

# MASTEROPPGAVE

Emnekode:  
PE323L

Navn på kandidat:  
Tina Dahl Olsen

---

## LOGOPEDI

Tilnærming til dysfagi hos afasirammede,  
og samarbeid med helsepersonell.

---

Dato: 16.05.2016

Totalt antall sider: 85



**NORD**  
universitet

[www.nord.no](http://www.nord.no)

## **Forord**

Masterarbeidet har vært en reise som har bydd på mye læring, nye ideer, utfordret meg personlig, både med tanke på kreativitet og standhaftighet. Det er ikke fritt for at frustrasjonen har vært innom skrivebordet fra tid til annen, men ser at det kanskje er disse periodene som i størst grad har tvunget prosessen videre. Jeg ser nå i etterkant at prosessen i seg selv med å gjennomføre et slikt prosjekt, har vært av stor verdi for meg utviklingsmessig.

Som student og alenemor, vil jeg rette stor takk til noen personer i livet mitt som har gjort det mulig for meg å utføre dette studiet. Min mor Evelyn Dahl, som har stilt opp i tykt og tynt gjennom studiene, med hjelp til alt fra praktiske ting til barnepass. Dette hadde aldri vært gjennomførbart uten deg. Barnas besteforeldre for øvrig som velvillige stiller opp når mamma må «gjøre skolearbeid», eller dra på samling, har også vært til uvurderlig hjelp. Jeg synes også guttene mine på 9 og 11 år fortjener en takk fordi de har vært tålmodige gjennom studiene, men gleder seg nå over at mammas utallige timer på kontoret er over. Takk rettes også til min veileder, Irene Velsvik Bele ved Nord universitet, for veiledning gjennom prosessen. Sist men ikke minst er jeg svært takknemlig for at de fire informantene tok seg tid til et intervju med meg. Det hadde ikke blitt noen masteroppgave uten dere.

**Tusen takk!**

## Sammendrag

Etter et hjerneslag er det mange som rammes av dysfagi. Etersom man svelger over 600 ganger i løpet av et døgn vil svelgevansker naturlig nok gi ulike utfordringer. Uoppdaget dysfagi kan gi konsekvenser som underernæring, pneumoni som følge av aspirering, eller i verste fall døden. Tema for denne studien er dermed dysfagi hos slagrammede med afasi, der formålet er å få økt kunnskap om hvordan afasipasienter med dysfagi blir ivaretatt hos logopeder. Hvilken kunnskap logopeder har om dette tema, og hvordan de opplever samarbeidet med helsepersonell. Gjennom semistrukturert intervju av fire logopeder med bred erfaring med dysfagi i en rehabiliterende fase, er det undersøkt følgende problemstilling:

### «Hvilken kunnskap har logopeder om dysfagi hos afasirammede, og hvordan opplever de samarbeidet med helsepersonell?»

For å belyse dette er det tilknyttet tre forskningsspørsmål som er som følger:

1. Hva mener logopeder er viktig i forhold til kartlegging og behandling av afasipasienter med dysfagi?
2. Hvordan erfarer logopeder egen kompetanse om dysfagi?
3. Hvordan oppleves samarbeidet mellom logoped og helsepersonell i forhold til arbeid med afasirammede med dysfagi?

Resultatene fra studien antyder at hvis pasienten har impressiv afasi eller kognitive vansker, får dette konsekvenser for hvilke valg en logoped står ovenfor. Empirien viser at dersom pasienten ikke kan ta imot instruksjoner, har dette både konsekvenser for hvilke kartleggingsverktøy og hvilke behandlingsmetoder som bør velges. Resultatene viser også at hvis pasienten har forståelsesvansker og ikke kan ta imot instruksjoner, legges det mer vekt på observasjon og kartlegging av kognitiv tilstand og språk. Samarbeidet med helsepersonell viste seg i følge informantene å være en nyttig faktor i rehabiliteringen av dysfagi, spesielt for å få til et tverrfaglig samarbeid, og for å få intensivitet i behandlingen. Det kan også se ut til at informantene mener at dysfagi er et tema i logopedien som kanskje burde vært mer vektlagt enn det er i dagens utdanning. Dette er hovedfunnene som er mest vektlagt i denne studien.

**Nøkkelord:** Dysfagi, kartlegging, behandling, kunnskap, afasi, tverrfaglig samarbeid.

## **Abstract**

After a brain stroke many patients are struck by dysphagia. A human being normally swallows approximately 600 times a day. Difficulties in swallowing will obviously involve different challenges. Undiagnosed dysphagia may result in undernourishment, pneumonia as result of aspiration, or the consequence may even be death. The subject is dysphagia in stroke patients suffering from aphasia, and the purpose is to increase the knowledge of how aphasia patients suffering from dysphagia are being attended to by speech therapists. How well informed around this subject are speech therapists, and how do they experience the cooperation with other health workers? Through interviews of four speech therapists with a wide experience in dysphagia in a rehabilitative phase, the following approach to the problem has been investigated:

### **“Do speech therapists have sufficient information about dysphagia in patients suffering from aphasia, and how does the cooperation with other health workers function?”**

To set focus on this subject it has been associated with three different research questions:

1. What do speech therapists find important where surveying and treating aphasia patients with dysphagia is concerned?
2. How do speech therapists consider their own competence about dysphagia?
3. How is the cooperation between health workers experienced by speech therapists in connection with treatment of aphasia sufferers with dysphagia?

The results from the study suggests that in cases where patients have receptive aphasia or cognitive difficulties, this will ultimately have consequences concerning the different choices a speech therapist will face. If the patient is not able to follow instructions, there will be consequences for choice of tools for mapping behavior and methods of treatment. The results reveal that if the patient has problems to understand and is not able to follow instructions, observation and diagnosing the cognitive state and language will be stronger emphasized. The cooperation with health care workers proves according to the informants to be a useful factor as far as rehabilitating from dysphagia is concerned, especially in order to achieve better cooperation between interdisciplinary collaboration, and for a more intensive treatment. It also seems that the informants are of the opinion that dysphagia should be stronger emphasized in future education than what is the situation in to-day's education. These are the main observations revealed in this study.

**Keywords:** Dysphagia, survey, treatment, knowledge, aphasia, interdisciplinary collaboration

# Innholdsfortegnelse

<b>FORORD</b> .....	<b>1</b>
<b>SAMMENDRAG</b> .....	<b>2</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>3</b>
<b>1.0 INNLEDNING</b> .....	<b>6</b>
1.1 KORT INNFORING I PROSJEKTET. ....	6
1.2 FORMÅLET.....	7
1.3 PROBLEMSTILLING.....	8
1.3.1 <i>Forskningsspørsmål</i> .....	8
1.4 OPERASJONALISERING .....	8
1.5 OPPGAVENS OPPBYGGING .....	9
<b>2.0 TEORI</b> .....	<b>10</b>
2.1 APOPLEXIA CEREBRI.....	10
2.2 DYSFAGI OG KONSEKVENSER .....	10
2.3 NORMAL SPISE- OG SVELGEFUNKSJON .....	11
2.3.1 <i>Den oralforberedende fasen</i> .....	12
2.3.2 <i>Den orale fasen</i> .....	12
2.3.3 <i>Den faryngale fasen</i> .....	13
2.3.4 <i>Den øsofagale fasen</i> .....	14
2.4 KUNNSKAP.....	14
2.5 KARTLEGGING .....	15
2.6 BEHANDLING.....	18
2.6.1 <i>Rehabilitering og samarbeid</i> .....	18
2.6.2 <i>Mål som viktig faktor i behandlingen av dysfagi</i> .....	19
2.6.3 <i>Kompenserende og rehabiliterende tiltak</i> .....	19
2.7 AFASI OG KOMMUNIKASJON .....	23
<b>3.0 METODE</b> .....	<b>24</b>
3.1 VITENSKAPELIG TRADISJON .....	24
3.2 HERMENEUTISK PERSPEKTIV.....	24
3.3 KVALITATIV METODE .....	25
3.4 FORSKNINGSDESIGN .....	26
3.4.1 <i>Fenomenologisk design</i> .....	26
3.4.2 <i>Induktivt/deduktiv forskning</i> .....	27
3.5 FORSKNINGSMETODE .....	27
3.5.1 <i>Intervju og den forskende samtalen</i> .....	28
3.5.2 <i>Intervjuguide</i> .....	28
3.5.3 <i>Semistrukturert intervju</i> .....	29
3.5.4 <i>Bruk av Skype</i> .....	30
3.5.5 <i>Utfordringer som oppsto</i> .....	31
3.5.5 <i>Prøveintervju</i> .....	31
3.6 UTVALG .....	32
3.6.1 <i>Strategisk utvelgelse og snøballmetoden</i> .....	32
3.6.2 <i>Kriterieutvelgelse</i> .....	32
3.6.3 <i>Samtykke til deltakelse</i> .....	33
3.7 METODEKRITIKK .....	33
3.7.1 <i>Validitet</i> .....	33
3.7.2 <i>Reliabilitet</i> .....	35
3.8 ETISKE BETRAKTNINGER .....	36

<b>4.0 EMPIRI .....</b>	<b>37</b>
4.1 INFORMANTENE .....	37
4.2 KUNNSKAP.....	37
4.2.1 Kunnskap .....	37
4.2.2 Kunnskap- identifisering av vansker .....	38
4.2.3 Dysfagi i utdanningen.....	39
4.2.4 Kunnskapstilegnelse .....	40
4.2 KARTLEGGING AV AFASIPASIENTER MED DYSFAGI .....	40
4.2.1 Kartlegging .....	40
4.2.2 Kartleggingsverktøy.....	41
4.2.3 Standardiserte kartleggingsverktøy .....	41
4.3 BEHANDLING AV AFASIPASIENTER MED DYSFAGI .....	44
4.3.1 Kognitiv funksjon og afasitype.....	44
4.3.2 Kompenserende tiltak.....	45
4.3.3 Rehabiliterende tiltak .....	45
4.3.4 Mål og veiledning .....	47
4.4 SAMARBEID MED HELSEPERSONELL .....	50
4.4.1 Veiledende rolle .....	50
4.4.2 Veiledning .....	52
4.4.3 Tverrfaglighet .....	53
<b>5.0 DRØFTING .....</b>	<b>54</b>
5.1 KUNNSKAP.....	54
5.1.1 Kunnskap - identifisering av vansker .....	54
5.1.2 Dysfagi i utdanningen.....	55
5.1.3 Kunnskapstilegnelse .....	56
5.2 KARTLEGGING .....	57
5.2.1 Kartleggingsverktøy.....	57
5.2.2 Kognitiv tilstand og språk .....	59
5.2.3 Observasjon .....	61
5.3 BEHANDLING.....	62
5.3.1 Kompenserende tiltak.....	62
5.3.2 Rehabiliterende.....	63
5.3.3 Mål for behandling .....	65
5.3.4 Veiledning .....	66
5.4 SAMARBEID MED HELSEPERSONELL .....	67
5.4.1 Veiledning .....	67
5.4.2 Tverrfaglighet .....	68
<b>6.0 KONKLUSJON.....</b>	<b>71</b>
<b>KILDER .....</b>	<b>72</b>
<b>VEDLEGG 1.....</b>	<b>81</b>
SAMTYKKESKJEMA .....	81
<b>VEDLEGG 2.....</b>	<b>83</b>
INTERVJUGUIDE.....	83
<b>VEDLEGG 3.....</b>	<b>84</b>
NSD.....	84

## **1.0 Innledning**

Spising- og svelging er en stor del av et menneskes liv. Det er noe vi reflekterer lite over, før det byr på problemer. Et menneske svelger opptil 600 ganger i løpet av et døgn. Hver gang vi spiser, er det involvert 28 muskler og seks hjernenerver for å kunne svelge en bit mat (Groher og Crary, 2016). Et hjerneslag kan forårsake anatomiske forandringer i hjernen som gjør at en får problemer med spising og svelging (Stensvold, 1999a). Dette kan gi en rekke uheldige konsekvenser, som eksempelvis dehydrering, underernæring (Westergren, 2006), pneumoni som følge av aspirering (Daniels og Huckabee, 2014), eller i verste fall døden (Westergren, 2006). Livskvaliteten påvirkes også av dysfagi, da måltider er en stor del av livet (González-Fernández et al., 2013). Slagpasienter med afasi har begrenset evne til å kommunisere, noe som gjør at det er spesielt viktig å følge opp dysfagi-problematikk hos denne gruppen pasienter. Disse pasientene er avhengig av at nettverket rundt har kunnskap og forståelse for problemene, for at de skal få en best mulig mestring av sine vansker. Logopedens samarbeid med helsepersonell vil derfor også være sentralt i denne studien. En logoped har som regel ikke mulighet til å være til stede under alle måltider til pasienten.

### **1.1 Kort innføring i prosjektet.**

Bakgrunnen for at jeg valgte å skrive om dette tema, var en rekke opplevelser i praksis gjennom møte med pasienter med afasi, som også hadde utfordringer med spise- og svelgefunksjonen. Det var flere som var henvist med afasi, men etter hvert viste det seg at mange hadde utfordringer med dysfagi også. Ikke bare under måltider, men også fordi de ikke svelget ofte nok, samlet det seg slim og spytt i munnen. Dette så ut til å renne ned på stemmebåndene, som videre virket inn på effekten på den logopediske behandlingen. Det ble vanskeligere å komme i gang med en ytring, både fordi stemmen ble hes og fordi mange måtte hoste før de klarte å si noe. Rivalsrud (2007) påpeker at uren, hes og gurglete stemme kan bety nedsatt larynkfunksjon som gjør at sekret kommer mellom stemmebåndene. Afasien i seg selv fører ofte til utfordringer i forhold til ordproduksjon, ordmobilisering og afasi innebærer alltid leting etter ord, skriver Haaland-Johansen og Qvenild (2010).

Det var også flere av pasientene som selv mente de ikke hadde spise- og svelgevansker, men når de ble kartlagt, viste det seg at de hadde flere symptomer på dysfagi. Flere sa for eksempel at de hadde blitt vant til å hoste under måltidet, og at de anså dette som normalt. Daniels og Huckabee (2014) viser til at det er mange personer som ikke er diagnostiserte fordi det er ulike oppfatninger av hva som er dysfagi er og hvilke problemer det medfører.

Det er flere uheldige faktorer som dysfagi kan føre til. Hes, uren og gurglete stemme er noe (Rivelsrud, 2007), men langt mer alvorlig er at dysfagi kan føre til pneumoni. Dette kan være forårsaket av aspirering eller penetrering av mat og drikke ned i luftveiene (Stensvold, 1999a). Når man vet at mange dør som følge av dette, er det viktig å rette fokus på hvordan man kan forebygge (Brush, 2007). Rivelsrud (2007) skriver at et tegn på dysfagi er gjentatte lungebetennelser. Hun fremhever også at det ikke er litteratur som viser hvor ofte og mye aspirasjon som må forekomme før det utvikles. Hun mener derfor det er viktig å ta tilbakevendende lungebetennelser på alvor. Det er grunn til å tro at dersom behandlingen er preget av deling av kunnskap og samarbeid mellom logoped og helsepersonell, kan dette virke forebyggende for hos utsatte pasienter. Daniels og Huckabee (2014) belyser at behandlingen av dysfagi bør ha logopedisk involvering, på samme måte som logopeden trenger ekspertisen som helsepersonell har. Dette forutsetter et samarbeid, for at pasienten skal få den beste behandlingen. Et tredje perspektiv kan man se fra et ernæringsmessig ståsted. Både i forhold til hvordan spisesituasjonen blir rammet, men også i forhold til om pasienten får i seg tilstrekkelig mat og drikke. Dette er viktig for å opprettholde ernæringsbehovet, ettersom det ofte kan bli ernæringssvikt og forstyrrelse i kroppens væskebalanse hos personer med dysfagi (Bache, 1999). Dysfagi og underernæring forekommer ofte hos pasienter på sykehus og på sykehjem, og så mye som halvparten av eldre på sykehjem har dysfagi (Svensson, 2008). Rivelsrud (2007) skriver også at vekttap også kan bety at pasienten har svelgevansker.

## **1.2 Formålet**

Et av de viktige elementene i studien er å finne ut hvordan man kan gi afasipasienter med dysfagi gode forutsetninger for gode og trygge spise-, - og drikkesituasjoner gjennom kartlegging og behandling. På denne måten kan pneumoni forebygges (Bores, 1998). Hovedformålet med denne studien er derfor å få økt kunnskap om hvordan afasipasienter med dysfagi blir ivaretatt av logopeder, hvilken kunnskap logopeder har om dette tema, og hvordan de opplever samarbeidet med helsepersonell. Ernæringsinntaket skjer gjennom hele dagen, og jeg tenker det derfor er ekstra viktig at alle som har med pasienten å gjøre, har kunnskap om dysfagi og hvordan man tilnærmer seg denne gruppen pasienter. Samarbeid for at pasienten skal få et tryggest mulig ernæringsinntak, ser jeg derfor på som viktig. Ha, Iversen og Hauge (2008) viser til at underernæring skjer hos 8-35 % av slagpasientene, mens Daniels og Huckabee (2014) fremhever at dysfagi er en faktor som gir økt risiko for underernæring og pneumoni. Ettersom det oftest er helsepersonell som har ansvaret under måltider, tenker jeg at det er viktig med et godt samarbeid mellom logopeden og



helsepersonell for å kunne gi pasienten de beste forutsetningene for å takle vanskene på best mulig måte. Formålet vil også være å se nærmere på hva som er viktig i et samarbeid mellom logoped og helsepersonell i forhold til denne problematikken. Som ny på fagfeltet er jeg ydmyk i forhold til hva dette prosjektet kan tilføre fagområdet, men det er viktig for meg at masterprosjektet skal kunne ha overføringsverdi til min fremtidige logopedfaglige praksis, og dermed på denne måten kunne tilføre fagfeltet noe positivt.

### **1.3 Problemstilling**

Gjennom intervju av fire logopeder med erfaring med dysfagi i en rehabiliterende fase, skal jeg undersøke:

**Hvilken kunnskap har logopeder om dysfagi hos afasirammede, og hvordan opplever de samarbeidet med helsepersonell?**

#### **1.3.1 Forskningsspørsmål**

1. Hva mener logopeder er viktig i forhold til kartlegging og behandling av afasipasienter med dysfagi?
2. Hvordan erfarer logopeder egen kompetanse om dysfagi?
3. Hvordan oppleves samarbeidet mellom logoped og helsepersonell i forhold til arbeid med afasirammede med dysfagi?

### **1.4 Operasjonalisering**

Det kan defineres tre ulike perspektiv på behandling av pasienter med svelgevansker. Et perspektiv er diagnosen til pasienten, som er legens område. Det kan også sees fra et ernæringsperspektiv som er ernæringsfysiologens område, eller ut fra pasientens spise og svelgfunksjon som er logopedens område (Svensson, 2010). Jeg ønsker å avgrense min studie til å se på dysfagi fra et logopedperspektiv. Studien kan heller ikke si noe om samarbeidet med helsepersonell for andre logopeder, i andre tilsettingsforhold. Dysfagi rammer også mange eldre, da spise og svelgfunksjonen blir svekket når man eldes (Daniels og Huckabee, 2014). I denne studien begrenses det til personer med ervervet dysfagi som følge av hjerneslag. Svensson (2008) skriver at slag er den vanligste årsaken til dysfagi. Det tenkes derfor hensiktsmessig å fokusere på slagpasienter. Nærliggende 15.000 mennesker rammes av hjerneslag i Norge hvert år, og 25 prosent får afasi (Qvenild et al., 2010).

For å gjøre en videre avgrensning har jeg valgt å fokusere på disse pasientene som også får afasi. Valget er tatt på bakgrunn av at dette er pasienter som logopeder i stor grad vil møte i

en logopedisk praksis, derfor er det hensiktsmessig å inkludere afasi i avgrensningen. På denne måten kan jeg se kommunikasjonsvanskene i sammenheng med dysfagitilnærmingen. Ettersom afasi er en multimodal språk- og kommunikasjonsvanske (Qvenild et al., 2010), får dette konsekvenser også for dysfagien. Hvordan pasientene greier å redegjøre for sine problemer og ta imot instruksjoner med hensyn til utredning og behandling vil påvirke hvordan logopedene kan opptre. Kognitive vansker er et begrep som brukes en del i studien. Jeg vurderer det som hensiktsmessig å ta det med i studien på bakgrunn av informantenes inkludering av kognitiv tilstand som en faktor. Det kan kanskje også tenkes at dysfagi-problematikken kommer litt i bakgrunnen hos noen, med tanke på at det kan oppleves som en stor krise å bli rammet av slag. Det er mange utfordringer som følger et slag, som rammer personen både fysisk, psykisk og sosialt. Lettere svelgevansker kan da kanskje oppleves som bagateller. Det betyr ikke at det er mindre viktig, sett fra et logopedfaglig perspektiv.

I studien finnes det ord som pneumoni og aspirasjon. Det er derfor hensiktsmessig å gi en kort forklaring på begrepene. Pneumoni betyr lungebetennelse, og er en infeksjon som mange eldre blir utsatt for (Gubbins og Li, 2015). Tveito (2015) skriver at pneumoni er en av de hyppigste årsakene til sykehusinnleggelse og død, da spesielt blant eldre. Når pasienten har dysfagi, er det større fare for å få pneumoni fordi det er fare for å aspirere. Når aspirasjon skjer, kommer det drikke, mat eller spytt ned i luftveiene (Sjøgreen og Svensson, 2012). På bakgrunn av faren for pneumoni (Qvenild et al., 2010), er det viktig at samarbeidet fungerer bra, da helsepersonell er de som oftest er sammen med pasienten under måltidet og kan legge til rette for en trygg ernærings situasjon. Ettersom det ofte er orofaryngial dysfagi som er problematisk hos slagpasienter, er det disse fasene som blir mest vektlagt.

### **1.5 Oppgavens oppbygging**

Etter innledningen vil det teoretiske bakteppet for studien bli presentert i kapittel 2.0. Videre i kapittel 3.0 er det metodologiske aspektet redegjort for. Hvordan selve undersøkelsen er gjennomført, og hvilke metodologiske verktøy som er benyttet. Empirien er presentert som funn i kapittel 4.0, etterfulgt av en drøftingsdel i kapittel 5.0. Avslutningsvis vil det komme en kort oppsummering av resultatene i studien.

## 2.0 Teori

I dette kapittelet skal det teoretiske bakteppet for studien presenteres. Det vil bli redegjort for hjerneslag, dysfagi og dysfagiens konsekvenser. For å kunne definere dysfagi må det også redegjøres for den normale svelgefunksjonen. Kartlegging og behandling av slagpasienter med dysfagi er også med i denne delen, inkludert veiledning som en del av behandling. Ettersom afasi har betydning for tilnærmingen av dysfagi, blir også dette kort presentert. Noe av teorien vil bli trukket inn i drøftingskapittelet, mens noe av teorien er tatt med for å gi et teoretisk grunnlag for å få en forståelsesbakgrunn for selve temaet i studien.

### 2.1 Apoplexia cerebri

Apoplexia cerebri, også kalt hjerneslag omfatter blodpropp eller blødning i hjernen (Qvenild et al., 2010). Ifølge Ha, Iversen og Hauge (2008) er om lag 90 % av alle som får hjerneslag over 65 år. De fleste i denne gruppen er dermed eldre pasienter. Brian (2014) viser til at mange mister livet av hjerneslag, i tillegg til at mange av de som overlever, får varige funksjonshemminger som påvirker livet i ulik grad. Ifølge Ellekjær og Selmer (2007) kan det ventes at insidensen av førstegangs hjerneslag er 11.000 årlig og 3.500 personer får residivslag. Det er også flere menn enn kvinner som rammes. Frich og Russel (2007) viser til en artikkel der det kan se ut til å bli en økning i eldre frem mot 2030, og at dette alene vil utgjøre 50 % økning i antall hjerneslag. Dette er den vanligste årsaken til alvorlig funksjonshemming og den tredje hyppigste dødsårsaken.

### 2.2 Dysfagi og konsekvenser

Temaet for studien er spise- og svelgevansker, og den medisinske terminologien er dysfagi. Svensson (2010, s. 493) definerer begrepet dysfagi som todelt. *Dys-* som viser til nedsatt funksjon og *fagi* som betyr å spise. Dysfagi kan være en følge av ulike nevrologiske sykdommer eller ervervet hjerneslag (Daniels og Huckabee, 2014). Adler, Laskoski og McNish (2008, s. 83) har en definisjon for dysfagi som viser aspektene man må ta hensyn til når man tilnærmer seg dysfagi.

