter gjentatte sidebevegelser.
Be pasienten om å bevege tungen i sidefurene mellom tennene og leppene på hver side av munnen.
Heving - Be pasienten om å åpne munnen høyt og heve tungespissen opp bak alveolarkanten. Be pasienten om å heve og senke tungen på denne måten.
Bakre aspekt
Heving - Be pasienten om å heve baktungen opp mot ganen og holde den i posisjon.

Gradering: 10 = Ingen vansker observert/ fullt bevegelsesutslag
8 = Lette vansker i bevegelsesutslag
6 = Ufullstendig bevegelse
4 = Minimal bevegelse
2 = Ingen bevegelse/kan ikke vurderes

Tungestyrke

Bilateral tungestyrke ved motstand.

Oppgave: Be pasienten om å presse tungen lateralt mot en spatel eller finger (med steril hanske)
Be pasienten om å presse tungen fremover mot en spatel eller finger
Be pasienten om å presse tungen mot en spatel eller finger ved å heve og senke tungen.
Be pasienten om å heve baktungen mot en spatel eller finger. Notér tonus og styrke ved motstand.

Gradering: 10 = Ingen vansker observert ved screening
8 = Minimal svekkelse
5 = Unilateral svekkelse
2 = Bilateral svekkelse/kan ikke vurderes

Tunge koordinasjon

Evnen til å kontrollere tungebevegelser under gjentakende oppgaver eller tale.

Oppgave: Be pasienten om å slikke seg sakte rundt leppene, deretter i raskt tempo, skal berøre hele området.
Be pasienten gjenta alveolare tungespiss-stavelser /ta/ i hurtig tempo.
Gjenta en setning med alveolare tungespiss-konsonanter (f.eks. Ti tusen tommeltotter).
Be pasienten om å gjenta velare stavelser /ka/ i hurtig tempo.
Gjenta en setning med velare konsonanter (f.eks. Kan Katrine bake en kake?).

Gradering: 10 = Ingen vansker observert ved screening
8 = Lettere koordinasjonsvansker
5 = Store koordinasjonsvansker
2 = Kan ikke vurderes

Oralforberedelse fase

Evne til å bearbeide maten, blande med spytt, og danne en sammenhengende bolus klar til svelging.

Oppgave: Observer pasienten mens han/hun spiser eller tygger. Spør om du kan observere hvordan bolus er bearbeidet i forkant av svelging. Se etter boluslekkasje fra munnen, posisjonering av bolus, om bolus ligger spredt i munnhulen, og om han/hun mister bolus i fremre og laterale sulci.

Noter tyggebevegelser og trettbarhet.

- Gradering: 10 = Ingen vansker observert ved screening
8 = Leppelukke eller tunge kontroll, boluslekkasje
6 = Minimal tygging /"tongue thrust" bolus drevet fremover/begrenset bearbeiding, hjelp av tyngdekraften/bolus spredt i munnhulen/hodeekstensjon
4 = Ingen bolusdannelse/ingen forsøk
2 = Kan ikke vurderes

Brekningsrefleks

Refleksiv motorrespons som er utløst som respons på farlig stimuli. Brekningsrefleks måler responsen av taktile reseptorer og afferent informasjon som går via CNX (og muligens noe av IX).

- Oppgave: Bruk spatel eller et larynksspeil (str 00), berør tungeroten eller bakre faryngealvegg. Noter sammentreknings av bakre faryngealvegg eller bløte gane.

- Gradering: 5 = Ingen vansker observert, god symmetrisk respons/hyperrefleksiv
4 = Nedsatt respons bilateralt
3 = Nedsatt respons unilateralt
2 = Fraværende respons unilateralt
1 = Ingen brekningsrepons /kan ikke vurderes

Gane

Velar funksjon under tale og som refleks.

- Oppgave: Be pasienten om å produsere en kraftig /a/ og hold i flere sekunder. Be pasienten om å gjenta /a/ flere ganger. Noter heving av den bløte ganen/velum. Observer hypernasalitet fra tidligere taleoppgaver. Undersøke palatal refleks - plasser spatel eller larynksspeil i overgangen mellom harde og bløte ganen.