All behavioral, sensory and preliminary motor acts in preparation for the swallow, including cognitive awareness of the upcoming eating situation, visual recognition of food, and of other physiologic responses to the smell and presence of food such as increase salivation.

Dette viser at tilnærmingen til spise-, og svelgevansker hos slagrammede er kompleks, og påvirkes i stor grad av kognisjon. Leder, Suiter og Lisitano Warner (2009) gjorde en stor undersøkelse som så på sammenhengen mellom det å ta imot enkle instruksjoner, med aspirering. Resultatene viste at de som hadde nedsatt evne til dette, hadde signifikant større sjans for

aspirering. Mange sykehusinnleggelseser som skyldes pneumoni, har sammenheng med aspirasjon ved dysfagiproblematikk (González-Fernández et al., 2013). I en studie gjort av Ding og Logemann (2000) med pasienter som var henvist til videofloroskopi etter slag, viste at et signifikant større antall av deltakerne som aspirerte fikk pneumoni. Så mye som 48-55 % av hele denne gruppen aspirerte. Det kan derfor tenkes at god behandling som bygger på god kartlegging og samarbeid mellom helsepersonell er svært viktig i et forebyggende perspektiv. Dysfagi rammer ifølge Daniels og Huckabee (2014, s. 7) 25-81 % av alle som får slag. Årsaken til at dette spriket er så stort er at man bruker ulike kartleggingsmetoder og definisjoner i utredningen av dysfagi. De redegjør for aktuell forskning på området for å finne ut forekomsten, men litteraturen viser stort sprik. De viser samtidig til at dysfagi kan være kraftig underdiagnostisert, da ikke alle blir oppdaget av logoped eller annet helsepersonell. Ha, Iversen og Hauge (2008) presiserer også at dysfagi forekommer hos opptil 80 % av slagpasienter. De skriver videre at dysfagi gir økt risiko for underernæring, noe som igjen er forbundet med lengre liggetid på sykehus, dårligere overlevelse og lavere funksjonsnivå. Ding og Logemann (2000) fremhever at pneumoni er en alvorlig komplikasjon etter slag. Forebygging trengs derfor å bli tatt på alvor, og utfallet avhenger mye av fagfolkene som arbeider rundt pasienten. Ifølge Raid (2013) er pneumoni den mest vanlige komplikasjonen etter et slag, og forekommer hos 10 prosent. Det presiseres videre at ikke alle får pneumoni som følge av aspirasjon, men mange gjør det. Det er også viktig med et tilstrekkelig ernæringstiltak, da dette gir bedre overlevelse hos slagpasienter (Randhoff, 2008).

### **2.3 Normal spise- og svelgefunksjon**

Drefvelin et al. (2009) viser til viktigheten av å ha kunnskap om den normale svelgefunksjonen for å kunne beskrive og observere svelgevansker. Det er derfor hensiktsmessig å ha noen avsnitt med forklaring av hvordan den normale svelgingen foregår. Ekberg og Johnson (1999) viser til at et friskt menneske svelger så mye som 600 ganger gjennom et døgn. Den normale svelgingen kan deles inn i fire faser. Den oralforberedende fase og den orale fasen, som er i munnen. Den faryngale fasen, som er i svelget og den øsofagale fasen som er lokalisert til spiserøret (Stensvold, 1999b). Svelging er en kompleks nevro-muskulær aktivitet som blir stimulert av sensoriske reseptorer i munnen (Stensvold, 1999b). Svelging kontrolleres sensorisk via hjernenervene trigeminus (V), facialis (VII), glossofarungeus (IX) og vagus (X, XI). Disse gir informasjon om smak, sensibilitet, smerte og temperatur. Motorisk kontrolleres svelgingen av alle de nevnte hjernenervene, samt nervus

hypoglossus (XII) (Groher og Crary, 2016). Man kan også se hjernenerve I og II i sammenheng med svelgevansker, da disse nervene styrer syn og lukt (Ellis og Lawson, 2014).

### **2.3.1 Den oralforberedende fasen**

Denne fasen er viljestyrt (Daniels og Huckabee, 2014). Her er det viktig at spisesituasjon er tilrettelagt for den enkeltes vansker. Maten puttes i munnen og tygges i denne fasen (Adler, Laskoski og McNish, 2008). I denne prosessen har den bløte gane en viktig funksjon. Den dras ned og frem for å få kontakt med tungen, på denne måten utvides åpningen fra svelget og opp til munnen, slik at en kan puste under tyggingen (Stensvold, 1999b). Maten som formes og blandes med spytt kalles bolus (Bores, 1998). Stensvold (1999b) viser til viktigheten av et godt leppelukke, samt intakt muskulatur i lepper, kinn, og tunge, mens Groher og Crary (2016) beskriver viktigheten av tungens funksjon i denne fasen. Det er den som skal forme og holde bolus på riktig sted, slik at den orale fasen inntreffer. Ackermann, Hertrich og Ziegler (2010) beskriver dysartri der muskler i munn og tunge ikke fungerer som de skal. Dysartri kan dermed påvirke svelging.

I denne fasen kan det oppstå problemer. Stensvold (1999b) nevner problemer med leppelukke hos pasienter som har facialispårese. Da kan mat og drikke renne ut av munnen. Hvis tungen ikke fungerer hensiktsmessig kan det oppstå vansker med å samle bolus. Da kan mat og drikke renne ned i luftrøret, før svelgerefleksens utløses. Konsistens på bolus kan påvirke hvor vanskelig det er å svelge, ifølge Chen og Lolivret (2011). Leder, Suiter og Murrey (2013) fant i sin studie at redusert bevegelse i tungen, er assosiert med aspirasjon. Det er derfor viktig å undersøke styrke og bevegelse i tungen.

### **2.3.2 Den orale fasen**

Denne fasen er viljestyrt og refleksstyrt når selve svelgingen skjer, og tar ikke lengre enn ett sekund (Stensvold, 1999b). Denne fasen kontrolleres av nervus hypoglossus (XII), og involverer også tungeaktivitet som skal drive bolus bakover. Tungefunksjonen er derfor avgjørende for å få utløst svelgerefleksens (Groher og Crary, 2016). Da løftes tungen og skyves bakover mens den klemmer bolus langs ganen. Når bolus når den fremre ganebue utløses svelgerefleksens, og den orale fasen avsluttes (Bores, 1998). Etersom man ikke kan utløse svelgingen ved å berøre et bestemt sted, men at det er pasientens tungebevegelser som utløser den, kan man ikke kalle det for en refleks, men mer en nevro-muskulær respons (Stensvold, 1999b). Tungen er som sagt svært viktig i denne fasen. Leder, Suiter og Murrey (2013) gjorde en undersøkelse med 3919 pasienter som var i risikozonen for dysfagi. De

benyttet en del av en hjernenerveundersøkelse for å undersøke tungens funksjon i forhold til faren for aspirering. Problemene kunne linkes mot skade på nervus hypoglossus (XII). Pasientene ble bedt om å gjøre raske tungebevegelser og føre tungen til ganen, noe som spesielt er viktig i forflytning av bolus. Resultatene viste at de pasientene som hadde redusert tungebevegelse viste fare for aspirering. Yoshida et al. (2006) mener det er nyttig å gjøre en undersøkelse av tungestyrke med et instrument. På denne måten kan man fange opp pasienter som er i fare for å aspirere. Ifølge Umapathi et al. (2000) er det sammenheng mellom svakhet i arm og avvik i tungefunksjonen og ansiktsmuskulatur.

Det kan oppstå ulike problemer også i denne fasen. Groher og Crary (2016) beskriver respirasjon og svelging som svært sammensatt. Pustestoppen som opptrer idet bolus passerer er med på å beskytte de øvre luftveiene når den orale fasen er i gang. Dette er avgjørende for en trygg svelging. Hvis pasienten har respirasjonsproblemer, kan dette derfor også påvirke svelgingen. Hvis pustestoppen som skjer idet bolus passerer ikke fungerer optimalt, er pasienten i risiko for å aspirere.

### **2.3.3 Den faryngale fasen**

Denne fasen er automatisk. Farynx, altså svelget er et rørformet hulrom som går fra strupen og spiserørets inngang opp forbi munnhulen til nesehulen. Tungebenet beveger seg opp og frem, dette er et tegn på at den faryngeale svelgingen er i gang. Det tar kun et halvt sekund fra bolus entrer ganebuene til fremoverbevegelsen av tungebenet begynner. Den fasen er en preprogrammert muskelaktivitet som starter med muskelkontraksjoner (Stensvold, 1999b). Muskelkontraksjonene gjør at munnbunnen hever tungen og de bakre ganebuene blir trukket mot midten, slik at de danner en smal åpning (Stensvold, 1999b). Den bløte gane heves for å hindre mat og drikke komme i den nasofaryngeale åpningen (Drefvelin et al., 2009). Ganen stenger av mot svelgveggen. Epiglottis legger seg over trachea for å beskytte luftveiene (Stensvold, 1999b). Groher og Crary (2016), Sjøgreen og Svensson (2012), Stensvold (1999b) og Adler, Laskoski og McNish (2008) viser alle til at hvis denne delen ikke fungerer som den skal, er det stor fare for at pasienten aspirerer, altså at mat og drikke havner ned i trachea, som er luftrøret. Adler, Laskoski og McNish (2008) fremhever at dette er en kritisk fase med tanke på feilsvelging. Stensvold (1999b) beskriver at alle de horisontale og vertikale musklene i svelget er aktive. Svelget forkortes og transporterer bolus ved at det utløser en reflektorisk aktivitet i svelgsnørene som gir en bølgeformet aktivitet som fører bolus ned i spiserøret.

Problemer som kan oppstå i denne fasen kan være at pasienten har svake og ukoordinerte tungebevegelser eller at svelgingen er forsinket eller svak, kan gjøre at lukkingen av epiglottis som beskytter luftrøret, ikke skjer hensiktsmessig. Det er fare for aspirering hvis noe av bolus kommer i luftrøret (Bores, 1998). Dette er viktig å forebygge, da aspirering kan føre til pneumoni. Alder og alvorlighetsgraden av vanskene øker også faren for pneumoni ifølge Jo et al. (2015).

### **2.3.4 Den øsofagale fasen**

Dette er en autonom fase, det vil si at den utløses fra spiserøret, uten kontroll fra hjernen (Groher og Crary, 2016). Stensvold (1999b) viser til at Oesophagus, spiserøret er 23-25 cm. langt. Her er det en peristaltisk bølgebevegelse i samarbeid med tyngdekraften som fører bolus nedover. Denne fasen varierer fra 8 til 20 sekunder, og tar lengre tid jo eldre pasienten er. Nedre spiserørssfinkter hindrer mat å komme opp i munnhulen. Det som kalles refluks. Problemer kan oppstå i denne fasen også, men dette prosjektet er rettet mot oralfaryngal dysfagi, derfor er denne fasen viet lite oppmerksomhet.

## **2.4 Kunnskap**

For at pasientene skal få en forsvarlig behandling for sin dysfagi, er det nødvendig at vi som behandlere har god kunnskap på fagområdet, slik at pasienten får et tilfredsstillende tilbud for sin dysfagi (Daniels og Huckabee, 2014). Kunnskap er et vidt begrep som kan spores helt tilbake til Descartes og Hume som diskuterte kunnskapens sikkerhet og hva vi sikkert kan vite (Lavik og Fjørtoft, 2008) og (Welbourne, 2014).

Når det gjelder kunnskap om dysfagi er utdanningen en kilde til kunnskap. I Norge er det flere universiteter som tilbyr master i logopedi. I senere år er utdanningen kommet på masternivå, slik at det også er mulighet for en forskerkarriere innenfor feltet. I studieplanen til UIN (2016), som har en pedagogisk profil, er dysfagi nevnt i studieplanen. Det er likevel ikke et eget emne på lik linje med afasi, stemmevansker, stamming og språkvansker. Det er heller ikke krav til praksis i dysfagi. UIB (2016) har en helsefaglig profil og nevner svelgevansker i noe større grad enn UIN i sin studieplan, men det er likevel et mye mindre vektlagt emne enn de andre logopediske emnene. Her kommer dysfagi inn under emnet språkvansker hos voksne, som i sin helhet er vektet like mye som språkvansker hos barn, lese- og skrivevansker, språklydsvansker, stemmevansker, taleflytvansker. De har heller ingen krav til dysfagipraksis. UIO (2016) har også en pedagogisk profil med fokus på fire områder. Også her ligger spise og svelgevansker under ervervede språk og kommunikasjonsvansker. NTNU

tilbyr også logopedutdanning på masternivå. De har en tverrfaglig profil, som grenser mot pedagogisk, psykologisk og medisinsk profil. De deler studiet inn i fem deler. Stemme og stemmevansker, testing og testmetodikk, språklig kommunikasjon og normal språkutvikling, adferds- og nevrovitenskap og til sist talevitenskap. Dysfagi er ikke nevnt i studieplanen eller i kompetansekravene. Dette trenger ikke bety at de ikke har undervisning i emnet, men det er ikke presisert i de offentlige planene som et emne. Ikke teoretisk eller gjennom praksis (NTNU, 2016). Dette viser at alle logopedutdanningene i Norge, ikke har et eget krav til praksis i dysfagi. Berg, Knoph og Oftedal (2013) viser i sitt referat under en utdanningskonferanse med Norsk logopedlag, at det arbeides mot en mer felles lik utdanning. Dette for å styrke kvaliteten på logopedutdanningen.

Det er flere faktorer som er rådende i styringen av høyere utdanning (NHO, 1991) viser til at lover, finansielle virkemidler og administrasjon er faktorer som påvirker høyere utdanning. Internett er også en kilde til kunnskap. Goldman et al. (2012) beskriver bruken av internett som læringskilde som en eksplosjon de siste tiårene. Det blir beskrevet at fagfolk bruker internett for å lese artikler innenfor sitt fagfelt og bruker kunnskapen de har om å vurdere validiteten på arbeidet. Det finnes mange internasjonale nettsider og facebookgrupper som oppdateres med ny forskning innen dysfagi. Det blir også avholdt webinarer og nettkurs innen dysfagi. Haugenes og Mediå (2012) nevner at hospitering er en kilde til kompetanseøkning og kompetanseoverføring. Innen logopedien, og de fleste fagfelt kan man si at viktigheten av evidensbasert kunnskap er viktig. Bele (2014) viser til viktigheten med å inkludere klinisk skjønn, egne erfaringer og pasientens behov, samtidig som man inkluderer gjeldene forskning. Dette beskriver hun som et større felt enn evidensbasert kunnskap og kaller det for kunnskapsbasert praksis.

## **2.5 Kartlegging**

For å kunne behandle på en forsvarlig måte, påpeker Schepp et al. (2012) viktigheten av å gjøre en god kartlegging. For å gjøre en kartlegging som er trygg og basert på gjeldende forskning, er det en trygghet i å velge validerte og standardiserte kartleggingsverktøy (Groher og Crary, 2016). Daniels og Huckabee (2014) viser til at det avhenger av hvor slaget er lokalisert, hvilke kognitive og språklige utfordringer som utarter seg. Dette har innvirkning på hvordan en kan kartlegge og behandle dysfagi. Schepp et al. (2012) gjorde en undersøkelse på hvilke tester som oppfylte grunnleggende kriterier for en valid svelgescreening. Daniels og Huckabee (2014) påpeker også hvor viktig det er at en svelgescreening er valid og at god



forskning ligger til grunn. Schepp et al. (2012) fant ut at *MASA Modified Mann Assessment of Swallowing* er en av fire tester som var valide og hadde tilfredsstillende reliabilitet, sett ut fra tidligere forskning om indentifisering av dysfagi og risiko for aspirasjon. Det ble vurdert 35 screening tester. To av disse testene inkluderte karlegging av mental status. I denne vurderingen er det også tatt hensyn til hvor vanskelig testen er å administrere, og hvor lang tid den tar. Antonios et al. (2010) viser at også *Mini Mann Assesment Of Swallowing Ability* er en valid og reliabel screening for å identifisere dysfagi hos slagpasienter..

Daniels og Huckabee (2014) mener at i en klinisk kartlegging, er det viktig å få en god oversikt over pasientenes medisinske tilstand, evt. tidligere slag og svelgeproblematikk, samt medisiner som kan påvirke svelgefunksjonen. Det er også viktig med en god pasient historie, enten fra pårørende eller fra pasienten selv, dersom det er mulig. Likevel kan det være vanskelig for pasienten å lokalisere og identifisere symptomer på dysfagi. Ekberg og Feinberg (1991) gjorde en undersøkelse av 56 eldre pasienter som selv mente de ikke hadde spise, og svelgevansker. Resultatene viste at etter testing var det en stor del av gruppen som likevel hadde dysfagi. Ifølge Svensson (2008) er målet for alle kliniske undersøkelser på svelg, å kunne beskrive svelgefunksjon så detaljert som mulig.

Brønstad og Samsing (1996) beskriver observasjon som å iaktta eller å legge merke til. De fremhever at når vi observerer så er det viktig å vite hva, hvordan og når vi skal observere. Spesielt i forhold til dysfagi er det viktig at man vet hva man skal se etter. En av informantene viste til at sykepleiere ikke alltid vet hva de skal se etter når det gjelder dysfagi. Loso (2013) viser til viktigheten av observasjon av syke pasienter, for å få mest mulig informasjon. I studien til Parker et al. (2004) viser de til at flere slagpasienter ikke er bevisst sine egne svelgevansker. Daniels og Huckabee (2014) påpeker at det ikke er alle som knytter symptomer som hosting ved måltider til dysfagi, og det derfor er viktig med inngående spørsmål og god observasjon. Det trekkes frem at det er gunstig å la pasienten få fortelle fritt om sitt problem, men dersom det er kommunikasjonsvansker involvert, er det hensiktsmessig å stille mer direkte spørsmål. Groher og Crary (2016, s. 132) vektlegger observasjon som en viktig del av en klinisk undersøkelse. Observasjon av svelgefunksjon med svelgetesting. Dette er i tillegg til to andre viktige komponenter, som er sykehistorie og fysisk undersøkelse av svelgemuskulaturen. De viser også til at hvis pasienten mangler evne til å samarbeide, kan det gjøre det vanskelig å gjøre en fullstendig undersøkelse. Corrigan et al. (2011) viser til at

slagpasienter med kognitive vansker kan ha utfordringer med å få i seg nok mat, noe som kan føre til underernæring hos pasienter med dysfagi.

Groher og Crary (2016, s. 132) vektlegger også observasjon som en viktig del av en klinisk undersøkelse. Observasjon av svelgefunksjon med svelgetesting er da sentralt. Sandmo og Stoller (2004) viser til at lang tidsbruk under måltidet, kan tyde på svelgevansker. Drefvelin et al. (2009) har gjennom tverrfaglig samarbeid utviklet en svelgtestprosedyre av svelgefunksjonen ved akutt hjerneslag. Denne testen er tredelt og består av forberedelse med observasjon, vannsvelgetest og vurdering og anbefaling. Groher og Crary (2016) viser til at i tillegg til observasjon er det to andre viktige komponenter i en klinisk undersøkelse, som er sykehistorie og fysisk undersøkelse av svelgemuskulaturen. De viser også til at hvis pasienten mangler evne til å samarbeide, kan det gjøre det vanskelig å gjøre en fullstendig undersøkelse og man må i mye større grad stole på anamnesen og observasjoner, hvis pasienten spiser.

En hjernenerveundersøkelse kan gi logopedene gode indikasjoner på hvilke hjernenerver som er rammet, men pasienten må kunne ta imot instruksjoner. Da får pasienten instruksjoner om å gjøre bevegelser som er knyttet til de ulike nervene. På denne måten kan man gjøre seg en oppfatning av hvilke nerver som er skadet (Groher og Crary, 2016). UIO (2012) beskriver Frenchys dysartritest som en god test for å finne ut om pasienten har dyspraktiske vansker og dysfagi.

Både Fattal et al. (2011) og Groher og Crary (2016) viser til at vannsvelgetest er en vanlig måte å teste for svelgevansker på, men at den ikke alltid oppdager stille aspirasjon. Det kan være hensiktsmessig å være kritisk til en vannsvelgetest. Smith og Adams (2012) skriver i en undersøkelse basert på hosterefleksen, at bruk av denne testen kan gjøre at noen pasienter ikke blir fanget opp. Dette fordi mange kan ha stille aspirasjon. Da virker ikke hosterefleksen og pasienten blir utsatt for fare for komplikasjoner, dersom pasienten går videre med udiagnostisert dysfagi. Fattal et al. (2011) stiller seg kritisk til at både de med og uten stille aspirasjon blir inkludert i gruppen som ofte får en tradisjonell vannsvelgetest, da man kan få mange falske negative på bakgrunn av at pasienten ikke hoster. Ifølge rapporten til Drefvelin et al. (2009) er det viktig å observere om strupen hever seg under svelging. (Fattal et al., 2011) gjorde en undersøkelse med bruk av sitronsyre og forstøvingsapparat for å klare å skille ut de pasientene som hadde stille aspirasjon. For å sjekke om det sensoriske er i orden. Ombley og Huckabee (2014) gjorde en undersøkelse på om utstyret som ble brukt kunne

forårsake fare for luftveiskomplikasjoner i forbindelse med bakterievekst. Resultatene fra denne undersøkelsen viste ingen skadelig bakterievekst. Leder, Suiter og Green (2011) beskriver stille aspirasjon når en pasienten får mat eller drikke ned i luftveiene, men ikke har synlige tegn på aspirasjon, som for eksempel hosting. Butler et al. (2009) gjorde en undersøkelse som viste at færre pasienter aspirerer ved fortykket enn ved tynnflytende drikke. En av de sikreste undersøkelsene er videofloroskopi (Daniels og Huckabee, 2014), men Fattal et al. (2011) viser til at det ikke alltid er mulig å få til. Daniels og Huckabee (2014) beskriver det som en røntgenundersøkelse der pasienten sitter oppreist. Mat eller drikke er tilsatt kontrastvæske slik at man ser hva som skjer under svelgingen og dermed hvor problemet er.

## **2.6 Behandling**

Å sette seg mål i logopedisk arbeid er viktig, spesielt etter et hjerneslag. Rehabiliteringen skal starte fra dag en, og mål er en viktig faktor i bedringsprosessen (Helsedirektoratet, 2015). Groher og Crary (2016, s. 132) vektlegger det å ha en baseline, slik at det kan spores fremgang i et behandlingsopplegg. NLL (2015) viser til sine yrkesetiske retningslinjer som er:

Et medlem skal ikke fortsette å arbeide med en person når det synes klart, at vedkommende ikke vil ha utbytte av logopedisk arbeid. Et medlem skal vise varsomhet i sitt arbeid for unngå uheldige virkninger for klienten, og ikke misbruke den tillit som vises han / henne i yrkesutøvelsen.

### **2.6.1 Rehabilitering og samarbeid**

Ansvarsområdet hos logopeder når det angår dysfagi, har økt betraktelig de siste tretti årene. Dette skyldes at kunnskapen om dysfagi øker, og man ser at flere diagnoser kan føre til dysfagi (Logemann og Sonies, 2004). Med tanke på at faren for pneumoni er stor etter et slag (Ding og Logemann, 2000), viser Logemann og Sonies (2004) til viktigheten av å bli utredet og behandlet så snart som mulig i samarbeid med andre som arbeider med dysfagi for å forebygge komplikasjoner. Tverrfaglig samarbeid er derfor svært viktig i en behandlingsperiode. Hildfrid og Nancy (2009) viser til at et tverrfaglig samarbeid i sammensatte helsetjenester er viktig for å gi et godt tilbud til pasienten. Ifølge Rowat (2014) er kunnskap om dysfagi svært viktig hos sykepleiere som har med slagpasienter å gjøre. Det er viktig at de vet hva de skal se etter.

Dahl, Romsland og Slettebø (2014) skriver at begrepet rehabilitering brukes om pasientens tjenester for å få bedret sin funksjonsevne og aktivitetsmuligheter. Rehabilitering er en lovfestet rettighet i Norge, og blir gjennom Lovdata definert på følgende måte;

### **§ 3. Definisjon av habilitering og rehabilitering**

Habilitering og rehabilitering er tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til pasientens og brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet (Lovdata, 2012).