- Gradering: 10 = Ingen vansker oppdaget.
8 = Liten asymmetri notert, men opprettholder bevegelse
6 = Unilateral svakhet, inkonsekvent bevegelse
4 = Minimal bevegelse, nasal regurgitasjon, nasal luftlekkasje
2 = Ingen bevegelse/kan ikke vurderes

Rensing av bolus

Evne til å bevege bolus effektivt gjennom munnhulen.

- Oppgave: Observer pasienten mens han/hun spiser/svelger bolus. Sjekk munnhulen for bolusrester etter svelging.

Gradering: 10 = Bolus helt rensset fra munnhulen
8 = God rensing, minimale rester
5 = Delvis rensing, rester
2 = Ingen rensing av bolus/kan ikke vurderes

Oral transport

Tiden det tar fra initiering av tungebevegelser til forkanten av bolus har nådd krysningspunktet mellom underkjeven og tungeroten.

Ved klinisk undersøkelse tas tiden fra initiering av tungebevegelse til initiering av hyoid-/og larynksløft. Målingen er en grov beregning av tiden fra initiering av tungebevegelse til utløsning av faryngeal svelging.

Nøyaktig oral transporttid kan ikke beregnes.

Oppgave: Klinikeren skal bruke fire-fingertest (Logemann, 1983). Bruk myk berøring. Be pasienten om å svelge. Ta tiden mellom initiering av tungebevegelse til initiering av hyoid-/ og larynksløft. (Normal tid for utløsning av faryngeal svelging er ca. 1 sekund)

Gradering: 10 = Ingen vansker observert ved screening, utløses raskt innen 1 sekund
8 = Forsinkelse mer enn 1 sekund
6 = Forsinkelse mer enn 5 sekunder
4 = Forsinkelse mer enn 10 sekunder
2 = Ingen bevegelse observert/kan ikke vurderes

Hosterefleks

Hosterefleks /spontan hoste.

Oppgave: Informasjon om pasientens hosterefleks skal vurderes i samarbeid med fysioterapeut eller annet kvalifisert helsepersonell. Observer eventuell spontan hoste i løpet av undersøkelsen. Hosten kan fremkalles ved lungeterapi eller fysisk trening.

Gradering: 5= Ingen abnormalitet oppdaget ved screening, kraftig hosterespons
3= Svak hosterespons
1= Ingen observert/ kan ikke vurderes

Viljestyrt hoste

Hosterespons ved instruksjon.

Oppgave: Be pasienten om å hoste så kraftig som mulig. Observere hostens kraft og kvalitet.

Gradering: 10 = Ingen vansker observert ved screening, kraftig og klar hoste
8 = Forsøk på hoste, men svak, hes kvalitet
5 = Inadekvat forsøk
2 = Ingen forsøk/kan ikke vurderes

Stemme

Vurdering av larynksfunksjon med spesiell oppmerksomhet på stemmekvalitet.

Oppgave: Be pasienten om å si /a/, og holde så lenge som mulig
Be pasienten gli opp og ned langs en skala
Be pasienten om å forlenge /s/ og /z/
Observer klarhet av fonasjon, stemmeleie, fonasjonsbrudd, luftfylt stemme/heshet, ujevn progresjon, ukontrollert stemmestyrke (som ved tidligere dysartrioppgaver) og svekkelse av stemmen over tid.

Gradering: 10 = Ingen vansker observert ved screening
8 = Lette vansker, litt heshet
6 = Hes, vansker med tonehøyde / volumkontroll
4 = Våt/gurglete stemmekvalitet
2 = Afonisk/ kan ikke vurderes

Trach

Trachealkanylen gir respiratorisk støtte, fasiliterer aspirasjon av tracheobronchialt sekret, og / eller forhindrer respiratorisk obstruksjon.

Oppgave: Observere om pasienten har trachealkanyle; innhente informasjon om årsak til tracheotomien. Informasjon kan hentes fra lungelege, ansvarlig lege, fysioterapeut eller sykepleier.

Gradering: 10 = Ikke behov for trachealkanyle
5 = Fenestrert trachealkanyle in situ eller ikke cuffed
1 = Cuffed trachealkanyle in situ (inkludert cuffer som er uten luft i perioder)

Faryngeal fase

Integriteten av faryngeal funksjon fra utløsning av svelgeresponsen til bolus passerer cricofaryngealt sfinkter. Dette er klinisk identifiserbart ved hyolaryngeal bevegelse.