Tverrfaglig samarbeid beskriver Willumsen (2009) der flere profesjoner har et samarbeid mot et felles mål. Alle bidrar og tenker helhetlig mot en problemstilling. Her er bidragsyterne avhengige av hverandres kunnskap for å lykkes. Det presiseres også at et slikt arbeid bærer preg av at alle i det tverrfaglige samarbeidet bærer med seg de synspunktene og oppgaver som aktørene er kommet frem til i fellesskap. Denne måten å arbeide på, er umulig å gjøre alene. Bramesfeld et al. (2012) har gjort en undersøkelse på tverrfaglig samarbeid innen psykisk helse, og viser til at samarbeidet påvirkes av rammefaktorer som eksempelvis tid og ressurser.

#### **2.6.2 Mål som viktig faktor i behandlingen av dysfagi**

Ut fra definisjonen av rehabilitering er mål en viktig faktor for å oppnå best mulig funksjon, også for svelgefunksjon. I følge Logemann og Pitts (2013) er det viktig at man vurderer om pasienten trenger mer behandling for å kunne nå et mål, men da må målet være realistisk og godt begrunnet. Groher og Crary (2016, s.202) definerer at det å sette for ambisiøse mål, kan ødelegge motivasjonen til både pasienten og logopedien.

#### **2.6.3 Kompenserende og rehabiliterende tiltak**

Christensen (1999) skiller mellom kompenserende og rehabiliterende behandling. Johnson, Herring og Daniels (2014) viser til at det er viktig at logopeder som håndterer dysfagiproblematikk har god kunnskap om både kompensatoriske og rehabiliterende tiltak for at man skal oppnå bedring i pasientens tilstand. Disse forskerne viser også til noen kompensatoriske tiltak som også kan være rehabiliterende tiltak, med umiddelbar effekt. Likevel viser de til studier der disse ikke viser langvarig effekt, men der pasienten må bruke teknikkene til hvert måltid. Med det i bakhodet blir manøvre satt under kompenserende tiltak i denne studien. Utførelsen av kompensatoriske tiltak kan derfor kreve at pasienten kan være delaktig. Tiltaket vil da være avhengig i pasientens kognitive tilstand.

Rehabiliterende tiltak er mer direkte trening som har som mål å redusere eller oppheve sensoriske og motoriske vansker, og kan ifølge Christensen (1999) eksempelvis være munnstimulering som øker spyttproduksjon og har indirekte stimulering av svelgingen. Hun beskriver også bruk av termastimulering der man bruker kulde på ganebuene for å initiere svelging. Kald skje, kan også stimulere til svelging. Tunge, leppe og kjeveøvelser har god

effekt hvis problemene er i den oralforbereidende fasen. Groher og Crary (2016, s. 208) lister opp flere teknikker i behandling for voksne. Som for eksempel: oromotoriske øvelser, supraglottisk svelging, manøver, kraftfull svelging, flere svelginger, tungemanøver, hodeløftøvelse og termal stimulering. Xia et al. (2011) har gjort en undersøkelse på en metode som kalles vitalstim. Dette er en metode som gir elektrisk stimulering til musklene og har effekt på svelgevanske.

Christensen (1999) lister også opp kompensierende tiltak, der fokuset er mer på å omgå problemene. Mat, -og drikkemodifikasjoner har vært et vanlig kompensatorisk tiltak i behandling over lang tid. Her tilberedes maten i passende konsistens, pasienten kan ta mindre munnfuller og god tid er viktig. I en undersøkelse ser Newman et al. (2016) på ulik forskning som tar for seg svelgesikkerheten i forhold til mat, -og drikkemodifikasjon. Resultatene viste at fortykning i mat og drikke reduserer faren for aspirasjon og gir en sikrere svelging. Både Christensen (1999) og Groher og Crary (2016) beskriver kropps, -og hodestilling som en kompensierende metode. Christensen (1999) viser til ulike tiltak, som hodestilling som lett fremoverbøyd hode gjør valleculeae større og gir bedre plass til deler av bolus som blir ukontrollert. Flere svelginger kan være med på å tømme valleculeae. Man kan også snu hodet til den affiserte siden, slik at bolus får passere mest på den friske siden. Bastian og Eitemiller (2010) gjorde en undersøkelse av effekten av intensiv trening av svelgefunksjon hos eldre pasienter som er rammet av slag. Resultatene viste at intensiv trening gir bedring på svelgefunksjonen.

### ***Det abstrakte med svelging- Biofeedback***

Groher og Crary (2016) beskriver ikke biofeedback som en egen metode for dysfagi behandling, men som en metode for pasientene å lære seg å gjøre øvelsene riktig. De understreker metodens positive sider med å synliggjøre hvordan svelging fungerer. Denne ferdighetstreningen som biofeedback er, synliggjør det abstrakte med svelging, som de fleste av oss gjør uten mental fokusering (Daniels og Huckabee, 2014). Groher og Crary (2016) skriver at når man får dysfagi etter et slag, så er dette en akutt endring i en funksjon som de fleste ikke har reflektert over i utgangspunktet. Det kan være utfordrende å lære seg ulike manøvre på riktig måte, i tillegg til at det kan være vanskelig for behandler å vite om pasienten gjør det på riktig måte. Biofeedback er ingen ny metode i seg selv, den er mye brukt innen fysioterapi for eksempel. Metoden er beskrevet i litteratur for over 30 år siden, og definert som;

The technique of using equipment (usually electronic) to reveal to human beings some of their internal physiological events, normal and abnormal, in the form of visual and auditory signals in order to teach them to manipulating otherwise involuntary or unfelt events by manipulating the displayed signals (Basmajian og DeLuca, 1985, s.132).

Dette viser at metoden har vært brukt i mange år for å lære seg ulike teknikker ved bruk av muskler og funksjoner vi vanligvis ikke reflekterer over. Groher og Crary (2016) viser til et dataprogram som kalles eEMG-biofeedback. Det kobles til elektroder som festes på strupemusklene til pasienten. De beskriver eksempelvis trening av Mendelsohn manøver. Da kan man følge med på programmet hvilke muskler man får tak i og hvor lenge man skal holde før man svelger. Svensson (2008) beskriver dette er en relativt ny metode.

### ***Stemme, svelg og pust***

Ifølge Svensson (2008) beskrives pustestoppen som skjer under den faryngale fasen i svelgingen, som en funksjon som styres av reflekser fra hjernestammen som kobler sammen pust og svelging. Svelgingen skjer som regel i begynnelsen av en utpust, noe som beskytter luftveiene mer enn om den skulle skje på innpust. Det blir videre fremhevet at hos personer med slag ofte har avvikende koordinering av denne funksjonen, noe som gjør at faren for aspirering øker. Daniels og Huckabee (2014, s. 100) viser til at stemme og svelg har en sammenheng når det gjelder fysiologi. De antyder de at uttalelse av ulike fonemer vil gjøre at man kan kartlegge styrken og koordinering. Sandmo og Stoller (2004) viser til at utydelig talepreg, kan tyde på at musklene i munnen har nedsatt funksjon. Kvisgaard og Sandland (2011) beskriver LSVT metoden som en stemmetreningsmetode for pasienter med Parkinson sykdom. Spielman et al. (2011) har gjort undersøkelser som viser at metoden bedrer stemmestyrken og kvaliteten hos pasienter med Parkinson. Fox et al. (2012) skriver at metoden er standardisert og logopedier behøver sertifisering for å bruke metoden. Groher og Crary (2016, s. 55) mener at det er gjort få studier på bruk av metoden innenfor dysfagi. Sharkawi et al. (2002) gjorde en undersøkelse der åtte pasienter med Parkinson deltok, for å undersøke effekten LSVT LOUD hadde på svelgefunksjonen. Metoden bedret stemmestyrken og tungfunksjonen, både i styrke og kontroll. Noen av pasientene fikk bedring i den orale og faryngale svelgefasen. I forhold til slagpasienter og svelging var det lite teori å finne, men Mahler og Ramig (2012) har gjort en undersøkelse på slagrammede i forhold til LSVT LOUD og dysartri. Denne viste seg å ha en positiv effekt, men det trengs mer forskning på området.

## ***Rådgivning og veiledning***

Johannessen, Vedeler og Kokkersvold (2010) viser til at rådgivningsbegrepet er brukt i ulike settinger, og det er derfor vanskelig å lage en konkret definisjon. De operasjonaliserer begrepet rådgivning som et samlebegrep på ulike måter å hjelpe radsøker å sette seg selv i bedre stand til å hjelpe seg selv. I lys av dysfagi kan dette eksempelvis være å veilede pasienten og pårørende i forebyggende og rehabiliterende tiltak, som setter pasienten i bedre stand til å takle sine spise- og svelgevansker. Ifølge Lassen (2014) er rådgivning viktig i alle profesjoner der fagpersoner støtter mennesker gjennom en bedringsprosess. Hun viser til at det er viktig å ta hensyn til alle primære og sekundære vansker og se personen i et helhetlig perspektiv. Et hjerneslag fører ofte med seg store utfordringer på mange områder, og krever dermed et tverrfaglig samarbeid. Hun presiserer videre at innenfor rådgivning er det en utfordring å støtte både personen og arenaene rundt. I forhold til svelgevansker vil det kanskje være å bidra til kunnskapsvekst rundt pasienten. Enten hos pårørende eller hos fagpersoner som arbeider med pasienten.

Johannessen, Vedeler og Kokkersvold (2010, s. 23-24) skriver om tre ulike nivåer innenfor rådgivning. Det første nivået er arbeid direkte med personen, som de kaller personlig rådgivning. Nivå to går på indirekte rådgivning der man arbeider med personen gjennom radsøker, eksempelvis helsepersonell for å utvikle yrkeskompetanse. Pårørende kan også motta denne type rådgivning. Det tredje nivået kalles også for indirekte rådgivning, men med mer fokus på å arbeide med en hel organisasjon. Som et kompetansesenter, eller et sykehjem. Denne metoden kalles systemrettet rådgivning. Helse-nord (2015) har en strategiplan som omhandler økt satsning på undervisning av pasient og pårørende. Fra 2001 er dette et lovpålegg for spesialhelsetjenesten. Det er en økt satsning pasient og pårørendeundervisning, spesielt gruppeundervisning. Hovedkonklusjonen fra strategiplanen er at «(...) Pasient- og pårørendeopplæring skal skje i hensiktsmessig samhandling og funksjonsfordeling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunenes lærings- og mestringstjenester (...)». Dette viser at et samarbeid mellom de ulike instanser er viktig for et godt opplæringstilbud. Sjøgreen og Svensson (2012) viser til at det er logopedens arbeidsoppgave og informere helsepersonell om ulike symptomer på dysfagi, og hvordan man kan hjelpe pasienten med sine vansker.

## **2.7 Afasi og kommunikasjon**

Qvenild et al. (2010) beskriver afasi fra det greske ordet aphasia, som betyr tap av taleevnen.

Papathanasiou og Coppens (2016, s. 4) define aphasia as an acquired selective impairment of language modalities and functions resulting from a focal brain lesion in the language- dominant hemisphere that affects the person`s communicative and sosial functioning, quality of life, and the quality of life of his or her relatives and caregivers.

Corneliussen et al. (2006) definerer afasi som språkvansker etter ervervet hjerneskode. Den vanligste årsaken til afasi er apoplexia cerebri, også kalt hjerneslag, som omfatter blodpropp og blødning i hjernen (Qvenild et al., 2010). De fleste som rammes av afasi har en skade i venstre hjernehalvdel (Ahlsèn, 2008). Språksenteret ligger hos de fleste i venstre hjernehalvdel, og unntaket er noen få mennesker som er keivhendte. Dette betyr at mange får vansker med å gjøre seg forstått ved hjelp av verbal tale. Bryan, Eckerle og Andrew (2013) definerer de to vanligste typene afasi, men i realiteten kan det være store individuelle variasjoner og kryssinger mellom de ulike typene afasi. Skader i Brocas område i hjernen er ofte karakterisert med ordletingsvansker og vansker med ekspressiv tale generelt. De viser videre til at en skade i Wernickes område vil føre til forståelsesvansker av ulik grad. Det er viktig å understreke at det er selve forståelsen av språket som er skadet. Selve kanalen til å kommunisere. Afasi fører ikke til kognitiv svikt, da er det andre faktorer som spiller inn. Ifølge Qvenild et al. (2010) fører ofte en skade i venstre hjernehalvdel til nedsatt kraft eller lammelser i høyre kroppshalvdel hos omtrent 80 prosent av de som rammes. Mange vil derfor også ha problemer med å kommunisere ved hjelp av kroppsspråket.

Kommunikasjonsvansker gir ulike utfordringer. Murray og Chapey (2001) viser til at afasi er en multimodal språkvanske, det innebærer at alle kanalene for språk og kommunikasjon kan være rammet i større eller mindre grad. Auditiv forståelse, taleproduksjon, lesing, skriving og bruk av gester er en del av den multimodale kommunikasjonen. Parker et al. (2004) gjorde en studie på pasienter med dårlig oppmerksomhet etter slag, og hvordan manglende oppmerksomhet påvirket hvordan de drakk vann under testing. Studien hadde to ulike grupper med dysfagi, der den ene hadde oppmerksomhetsvansker og den andre ikke. De med mindre oppmerksomhet var mindre oppmerksomme på sin dysfagi.

Etter et slag kan noen pasienter få kognitive vansker i ulik grad. (Suzuki et al., 2013) Det er viktig å fremheve at dette ikke har noe med afasi å gjøre, likevel kan det påvirke tilnærmingen til dysfagi i likhet til afasi.



## **3.0 Metode**

I dette kapitlet skal det redegjøres for hvilke metodiske verktøy som er benyttet i innhenting av empiri.

### **3.1 Vitenskapelig tradisjon**

Dysthe (1996) skriver at det er grunnleggende forskjeller mellom naturvitenskapen og samfunnsvitenskapen ved at man bruker ulike metodiske tilnærminger. I følge Johannessen, Christoffersen og Tuft (2010) forholder naturvitenskapen seg til fenomener uten språk og mulighet for å forstå sin egen virkelighet. I motsetning til samfunnsforskeren som er deltaker i virkeligheten som studeres. Etersom både den som innhenter empiri, og informanten er to ulike kommuniserende og tolkende mennesker, får dette konsekvenser for hvordan en slik studie skal gjennomføres. Informantene i denne studien er logoped, og dermed det Johannessen, Christoffersen og Tuft (2010) omtaler som kommuniserende og fortolkende mennesker. Jeg skal derfor senere redegjøre for hermeneutisk perspektiv som er sentralt i denne studien (Befring, 2014). Med bakgrunn i denne tankegangen er det tatt utgangspunkt i metodologisk dualisme, altså et todelt syn på vitenskapen, der prosjektet er innenfor retningen menneske og samfunn i samfunnsvitenskapelig tradisjon (Johannessen, Christoffersen og Tuft, 2010). Filosofen Skjervheim (1996) vektlegger at hvis vi behandler menneskelige fenomener som om de var ting eller dyr, slik som naturvitenskapen behandler sine fenomener, blir forskningen preget av asymmetri. Det blir da problematisk å ta menneskers syn på verden alvorlig. Det var derfor ikke aktuelt å ha en naturvitenskapelig vinkling på min studie.

### **3.2 Hermeneutisk perspektiv**

Vi har alle ulike forforståelser og bakgrunn. Alle mennesker er aktører og entreprenører i eget liv, og vi er dermed med på å konstruere vår egen virkelighet (Berger, Wiik og Luckmann, 2000). I dette perspektivet kan man si at empirisk forskning alltid vil ha et subjektivt innslag ved at vi aldri kan fri oss helt fra vår egen og andres forståelseshorisont (Befring, 2014). Av den grunn vil det i denne studien ikke være snakk om hvorvidt jeg er objektiv, men mer i hvilken grad det er mulig å være objektiv.

Ifølge (Fuglseth, 2006) er tolkningsteori, altså hermeneutisk teori, det som er mest brukt i samfunnsvitenskapelig forskning i senere tid. Historisk sett er hermeneutikken knyttet til tolkningen av gamle tekster, men nå brukes den også som grunnleggende metode, og skiller forstående vitenskap fra forklarende vitenskap (Dalland, 2012). I denne studien er empirien fra informantene transkribert i tekst, som deretter er tolket. Hermeneutikk kan kort forklares

med at man alltid må tolke informasjon som blir gitt av andre (Postholm og Jacobsen, 2011). Dette gjør man ved å overføre det mennesker sier eller skriver til egne uttrykk og tegn. Forskeren finner på denne måten en egen forståelse av empirien (Fuglseth, 2006). Jeg har på denne måten påvirket tolkningen av funnene med min forforståelse, og det har av den grunn vært viktig med god begrunnelse for de valg som er tatt.

Det er også hensiktsmessig å presisere at det under metoden intervju, som er valgt for innhenting av empiri, er det to lag med hermeneutikk. Min forståelseshorisont og informantens forståelseshorisont. Dette betyr at jeg må forsøke å tolke meg selv inn i tolkningsprosessen ved å reflektere over hvordan en selv påvirker det som forskes på, altså i hvilken grad jeg kan være objektiv (Befring, 2014).

Postholm og Jacobsen (2011) påpeker at som forsker er det viktig å avgrense og fokusere på deler av prosjektet, men man må hele tiden kunne se de ulike avgrensningene i sammenheng med det man har avgrenset mot og prosjektet som helhet. Denne vekslingen mellom del og helhet kalles ofte for den hermeneutiske sirkel. Skjervheim (1996, s. 46) forklarer den hermeneutiske sirkel på følgende måte:

Det som gjeld om, er ikkje å koma ut av denne sirkelen, men å vera i han på rette måten. I siste instans er det eit spørsmål om den rette måten å vera med andre i verda på.

Han beskriver dette som et moralsk spørsmål. Kvale et al. (2015) påpeker at det moralske spørsmålet knytter seg til påliteligheten, altså validiteten i prosjektet, som drøftes senere.

### **3.3 Kvalitativ metode**

Den kvalitative metoden går inn på hvordan mennesker forholder seg til sin livssituasjon og hvordan de opplever denne (Dalen, 2011). I denne studien har det vært hensiktsmessig å finne ut hvordan logoped, altså de utvalgte informantene praktiserer sitt arbeid. Dette sett i forhold til hvordan de møter afasipasienter med dysfagi, og hva de tenker om samarbeidet mellom logoped og helsepersonell. Det har derfor vært deres meninger og kunnskap som var interessant å finne ut av. Problemstillingen velger derfor metode, og det er kvalitativ metode som falt naturlig som valg på bakgrunn av at det ikke kan brukes kvantitativ metode for å finne utfyllende informasjon om hvilken kunnskap logopedens besitter. Kvalitative forskningsstrategier har fått sterkere gjennomslag i samfunnsvitenskapen i de senere år. Det er også riktig å si at kvalitativ forskning er knyttet til sosial konstruktivistisk perspektiv

(Ringdal, 2013). Dvs. at den sosiale virkelighet er konstruert gjennom handlinger og interaksjon mellom mennesker (Berger, Wiik og Luckmann, 2000).

### **3.4 Forskningsdesign**

Forskningsdesign er forskerens plan for en undersøkelse (Ringdal, 2013). I dette avsnittet skal studiets forskningsdesign avgrenses og beskrives. Valg av design avhenger av hva det er som skal forskes på. Ettersom det i denne studien er forsket på dysfagi og hvordan samarbeid mellom logoped og helsepersonell skjer i praksis, har det vært hensiktsmessig å legge planen opp etter hvilke design som var best egnet for å finne svar på denne problemstillingen.

#### **3.4.1 Fenomenologisk design**

Creswell (2007) definerer fem perspektiver som fokuserer på ulike fenomener. Narrative, fenomenologiske og empiribaserte, etnografi og casestudier. Dette masterprosjektet har rot i retning fenomenologisk design, både fordi det er valgt en hermeneutisk retning, men også fordi fenomenologi betyr læren om fenomenene (Dalland, 2012). Fenomenologisk design skal avdekke forståelseshorisonten. Med forståelseshorisont menes egne bevisste og ubevisste holdninger og oppfatninger, som vi ikke har oppmerksomheten vår rettet mot. Husserl mente at vi kan avdekke forståelseshorisonten med refleksjon og bevissthet over de forutsetninger som preger alt vi erfarer og gjør. Dette gjelder også de valg vi velger å ta underveis i en studie (Føllesdal et al., 2000). I en fenomenologisk undersøkelse er det fokus på hvordan verden oppleves fra det perspektivet man ser verden fra (Dalland, 2012). Bronfenbrenner legger vekt på hvordan hele situasjonen tolkes. På samme måte som han viser til de aspektene i en situasjon som oppleves sterkest, får størst betydning for aktøren (Bø, 2012), har de aspektene i empirien som opplevdes viktigst, fått størst betydning i denne studien. Det i form av de fenomenologiske fellestrekk som fremkom i analysen av materialet og er presentert som funn.

I denne studien har det vært logopedens perspektiv og livsverden som jeg ønsket å få innsikt i. I kvalitativt design, betyr en fenomenologisk tilnærming å utforske og beskrive mennesker, og deres erfaringer i forhold til det fenomenet som skal undersøkes (Johannessen, Tufte og Christoffersen, 2010). Jeg mener Ringdal (2013) forklarer fenomenologisk forskning på en måte som kan knyttes til problemstillingen i denne studien. En slik type forskning fokuserer på hvordan flere individer opplever et bestemt fenomen. Hensikten er å finne essensen i det viktigste alle informantene opplever. I denne studien vil det være det å finne ut hvilke felles erfaringer logopeder har i forhold til arbeid med afasi pasienter som er rammet av dysfagi og

hvordan informantene opplever samarbeidet med helsepersonell. Målet er at leseren skal få et inntrykk av hvordan fenomenet som studeres, oppleves fra informantenes livsverden.

På bakgrunn av at det har vært interessant å få mest mulig empiri ut av informantene, var det ikke hensiktsmessig med faste spørsmål i for eksempel spørreskjema, da kunne viktig informasjon gå tapt. Ved en slik fremgangsmåte hadde det heller ikke vært mulig å stille oppfølgingsspørsmål. Siden jeg er ny på fagfeltet og dermed ikke har bred kunnskap på fagområdet tenker jeg derfor at det var fornuftig å velge fenomenologisk design.

Det er tre viktige steg i fenomenologisk design. Det første steget er forberedelsen der man bygger på kunnskaper og tidligere teori. Forskningsspørsmålene må formuleres på en slik måte at forskeren forsøker å forstå meningen med fenomenet som blir studert (Johannessen, Tufte og Christoffersen, 2010). Empiriinnsamling er også et viktig steg, der empiri fra informanter som har erfaringer med fenomenet blir studert. Analysen er det tredje steget. En kan danne seg et helhetsinntrykk, for deretter å identifisere fenomener som gir mening. Empirimengde reduseres for å kunne håndtere det analytisk. Teksten omskrives til et profesjonelt språk med vekt på de aktuelle fenomener som studeres (Creswell, 1998). Når empirien var innhentet, var det ulike analytiske tilnærminger jeg kunne velge mellom for å analysere det materialet som var samlet inn. Felles for alle analytiske tilnærminger i kvalitativ metode, er at de har en fortolkende tilnærming til empirimaterialet. Det er ikke et klart skille for hvilken tilnærming som blir benyttet, men det er glidende overganger

### **3.4.2 Induktiv/deduktiv forskning**

I empirisk forskning går teori og empiri hånd i hånd. Likevel skiller man mellom to typer tilnærminger som er deduktiv og induktiv tilnærming. Forskjellen på disse er at ved deduktiv tilnærming går en fra teori til empiri, mens med en induktiv tilnærming, går en fra empirien til teorien (Johannessen, Tufte og Christoffersen, 2010, s. 52-53). I denne studien er det induktiv tilnærming som er aktuelt. Det er tatt utgangspunkt i erfaringene, altså empirien som informantene har gitt, og derfra er det knyttet aktuell litteratur til.

### **3.5 Forskningsmetode**

Johnsen (2006) påpeker at man i kvalitativ forskning i all hovedsak kan velge mellom observasjon, intervju og surveyundersøkelser. I denne studien er observasjon av hvordan logopeder utfører sin praksis er for tidkrevende, samtidig som observasjon ikke egner seg til denne type problemstilling. På bakgrunn av at jeg ikke har tilstrekkelig kunnskap på feltet,

følte jeg meg ikke kompetent til å gjøre en surveyundersøkelse. En slik undersøkelse krever at jeg kjenner området godt. Det beste alternativet ble derfor intervju, der informantene fortalte om sine erfaringer gjennom et såkalt semistrukturert intervju. Det ble utarbeidet en intervjuguide, med muligheter for å kunne stille oppfølgingsspørsmål.

### **3.5.1 Intervju og den forskende samtalen**

Intervju defineres som utveksling av synspunkter mellom to personer som snakker sammen om samme tema (Kvale et al., 2009). Dalen (2011) skriver at intervjuet er godt egnet dersom man ønsker å få innblikk i informantens erfaringer, tanker og følelser. Ettersom det i denne studien legges stor vekt på logopedens erfaringer og tanker omkring hvordan logopeden møter afasipasienter med dysfagi, og hvordan de opplever samarbeid med helsepersonell, er det valgt intervju som metode. Det kan dermed kalles for et kvalitativt forskningsintervju.

I et intervju er samtalen mellom partene sentral, og det finnes flere typer samtaleformer alt etter hva som er formålet med samtalen. Johnsen (2006) skiller mellom hverdagssamtalen og den forskende samtalen. Hverdagssamtalen er forbundet med samtalen man har med familie eller venner, som ikke har noe forberedt tema, der samtaleformen er situasjonsbestemt. Ettersom dette er et forskningsstudie brukte jeg den forskende samtalen i mitt intervju. Fordi jeg ville ha et fagfordypende intervju med informantene. Den faglige samtalen tar utgangspunkt i forberedte spørsmål, det stiltes da krav til meg som intervjuer å ha en godt utarbeidet intervjuguide, som nærmere forklares i neste avsnitt.

### **3.5.2 Intervjuguide**

Før og under utarbeidelsen av intervjuguiden hadde jeg noen tanker angående hvordan denne skulle utformes. Prosessen varte over en lang periode under forberedelsen. Det første som ble gjort var å gjøre et stort litteratursøk på emnet. Både for å lære mer om emnet, slik at jeg ble bedre rustet til utarbeidelse av intervjuguiden, men også for å se hvordan andre hadde vinket intervjuguiden mot problemstillingen og forskningsspørsmålene mine. For det første var dette viktig for å sørge for at jeg ikke vinklet studien på en måte som andre hadde gjort før meg. For det andre var det for å lære mer om sammenhengen mellom intervjuguide og problemstilling. Etter at forskningsspørsmålene var på plass, disponerte jeg raskt intervjuguiden i tre hovedemner. Dette var naturlig fordi jeg har tre forskningsspørsmål. I etterkant ser jeg at dette er vel anvendt tid, fordi det har gitt en struktur både på intervjuguiden, intervjuet og i etterkant på empirien som skulle behandles. Da kunne den kunne deles opp bolkevis, med noen unntak. Under utarbeidelsen av selve guiden var jeg

opptatt av at spørsmålene skulle være åpne, slik at jeg ikke la store føringer for hva informantene svarte. Dette var krevende fordi det er en balansegang der man ikke skal lede, men man vil likevel ha informasjon om et spesielt fenomen. Jeg tok utgangspunkt i begrepene hva tenker du om, hvilke erfaringer har du osv. (Kvale et al., 2015).

I denne delen av arbeidet, kjente jeg meg igjen i den hermeneutiske spiral, der jeg som intervjuer og student hele tiden ser del og helhet i en sammenheng, etter hvert som ny kunnskap trer i kraft. På den måten får man fremdrift i både prosjektet og min egen identitet som intervjuer. Med dette mener jeg at etter det første intervjuet endret jeg på spørsmålstillingen på et par av spørsmålene. Dette fordi det var noen spørsmål som var litt for lukket i spørsmålstillingen. Dette kan ha påvirket svarene til informantene i noe grad.

Johnsen (2006) skriver at bruk av semistrukturert og halvstrukturete intervjuer er det som er mest brukt i forbindelse med forskende samtaler. Intervjuguiden tar utgangspunkt i forskningsspørsmålene og aktuell teori på området. Det ble lagt opp til noen oppfølgingsspørsmål, samtidig som jeg holdt det åpent å kunne stille oppfølgingsspørsmål på fenomener som dukket opp underveis gjennom intervjuet. Dette for ikke å legge så store føringer for intervjuet, at jeg hindret kreativitet og fornemmelser som kunne være nyttige for det videre intervjuet. Det er viktig å finne den rette balansegangen, mellom faste rammer og intervjuguide, og kreativ og fornuftig tankegang (Kvale et al., 2015). Sett i et fenomenologisk perspektiv forsøkte jeg å være åpen og mottakelig for det som kom frem, slik at jeg som intervjuer kunne se mest mulig av helheten jeg møtte (Karlsen og Spernes, 2009). Utkastet til intervjuguiden ligger vedlagt i sin helhet.

### **3.5.3 Semistrukturert intervju**

Det finnes flere ulike former for intervjustruktur å velge mellom. Når man skal velge hvilken som passer best, sier Dalen (2011) at det alltid må sees i sammenheng med det temaet som forskeren har valgt og hvilke informanter man står ovenfor. Johnsen (2006) skiller mellom tre typer struktur for intervju. Det er det strukturerte og det ustrukturerte intervjuet der spørsmålene er lukket eller en mer åpen intervjuform. Begge disse har en struktur som jeg vurderte som lite hensiktsmessig i bruk til min studie, dette på bakgrunn av viktig informasjon kunne gått tapt, noe som igjen kunne svekke oppgavens validitet (Johannessen, Christoffersen og Tufte, 2010). Denne strukturen egnet seg derfor best, semistrukturert intervju der jeg utarbeidet en intervjuguide som utgangspunkt for intervjuet (Dalen, 2011). Det er flere grunner til at denne strukturen ble vurdert som best egnet. For det første tenkes det at dersom

jeg hadde hatt en åpen intervjuform, så kreves det at jeg er en erfaren intervjuer og forsker. Ettersom jeg ikke er det, vil jeg påstå at det å ha en intervjuguide som på forhånd var utarbeidet i samarbeid med veileder var nyttig. Alle de ulike aspektene er analysert i forhold til hvordan intervjuet best kan gi svar på problemstillingen. På en annen side vil et strukturert intervju bli for fastlåst til å få informanten til å komme med dimensjoner, som kanskje jeg ikke så der og da, eller legger inn i det strukturerte intervjuet (Kvale et al., 2015).

Det viste seg å være hensiktsmessig å stille åpne og nøytrale spørsmål, for å hindre at jeg stilte ledende spørsmål som påvirket svarene jeg fikk fra informanten. Likevel er det episoder under intervjuet, der jeg ser at min fremtreden kunne ha hatt påvirkning på svarene som fremkom. Eksempelvis et spm. der ordlyden var litt annerledes enn til de andre informantene. Dette er tatt med i drøftingen. Introduksjonsspørsmålene var åpne og ga rom for at informanten kunne fortelle mer fritt om emnet. Jeg gikk deretter i mer detaljer med oppfølgingsspørsmål (Dalen, 2011).

Det er svært viktig under et intervju at min forståelse av informanten sin livsverden er så nær informantens egen livsverden som mulig. Jeg valgte derfor ansikt til ansikt kommunikasjon. Også nonverbal informasjon kan være med på å underbygge min forståelse (Ulvestad, 1996).. Det ble benyttet lydopptak av intervjuet. Det er flere grunner til det. For det første gjorde dette at jeg kunne transkribere intervjuene i sin helhet i etterkant, slik at det lå de beste forutsetninger for god koding, kategorisering og analyse av empirien. For det andre var det for meg som uerfaren intervjuer, hensiktsmessig å kunne fokusere på selve forskersamtalen der det var kapasitet til å skrive opp stikkord og tanker underveis, i motsetning til å skrive ned hele intervjuet. Slik kunne jeg være trygg på at hele samtalen var klart til transkripsjon.

#### **3.5.4 Bruk av Skype**

Utfordringer med å finne informanter gjorde det nødvendig å benytte seg av dem som svarte ja til deltakelse. For å få dette til valgte jeg å løse det med å bruke Skype. Da kunne jeg velge informanter uavhengig av bosted og reisemuligheter. Praktiske og ressursmessige hensyn ble også tatt med i betraktningen ved valg av kanal. Ved å velge Skype fikk jeg fordelene som en har ved et ansikt til ansikt intervju. Jeg har også støttet meg til Befring (2014, s.127), der han viser til at det er flere metodologiske studier som har konkludert med at et telefonintervju fullt ut kan måle seg i forhold til ansikt intervju. Han nevner her ikke bruk av Skype, men ettersom det gir tilgang på kroppsspråk, så anser jeg dette som et bedre alternativ, enn telefonintervju.

### **3.5.5 Utfordringer som oppsto**

Det oppsto noen avbrytelser i et av intervjuene, da informanten hadde barn hjemme i nærheten. Likevel hentet informanten seg fort inn igjen når det skjedde avbrytelser. Denne teknologien gjør at man er mer tilgjengelig for hverandre. Det er lett å sette av tid til en samtale på et uforstyrret sted. Jeg på min side hadde satt av tid, slått av telefoner og informert folk rundt meg at jeg var opptatt dette tidspunktet.

Det er ulike ting som kan påvirke analysen i et forskningsarbeid. Eksempler på det kan være fare for stigmatisering av personer eller grupper dersom man utfører et prosjekt som kan få uheldige ringvirkninger. Også dersom nærhet til informanten blir for nærgående, kan dette gi utfordringer hvis det er private tanker og følelser som skal undersøkes (Dalen, 2011).

Ettersom det i denne sammenheng er logopedens erfaringer som ble undersøkt, og dette skjer i lys av en egen profesjon, der det ikke er tilknyttet private og sensitive følelser. Ser jeg ikke grunn til bekymring for at jeg som intervjuer eller informanten kan bli påvirket av sensitivt innhold, og informanter i vanskelige situasjoner. Derimot var det andre utfordringer som oppsto under intervjuene. En utfordring er at jeg som nysgjerrig, men uerfaren forsker skal finne frem til fenomener og videreutvikle disse, selv med lite erfaring. Likevel har jeg valgt å se på dette som en reise, der jeg stadig lærer noe nytt. Brobygging mellom aktuell teori og innsamling av empiri er spesielt viktig påpeker Johnsen (2006).

### **3.5.5 Prøveintervju**

Det var hensiktsmessig å foreta et prøveintervju for å øve meg på gjennomføringen. Det hadde vært det beste å intervjuer en logoped, slik at jeg kunne fått gode og konkrete faglige tilbakemeldinger (Johannessen, Christoffersen og Tufte, 2010). I praksis viste det seg å være utfordrende å finne mange nok informanter som hadde tilstrekkelig kunnskap på området. Jeg gjorde da en vurdering av de valg jeg hadde. Enten å bruke en av informantene som kunne stille til prøveintervju, eller spare de aktuelle informantene, og heller bruke en medstudent. Etter nøye vurdering landet jeg på det siste. Det viste seg likevel å være nyttig på flere områder. Både i forhold til hvordan jeg opptrådte som intervjuer, og hvordan jeg stilte spørsmål. Eksempelvis kom det frem at spørsmålstillingen på et par av spørsmålene i intervjuguiden burde endre ordlyd. Ettersom det skal brukes båndopptaker, var det også nødvendig å forsikre seg om at det digitale utstyret fungerte slik det skulle (Johannessen, Christoffersen og Tufte, 2010). Dette viste seg også å være lærerikt i forhold til funksjonene til båndopptakeren, slik at man var bedre rustet til intervjuene.



## **3.6 Utvalg**

Utvalgsstørrelse og utvalgsstrategi er begreper som Johannessen, Christoffersen og Tufte (2010) trekker frem som viktige ved valg av informanter. Innenfor kvalitativ metode er valg av informanter viktig. Hvem skal intervjues og hvor mange? Blir det for mange, kan dette komplisere både i tid, ressurser og kvaliteten på hvor dypt man kan se på fenomenet. Det kan være en utfordring å gå inn i et felt som man ikke kjenner så godt til fra før (Johnsen, 2006). Valget falt på å intervju logoped for fordi jeg vil lære mest mulig om det logopedfaglige feltet, og med tanke på kunnskapen og erfaringene logoped sitter med, er det naturlig og velge dem som informanter. Når man skal sammenligne resultater fra undersøkelsen er det viktig å beskrive og begrunne valg av informanter siden dette har stor betydning for hvilken empiri som fremkommer (Johnsen, 2006). I denne studien er det valgt fire informanter.

### **3.6.1 Strategisk utvelgelse og snøballmetoden**

For at informantene skal kunne gi svar på problemstillingen, var det viktig at jeg brukte riktig metode for å få tak i de best egnede informantene. Dette gjorde det vanskelig å bruke tilfeldig utvelgelse (Johannessen, Christoffersen og Tufte, 2010), da jeg ville samtale med logoped som arbeider med dysfagi. Det ble naturlig å bruke strategisk utvelgelse, siden jeg visste hvilke personer jeg kunne rette meg mot for å innhente empiri. To av dem er personer som er kjent fra skole og praksis, så det ble enkelt å ta kontakt. Den tredje informanten er rekruttert gjennom snøballmetoden, der en av informantene mine sendte forespørselen min videre med spørsmål om deltakelse. Etter tre dager fikk jeg mail fra en som gjerne ville la seg intervju.

### **3.6.2 Kriterieutvelgelse**

For å sikre logoped som har dysfagi som spesialfelt, satte jeg opp noen kriterier for hva som er viktig når det gjelder innhenting av informanter. Kriterierene for å sikre et utvalg som kan gi informasjon om fenomenet dysfagi, er for det første at informantene er utdannet logoped og at de arbeider med fagområdet dysfagi. De skulle også ha tilknytning til annet helsepersonell i sitt arbeid. Dalen (2011) kaller dette for kriterieutvelging. Ettersom Dalland (2012) presiserer at det er viktig at intervjupersoner ikke føler seg presset til å si ja, er det friere om noen andre spør for seg. Jeg valgte å sende en uformell mail, da fikk informantene tid til å tenke seg om og formulere et svar, samtidig som jeg fikk vist personlig interesse. Dette kunne ha gjort at det også ble enklere å si nei i en travel hverdag. Likevel mener jeg dette var riktig fremgangsmåte sett i et etisk perspektiv. Ideelt sett ville jeg ha informanter fra

akuttsykehus og rehabilitering, men ettersom få informanter fra akuttsykehus, meldte seg, ble det kun fra rehabilitering. Resultatene er hentet fra et rehabiliteringsperspektiv.

### **3.6.3 Samtykke til deltakelse**

Det er visse krav for at et samtykke til deltakelse i forskning, for at den skal være gyldig. Det må være frivillig å delta, og det må gis informasjon om at vedkommende kan trekke seg når som helst uten at dette vil få konsekvenser. Informantene må også få god informasjon om hva funnene skal brukes til. Det ble skrevet et informasjonsskriv til informantene, som er en formell forespørsel for deltakelse i studien. For å sikre at dette skrivet er skrevet på en ryddig og riktig måte, er det i dette prosjektet tatt utgangspunkt i et forslag til informasjonsskriv som ligger ute på NSD sine nettsider (NSD, 2015a). Skrivet ligger vedlagt.

## **3.7 Metodekritikk**

Innenfor samfunnsvitenskapene diskuteres troverdigheten, styrken og overførbarheten av en forskningsstudie (Kvale et al., 2015). Disse hverdagsbegrepene kan knyttes til begrepene validitet, reliabilitet og generaliserbarhet. Dette handler om forskningen er gjort riktig, slik at man kan stole på den nye kunnskapen som er tilført fagfeltet (Dalen, 2011). I dette kapitlet skal det redegjøres for hvordan jeg har sikret validitet og reliabilitet i denne studien.

### **3.7.1 Validitet**

Johannessen, Christoffersen og Tufta (2010) definerer validitet på en måte der metoden forskeren bruker, undersøker det den mener å undersøke. I denne studien vil det si om de funn jeg har funnet i empirien reflekterer formålet. Validitet kan knyttes til begrepet troverdighet, om vi måler det problemstillingen spør om. Validiteten skal gjennomsyre hele prosjektet, mer enn det er en egen fase i forskningen (Kvale et al., 2015). Det tas i denne studien utgangspunkt i Kvale et al. (2015) sin beskrivelse av validitet, som de deler inn i syv stadier.

*Tematisering* i forbindelse med hvordan veien fra teori til forskningsspørsmål har vært.

Gyldigheten av undersøkelsen avhenger mye av hva slags teoretisk bakteppe som ligger til grunn. Jeg har lest mye aktuell teori for å finne den mest egnede vinklingen på problemstillingen. I utarbeidelsen av intervjuguiden har jeg sikret validiteten ved at jeg tok utgangspunkt i forskningsspørsmålene. Etterpå har brukt tid på å vinkle spørsmålene under hvert avsnitt. Ettersom svarene til informantene blir preget av spørsmålene i intervjuguiden. Er dette et grunnleggende viktig skritt i retning validitet på en studie. Spesielt for å sikre at spørsmålene fordrer til svar som tilfredsstillende problemstillingen og forskningsspørsmålene.

*Planlegging* kan sies å være metodekapittelet, som viser at fenomenologisk design i et hermeneutisk perspektiv er best egnet for mitt prosjekt. Dette fordi jeg tolket under intervjuet og under transkripsjonene for å finne de fenomenene som viste seg mest fremtredende. Planlegging av intervju som metode er valgt på bakgrunn av at et semistrukturert intervju var den beste metoden for å få svar på min problemstilling, både i forhold til min manglende erfaring som forsker og fordi intervju er den beste metoden for å finne ut av informantens tanker, kunnskap og opplevelser av temaet dysfagi (Dalen, 2011).

*Selve intervjuingens validitet* har med hvordan intervjuet blir utført og at det blir gjort en kontroll av meningen med det som blir sagt (Kvale et al., 2015). I det kvalitative forskningsintervju er intersubjektivitet et begrep som Dalen (2011) mener styrker validiteten av informantens uttalelser. Med intersubjektivitet mener hun hvordan opplevelser blir felles mellom mennesker. I denne sammenheng, mellom meg som intervjuer og informanten. Man må tolke verden sett så nært informantens livsverden som overhodet mulig. Under intervjuene var det flere ganger jeg ba informanten om å utdype hva de mente med en uttalelse. Dette hendte både fordi det var noe interessant som ble sagt i en bisetning, om noe var uklart av det informanten sa, eller fordi jeg ville ha mer informasjonen om et tema som ble snakket om. På denne måten kunne jeg sikre at jeg ikke misforsto det som ble sagt. I de tilfellene jeg var i tvil om jeg hadde forstått riktig. Brukte jeg de ordene: «Forstår jeg deg riktig at du...» eller... «Så det du sier er at...». Dette viste seg å være nyttig, både fordi at jeg fikk sjekket om min oppfatning av det så ble sagt. Om jeg klarte å se verden, så nært informantens livsverden som mulig (Dalen, 2011).

Kvale et al. (2015) påpeker at *Transkribering* er et validitetsspørsmål når det gjelder om den er gjennomført på en tilfredsstillende måte. Dette kan jeg sikre dersom informantene får se transkripsjonene i etterkant av intervjuene. Samtidig kan det være fare for at informantene kan føle seg fornærmet dersom de ikke har kunnskaper om grunnleggende forskjeller mellom muntlig og skriftlig språk, da en direkte transkripsjon er kan være usammenhengende. Det kan være nyttig å legge ved informasjon om forskjeller mellom muntlig og skriftlig språk, eller at transkripsjonene blir skrevet på en mer sammenhengende måte (Kvale et al., 2015). Jeg valgte likevel å transkribere ordrett hva som ble sagt for å sikre validiteten på tekstene som skulle analyseres fenomenologisk. Det skal hele tiden analyseres for aktuelle og mulige feilkilder (Johannessen, Christoffersen og Tufte, 2010). På bakgrunn av dette, velger jeg ikke å tilbakeføre de transkriberte intervjuene til informantene, men at de heller får mulighet til å

lese studien. For å sikre kvaliteten på transkripsjonene anbefaler Dalen (2011) å gjøre transkripsjonene selv og gjøre dem like etter at intervjuet er utført, slik at det alle inntrykk fortsatt er ferske. Jeg valgte å følge disse rådene i mitt prosjekt for å sikre kvaliteten på empirimaterialet. Det viste seg å være nyttig, da jeg hadde opplevelsene friskt i minnet.

*Analyseringen* kan knyttes til både hermeneutikken og fenomenologien i den grad at validitet i denne sammenheng handler om hvordan jeg har tolket empirien som kom frem, og hvordan jeg gjorde kategoriseringen av fenomenene. Jeg nummererte hver informant og ga hver informant en fargekode, slik at det skulle være visuelt oversiktlig når empirien skulle behandles. I starten brukte jeg intervjuguiden til hjelp for å kategorisere etter spørsmål. Etterhvert som jeg fikk dykket dypere ned i materialet og ble godt kjent med det, kunne jeg se på informasjon og funn på tvers av spørsmålene i intervjuguiden. Dette ble en nyttig måte å gjøre det på, siden intervjuguiden ga en naturlig og ryddig grovdeling av materialet. Siden jeg har lite erfaring med denne type arbeid, var denne måten å gjøre det på til stor støtte.

*Validering* sikres gjennom metodekritikk og god planlegging av gjennomføringen. Til sist er det viktig å se validitets spørsmålet i forhold til rapporteringen av hovedfunnene som fremkommer. I denne studien skal funnene fortolkes induktivt i henhold til aktuell teori for å øke validiteten på de aktuelle funn som blir gjort.

### **3.7.2 Reliabilitet**

Reliabilitet har med forskningsresultatenes gyldighet å gjøre, og om resultatene kan reproduseres av en annen forsker. Reliabilitet er viktig både under intervjuet, transkriberingen og analysen. Her kan det rettes lys mot intervjuerens reliabilitet i forhold til måten intervju spørsmålene blir stilt. Det er viktig å vite at ledende spørsmål kan påvirke hvilke svar vi får fra informanten (Kvale et al., 2015). Jeg har derfor utformet mest mulig åpne og nøytrale spørsmål i intervjuguiden og hadde noen underspørsmål og oppfølgingsspørsmål der det kom uttalelser som ønskes mer utfyllende. Det vil også fremgå i analysen i de tilfellene der min opptreden kanskje kunne ha påvirket informantenes svar. På denne måten vil reliabiliteten være en rød tråd i prosjektet.

Intervjueren bruker seg selv som instrument i empiriinnsamlingen. Vi har egen erfaringsbakgrunn, som påvirker vårt hermeneutiske syn på verden, altså hvordan vi tolker verden rundt oss. En annen forsker kan derfor ikke teste ut reliabiliteten på samme måten ved

en enkel teknikk, slik man gjør i en kvantitativ undersøkelse. Når det gjøres en kvalitativ undersøkelse er det derfor svært viktig at studien er gjennomiktig. Det vil si at man skal redegjøre og begrunne for valg man har gjort og hvordan man har gjennomført undersøkelsen, slik at en annen forsker kan følge oppskriften og forvente seg lignende funn (Dalen, 2011).

Reliabilitet i kvalitativ forskning knytter seg dermed til empirien som brukes, hvordan denne samles inn og bearbeides. Det finnes ulike måter man kan teste et prosjekts reliabilitet på (Johannessen, Christoffersen og Tufte, 2010). Ettersom det i denne studien ikke skal brukes strukturerte datainnsamlingsteknikker, men intervju der samtalen er det som styrer datainnsamlingen, er det vanskelig å bruke konkrete verktøy for å måle reliabiliteten. Den skal heller redegjøres for etter hvert gjennom prosjektet. Jeg vil styrke reliabiliteten ved å gi en beskrivelse av fremgangsmåten gjennom hele prosjektet. Ved å ha en intervjuguide styrker jeg reliabiliteten ved at en annen forsker kan utføre det samme forskningsarbeidet som jeg har gjort. Som nevnt er det viktig å ta reliabilitetsfenomenet alvorlig gjennom hele prosjektet, likevel er det viktig at dette ikke hindrer kreativ tenkning, improvisasjon og det å følge opp fornemmelser som måtte oppstå hos meg som intervjuer underveis (Kvale et al., 2015).

### **3.8 Etiske betraktninger**

Jeg valgte jeg å ta testen på NSD (2015b) sine nettsider. Dette er en uformell test for å sjekke om studien er meldepliktig, og resultatet viste at dette masterprosjektet var det. I samråd med veileder ble det meldt inn, og jeg fikk klarsignal til å utføre intervjuene. Det er mye man trenger å ta hensyn til under et intervju. Hvilke etiske betraktninger man trenger særlig å ta hensyn til, gjenspeiler seg i hvilke informanter man har og hvilke spørsmål man stiller. Er det barn eller pasienter som skal intervjues om noe privat, er det viktig at spørsmål og personopplysninger er etisk riktig håndtert. I forhold til disse gruppene er det særdeles høye krav til beskyttelse. Ettersom det ikke er barn eller pasienter, men logopedier i en profesjonell sammenheng, er det ikke sensitive spørsmål som stilles (Dalen, 2011). Det er viktig at man skaper en trygg og god atmosfære, på et rolig og uforstyrret sted og at jeg er ydmyk og interessert i hva informanten har å bidra med (Kvale et al., 2015).