Oppgave: Observer hyolaryngeal bevegelse ved bruk av Logemanns fire-fingertest (1983). Noter smidighet og maksimal løfting.
Etter svelgingen, be pasienten om å fonere /a/ i noen sekunder. Noter stemmekvalitet.
Be pasienten om å trekke pusten kort og fort (som en hund) etter svelging, deretter lage stemmelyd. Noter stemmekvalitet.
Be pasienten om å snu hodet mot hver side og lage stemmelyd. Noter stemmekvalitet.
Be pasienten om å løfte haken og produsere stemmelyd. Noter stemmekvalitet.

- Gradering: 10 = Umiddelbar løfting av strupehodet og fullstendig rensing av svelget.
 8 = Løfting er lett redusert, langsam løfting, ufullstendig rensing av bolus.
 5 = Ufullstendig løfting av larynks, nølende ukoordinert bevegelse, våt/gurglete fonasjon.
 2 = Ingen initiering av svelging/kan ikke vurderes

Faryngeal respons

Kontroll av bolus gjennom farynks (svelget) og respons på rester i svelget.

Oppgave: Observere stemmekvalitet og hoste etter svelging. Gjennomføres i tilknytning til andre undersøkelsesoppgaver.

- Gradering: 10 = Ingen vansker observert under screening
 5 = Hosting før/under/etter svelging
 1 = Takler ikke, gurglete stemmekvalitet

Diettanbefalinger

Diettanbefalinger som resultat av den kliniske svelgeundersøkelsen gjennomført ovenfor. Dette kan utforme en midlertidig behandlingsplan og diett inntil videre objektiv analyse av svelgefunksjon er gjennomført (f.eks. vfss). I forkant av eller ved manglende tilgang til instrumentell utredningsverktøy er det nødvendig med grundig risikovurdering ved valg av mat- og drikkekonsistens.

- | | | |
|------------|------------|---|
| Gradering: | (Fast mat) | Ingenting per oralt - for stor risiko
Puré/tyggefritt
Farse/findelt
Myk/lett-tyggelig
Normal - ingen justering av konsistens |
| | (Drikke) | Ingenting per oralt - for stor risiko
Veldig tykk - for tykk til å drikkes av et glass, spises med skje
Tykk - for tykk til å drikkes med sugerør, kan drikkes av et glass
Litt tykk - renner jevnt av en skje, kan drikkes med sugerør
Normalt tyntflytende - ingen endring i konsistens |

«Svelge-integritet» - helhetsvurdering av svelging

Ordinalrisiko for de to hovedutfallene av den kliniske svelgeundersøkelsen: dysfagi og aspirasjon

- Gradering: Sikker
 Sannsynlig
 Mulig
 Usannsynlig

Mann Assessment of Swallowing Ability (MASA)