## **4.0 Empiri**

I dette kapitlet blir noen av funnene fra empirien presentert. Først vil informantene bli presentert, fordi de er kilden til all empiri som er samlet inn. Det vil fokuseres på funn som fremhevet seg i forhold til dysfagi hos afasipasienter. Ettersom en god tilnærming til et problem krever kunnskap, skal det presenteres noen funn som er gjort på tilstrekkelig kunnskap om dysfagi. Dette blir etterfulgt med hva logopeder vektlegger som viktig i tilnærmingen av slagpasienter med dysfagi. Her fremkommer det funn knyttet til kartlegging og behandling av dysfagi, og hvordan afasi kan ha påvirkning på hvilke valgmuligheter som logoped og pasient står ovenfor. Under behandling fremkommer det også funn om samarbeid med helsepersonell innenfor rehabilitering.

### **4.1 Informantene**

Empirien er som sagt hentet fra fire logopeder som arbeider med dysfagi. Informantene er hentet fra to ulike rehabiliteringsinstitusjoner som ligger på hver sin kant av landet. To informanter fra hvert sted. Siv og Ida er utdannet logoped i utlandet. Kai og Gry er utdannet i Norge. Siv tok sin utdanning på 80- tallet og har bred erfaring. Kai har arbeidet som logoped er par år. Ida har erfaring med dysfagi og arbeidet i 30 år med emnet. Gry har vært logoped i underkant av 10 år. Alle arbeider i rehabilitering, og har tilknytning til helsepersonell.

### **4.2 Kunnskap**

Her presenteres de funn som analysen viste under temaet kunnskap. Stikkord for disse funn er kunnskap sett i forhold til utredning, samt kunnskapstilegnelse om dysfagi.

#### **4.2.1 Kunnskap**

Et av spørsmålene var hva informantene tenkte om kunnskapen hos logopeder som arbeider med pasienter med dysfagi. Siv sa at kunnskapen har kommet seg de siste årene, men at de aller fleste kunne ha hatt mere kunnskap om emnet. Hun sier videre at:

Jeg tenker at det varierer veldig ut fra hvor du jobber. De som er på sykehusene har ofte mer kunnskap om dysfagi enn de som jobber i PPT eller voksenopplæringen. Ja, det har noe med dette med skole og helsevesen og gjøre, men generelt synes jeg at man burde hatt bedre kunnskap.

Gry presiserer at de som arbeider på sykehus, eller er spesialister, vet mer.

Jeg har til og med snakket med logopeder i Norge som mener at logopeder ikke burde ha noe med svelg å gjøre i det hele tatt, men det der er en profesjonskamp som for lengst er over i mange andre land. (Kai)

Det er veldig varierende. Det er klart at de som jobber på sykehus lærer fortere, fordi de møter det hver dag, de får erfaring. Sant, du kan lese så mye du vil, men før du får praksis, så, ja, klart de som jobber på sykehus har klart en fordel. De uti distriktene, de opplever at de får en dysfagi pasient en gang i blant, og da er det vanskelig å være trygg på hva det er man holder på med. Så det varierer veldig, det er stor forskjell. (Ida)

På spørsmål om hva informantene tenker angående om helsepersonell har tilstrekkelig kunnskap om dysfagi rister Ida bestemt på hodet og sier; «Nei, nei, nei. Hvis vi sammenligner sykepleiere, fysioterapeuter og ergoterapeuter, er det vi logoped som har mest undervisning på svelg.» Gry hadde samme oppfatning:

På huset er det 12 fysioterapeuter og ingen kan svelg. Fysioterapeuter presiserer at de ikke har hatt noe om det i sin utdanning, men at det handler om muskler, så de burde jo kunne om det. Sykepleiere heller ikke kan nok generelt, de vet dysfagi det er, men ikke hva de skal se etter, eller hva de skal gjøre.

Siv sa eksempelvis at det varierte veldig, men at generelt bør logoped ha mer kunnskap om dysfagi, hun sa videre at:

Jeg synes at det burde vært bedre også blant helsepersonell. Samtidig synes jeg at det har kommet seg i løpet av de siste årene litt. Også iblant leger og sykepleiere, men nei, det er ikke topp, det kan jeg ikke si, de kunne hatt bedre kunnskap. Kanskje 5-6 av 10 hvis jeg skal gradere.

Ida sier også at det er svært varierende. «De som jobber på sykehus lærer mer, fordi de møter det hver dag. De får erfaring, men ute i distriktene er det vanskelig å være trygg, når du ikke møter det hver dag». Kai sa at det var mye å lære hos fysioterapeuter og leger for eksempel hvordan muskler arbeider sammen.

#### **4.2.2 Kunnskap- identifisering av vansker**

Det var også flere som sa at mange av pasientene var dårlig utredet når de kom inn til rehabilitering. Kai sa uoppfordret at det ofte kom inn pasienter som har dysfagi, men det er ikke nevnt i journalen. Dette til tross for at det har vært logoped inne i bildet med tanke på språk. Det ble videre uttrykket bekymring over at det ikke er alle slagpasienter som blir henvist til logoped, dersom det ikke er språkvansker med i bildet. Det blir videre sagt at:

Hvis det er sykepleier som gjør vannsvelgetesten og pasienten ikke hoster, mistenkes det at denne pasienten ofte ikke kommer seg til logoped, dersom det ikke er afasi. Hvis du skal bli plukket opp med dysfagi som en slik pasient, må du svelge feil til riktig tidspunkt (...) du svelger ikke feil på 100 % av svelgene dine. (...) Så det er best å ta en ekstra runde og utrede ordentlig.

Som eksempel nevnes en pasient som har vært hos logoped for språk i mange år, men svelgevanskene er ikke blitt oppdaget. Da pasienten kom til rehabilitering, ble han henvist til videofloroskopi. Den viste at han hadde alvorlige svelgevansker, der det lå dammer i

valekulae, og han aspirerte. Svelgereflexen var betraktelig forsinket. Kai fremhevet også at det er viktig å skille mellom hosterefleks og frivillig hoste. Det gir lite informasjon, hvis det bare er vannsvelgetesten som blir benyttet. Testen viser om pasienten kan hoste, men identifiserer ikke skade i den sensoriske tilbakemeldingen fra larynx. Pasienten kan da ha stille aspirasjon, fordi hosterefleksen er defekt. Dette øker faren for aspirasjonspneumoni. Siv sa dette om tidligere utredning på pasienter som kommer inn til rehabilitering.

De som kommer de er jo blitt henvist, så har det vær fastleger eller logopedier hjemme som har sagt at her trenger vi litt mer, vi trenger videofloroskopi. Da har på en måte de vurdert det før de kommer (...) Når pasienter kommer hit, varierer det om det har vært logoped inne i bildet før. Noen ganger er pasientene vurdert før de kommer hit, men noen steder er det jo ikke så mange sykehuslogopedier, så det kommer pasienter som ingen har vurdert før de kommer hit.

Ida sa det ofte kom pasienter som ikke hadde fått grundignok utredning på svelg. Gry sa at logopedier ute i distriktene ofte spurte hvordan de skal jobbe og med dysfagi.

#### **4.2.3 Dysfagi i utdanningen**

Informantene hadde klare meninger om dysfagi som tema i logopedutdanningen. De uttrykte at dysfagi var et emne i logopedien som ikke var nok vektlagt i logopedien i dag. Samtidig kom det også frem at slik var det jo innenfor de fleste emner. På spørsmålet i intervjuguiden om hva informantene tenker om vektingen av dysfagi i dagens logopediutdanning uttrykker Kai seg på følgende måte:

Vi trenger flere med helsefaglig bakgrunn. For slik det er nå så har du folk som egentlig ikke har så store forutsetninger for å forstå fysiologi og muskler. De kommer inn så blir det forventet at de skal lære seg det de skal gjøre for å arbeide med dysfagi (...) i fire timer på et klasserom. Det er ingen praksis som går på dysfagi. Vi har stemmevansker, taleflyt, afasi, språkvansker, det skal vi være innom. Det feltet som er mest alvorlig, det har vi ikke praksis i.

Her trekkes praksisaspektet innenfor emnet frem. For å belyse funnet ytterligere, trekkes det frem noen flere utsagn fra informantene.

Noen har nesten ingenting, ingen erfaring og tok utdanning på den tiden det ikke var dysfagi i utdanningen, men noen har mer (Siv).

Dysfagi er ikke en del av den pålagt praksis, det er mange som får det, men det er ikke en pålagt praksis. Det er urettferdig mot logopedene fordi når du kommer ut så møter du det i hverdagen uansett hva man arbeider med (Ida).

Gry presiserer at hvis logopedier skal arbeide med svelg, må vi kunne om muskler, nerver og fysiologi, mer enn det utdanningen representerer i dag. Da informanten skulle forelese på et universitet i stemmebruk, forlangte informanten også å få forelese om dysfagi. Dette på bakgrunn av at det var lite vektlagt fra før.



#### 4.2.4 Kunnskapstilegnelse

På empirien om hvordan informantene innhentet seg ny kunnskap om dysfagi, kunne man se mange likhetstrekk. Jeg velger å presentere en tabell med kanalene informantene trakk frem.

	Kollegaer	Nettbaserte kurs og opplæringsmuligheter	Lese artikler og forskning	Konferanser og kurs	Hospitering/ Ønske om hospitering
Siv	X	X	X	X	
Kai	X	X	X	X	X
Ida	X	X	X	X	X
Gry	X	X	X	X	X

Siv nevnte alle de ulike kanalene bortsett fra hospitering. Kai har tatt mye kursing og hospitering i utlandet. Han sa det var mest kunnskap å hente utover landegrensene. Han påsto også at man må være oppsøkende og selvsøkende for å ta ansvar for at man hele tiden oppdaterer seg. «Det skulle egentlig ha vært krav om etterutdannelse dersom logopedene skal arbeide med svelgevansker». Han er ofte for å lære hos noen som kan mer enn han selv. Det ble videre sagt at ressursene for å lære seg ganske mye, uten å reise ut av landet, er der. Det er bare det å vite om dem. Ida deltar på webinarer, tar kurs, leser så mye hun kan, hun har også hospitert, men ønsker å gjøre dette enda mer fordi det er da man lærer mest. Når man har en levende pasient foran seg. Hun sier at man kan lese så mye man vil, men det er den praktiske erfaringen som er gull verdt. Siv viste til at hun henvendte seg til andre faggrupper når det var behov for det. Kai viste også til at det var mye kunnskap å hente hos de andre faggruppene.

Leger har ufattelig mye å lære oss når det kommer til forståelse av hvordan muskler arbeider sammen. Samme med fysioterapeuter, ergoterapeuter og ernæringsfysiologer om hva de tenker.

Gry viser til at hun har lært mesteparten fra utlandet og fra andre kollegaer som arbeider med dysfagi. Hun mener det er de siste 20 årene at dysfagifeltet har vokst. Hun sier videre at: «Det har vært vanskelig å finne norsk litteratur (...) mest har jeg lært fra utlandet og fra de kursene jeg har tatt. Har tatt kurs i utlandet for å lære mer».

## 4.2 Kartlegging av afasipasienter med dysfagi

Her presenteres funn om kartlegging av afasipasienter med dysfagi. Viktigheten av kartlegging og kartleggingsverktøy. Observasjon og kartlegging av språk.

### 4.2.1 Kartlegging

Siv fremhevet viktigheten av å gjøre en grundig undersøkelse av svelgefunksjonen, for å finne ut hvor problemet sitter. Hun sier:

Du må finne ut så klinisk du kan, hva som skjer og hvorfor det skjer, det er jo først da du kan sette i gang tiltak (...) det er ofte litt slik at ok, dysfagi- mos maten, og drikk tykkflytende, men det kan være feil. Det er ingen standardoppsett man kan følge.

Også de andre informantene viste til viktigheten av å gjøre en god kartlegging for å kunne legge til rette for et passende behandlingsopplegg. Kai sa at man må være sikker i sin sak, ellers kan man gjøre problemet verre. Ida og Gry viser begge til at de liker å holde seg til standardiserte kartleggingsverktøy for å få et godt grunnlag til videre behandling.

#### 4.2.2 Kartleggingsverktøy

Her er en oversikt over hvordan informantene tilnærmet seg afasipasienter med dysfagi.

	Videoflo- roskopi	Obser- vasjon	Frenchey dysartri test	MASA	Hjernenerve undersøkelse Formell og uformell	Kognitiv tilstand og språk
<b>Siv</b>	X	X	X	X	X	X
<b>Kai</b>	(X)	X			X	X
<b>Ida</b>	X	X	X	X	X	X
<b>Gry</b>		X	X	X	X	X

Det var flere likhetstrekk med hvordan logopedene behandlet afasipasienter med dysfagi, men det var også noen ulikheter i tilnærmingen. Det som var felles var bruken av observasjon og undersøkelse av kognitiv tilstand hos pasienter som hadde afasi, da spesielt impressiv afasi. Videofloroskopi var også en undersøkelse som ga sikre svar. Undersøkelse av hjernenerver gjorde alle informantene i større eller mindre grad. Ellers var det standardiserte tester som MASA og Frenchey dysartritest som ble brukt.

#### 4.2.3 Standardiserte kartleggingsverktøy

Frenchey dysartritest og MASA- Mann Assessment Swallowing Ability ble brukt av både Siv, Ida og Gry. Ida påpeker at MASA er en test som vurderer kognitiv tilstand og at vurdering av kognitiv tilstand alltid er en del av en dysfagiundersøkelse. Gry var noe usikker i utførelsen av denne. Hun kunne tenkt seg et kurs, men det hadde hun enda ikke funnet her i Norge. Frenchey ble mest brukt fordi den er generell, du får vite noen om munnfunksjon, svelg og stemme fortalte hun videre. Ida sa: «bruker frenchey, fordi det er ofte dysartri sammen med dysfagi sant, så det er den vi bruker mest her. For den var en av de første standardiserte». Siv sa at de som har dysartri, ofte også har dysfagi. Ida brukte ofte dysartritest i dysfagiutredningen. Kai nevnte også at dysartri har sammenheng med dysfagi.

#### **4.2.4 Hjernenerveundersøkelse**

Kai sa at: «Stort sett alle pasienter undersøker jeg med hjernenerveundersøkelse som en del av første konsultasjon» Han mente at denne gir god informasjon om hvilke hjernenerver som er skadet, og dermed hva vi kan forvente av problemer. Siv sier at hun ofte bruker uformelle tester og observasjoner som går på de ulike hjernenervene. Gry viste til viktigheten av å undersøke tunges funksjon og dysartri. Hun sier at: «Hvis du tenker hjernenerver som er involvert i svelg. Mange er jo også involvert i tungen. Målet er jo at tungen skal fungere bedre og man skal få bedre signaler opp i hjernen.»

#### **4.2.5 Instrumentell undersøkelse**

Flere av informantene definerte videofloroskopi som den beste og sikreste utredningen. Den ene rehabiliteringsinstitusjonen. Siv og Ida hadde tilgang på en slik undersøkelse, og så på dette som svært nyttig i behandlingen av pasientene. Spesielt brukte de filmen til å forklare hva som skjer i det svelgingen skjer. Ida viste til at hvis de er usikker og pasienten ikke kan gi uttrykk for hvor problemet sitter, er det greit å ta en videofloroskopi for å se om problemet er i oral eller faryngeal fase. Den gir gode svar, slik at sikre anbefalinger kan gis. Informanten brukte også filmen til å forklare til pasienten, spesielt dersom pasienten har impressiv afasi. «seeing is believing», som hun kalte det. Kai svarte på spørsmålet om hvilke kartleggingsmetoder som ble foretrukket: «Gullstandaren er jo videofloroskopi. Da får man se hva som skjer under svelgingen». Informanten uttrykte at det generelt var den instrumentelle undersøkelsen som gir tryggest svar på hva som er galt. Han fortalte videre at det finnes et tolkningskurs av disse bildene, som alle logopedene kan ta over nett. Han har ikke tilgang til bruk på dette i sin jobb, men viste til viktigheten av å få pasienten henvist til en slik undersøkelse, dersom det er hensiktsmessig.

#### **4.2.6 Kognitiv tilstand og språk**

Et fenomen som kom frem gjennom empiriinnsamlingen, var at dersom pasienten har redusert kognitiv tilstand eller språkvansker, har dette konsekvenser for hvordan man kan kartlegge pasienten. Dette fremkom fra et spørsmål som gikk ut på hva informantene mener er spesielt viktig å tenke på, når logopeden tilnærmer seg afasipasienter, og om afasien har konsekvenser for kartleggingen. Informantene fremhevet viktigheten av å undersøke hvilken type afasi pasienten har, før man kan legge til rette for et godt tilpasset behandlingsopplegg for dysfagi. I følge informantene, at det er forståelsesvansker som kanskje påvirker tilnærmingen mest. Siv sa at man må kjenne til afasien for å kunne tilpasse etter det. Kai sier at:

Du kan ikke være helt sikker på at ditt spørsmål har sunket inn og om de har forstått spm. Og om det dem sier, faktisk er det de mener. Det kommer an på hvor alvorlig grad av afasi det er.

Alle informantene trakk frem at hvis pasienten har impressive språkvansker, så har det konsekvenser for hvordan videre utredning kan gjennomføres Ida påpekte at:

Det er alltid viktig å finne ut av den kognitive tilstanden som pasienten har, det er det første man må gjøre når man tenker på dysfagi, fordi det vil styre hele veien videre og hvordan du skal gå frem.

Gry sa at når man skal tilnærme seg afasipasienter med dysfagi, er det ofte noen pasienter som mener at svelgevanskene ikke er noe problem. Hun viste til eksempler der hun måtte vise pasienten hva som var igjen i munnen, fordi hun ikke kjente alle matrestene. Hun mente at alle hostet vel ved måltider. Pasienten var ukritisk og så ikke problemet. Informanten forklarte videre viktigheten med at pasienten måtte forstå hvorfor vi gjør som vi gjør, de må også godkjenne at det føles greit. Med impressiv afasi, kan dette være utfordrende mente hun.

#### **4.2.7 Vektlegging av observasjon**

Siv viste til at man må ta hensyn til eventuelle forståelsesvansker ved å bruke bilder, gester, tekst, video og bruke observasjon som en selv gjør og som helsepersonell og pårørende har gjort. Hun beskriver at med dem som har veldig stor afasi, så er det knyttet usikkerhet til informasjonen man får av pasientene. Det er kanskje den største påvirkningen av afasi. En må da legge mer vekt på observasjoner som en selv og andre har gjort. Ida påpekte at en vurdering av kognitiv tilstand og språk alltid var en del av dysfagikartleggingen på deres rehabiliteringsinstitusjon. Hun påpekte videre viktigheten av å benytte observasjon som en god metode for å innhente informasjon om dysfagiproblematikk.

Vi går inn i lunchen eller frokosten, det gjør vi alltid uansett. Sitter sammen med dem og gjør en enkel observasjon og ikke styre for mye og ikke be dem om for mye. Ha en kopp kaffe, eller at vi spiser sammen med dem. Slik at det blir mest mulig naturlig for dem da (Ida).

Videre fremhever hun at i slike tilfeller legger man stor vekt på observasjoner som en selv gjør, eller få informasjon fra helsepersonell og pårørende. Kai sa at:

Pasienthistorikk er en stor del av en klinisk undersøkelse. Når det kommer til afasipasienter er du i stor grad avhengig av hva nærpersoner sier. Fordi om de svarer så kan du ikke være helt sikker på om spørsmålet er forstått riktig, eller at dem svarer riktig (...). Når afasipasienter også har dysfagi, kan det være et kjempeproblem, fordi du ikke får snakket med dem, med samme sikkerhet. Du kan ikke bare spørre de vanlige spørsmålene. Du vet ikke om de har oppfattet det riktig, eller om dem svarer riktig.

Kai sier også at: «Observasjon når dem spiser, er kjempelurt å få med seg, fordi det er vanlig å kose seg med maten, men hvis de sitter der i halvannen time, så er noe galt». Gry vektlegger også observasjon. Hun har laget en sjekkliste som det personalet som møter pasienten først får. Slik vet de hva de skal observere når det gjelder ulike logopediske vansker. På denne måten får logopedene tilbakemeldinger, dersom det er noe påfallende. Hun sier videre at: «De skal se etter om de hoster, kremter, langsom, får ikke tygget maten, maten ramler ut av munnen. Vi har laget en liste over slike ting og også når det gjelder afasi da».

### **4.3 Behandling av afasipasienter med dysfagi**

Funnene under dette emnet vil omhandle behandling og konsekvenser av afasi, rehabiliterende og kompenserende tiltak, inkludert viktigheten av målsetting og veiledning.

#### **4.3.1 Kognitiv funksjon og afasitype**

På samme måte som empirimaterialet viser at kognitiv tilstand og afasitypen har innvirkning på tilnærmingen til kartleggingen, kan det også se ut til at det legger føringer for hvilke behandlingsvalg vi står ovenfor. Informantene nevnte rehabiliterende og kompenserende tiltak, men det kan se ut til at informantene knytter bruken av rehabiliterende til pasienter som kan ta imot instruksjoner. Når det kommer til pasienter som har impressiv afasi eller kognitiv svikt, må man oftere velge en mer kompenserende retning som mat og drikke tilpasninger. Flere av informantene sa at behandlingsformen avhenger også av hva kartleggingen viser:

Det med behandlingsform er vanskelig å svare på, fordi det er så forskjellig fra pasient til pasient. Det avhenger av hvor dem er, hva er deres kognitive funksjon, er de i stand til å ta imot instruksjoner. Må de ha øvelser der de er mer passive, eller kan du lære dem å gjøre de ulike øvelsene riktig? (Kai)

Etter jeg har kartlagt og funnet ut hvilke behov pasienten har så snakker jeg med medisinsk avdeling og fysio, og med pasienten, hva er det det er utfordringer i. så har vi et spiseteam, da får de beskjed hva slags vansker denne pasienten har og hva de skal være oppmerksomme på ved spising. (Gry)

Siv sier at det er viktig å finne ut hvor problemet ligger, hvorfor pasienten har problemer. Det er vesentlig før man kan behandle. Ida viser til at hvis pasienten har kognitiv svikt eller forståelsesvansker må man være mer restriktiv på hva man gir pasienten. Hun sier videre at:

Når jeg har vurdert pasienten klinisk. Det kan være vi har bestemt oss for å ta en videofloroskopi. Fordi man er usikker, eller hvis pasienten ikke kan gi meg de svarene jeg trenger. Fordi at det er en ting å jobbe med de med afasi og med kognitive språkvansker. Man kan å få en god del info fra dem. Kjenner du noe? Hvis de ikke kan gi deg de svarene så blir jeg veldig usikker. Hvis det er tegn på at noe er feil så tar vi en videofloroskopi.

### 4.3.2 Kompenserende tiltak

Her er en oversikt over de kompenserende tiltakene som informantene brukte mest.

	Fortykning	Sitte/hodestilling	Manøvrer	Kostveiledning
Siv	X	X	X	X
Kai		X		X
Ida	X	X	X	X
Gry	X	X	X	X

Ida nevner de kompenserende tiltak som hun bruker i sin behandling Det er kostveiledning, matkonsistens, sittestilling og hodestilling og manøvrer. Hun sier videre at:

Hvis pasienten har kognitiv afasi eller impressiv afasi, da bruker vi mer kompenserende tiltak (...) kompenserende er mer at de sitter riktig, at de tar liten nok munnfull, svelge to ganger, og da er det lettere å bare ta dem i hånda, dersom de spiser for fort. Å si vent litt. Da er det lett å forstå. Lettere å stoppe opp da med cuuing. Konsistenser, da må di få tykkere konsekvenser istedenfor tynt. Sånne ting. Justeringer i matkonsistenser.

Gry viser til at hun bruker tilpasninger som fortykning i kost, tilpasning av hode og sittestilling, som hun samarbeider med fysioterapeut om. Siv viste til at de benyttet seg av alle kompensatoriske tiltak som fantes i litteraturen, men tilpasset etter hver enkelt pasient. Kai sa at ved å bruke bare kompenserende metoder, gir man etter for symptomene. At hvis han brukte kompenserende metoder, så var det som supplement til rehabiliterende tiltak, men i spiseteamet er det fokus på stilling på hode og kropp.

### 4.3.3 Rehabiliterende tiltak

Her er en oversikt over de rehabiliterende tiltak informantene trakk frem.

	Svelging	Stemme-trening og pust	Bio-feedback	Oromotoriske øvelser	Terma-behandling	Orofasiel stimulering	Vitalstim
Siv	X	X		X	X	X	
Kai	X		X				
Ida	X	X		X	X		
Gry	X	X		X	X	X	X

Siv viste til at:

Vi bruker jo ansiktsstimulering, munnstimulering, vi bruker svelgetrening med tom kald skje, vi bruker hvis det er forsvarlig prøver vi svelgetrening med små mengder f eksempel. Eh vi jobber jo samtidig med stemme og oralmotorikk hvis det er det som er vanskelig, Det er det vi i korte trekk gjør. F eks med stemmetrening så kan vi også jobbe med pusten og koordinasjon av den. For den påvirker jo svelging (...). Stemme, svelg og pust hører sammen (...). Dette apparatet bruker vi til å puste, snakke og svelge (...) Mange har besværet pust og slimproblematikk. Det er et sekund pustestopp under svelgingen, hvis pasienten har besværet pust i utgangspunktet. Kan dette påvirke svelgingen negativt.

Kai viste til at han:

Bruker mest ferdighetstrening som biofeedback i behandling av svelgevansker. Dette er en veldig trygg metode, men at det kanskje er få som bruker det i Norge (...). Jeg er blitt veldig begeistret for biofeedback fordi det er så direkte rettet til svelgefunksjonen (...). Vi fester elektroder til musklene på halsen (...), altså det registrerer de elektriske signalene som går til musklene. Så har du et program på datamaskinen, der du ser en linje gå, så når du svelger så hopper linjen opp. Da skal du prøve å treffe svelget ditt, altså prøve å time svelget ditt slik at du timer slik at du treffer i en kjempeliten boks. Da må du være veldig effektiv når du svelger. Du trener opp effektiviteten i svelget, du trener opp egen evne til å time.

Han forklarer at dette gjør pasientene mer bevisst og det gir gode resultater. Han viser til et eksempel på en pasient som han har bruker PEG. Metoden gir gode resultater.

I sommer så drakk han ingenting i det hele tatt, så første mål var det å drikke 10 ml. Og da aspirerte han sikkert en 5-6 ganger. I løpet av 10 ml. Og 10 ml er uhorvelig lite. Nå er vi oppe i 100 ml på fire min. og dette er en pasient som bruker peg.

Han nevnte også å gjenskape en naturlig spisesituasjon. «Ta ei god tugg, for å gjenskape situasjon hjemme».

Ida beskriver rehabiliterende tiltak som:

Øvelser og manøvrer og sånt (...) Vi bruker mest kompensere og så rehabiliterende. Det som brukes mest, er rett og slett manøvrer (...) man skal sitte å svelge, om det er spytt, om det er ts. vann, om det er isbiter, bare svelg og svelg og svelg, det er det som er tingen. (...) tungeøvelser er nyttig, og noen oromotoriske øvelser, alt etter hvordan dysartri pasienten har.

Ida beskrev også at:

Stemmeøvelser er ofte en sentral del av behandlingen, fordi det har med lukkingen av luftveiene. Jeg bruker glideøvelser, falsetto, variere styrke på stemmen (...) spisesituasjonen er også trening på en måte. Man skal ikke da trene på øvelser for muskulatur og sånn, men de skal trene på å lære å spise så det ikke går galt. Mest effektivt og safe.

Gry skriver at den rehabiliterende behandlingen de bruker omfatter stimulering og trening, innlæring av ulike teknikker. Orofasial stimulering blir brukt, samt svelgeøvelser, tunge og kjevetrening, og trening av munnmotorikk. Hun fremhever at for pasienter som aspirerer er tungetrening og tungestimulering for å trene sensitivitet viktig. Her trekker hun frem enkle svelgeøvelser og manøvrer. For de pasientene som har vansker med å transportere bolus, blir det brukt elektroterapi med øvelser som anstrengt svelg, trening av strupemuskulatur. Hun viser til at vitalstim bruker hun til noen, men noen synes det er ubehagelig. Hun bruker dette ofte for å forberede spisesituasjonen. Termabehandling som stimulerer bakkdelen av tungen og den bløte gane, stemmeøvelser og nakke og pusteøvelser, for å åpne og trene hele apparatet. Gry trekker også frem bruk av LSVT som positivt for svelgevansker hos parkinsonrammede. Dette er et strengt program som bare kan kalles LSVT hvis det blir utført etter en fast oppskrift. Likevel hadde informantene lest noen få rapporter om at denne metoden kunne virke positivt også på slagpasienter. Da de startet opp, kunne de ikke kalle det for LSVT program, ettersom det kun ble trukket ut noen elementer fra metoden. Resultatene ble gode

tilbakemeldinger på bedret svelgefunksjon, både fra pasient og pårørende. Samme informant trakk frem at stemmeøvelser og nakke og pusteøvelser ble brukt for å åpne og trene hele taleapparatet. Informanten la da opp til tre økter i uken, på en halvtime hver. Der de gjorde mange AAAAA. Datteren hadde fortalt at hun ikke hatt noen kraftige hosteanfall i etterkant.

#### 4.3.4 Mål og veiledning

En oversikt over hva informantene syntes var viktig i behandlingen av dysfagi.

	Mål	Veiledning
Siv	X	X
Kai	X	X
Ida	X	X
Gry	X	X

På spørsmålet om hva som var viktig å tenke på i behandlingen av dysfagipasienter, var det to områder som utmerket seg i empirien. Mål for behandlingen var spesielt viktig innenfor dysfagi. Synet informantene hadde på veiledning var også et interessant funn.

#### **Mål**

Flere av informantene trakk frem viktigheten av å kunne måle fremgang i behandlingen. Dette viste seg også å ha en sammenheng med hvordan man kan vurdere når man kan avslutte behandlingen. Nedenfor er et utdrag fra empirimaterialet som illustrerer dette.

Det å finne noe som er målbart er bra. Man blir mer motivert hvis man f. eks ser at man klarte å svelge tre ganger på lik tid for tre uker siden, så de nå klarer ti ganger, på samme tid. Det jeg forsøker er å finne ut av hva vi kan måle og finne ut av. (Ida)

Jeg mener man må kunne spore fremgang, dersom man ikke kan vise til at pasienten har fremgang, hvordan kan en da vite at det virker? (...) Timewatertesten er ganske bra, der skal du drikke så så mange ml, så måler du tid og hvor mange slurker som blir tatt. (Kai)

Jeg må vurdere det jeg gjør, hvorfor jeg gjør det og om det gir effekt. (Siv)

Det kan se ut til at informantene fremhever viktigheten av å ha konkrete mål som kan spores. Et av spørsmålene i intervjuguiden var hvordan de vurderte når behandlingen skulle avsluttes. Kai beskrev at dette har med målsettingen å gjøre «Har vi har oppnådd målet vi satte oss? Er dette del- eller hovedmål» Samme informant mener at det helt klart har sammenheng med hvor stort og alvorlig problemet er, hvordan man vurderer om man skal avslutte behandlingen. Noe av det første informantene gjør når han tar inn en pasient er å finne ut i fellesskap hva vi har lyst å oppnå, hva skal vi jobbe med og når skal målet oppnås? Han sier:



Hvis jeg da etter to måneder ser at det ikke er noe endring. Det skal være konkrete bedringer som kan måles. Hvis du etter to måneder ser at det ikke har skjedd noe, må du gå i samråd med pasienten og evaluere behandlingen, mengden og pasienten. Kan pasienten i det hele tatt nå målet som er satt? Da har du gjort en grov feil som logoped med at man har satt uoppnåelige mål og ikke vært flink nok til å håndtere forventninger pasienten har. Vi må være kritiske til oss selv! Funker det vi gjør? (Kai)

Ida beskriver videre at hun møter mange pasienter som har fått dårlig utredning på svelg. Hvis du som logoped ikke vet hvor utgangspunktet var, er det også vanskelig å vite når man skal avslutte. Informanten viser videre til hvor viktig det er å ha en baseline. Det *må* være målbart, ble det presisert med trykk. Hun sier at hun forsøker å finne ut av hva som kan måles. Hun nevner det å bruke instrumenter som måler styrken i tungen. Eller ta tid på hvor mange svelg pasienten klarer som fine måter å gjøre svelgtrening målbart

Siv la vekt på viktigheten av å finne en konsistens som er trygg for pasienten å svelge. Dysfagien trenger ikke å være borte før man avslutter, men sa at dersom de hadde funnet frem til en trygg konsistens, kunne man si seg fornøyd med det. Da behandlet hun ikke hver dag, men var innom av og til og fulgte opp hvordan det gikk.

Dysfagi er vel sånn at du må lande i et eller annet. Vi har pasienten inne i løpet av tre uker. Det vi begynner med er å finne ut hva som er fornuftig å fortsette med. Hva kan være nyttig (...) Først og fremst må du skifte metode hvis den ene ikke fungerer og det er lite fremgang. Pasienten får like mye feilsvelging som før. Da må du stoppe å tenke, er jeg på riktig punkt. Hvor sitter det. Finner vi ikke ut av det så er det slik at man ikke skal holde på med sikte på å kurere noen hvis det ikke fungerer. (Gry)

Empirimaterialet viser at det er nyttig å bruke målsetting for behandlingen som retningslinje for hvor lenge man skal holde på med behandlingen.

Siv sa at hun ofte fikk spørsmål fra andre logopeder om hvor lenge man skal holde på med behandling. Hun sa videre at:

Hvis det går bra å spise og drikke, eller at vi har kommet frem til en konsistens som er trygg, kan man vurdere å avslutte, men holde et øye med hvordan det går i etterkant.

Kai hadde klare meninger om at dette har med målsettingen å gjøre. Om det er del eller helmål. Veldig ofte så kan pasienten bli bedre, samtidig er det logopedens oppgave å realitetsorientere pasienter og pårørende i forhold til progresjon og målsetting. Han sa vi ikke er mirakelarbeidere som kan kurere alt

Er de blitt så gode som de kan til å svelge? Veldig ofte er svaret nei, ofte kan det bli bedre. Men man må se på gevinsten av den treningen pasienten gjør. Vil de kunne klare å trene alene, kan det være lurt å ta en pause på noen måneder, for så å ta det opp igjen. (Kai)

Ida sier hun ofte får telefoner fra logopeder som lurer på hva de skal gjøre og når de skal slutte. Det mener hun er helt klart avhengig av hvor stort problemet er og hvor alvorlig det er. Svelging kan bli bedre over flere år. Hun sier at det er vanskelig å vite når man skal avslutte, om det ikke er gjort tilstrekkelig utredning. Hun mener at det må være en baseline, slik at man kan måle fremgang. Gry mener at man må skifte metode dersom det ene ikke fungerer og det er lite fremgang. Hvis pasienten har like mange feilsvelginger som før må logopeden stoppe opp å tenke om det man gjør er riktig, og at man vet sikkert hvor problemet er. I noen tilfeller kan det jo være et mål i seg selv å opprettholde en funksjon. Hun påpeker videre at hvis det er afasi med i bildet og hvis det er en pasient som bor alene, blir ikke taleapparatet brukt verken til det ene eller det andre. Det som er positivt er at svelgefunksjonen er man nødt til å bruke.

### ***Veiledning***

Den ene rehabiliteringsinstitusjonen hadde en ekstra vektlegging på inkludering av pårørende uansett sykdomsbilde. Dette er en ny vektlegging fra Helse Nord forklarte Gry.

Siv viste til at ved dysfagi var det spesielt viktig at pasienten forstår hva det dreier seg om, så det er viktig med god informasjon til både pasient og pårørende. Hun sa at:

Hvis man ikke skjønner poenget med et råd, følger man det heller ikke. Det er en ting jeg ønsker å fremheve. Det å snakke med pårørende. Skal det gjøres en videofloroskopi, kan de være med, eller så har vi mulighet til å vise det til pårørende etterpå. Da ser de jo hva som skjer når man svelger. Skriftlige veiledninger, for måltider, rapporter, treningsopplegg. Ja å sørge for at de forstår hva dette dreier seg om. Og helsepersonell så klart. Dersom pasienten skal tilbake på sykehjem for eksempel.

Ut fra utsagnet ser det ut til at skriftlig dokumentasjon og videreførsel av det som er funnet ut gjennom kartlegging og behandling er viktig for pasienten. Ved denne rehabiliteringsinstitusjonen hadde de små minikurs for pårørende, de hadde ikke felleskurs fordi med individuell veiledning kan de vinkle det til akkurat den aktuelle pasienten. Kai viser til at veiledning til pårørende er noe som det gjøres mye av. Vi vurderer behandlingen ofte. Om det gjøres i samråd med bare pasienten, eller i samråd med pasient og pårørende er ulikt fra pasient til pasient. Det blir videre vist til at det ikke er alle som er så heldige å ha ressurssterke pårørende som kan stille opp. Han sier videre at;

Eksempelvis med slagpasienter sier jeg ofte at det er min jobb å trene, din jobb er å være ektefelle. For av og til er det lite tid til å være de tingene. De skal føle at de får være et par.

Pårørende skal ikke være personlig trener, assistent og kokk osv. det er andre som kan ta seg av de tingene.

Gry sa det nesten på samme måte. At det er en grensegang. Det er du som logoped som er behandler, og kona skal få være kona. Det bruker sosionomen i teamet å si. Det er et viktig poeng i forhold til dette. Informanten mener at de i alle fall da må få et enkelt opplegg så de slipper å bekymre seg for og må tenke så mye på. Det er viktig at vi ikke er for pågående, samtidig som at vi inviterer dem, slik at de vet at de er velkommen, sier hun. Mange tar en pause, når de sender sine kjære til oss, de drar på ferie.

Ida mener at det er viktig å legge til rette for undervisning på et nivå som en allmenn person forstår hva vi snakker om. Hun bruker ofte bilder og forklarer anatomien og de ulike fasene av svelging, veldig enkelt og grovt.

#### **4.4 Samarbeid med helsepersonell**

Ettersom alle informantene jobber innen rehabilitering, har de et tett samarbeid med helsepersonell. Informantene så på samarbeidet med helsepersonell som svært nyttig. Siv presiserte eksempelvis at de jobbet på en rehabiliteringsinstitusjon, der helsepersonell og logopeder arbeider tett mot hverandre, slik at de har gode forutsetninger for samarbeid.

##### **4.4.1 Veiledende rolle**

Siv sier at det å få til et godt samarbeid med pleiepersonalet, spesielt hvis pasienten er på et sykehjem er viktig. Hun viser til at på deres rehabiliteringsinstitusjon så er det et godt samarbeid mellom logoped og helsepersonell, men at hun ofte råder andre logopeder som arbeider med pasienten at de kanskje bør tenke på å ta en mer veiledende rolle, og bruke tid på personalet rundt pasienten, så erfaringsmessig tror hun at samarbeidet generelt mellom logoped og helsepersonell kunne vært bedre. Hun sier videre at:

Mange logopeder sier de har fått til et godt samarbeid med pleiepersonell, det er jo det som jeg ofte tenker, at det er jo gull verdt. En kommunal eller en privatpraktiserende logoped har sjelden mulighet til å være der hver dag, så det er så innmari viktig at logopedens rolle kanskje ofte burde være mer veiledning når man tenker dysfagi, ikke sant? En mer veiledende rolle enn en behandlende rolle» hvis du kan være der en gang i uken å drive f eks ansiktsstimulering, ja da er det ingen vits sier hun, dersom logopedene ikke veileder helsepersonell til å kunne gjøre trening med pasienten.

Gry hadde også klare tanker om samarbeid.

Når det gjelder slagpasienter, er jeg kommet frem til at de aller fleste har nytte av trening. Da tenker jeg at samarbeid mellom oss kollegaer fra ulike fagfelt er veldig viktig, fordi at uansett om jeg har mulighet til å ha pasienter inne hver dag, så blir det for lite om vi skal trene for å få endring. Jeg mener at svelg skal trenes intensivt for å se om det skjer en endring.

Gry mener at logoped har et stort veiledningsansvar. «Uansett hvor intensivt du kan jobbe, så kan du ikke være med pasienten hele tiden. Det er i hverdagssituasjoner pasientene opplever vanskene mest. Det er ikke på logopedkontoret». Hun presiserer at informasjon om hva som fungerer og ikke fungerer skal ut til dem som har hyppig kontakt med pasienten. Om det er pårørende eller helsepersonell. Siv mener at logoped i større grad bør veilede annet helsepersonell. Eksempelvis ved bruk av ansiktsstimulering, som ikke har noen effekt om du gjør det en til to ganger i uken. Det er sjelden at en logoped har mulighet å reise til sykehjemmet hver dag. Kai fremhevet også viktigheten av heller å undervise annet personell, enn å bruke en time i uka på pasienten til ingen nytte. Han nevnte også at det å drive med orofasial stimuleringsterapi en gang i uka, ikke kunne faglig forsvares. Ida sa: «Undervisning er en stor del av vår jobb, faktisk». Og viser videre til at undervisning er en stor del av arbeidshverdagen til logopedene på denne rehabiliteringsinstitusjonen.

Jeg føler at jeg har et stort oppdrag i å opplyse mine kollegaer om hva de skal se etter, hva vi skal jobbe med og hvordan. Dette er spesialhelsetjenesten og rehabilitering, så hvis vi tenker på sykehjem, da tror jeg situasjonen er enda verre. Sånn sett burde dysfagi bli et emne i alle utdanninger innenfor helse. (Gry)

Hun skulle ønske at logoped brukte mer tid på å markedsføre seg selv dersom de har kunnskap om dysfagi. De har undervisning for personell en gang i måneden. Hun fremhever at dette er veiledning som er utrolig viktig. Gry sa at de også hadde internundervisning. Hun sa også at det aldri handlet om uvilje, men om uvitenhet. Kai sier:

Det er ofte lege eller logoped som prater om svelgevansker. hjelpepleiere og sykepleiere er klar over det, men hvis de ikke får informasjon, hva skal de gjøre? Jeg har vært å holdt noen foredrag for ulike pasientforeninger og det bruker jo av og til å være noe helsepersonell på disse. I et tilfelle så var det snakk om det å mate en pasient. Det at mange som jobber med dette, hjelpepleiere, sykepleiere og assistenter (...) En sykepleier som arbeider på et sykehjem, hun sa at hun hadde faktisk aldri tenkt på at mange eldre hadde svelgevansker. (Kai)

Siv nevnte også at arbeidsplassen tar imot helsepersonell som har, eller skal ha med pasienten å gjøre til daglig. Her får personalet mulighet til å lære det grunnleggende, samtidig som de har muligheten til å spørre spørsmål. Hun sa at dersom det ikke er mulig, benyttet de seg av andre løsninger. Som videosamtale. Ellers tok de imot mange telefonsamtaler. Selv om dette ikke ble nevnt av Ida, vil jeg tro at dette er et funn som også kan knyttes til denne informantene også. Dette med tanke på at disse informantene har samme arbeidssted.

#### 4.4.2 Veiledning

Å være selvsøkende etter kunnskap var noe informantene så på som nødvendig. To av informantene fremhevet at man som logoped som skal arbeide med dysfagi, har et ansvar å oppdatere seg på ny forskning innenfor feltet.

Et av spørsmålene i intervjuguiden var hvem som skulle veilede logopedene. Siv viser til at det er mye å lære av kollegaer. Hun sier videre at:

(...) litt avhengig av legen, jeg vet ikke om legen kan veilede, men et samarbeid mellom logoped og lege innenfor dysfagi er viktig. Spesielt hvis logopedene ikke har medisinsk bakgrunn. (...) det er legen som har medisinsk ansvar og det å f.eks. anbefale å drikke tyntflytende, kan ha innvirkning på pasientens medisinske tilstand. (...) Dysfagi er kjempeinteressant, men det er slik at hvis du feilbehandler dysfagi kan det få store konsekvenser. (...) pasienten kan få lungebetennelser, infeksjoner, slim og pusteproblemer. Ja dø.

«Dysfagi er kanskje det eneste feltet innenfor logopedi, at du faktisk kan ta drepen på folk.» (Kai). Ida støtter seg også til kollegaer. «Det er en del av kunnskapsbasert praksis, det å innhente informasjon for å ta gode avgjørelser». Gry savner et forum for å ta opp problemstillinger.

(...) snakker med logopedene, det er jo ofte at pasienten kommer fra en logoped som jeg kjenner, da snakker jeg med dem (...). Jeg skulle ønske det var en slik gruppe der vi kan legge frem saker. Men det finnes jo ingen system, men det burde det. Jeg så i Sverige på logopedlaget der at de hadde startet opp noe. Du skal ha jobbet mange år, så søker du på et tema f.eks. dysfagi, så skal du jobbe gjennom caser som du har og behandler, så legger du det frem for kollegaer som vurderer det. Noe sånt hadde vært ganske greit for oss også i Norge. Man føler virkelig behov for veiledning. Det er alltid nye tilfeller og det er få som er lik. (Gry)

Siv og Ida påpekte at de aldri gjorde en anbefaling uten å ha diskutert dette med ansvarlig lege. Eksempelvis når det kommer til anbefalinger av konsistens på mat. Også Kai fremhevet det at legen kan lære oss logopedene mye om nevrologi og fysiologi når det gjelder hvordan svelg fungerer. Han sa videre at også fysioterapeuter og sykepleiere kan lære oss mye når det kommer til de ulike musklene og hvordan de arbeider sammen. Gry viser videre til at når pasienten er kartlagt snakkes det med pasienten selv, medisinsk avdeling og fysioterapeut. De samarbeider om sittestilling, skuldre, nakke, hele området. Hun påpeker videre at det er viktig å samarbeide. Hun belyser et eksempel på en pasient som sikler og har dårlig kontroll over munnen. På denne måten kan fysioterapeuten også ha fokus på leppelukke under trening. Det er logopedens oppgave da å informere om hva vi arbeider med.

#### 4.4.3 Tverrfaglighet

På den ene institusjonen var det opprettet et spiseteam. Her er sykepleiere, ergoterapeuter, fysioterapeuter og logopedar inne for å observere og danne seg et bilde av hvilke vansker pasienten har i spisesituasjon. På denne måten får de en rutine på spisesituasjonen, samtidig som alle faggrupper får komme med innspill slik at pasienten får trent på alle de ulike funksjonene under måltidet. Kai sa at det var en sykepleier som hadde ansvaret under selve måltidet, etter at alle hadde vært inne å vurdert. Det ble laget en plan og presisert mål pasienten arbeidet med hver faggruppe. Slik kunne sykepleier observere og følge med på at spisesituasjonen gikk som den skulle og på denne måten vet hun hva hun skal observere.

Gry sa:

(...) så har vi et spiseteam, da får de beskjed hva slags vansker. Pasienten har og hva de skal være oppmerksomme på ved spising. Ofte samarbeider jeg med fysioterapeut fordi at jeg tenker i en slik problemstilling, er det viktig at vi arbeider med sittestilling, skuldre, nakke, hele området, at det er i fokus. Er det en som har lite kontroll over munnen og sikler, så arbeider vi sammen.

Viktig å jobbe med personalet slik at de forstår hva jeg anbefaler. Spisesituasjonen er også trening. De skal ikke trene på øvelser da, men de skal trene på å lære å spise slik at det ikke går galt. Effektivt og safe. (Ida)

Logopedene på begge institusjonene arbeidet i tverrfaglige team. Dette så de alle på som svært nyttig kunnskapsmessig, men to av informantene som arbeider på arbeidsplass tok opp noen utfordringer som var knyttet til dette samarbeidet. Ida sa:

Vi er heldig fordi vi er så innarbeidet, her har vi det tverrfaglig og et veldig bra samarbeid (...) Det eneste som er utfordrende har ikke noe med samarbeid å gjøre, men med kapasitet. De aller fleste faggrupper er underbemannet. Og dermed resulterer det i at de ikke kan gjennomføre alt som skal gjennomføres og kanskje de setter en hjelpepleier eller en ufaglært i lunchsvaret for eksempel til en dysfagipasient. Det er ikke bra, men det skjer i nøden.