Skåringsark

Navn	Født		Skade dato	Inn dato	
Testområde	Kliniske ferdigheter (poeng)				
Bevissthet	2 ingen respons	5 vanskelig å vekke	8 døsig/varierende	10 våken/bevisst	
Samarbeid	2 ikke i stand til å samarbeide	5 motvillig	8 varierende samarbeid	10 samarbeider	
Auditiv forståelse	2 ingen/minimal respons på tale	4 sporadisk motorisk respons ved prompting	6 følger enkel samtale med gjentakelse	8 minimale vansker med å følge samtale	10 ingen vansker
Respirasjon	2 bruk av sug, luftveisinfeksjon	4 betydelige basale krepitasjoner, lungefysioterapi	6 lette basale knitrelyder	8 slim i øvre luftveier annen årsak	10 ingen tegn på abnormalitet
Respirasjonsfrekvens ved svelging	1 ingen selvstendig kontroll	3 noe kontroll/inkoordinasjon	5 klarer å kontrollere pustefrekvens ved svelging		
Afasi/dysfasi	1 kan ikke vurderes	2 ikke funksjonelt språk kun lyder/enkeltord	3 uttrykker seg på begrenset måte, korte fraser/ord	4 lette ordletingsvansker	5 ingen vansker
Apraksi/dyspraksi	1 kan ikke vurderes	2 betydelig søkende / unøyaktig, irrelevante responser	3 talen er defekt, nedsatt nøyaktighet eller tempo	4 talen nøyaktig etter prøving og feiling	5 ingen vansker
Anartri/dysartri	1 kan ikke vurderes	2 uforståelig tale	3 forståelig tale, tydelig defekt	4 langsom tale med sporadisk nøling og sløret tale	5 ingen vansker
Saliva/spytt	1 mye sikling, åpen munn	2 konsekvent sikling	3 sikling av og til	4 skummet/ spytter i en kopp	5 ingen vansker
Leppelukke	1 ingen leppelukke / kan ikke vurderes	2 ufullstendig lukke	3 unilateral svekkelse, redusert lukke	4 lette vansker, sporadisk lekkasje	5 ingen vansker
Tungebevegelse	2 ingen bevegelse	4 minimal bevegelse	6 ufullstendig bevegelse	8 lette vansker i bevegelsesutslag	10 ingen vansker
Tungestyrke	2 bilateral svekkelse	5 unilateral svekkelse	8 minimal svekkelse		10 ingen vansker
Tungekoordinasjon	2 kan ikke vurderes	5 store koordinasjonsvansker	8 lettere koordinasjonsvansker		10 ingen vansker
Oralforberedelse fase	2 kan ikke vurderes	4 ingen bolusdannelse, ingen forsøk	6 minimal tygging/ hjelp av tyngdekraften	8 leppelukke eller tungekontroll, boluslekkasje	10 ingen vansker
Brekningsrefleks	1 ingen brekningsrespons	2 fraværende respons unilateralt	3 nedsatt respons unilateralt	4 nedsatt respons bilateralt	5 ingen vansker

Gane	2 ingen bevegelse	4 minimal bevegelse, nasal lekkasje	6 unilateral svakhet	8 liten asymmetri, oppretholder bevegelse	10 ingen vansker
Rensing av bolus	2 ingen rensing av bolus	5 delvis rensing, rester		8 god rensing, minimale rester	10 bolus helt renset
Oral transport	2 kan ikke vurderes	4 forsinkelse >10 sek	6 forsinkelse >5 sek	8 forsinkelse >1 sek	10 ingen vansker
Hosterefleks	1 ingen observert / kan ikke vurdere		3 svak hosterespons		5 ingen abnormalitet
Viljestyrt hoste	2 ingen forsøk/ kan ikke vurderes	5 inadekvat forsøk	8 forsøk på hoste, men svak, hes		10 ingen vansker
Stemme	2 afonisk, kan ikke vurderes	4 våt/ gurglete	6 hes, vansker med tonehøyde/volumkontroll	8 lette vansker	10 ingen vansker
Trach	1 trachealkanyle/cuffed	5 trachealkanyle / fenestrert		10 ikke trach	
Faryngeal fase	2 ingen initiering av svelging / kan ikke vurderes	5 ufullstendig løfting av strupehodet	8 lett redusert / langsom løfting, ufullstendig rensing	10 umiddelbar løfting av strupehodet, rensing av svelget	
Faryngeal respons	1 takler ikke/ gurglete	5 hosting før/under/etter svelging			10 ingen vansker
Anbefalt matkonsistens	ingen ting per oralt / for stor risiko	puré /tyggefritt	modifisert myk/findelt	myk/lett-tyggelig	normal
Anbefalt drikkekonsistens	ingen ting per oralt/ for stor risiko	ikke flytende /puré	tykk	litt tykk	normal
Svelge-integritet Dysfagi Aspirasjon	sikker dysfagi aspirasjon	sannsynlig dysfagi aspirasjon	mulig dysfagi aspirasjon	usannsynlig dysfagi aspirasjon	

Scoring alvorlighetsgrad dysfagi; ≤178 - 200 innen normalen, ≤ 168 - 177 Lette, ≤ 139-167 moderate, ≤ 138 alvorlige
 Scoring alvorlighetsgrad aspirasjon; ≤ 170-200 innen normalen, ≤ 149-169 Lette, ≤148 moderate, ≤ 140 alvorlige

Total =

Tilleggsvansker _____

Oppsummering _____

Anbefalinger _____

Diagnose _____ Avd _____

Dato _____ Undersøkt av _____