Siv savnet det å kunne gjøre en måltidsobservasjon sammen med sykepleier og hjelpepleier. Hun påpekte at på grunn av tidsklemmen og praktiske grunner, er dette en utfordring å få til så ofte som hun skulle ønske. Videre sa hun at hvis alle sammen hadde bedre tid, så ville de valgt å gjøre mer sammen, men at de samarbeidet godt når det gjaldt deling av informasjon som var blitt observert. Kai mener at man må være økonomisk med tiden man har og bruke den best mulig. Spesielt hvis en har mange pasienter som skal behandles. Han sier videre at på for eksempel sykehus er det mye man skal rekke over, og mange er heldige dersom de får et par timer i uken. Gry viste også til at hun ikke hadde tid og kapasitet til å veilede alle pårørende individuelt, men mange ganger tjener alle på at det er gruppeundervisning.

## **5.0 Drøfting**

I dette kapittelet skal funnene drøftes i forhold til aktuell teori. Rekkefølgen vil grovt sett være den samme som i empirikapitlet, mens teorien vil trekkes inn der det er naturlig.

### **5.1 Kunnskap**

Her vil funn som kunnskap om dysfagi bli drøftet i forhold til identifisering av dysfagi. Det vil også bli drøftet kunnskap gjennom utdanning og gjennom arbeidserfaring, samt ulike kunnskapskilder som informantene innhentet kunnskap fra.

#### **5.1.1 Kunnskap - identifisering av vansker**

Analysen viser at det hender at pasienter ikke er tilstrekkelig utredet når de kommer til rehabilitering. Det er viktig å få frem at det fremheves at noen blir henvist til rehabilitering for utredning på bakgrunn av svelgeproblemer, mens noen pasienter kommer med svelgevansker uten at dette er nevnt i journalen. Det blir også vist til at noen pasienter ikke er bevisst sine egen dysfagi, og ikke viser oppmerksomhet til hvordan dysfagi arter seg. Dette fordi mange anser det som normalt å hoste under måltider for eksempel. Nå viser ikke denne kvalitative studien noe stort bilde, men på den andre siden er informantenes erfaringer at det kan se ut til at mange går med udiagnostisert dysfagi. I følge Daniels og Huckabee (2014) er det mange pasienter som har udiagnostisert dysfagi fordi at det er ulik kunnskap om hva dysfagi er, og hvilke problemer det kan føre til. Dette kan være en årsak til at pasienter blir fanget opp med dysfagi, først når de kommer inn til rehabilitering. Det kreves kunnskap fra logoped, lege og helsepersonell for å fange opp dysfagi som ikke er graverende alvorlig, og dermed ikke godt synlig. Daniels og Huckabee (2014) viser til at dysfagi kan være kraftig underdiagnostisert, da ikke alle blir oppdaget av logoped eller annet helsepersonell.

Informantene møter pasientene i en rehabiliterende fase, og dersom pasienten har udiagnostisert dysfagi på dette tidspunktet, kan dette vurderes å være alvorlig. Spesielt hvis det ses i lys av teorien på området. Dysfagi forekommer ifølge Daniels og Huckabee (2014) hos 25-81 % av alle som får slag, og Ha, Iversen og Hauge (2008) antyder at det er hos opptil 80 % av alle slagpasienter. Hvis det er så utbredt og mange pasienter enda ikke har noen diagnose når de kommer til rehabilitering, kan man undres om det er nok gode rutiner som fanger opp disse pasientene i akutt fase, slik at de får tidlig hjelp for sine plager. Dette kan ha uheldige konsekvenser for pasienten. Udiagnostisert dysfagi kan ifølge Ding og Logemann (2000) gi pneumoni, som er en alvorlig komplikasjon etter slag. Det kan tenkes at disse pasientene som ikke er fanget opp står i fare for å få komplikasjoner. I alle fall om vi ser det i lys av at Raid (2013) som definerer pneumoni som den vanligste komplikasjonen etter slag,

og at pneumoni hos slagpasienter ofte kommer i kjølevannet av aspirasjon som følge av dysfagi. Det er viktig å understreke at dette er refleksjoner som gjøres i forbindelse med funnet, det er ingen konklusjon.

I følge informantene er det varierende kunnskap om dysfagi hos helsepersonell. Det fremheves at det ikke er helt topp, og mange vet ikke hvilke symptomer de skal se etter. En av informantene presiserte at dette er i spesialhelsetjeneste, og at det i distriktene kanskje er enda mindre kunnskap. Empirien kan tyde på at den kunnskapen logopeder og helsepersonell får om dysfagi, skjer gjennom arbeidserfaring, og i mindre grad gjennom utdanning. Det blir antydnet at det er logopeder som har mest kunnskap om dysfagi, og har mest av det i sin utdanning. En av informantene mente det burde være en del av utdanningen til alt av helsepersonell. Likevel er det viktig å fremheve at dette er disse informantenes mening. Det er kanskje ekstra viktig med god kunnskap om dette emnet, spesielt ettersom Ha, Iversen og Hauge (2008) viser til komplikasjoner som underernæring som er forbundet med lengre liggetid på sykehus, dårligere funksjonsnivå og dårligere overlevelse. Kunnskap om å identifisere dysfagi kan derfor ses på som svært viktig. Daniels og Huckabee (2014) viser til at det er mange ulike definisjoner som brukes i utredningen av dysfagi, og at det brukes ulike kartleggingsmetoder. Om dette er årsaken til at dysfagi kan være underdiagnostisert er kan ikke denne undersøkelsen si noe om.

### **5.1.2 Dysfagi i utdanningen**

Ifølge Daniels og Huckabee (2014) er det nødvendig med god kunnskap på fagområdet for å kunne gi pasienten et tilfredsstillende tilbud for sin dysfagi. Empirien i denne studien kan tyde på at dysfagi er et emne som det generelt trengs mer kunnskap om. Både hos logopeder og helsepersonell. Informantene var klare på at de syntes at det ikke er tilstrekkelig fokus på dysfagi i logopediutdanningen. Det er ikke et eget emne på lik linje med stemme, afasi, språkvansker og stamming. Det kan dermed se ut til at informantene mener at dysfagi burde være større vektet i logopedutdanningen. Hvis vi ser på de ulike studieplanene hos utdanningsinstitusjonene kan det se ut til at UIB (2016) som har helsefaglig profil nevner dysfagi i større omfang enn de andre institusjonene. Samtidig har NTNU (2016) en tverrfaglig profil som omhandler både pedagogisk og helsefaglig profil, men likevel nevnes ikke dysfagi som emne i studieplanen. UIO (2016) og UIN (2016) har begge en pedagogisk profil. Flere av informantene viste til at de trodde at de som hadde en helsefaglig profil, legger mer vekt på det fysiologiske enn det pedagogiske, og at dysfagi dermed kan tenkes å være mer vektlagt.



Det ble fremhevet av flere at hvis man skal arbeide med dysfagi må man kunne om fysiologi, nerver og muskler. Det representerer ikke utdanningene i tilstrekkelig grad ifølge informantene. Det er viktig å fremheve at det kun er tatt utgangspunkt i de ulike studieplanene. Det er viktig å ta høyde for at det kan være ulikhet mellom planene og hvordan utdanningen og institusjonene utfører utdanningen, da det kan tenkes at ulike rammefaktorer kan påvirke løpet underveis. Det er flere faktorer som påvirker høyere utdanning. I følge NHO (1991) er lover, finansielle virkemidler og administrasjon faktorer som påvirker høyere utdanning i stor grad. Dette er faktorer som denne studien ikke undersøker, og kan derfor være underliggende for ulikheter mellom offisielle planer og konkret praktisk utførelse. Dette er det viktig å ta i betraktning i denne diskusjonen. Likevel kan både empiri og teorimaterialet indikere på at dysfagi er et område som det ikke er mye vektlagt.

Som sagt kan empirien tyde på at kunnskapen spesielt om emnet dysfagi, får man i all hovedsak med arbeidserfaring. Hvis man ser på studieplanene til de ulike institusjonene som tilbyr logopedutdanning, kan man se at noen har helsefaglig, mens andre har pedagogisk retning. Likevel kan det se ut til at ingen har fastsatt dysfagi som et praksiskrav. Informantene stilte seg uforstående til dette, de nevnte at det ikke var krav til praksis i det emnet som kanskje innebærer mest konsekvenser for pasienten om logopedene feilbehandler. Hvis vi ser på hvor vanskelig dysfagi er å identifisere (Daniels og Huckabee, 2014), så er det kanskje ekstra viktig at logopedene har erfaring på området, slik at pasienter med udiagnostisert dysfagi blir fanget opp.

### **5.1.3 Kunnskapstilegnelse**

Empirien viser at informantene har mange likhetstrekk om hvor de innhenter ny kunnskap om dysfagi. Dette spørsmålet ser jeg nå i ettertid er særdeles relevant, ettersom funnene i den første delen viste at en nyutdannet logoped kanskje ikke er rustet til å møte det som dysfagifeltet har av utfordringer. Det kan se ut til at logopedene i stor grad er selvsøkende og oppsøkende etter ny kunnskap. De må i stor grad ta initiativ til å lære, og de legger vekt på at de har et ansvar i å holde seg oppdatert og hele tiden utvikle seg. Det kan se ut til at fagmiljøet i Norge er noe lite i lys av det å holde seg oppdatert på ny forskning og ta nye kurs. Flere av informantene hadde tatt nettbaserte kurs og deltatt på kurs over nett som har vært arrangert ulike steder i verden. En av informantene sa at det finnes gode muligheter, uten å måtte reise ut av landet, det gjelder bare å vite om dem. Som du kan lese ut fra tabelloversikten i empiridelen støtter alle informantene seg til kolleger. Dette viser seg ifølge

empirien både å omfatte andre logopeder, og annet helsepersonell. Gå på konferanser, kurs, og lese artikler og ny forskning var også kanaler som alle informantene tok opp. Tre av informantene vektla også verdien i å hospitere. Å lære hos andre som kan mer en deg selv. Haugenes og Mediå (2012) nevner at hospitering er en kilde til kompetanseøkning og kompetanseoverføring. Dette ser informantene stor nytteverdi i.

## **5.2 Kartlegging**

Her vil hovedfunnene som går på kognitiv tilstand og språk, samt observasjon som del av kartlegging, bli drøftet mest i lys av afasiproblematikk. Det blir også nevnt ulike kartleggingsverktøy, men på bakgrunn av hovedvekt på afasi og dysfagi, blir denne delen vektlagt noe mindre. For å kunne behandle en pasient med dysfagi på en forsvarlig måte, viser Schepp et al. (2012) til viktigheten av å gjøre en god kartlegging.

### **5.2.1 Kartleggingsverktøy**

Groher og Crary (2016) fremhever viktigheten av å benytte seg av standardiserte og validerte kartleggingsverktøy i utredningen av dysfagi. Empirimaterialet viste at informantene hadde noen like og noen ulike verktøy de brukte i kartleggingen av dysfagipasienter. Det som ser ut til å være felles er at de fleste informantene foretrekker standardiserte kartleggingsverktøy i utredningen av dysfagi. Tre av informantene nevnte videofloroskopi som en slags gullstandard. Den ene informanten hadde ikke tilgang på det og brukte det derfor ikke i sin utredning, men hvis pasienten kunne henvises til en videofloroskopi, så han stor nytte i det. Spesielt hvis logopeden hadde kunnskap i å tolke bildene. Gry nevnte ikke videofloroskopi, men det kan komme av min spørsmålsstilling. Spørsmålet ble stilt litt annerledes her enn til de øvrige informantene. Det kan ha påvirket svaret. Det er viktig å få med i diskusjonen. Spørsmålet her ble stilt som hvilke kartleggingsmetoder som hun brukte. Ikke hvilke kartleggingsmetoder som hun syntes var best. Dette oppdaget jeg under transkripsjonen, og kan derfor være en svakhet i dette funnet. Det var ikke et bevisst valg fra min side, men jeg ser nå hvor viktig det er å holde seg til intervjuguiden. Videofloroskopi er en instrumentell undersøkelse som gir gode svar, og er en av de sikreste undersøkelsene man kan gjøre ifølge både teorien og informantene. Undersøkelsen viser nøyaktig hva som skjer under svelgingen ifølge Daniels og Huckabee (2014). Fattal et al. (2011) viser likevel til at en slik undersøkelse ikke alltid er mulig å gjennomføre. Det avhenger av pasientens medisinske tilstand. De to informantene som benyttet seg av denne undersøkelsen brukte filmen til undervisning til pasienten og pårørende. Siden denne metoden er en sikker undersøkelse, kan det kanskje tenkes at når pasientens kommunikasjon byr på problemer, og man ikke kan være helt sikker

på de svarene man får er riktig, kan denne undersøkelsen gi svar som ellers er vanskelig å få. En av informantene fremhevet at hvis hun er i tvil om hva som er problemet, får hun tatt en videoflorskopi. Ettersom denne undersøkelsen ikke er avhengig av at pasienten gir forklaringer av sine svelgevansker, kan det kanskje anses som en undersøkelse som gir mye informasjon. Og dermed gir en tryggere utredning til pasienter med kommunikasjonsvansker. Om pasienten har kommunikasjonsvansker, og hvordan utfordringer dette vil gi, kommer an på hvor slaget er lokalisert (Daniels og Huckabee, 2014).

Ida, Siv og Gry brukte regelmessig MASA Mann Assesment Swallowing Ability som kartlegging. Det kan se ut til at informantene bruker standardiserte utredningsverktøy, så langt det lar seg gjøre. MASA er en standardisert og validert test. Antonios et al. (2010) viser til en forenklet test av MASA, som er Mini Mann Assesment Of Swallowing Ability. Dette er valid og reliabel screening for å identifisere dysfagi. Den er testet opp mot den originale MASA- som er en større test. MMASA identifiserer dysfagi på en sikker måte.

En av informantene fremhevet at MASA er en test som vurderer kognitiv tilstand og at vurdering av kognitiv tilstand alltid bør være en del av en dysfagiundersøkelse. Dette kan sees i sammenheng med undersøkelsen til Leder, Suiter og Lisitano Warner (2009) som så på sammenhengen av nedsatt evne til å ta imot instruksjoner i forhold til aspirering. Undersøkelsen viste at hos de slagpasientene som hadde nedsatt evne til å ta imot instruksjoner, også aspirerte vesentlig mye mer, enn pasienter med god kognisjon. Dette kan være en naturlig årsak til at kognisjon og språk alltid bør være en del av en dysfagiundersøkelse. MASA kan dermed tenkes å være en et godt alternativ i en kartleggingsfase, sett i forhold til kognitiv tilstand og språk. Schepp et al. (2012) gjorde en undersøkelse på hvilke tester som oppfylte grunnleggende kriterier for en valid svelgescreening, og MASA var en av fire som ble vurdert som gode alternativ.

Siv, Ida og Gry nevnte Frenchey dysartritest som en generell test der man får informasjon om både munnfunksjon, svelg og stemme. Denne testen omtaler UIO (2012) som en god test for indentifisering av dyspraktiske vansker. Ettersom slike vansker har innvirkning på svelgeproblematikk, er den også til hjelp for å identifisering av dysfagi hos pasienter. Testen er standardisert og omhandler både dysfagi, respirasjon, munnfunksjon og forståelighet (Enderby, 1998). Ettersom alle informantene knyttet dysartri til dysfagi, kan en tolke ut fra empirien at informantene viser til at pasienter som har dysartri ofte også har dysfagi og at dette er en relevant test innenfor dysfagikartlegging. Ackermann, Hertrich og Ziegler (2010)

beskriver også dysartri der muskler i munn og tunge ikke fungerer tilstrekkelig, og på denne måten kan påvirke svelgefunksjonen.

Kun en av informantene nevnte bruk av en strategisk klinisk hjernenerveundersøkelse, men flere av informantene nevnte viktigheten av å sjekke hvordan munn og tungefunksjonen fungerer. Både MASA, og Frenchey undersøker også dette. Undersøkelse av hjernenerver ser dermed ut til å være viktig hos alle informantene, men det er kun en av dem som bruker skjema for identifisering av hvilke hjernenerver som er skadet. Leder, Suiter og Murrey (2013) gjorde en undersøkelse med 3919 pasienter som var i risikozonen for dysfagi. De benyttet en del av en hjernenerveundersøkelse for å undersøke tungens funksjon i forhold til faren for aspirering. Problemene kunne linkes mot skade på hjernenerve 12 som går på tungens funksjon. Hvis man ser dette i lys av afasiproblematikk, er det kanskje ikke noe problem så lenge pasienten kan ta imot instruksjoner. Kanskje utførelse av bare denne undersøkelsen kan være utfordrende hvis pasienten har kognitiv svikt og/ eller impressiv afasi. Det er viktig å understreke at afasi ikke gir kognitiv svikt, og at afasi er en skade på selve kommunikasjonskanalen i det å uttrykke og forstå språk (Bryan, Eckerle og Andrew, 2013).

### **5.2.2 Kognitiv tilstand og språk**

Resultatene fra kartleggingen legger føringer for hvilket behandlingsopplegg som kan legges til rette. Ida sa det ganske dekkende for dette funnet, da hun trakk frem viktigheten i å finne ut av den kognitive tilstanden som pasienten har. «Det er det første man må gjøre når man tenker på dysfagi, fordi det vil styre hele veien videre og hvordan du skal gå frem». Dette viste seg å være utfordrende hos pasienter som er rammet av afasi, på grunn av kommunikasjonsvansker som påvirker tilnærmingen i ulik grad. Ahlsèn (2008) viser til at personer med afasi, som regel har en skade i venstre hjernehalvdel, der språksenteret oftest er lokalisert. Dette betyr at de fleste med en skade her, får kommunikasjonsvansker og problemer med å gjøre seg forstått ved hjelp av verbal tale. Alle informantene trakk frem at hvis pasienten har impressive språkvansker har det konsekvenser for hvordan kartlegging og behandling kan gjennomføres.

Daniels og Huckabee (2014) viser til at det avhenger hvor slaget er lokalisert, hvilke kognitive og språklige utfordringer som kommer. Det kan dermed tenkes at kommunikasjonsvanskene gjør det utfordrende for pasienten å forklare sine svelgevansker og hvordan de utarter seg. Spesielt ettersom afasirammede har ekstra utfordringer når det kommer til språk og kommunikasjon, gikk intervjuguiden inn på hva som var spesielt viktig i

tilnærmingen til afasipasienter med dysfagi. Informantene i denne studien, fremhevet viktigheten av å kartlegge kognitiv tilstand og hvilken type afasi pasienten har, før logoped kan vurdere mulighetene for hvilken kartlegging som kan utføres i samarbeid med pasienten. På samme måte som Adler, Laskoski og McNish (2008) viser til at tilnærmingen til dysfagi hos slagrammede er kompleks og påvirkes i stor grad av kognisjon. Kan det også se ut til at informantene har erfaringer med at kognitive vansker og impressiv afasi gir ekstra utfordringer som det å forstå og ta imot instruksjoner. Kanskje det er dette som påvirker tilnærmingen mest. Det kan se ut til at informantene erfarer en klinisk undersøkelse på en afasirammet mer utfordrende, enn en undersøkelse på en pasient som forstår og kan ta imot instruksjoner. Med tanke på funnene til Leder, Suiter og Lisitano Warner (2009), der de påviste en sammenheng mellom aspirering og nedsatt evne til å ta imot enkle instruksjoner. Kan det kanskje tenkes at en god og nøyaktig kartlegging og behandling er særdeles viktig hos denne gruppen dysfagipasienter. Spesielt for å forebygge aspirering. Dette er spesielt viktig ettersom aspirering er en risikofaktor for å utvikle aspirasjonspneumoni. I en studie gjort av Ding og Logemann (2000) viser resultatene i undersøkelsen at et signifikant større antall pasienter som aspirerer får pneumoni. Som logoped er det et mål å forebygge dette.

Ettersom et av formålene i denne studien er å belyse hvordan man kan gi afasirammede pasienter med dysfagi, gode forutsetninger for en trygg spise og drikkesituasjon gjennom kartlegging og behandling. Er det viktig å trekke frem at informantene ser viktigheten av å kartlegge kognitiv tilstand og afasi, for å få lagt de beste forutsetninger til en trygg ernæringsituasjon. Bryan, Eckerle og Andrew (2013) definerer de to vanligste typene afasi, selv om det i realiteten kan være store individuelle variasjoner og krysninger mellom de ulike typene. Skader i Brocas område i hjernen er ofte karakterisert med ordletingsvansker og vansker med ekspressiv tale. De viser videre til at en skade i Wernickes område i hjernen vil føre til forståelsesvansker av ulik grad. Gry viste til at det er viktig at pasienter forstår hvorfor vi gjør som vi gjør, samtidig som at de skal godkjenne at det er greit. Dette kan være en utfordring hvis pasienten har impressiv afasi.

Under en klinisk undersøkelse er det naturlig at pasienten skal fortelle om sine svelgevansker, og der du som logoped må stille inngående spørsmål for å få et mest mulig nøyaktig bilde av hvilken svelgefase det oppstår problemer i. Informantene viste til at hos personer med afasi kan man ikke innhente detaljert informasjon med samme sikkerhet som hos en pasient med gode kommunikasjonsferdigheter. I følge Daniels og Huckabee (2014) er en klinisk

kartlegging med en god pasienthistorie viktig. Informantene viser også til at man ikke alltid kan vite helt sikkert om pasienten har forstått riktig. I tillegg er svelgevansker i utgangspunktet vanskelig å forklare, mange pasienter kan ha dysfagi uten selv å mene at de har et problem. Empirien viser at pasienter som hadde tydelige svelgevansker, mente selv at dette ikke var et problem. Informanten viste til at dette var en utfordring når det gjaldt pasienter med forståelsvansker, eller kognitiv svikt. Ekberg og Feinberg (1991) gjorde en undersøkelse på 56 eldre pasienter, der en stor gruppe ble diagnostisert med dysfagi, til tross for at de selv mente de ikke hadde det. Som man ser er dette utfordrende for enhver dysfagipasient. Hvis man da tenker på pasientgruppen med forståelsvansker i tillegg, kan dette kanskje vise seg å være enda mer utfordrende å få tak i en god felles forståelse av hva dysfagi egentlig er. Dette fører oss over til neste funn som omhandler observasjon som en del av kartleggingen av disse pasientene.

### **5.2.3 Observasjon**

Groher og Crary (2016, s. 132) vektlegger observasjon som en viktig del av en klinisk undersøkelse. Det gjør også informantene i denne undersøkelsen, spesielt i tilfeller der kommunikasjonen gir utfordringer. Observasjon av svelgefunksjonen er da sentralt. Drefvelin et al. (2009) har gjennom tverrfaglig samarbeid utviklet en svelgtestprosedyre av svelgefunksjonen ved akutt hjerneslag. Denne testen er tredelt og består av forberedelse med observasjon, vanntest, vurdering og anbefaling. Groher og Crary (2016) viser til at i tillegg til observasjon er det to andre viktige komponenter, som sykehistorie og fysisk undersøkelse av svelgemuskulaturen. De viser også til at hvis pasienten mangler evne til å samarbeide, kan det gjøre det vanskelig å gjøre en fullstendig undersøkelse, og man må da legge større vekt på det vi observerer.

Observasjon var en del av kartleggingen som viste seg å være særskilt viktig ifølge informantene når pasienten også har afasi eller kognitiv svikt. Spesielt viktig hvis pasienten har impressiv afasi, men også hvis pasienten har ekspressiv afasi kan det gi utfordringer i en kartlegging. Murray og Chapey (2001) definerer afasi som en multimodal vanske, der alle kanalene for kommunikasjon kan være rammet. Det kan derfor tenkes at kommunikasjonsvanskene gir utfordringer også i tilnærmingen til dysfagi. Informantene viste til at man må ta hensyn til eventuelle forståelsvansker ved å bruke kommunikasjons hjelpemidler og kroppsspråk, slik at pasienten forstår mest mulig. Det som kom klart frem var at logopedene da må legge mer vekt på observasjon i kartleggingen ifølge

informantene, hvis pasienten har forståelsesvansker. Loso (2013) mener det generelt er svært viktig med systematisk observasjon av syke pasienter for å få mest mulig informasjon. Her vises det også til at det ofte er sykepleieren som ser pasienten mest. Det kan derfor tenkes at det å innhente informasjon fra de som tilbringer mest tid med pasienten, er mest hensiktsmessig. Siv viste også til at man må ta hensyn til eventuelle forståelsesvansker ved å bruke bilder, gester, tekst, video og bruke observasjon som en selv gjør og som helsepersonell og pårørende har gjort. Helsepersonell eller pårørende kan derfor kanskje være en god kilde til informasjon. Informantene beskriver at hos pasienter som har veldig stor afasi, kan man ikke alltid støtte seg like mye til når det kommer til informasjon. Da er det ekstra viktig å kunne støtte seg på informasjon fra andre. Det viser seg i følge informantene at det er viktig å få informasjon om observasjoner som en selv gjør, og som helsepersonell og pårørende har gjort om svelgevanskene. Ifølge empirien kan det se ut til at det her kan være mye god informasjon å hente som pasienten ikke selv kan gi. Daniels og Huckabee (2014) fremhever også viktigheten av å få en god pasienthistorie, enten fra pasienten, eller fra pårørende, dersom det er mulig. Det kan se ut til at informantene også vektlegger det å få tak i en god og nøyaktig pasienthistorie, men at kommunikasjonsvansker gir utfordringer for å få den aktuelle informasjonen, man må da i større grad støtte seg til observasjoner.

### **5.3 Behandling**

På lik linje med kartleggingen, kan man si at kognitiv tilstand og språk også har innvirkning på hvordan behandling man som logoped kan legge til rette for. Johnson, Herring og Daniels (2014) viser til viktigheten med at man som logoped har god kunnskap om både kompensatoriske og rehabiliterende tiltak for at pasienten skal få best egnet behandling. På samme måten legger informantene vekt på at det er vanskelig å snakke om behandling når man ikke kjenner til en individuell pasient.

#### **5.3.1 Kompenserende tiltak**

Groher og Crary (2016) viser til at mat og drikkemodifikasjoner har vært vanlige kompensatoriske tiltak i behandling av dysfagi i lang tid. Hvis vi ser på empirien kan det se ut til at informantene velger kompensatoriske behandlingsmetoder som bruk av fortykning i mat og drikke i større grad, dersom pasienten har impressiv afasi eller kognitiv svikt som gjør at pasienten har vanskeligheter med å ta i mot instruksjoner, eller forstå hvorfor vi trener som vi gjør. Hvis vi ser på dette i lys av undersøkelsen til Newman et al. (2016) der resultatene viste at fortykning i drikke reduserer faren for aspirasjon og gir en sikrere svelging, og forskningen til (Leder, Suiter og Lisitano Warner, 2009) som viser at det er mer aspirering knyttet til

pasienter som ikke kan ta imot instruksjoner. Det kan se ut til at informantene tilrettelegger selve spisesituasjonen, slik at det skal ligge til rette for en trygg oralforberedende, og oral fase av svelgeprosessen. Adler, Laskoski og McNish (2008) viser til viktigheten med akkurat dette. Å tilrettelegge for den enkeltes vansker. Det er i den oralforberedende fasen at maten puttes i munnen og tygges. Som noen informanter viser til, er det avhengig av hvilke vansker pasienten har. Mener likevel ikke å si at alle pasienter som har svelgevansker og redusert kognitiv bevissthet, eller impressiv afasi, bør ha mat og drikkemodifisering. Som informantene sier, velger man behandlingen alt etter hvilke vansker pasienten har. Det er ingen universalkur, men hvis pasienten ikke kan ta imot instruksjoner ser det ut til å kanskje begrense valgalternativene vi står ovenfor. Individuell kostveiledning til pasient og pårørende i forhold til mat og drikkemodifikasjon er også en del av arbeidet med dysfagi. Fokus på sitte, - og hodestilling hadde alle informantene i denne studien. Ifølge Christensen (1999) gjør hodesilling som er lett fremoverbøyd at valleculae blir større, og det blir dermed bedre plass til bolus som evt. glir ukontrollert. Å snu hodet til den affiserte siden blir også fremhevet som et effektivt tiltak. Dette er tiltak som kan gjøres uten store instruksjoner til pasienten. Ulike manøvrer var også brukt av informantene, der pasientene kunne ta imot instruksjoner.

### **1.3.2 Rehabiliterende**

Flere av informantene nevnte at stemme og pust har stor innvirkning på svelgevanskene. Tre av fire informanter tok opp dette som viktig å arbeide med når pasienten har dysfagi. Likevel hadde var det ulike metoder de tok opp. Noen brukte tradisjonelle stemmeøvelser som falsetto, glideøvelser, og det å variere stemmestyrke, mens en andre fremhevet viktigheten av å ta hensyn til besværet pust og arbeide med koordinasjon av pust. En av informantene hadde god erfaring med å bruke elementer fra LSVT metoden. Hun hadde testet det ut med en slagpasient. Her er stemme og pust i fokus. Spielman et al. (2011) har gjort undersøkelser som viser at denne metoden styrker stemmestyrken hos pasienter med Parkinson. Sharkawi et al. (2002) har gjort en liten undersøkelse der svelgefunksjonen ble testet på disse pasientene. Resultatene viste bedring i stemmestyrke og tungfunksjon, dette ga bedring i den orale og faryngale fasen av svelgeprosessen. Ettersom det er lite forskning på området, kan man kanskje ikke si at dette er et funn i denne studien. Det er likevel interessant med tanke på at Mahler og Ramig (2012) fremhever nødvendigheten av mer forskning på området angående slagpasienter og svelg. Undersøkelsen deres gikk ut på dysartri hos slagrammede pasienter. Etter LSVT LOUD, viste pasientene positiv effekt av behandlingen. Det at en av informantene testet dette ut, da vel og merke med elementer fra metoden, med positiv effekt



er en spennende erfaring. Dette er kunnskapsbasert praksis, der erfaring, forskning og pasientens behov er i fokus. Bele (2014) viser til viktigheten med å ta i bruk kunnskapsbasert praksis. Ikke fordi man skal gå imot evidensbasert kunnskap, men fordi man som logoped skal inkludere klinisk skjønn, egne erfaringer og pasientens behov, i tillegg til evidensbasert kunnskap.

Svensson (2008) beskriver at svelgingen skjer på utpust hos friske mennesker. Dette er med på å beskytte luftveiene, men pasienter som har vært utsatt for slag ofte har avvikende koordinering av denne funksjonen. Dette gjør at faren for aspirering øker. Flere av informantene vektla trening av pust på bakgrunn av at den påvirker svelgingen.

En annen rehabiliterende treningsmetode er rett og slett svelging. Det sa alle informantene var veldig god trening. Svelg, svelg, svelg, som en av informantene sa. Flere av informantene viste også til nytten av å gjenskape en naturlig spisesituasjon. Siden det er da pasienten vil få problemer. Så det å trene på selve spisesituasjonen, hvordan man kan spise trygt, kan se ut til å være viktig i behandlingen hos informantene. Andre rehabiliterende tiltak som ble trukket frem var oromotoriske øvelser og orofasial stimulering. Behandling med kuldestimulering er også trukket frem. Alle disse behandlingsmetodene er metoder som Groher og Crary (2016) trekker frem som rehabiliterende behandlingsmetoder for svelg, men som ikke vil bli videre drøftet i denne studien, da det er mest vekt på afasi knyttet til dysfagi. Det som viste seg at de fleste informantene tok frem, og som dog er naturlig, er at det er vanskelig å snakke om hvilke behandlingsmetoder man foretrekker når man ikke har en pasient fremfor seg.

Biofeedback ble brukt hos en av informantene. Informanten viste til at det var grunn til å tro at det ikke er så mange som bruker denne metoden enda i Norge. I følge Svensson (2008) er dette er ganske uprøvd i Sverige i alle fall. Informanten hadde likevel god erfaring med denne ferdighetstreningen. Groher og Crary (2016) vektlegger i likhet med informanten at en av metodens positive egenskaper er at du får synliggjort det abstrakte med svelging, som de fleste av oss gjør uten mye mental fokusering. Dette er en metode for å lære seg å gjøre øvelser riktig, og for å bli bevisst sin egen svelgefunksjon. Informanten har god erfaring med at denne metoden er effektiv i trening. Metoden brukes ved å sette elektroder på strupemuskulatur som samkjører med et dataprogram, der man visuelt ser hvordan muskler man bruker under svelgingen (Groher og Crary, 2016). Vitalstim var en annen metode som en av informantene brukte, denne metoden må man være sertifisert for å bruke. Xia et al. (2011)

har gjort en undersøkelse på at denne metoden har effekt på svelgevansker. Man benytter da vitalstim mens man gjør øvelser.

### **5.3.3 Mål for behandling**

Informantene er enige i at når en god kartlegging er gjort, har logopeden og pasienten et grunnlag for å lage et tilpasset behandlingsopplegg til pasienten. For å vite at behandlingen har en effekt, vektlegger informantene å ha realistiske og helt konkrete mål.

Ettersom denne studien konsentrerer seg om dysfagipasienter i en rehabiliterende fase, og rehabiliteringen etter et hjerneslag skal starte fra første dag, er det naturlig å trekke inn definisjonen for rehabilitering. Den presiserer blant annet at dette innebærer planlagte prosesser med klare mål og virkemidler for at pasienten skal oppnå best mulig funksjon, i følge Lovdata (2012). Dette gjelder hele pasientens sykdomstilstand, men i denne sammenheng kan det sees i lys av dysfagirehabilitering. Viktigheten av å sette seg klare mål, er et funn som fremkom i empirimaterialet, uten at det var et eget punkt i intervjuguiden. Det kan se ut til at informantene vektlegger det å ha konkrete mål, slik at fremgangen kan spores, dokumenteres og kontrolleres. Ut fra empirien kan det se ut til at informantene vektlegger at logopeden må dokumentere at behandlingen man gjør virker. Ida presiserte på lik linje med Groher og Crary (2016) viktigheten av å ha en baseline. Det blir beskrevet at hvis man ikke når målet man har satt seg, må man i samråd med pasienten, vurdere behandlingen, eller om man hadde satt for høye og uoppnåelige mål. Det ble også presisert at man må stoppe opp å tenke om man er på riktig vei. Dette kan knyttes til tidligere funn om viktigheten av kartlegging. Man må vite hvor utgangspunktet er, dersom man kan måle om det skjer noen endring. Dette kan kanskje også kobles til et yrkesetisk perspektiv, der man skal kunne begrunne hvorfor vi behandler som vi gjør, og at man ikke skal behandle en pasient uten å kunne begrunne det. I følge Logemann og Pitts (2013) er det viktig at logopedene kan vurdere om pasienten trenger mer behandling for å kunne nå et mål, men da må målet være realistisk og godt begrunnet. NLL (2015) har utarbeidet yrkesetiske retningslinjer for logopeder, og noen av dem omhandler at et medlem ikke skal fortsette å arbeide med en pasient, hvis pasienten ikke har utbytte av logopedisk arbeid. Det er også viktig å vise varsomhet i arbeidet, slik at det ikke får uheldige virkninger for pasienten. Informantene viser til at vurderingen om hvor lenge man skal behandle en pasient, kommer an på hva utgangspunktet var, og at dette handler om hva slags mål logopedene har satt i samarbeid med pasienten. På denne måten kan det å sette seg mål som er målbare være nyttig i et yrkesetisk perspektiv.

### 5.3.4 Veiledning

Empirien i denne studien viste at logopedene hadde fokus på veiledning av både pasient og pårørende. Også her hadde afasi og kognitiv tilstand påvirkning på tilnærmingen. Siv og Ida viste begge til at det var viktig at pasienten skjønner poenget med et råd, slik at de benytter seg av det og at rådet dermed blir fulgt. Informantene viser til at undervisningen bør bli lagt til rette på en slik måte at både pasient og pårørende skjønner hva vi snakker om. Dette er hovedmålet for veiledning slik som Johannessen, Vedeler og Kokkersvold (2010) beskriver det. Hjelperen hjelper rådsøker å sette seg i bedre stand til å hjelpe seg selv. Det ble fremhevet at hvis man ikke skjønner poenget med et råd, følger man det heller ikke. Undervisning og veiledning kan derfor tenkes å være en nøkkel til å hjelpe pasienten med å hjelpe seg selv. På denne måten kan pasienten selv, eller pårørende hjelpe med å følge de rådene som er gitt, og dermed blir pasienten i bedre stand til å mestre sin dysfagi.

På den ene rehabiliteringsinstitusjonen, det vil si på to av informantenes arbeidssted, var det en satsing på involvering av pårørende i behandling generelt. Helse-nord (2015) har et systemrettet arbeid for å sikre at pasienter og pårørende får undervisning og god veiledning. Derfor er dette et tema som er viktig i logopedarbeidet, også for pasienter med dysfagi. På en annen side la informantene vekt på at det likevel er en balansegang med å involvere pårørende i behandlingen til pasienten. De viste til viktigheten med at pårørende ikke skulle ha et stort ansvar, slik at det ble en belastning. Sosionomen på deres arbeidssted la ofte vekt på at ektefelle skal få lov til å være ektefelle. Det er ikke deres jobb å være trener, kokk og assistent på ulike områder. Å være pårørende til en slagpasient med afasi kan tenkes å være utfordrende i seg selv. Det å bli rammet av slag kan være en stor personlig krise, og det er mange utfordringer som følger med et slag, og rammer personen både fysisk, psykisk og sosialt. I lys av denne og informantenes beskrivelse, kan den totale belastningen på de pårørende fort bli for stor. Det kan dermed se ut til at det er veldig viktig at man ser balansegangen mellom å inkludere pårørende, og det å ikke legge på dem flere byrder. Johannessen, Vedeler og Kokkersvold (2010) definerer tre ulike nivåer innenfor rådgivning. Veiledningen som informantene i denne studien beskriver, kan spesielt knyttes til de to første nivåer, som er sentrale her. Det første nivået kan knyttes til selve pasienten, når du arbeider direkte med personen. Nivå to er indirekte rådgivning, det er når du hjelper personen gjennom noen andre, som for eksempel pårørende, eller helsepersonell for å øke kompetansen rundt pasienten. Dette nivået gjelder også nedenfor, der det drøftes samarbeid med helsepersonell.

## **5.4 Samarbeid med helsepersonell**

Ettersom at alle informantene arbeider innenfor rehabilitering og på institusjon, har alle informantene et tett samarbeid med helsepersonell. Dette var et av kriteriene for utvelgelsen av informantene til denne studien.

### **5.4.1 Veiledning**

Det informantene antydet var at logopeden kanskje burde påta seg en mer veiledende rolle, enn det logopeden gjør i dag. En av informantene kaller det å ha et godt samarbeid med pleiepersonalet som gull verdt. Det fremkommer også at situasjonen og rammevilkårene hos disse informantene, ligger til rette for gode rammebetingelser til et nyttig samarbeid, med tanke på at alle faggrupper fysisk er samlet. Alle informantene i denne studien viste til at det er viktig for pasienten at det blir gjort en tett oppfølging av dysfagien, og at pasienten får intensiv trening. Ettersom logopedene i mange tilfeller ikke har mulighet for å følge opp pasienten like ofte som trening er hensiktsmessig, altså flere ganger daglig, kan det se ut til at informantene antyder at veiledning til helsepersonell som arbeider rundt pasienten kan være en nøkkel til mer intensiv trening. Bastian og Eitemiller (2010) gjorde en undersøkelse av effekten av intensiv trening av svelgefunksjon hos eldre pasienter som er rammet av slag. Resultatene viste at intensiv trening gjør gir bedring på svelgefunksjonen. Tanken om å benytte veiledning som veien til å gi pasienten oftere trening er i lys av denne undersøkelsen en smart tanke. Likevel kan man se dette funnet i lys av et annet funn. Nemlig utfordringene mange har når det kommer til rammebetingelsene i en institusjon. Underbemanning og tilstrekkelig med tid er for eksempel en utfordring, og ettersom mange yrkesgrupper kanskje er overarbeidet, kan dette gjøre at helsepersonell har nok med å gjøre sin egen jobb. På en annen side kan det se ut til at informantene har erfaringer med at helsepersonell generelt ikke har så god kunnskap om dysfagi. Uttalelsene kan antyde at det generelt var en bedring i kunnskapsnivået fra noen år tilbake i tid, men at det absolutt ikke er tilstrekkelig. Noen av informantene presiserte likevel at det er individuelt hvor stor kunnskap helsepersonell har om dysfagi, noen er veldig flinke, men generelt er det for lite kunnskap. Det blir trukket frem at det er logopedene som har mest dysfagi i sin utdanning. Ettersom alle informantene syntes at det er alt for lite vektlagt i utdanningen vår, sier det seg selv at da er det meste av kunnskap lært etter endt utdanning. Informantene viser til at det er alt etter hvor man arbeider. Dette er spesialisthelsetjenesten. Hvis man tenker på andre institusjoner som for eksempel sykehjem, er kanskje kunnskapen enda svakere.

Et av spørsmålene i intervjuguiden gikk ut på hvilke tanker de hadde om hvem som skulle veilede logopeden. Flere av informantene syntes dette var et godt spørsmål. Det kunne tolkes slik at alle mente at logopeden også trengte veiledning, men kanskje var den som hadde mest kunnskap om dysfagi i forhold til de andre ansatte. Likevel ble det trukket frem at legen var den som hadde det største ansvaret for pasienten. Informantene viste til at de alltid ville ha en lege i ryggen når de gjorde anbefalinger. Legen kan også lære oss mye om fysiologi og hvordan svelg fungerer og hva som er galt. En av informantene fremhevet dette med at legen var opptatt av å finne ut hva som er galt, finne en diagnose, de har ikke så mye med rehabilitering å gjøre. Alle viste til viktigheten med å ha en lege som godkjenner anbefalinger.

#### **5.4.2 Tverrfaglighet**

Innenfor emnet om samarbeid med helsepersonell la informantene vekt på tverrfaglighet som en nyttig faktor i arbeidet med dysfagi-problematikk. Dette funnet kan ses i sammenheng med at Hildfrid og Nancy (2009) viser til at et tverrfaglig samarbeid i sammensatte helsetjenester er viktig for å kunne gi pasienten et tilstrekkelig godt tilbud. Et godt samarbeid med helsepersonell svært viktig for å forebygge komplikasjoner, eksempelvis aspirasjonspneumoni (Ding og Logemann, 2000). Informantene ser ut til å sette stor pris på tverrfaglighet og samarbeid med helsepersonell, likevel ser det ut som ser ut at tid er en rammefaktor som påvirker samarbeidet i den grad at det ikke alltid er mulig å gjøre alt som man ønsker. Noen ganger må man gjøre det beste ut av ressursene som finnes. Ifølge informantene har ressurser og tid påvirkning på samarbeidet. Dette fremhever informantene i likhet med Willumsen (2009) som gjorde en undersøkelse av tverrfaglig arbeid innenfor psykisk helse. Der fant de ut at rammefaktorer som ressurser og tid, var noen av de faktorene som påvirket tverrfaglig samarbeid.

Flere av informantene la også vekt på dette med at man måtte gjenskape en naturlig situasjon for pasienten. Dette på bakgrunn av at det var når pasienten kommer hjem at utfordringene kommer, ikke på logopedkontoret. Definisjonen av dysfagi til Adler, Laskoski og McNish (2008, s. 83) viser til alle aspektene man må ta hensyn til når man tilnærmer seg dysfagi. Her inkluderes viktigheten med også å fokusere på forberedelsene til et måltid, og hvordan sensoriske og motoriske handlinger i forkant påvirker svelgingen. Så det å gjenskape en naturlig spisesituasjon ser ut til å være viktig i tilnærmingen til dysfagi.

To av informantene informerte om at de nylig hadde opprettet et spiseteam. Det kan dermed se ut til at de på denne institusjonen har effektivisert det tverrfaglige arbeidet, ved bruk av rutiner, og systematisk tverrfaglig samarbeid. Spiseteamet var i oppstartsfasen. Her skal alle faggrupper inn å vurdere spisesituasjonen til det beste for pasienten. Det kom frem at det er mange ulike faktorer å tenke på under en spisesituasjon til en slagpasient. Her fikk de ulike faggruppene komme med sine anbefalinger i spisesituasjon, ut fra sitt fagfelt. Logemann og Sonies (2004) vektlegger samarbeid når det kommer til å forebygge komplikasjoner ved dysfagi. De vektlegger det å bli utredet og behandlet i samarbeid med andre som arbeider med pasienten. Det ble registrert hva personalet skal være oppmerksom på med hver enkelt pasient. På denne måten kan de som til enhver tid har ansvaret under måltidet, være bevisst pasientens mål og hva man skal observere. I følge Brønstad og Samsing (1996) er det viktig at personalet som skal observere vet nøyaktig hva, hvordan og når de skal observere. I forhold til dysfagi blir det under måltidsituasjonen, der de skal være obs på det logopeden har kommet frem til at akkurat denne pasienten har behov for. Dette er absolutt et godt eksempel på hvordan tverrfaglig samarbeid kan utvikles i praksis i forhold til dysfagiproblematikk. Etersom slagpasienter har mange flere utfordringer enn dysfagi som påvirker spisesituasjonen, kan det se ut til at disse informantene så verdien i å tenke helhetlig under spisesituasjonen. Når det kommer til rehabilitering, som Dahl, Romsland og Slettebø (2014) beskriver, er det viktig å tenke helhetlig. På denne måten kan pasienten få bedret sin funksjonsevne og aktivitetsmuligheter. Det gjør de absolutt under spiseteamet som informantene beskriver.

Tverrfaglig samarbeid beskriver Willumsen (2009) der flere profesjoner har et samarbeid mot et felles mål. Alle bidrar med sin kunnskap og tenker helhetlig mot en problemstilling. Her er bidragsyterne avhengige av hverandres kunnskap for å lykkes. Det presiseres også at et slikt arbeid bærer preg av at alle i det tverrfaglige samarbeidet bærer med seg de synspunktene og oppgaver som aktørene er kommet frem til i fellesskap. Denne måten å arbeide på, er umulig å gjøre alene. Dette kan i aller høyeste grad knyttes til arbeidet med å få i gang et spiseteam. Etter at alle profesjoner har fått utredet og kommer med råd og tips til hva man som behandler trenger å være obs på, er det sykepleier som har ansvaret under måltidet. Sykepleier har da oversikt over hva som er pasientens mål ut fra de ulike fagfeltene og utfordringene som pasienten har. I følge Rowat (2014) er dette svært viktig. Det fremheves viktigheten om at sykepleiere som arbeider med slagpasienter, bør vite hva de skal se etter og observere.

Sjøgreen og Svensson (2012) viser til at det er logopedens arbeidsoppgave og informere helsepersonell om ulike symptomer på dysfagi, og hvordan man kan hjelpe pasienten med sine vansker.

Man kan også knytte dette til utfordringene som kom frem i empirien om tidsklemmen. Alle informantene fremhevet at tid er noe som påvirker arbeidet. Tidsklemmen og underbemanning er noe som alle av informantene tok opp i mer eller mindre grad. Bramesfeld et al. (2012) har gjort en undersøkelse på tverrfaglig samarbeid innen psykisk helse, og viser til at samarbeidet påvirkes av rammefaktorer som eksempelvis tid og ressurser. Selv om det ikke er psykisk helse som er fokus i dette prosjektet, kan man trekke linjer mellom det tverrfaglige arbeidet som en måte å arbeide mot felles mål. Noen nevner utfordringer med rammefaktorer som påvirker samarbeidet. Spesielt i forbindelse med at logopeder ofte har begrenset kapasitet til å ta imot pasienter, og ofte har mange pasienter som de må fordele tiden sin på. Andre knytter disse utfordringene til underbemanning, og at man dermed må gjøre det beste ut av de mulighetene som er der og da, selv om det ikke alltid er like optimalt.

Det blir presisert at under spisesituasjonen er det fokus på hele kroppen, som eksempelvis sittestilling, skuldre og nakke. Dette fokuset kan knyttes til den oralforberedende fasen av svelgeprosessen, som er viljestyrt (Stensvold, 1999b). I denne fasen skal man få maten til og i munnen og den skal tygges (Adler, Laskoski og McNish, 2008). Her er sittestilling og hodestilling viktig for å hindre aspirering. Ved å forebygge aspirering, forebygger man også pneumoni. Selv om aspirering ikke er ensbetydende med pneumoni, er det en stor risikofaktor (Raid, 2013). Ved å ha et slikt spiseteam der kunnskap fra de ulike fagfelt deles og systematiseres for den enkelte pasient.

Hvis man ser både på empirien og teorien om hva som påvirker et godt samarbeid i sammensatte helsetjenester, kan det kanskje antydes at denne måten å arbeide på, kanskje effektiviserer både kvaliteten og ressursbesparelsen. Spesielt med tanke på at det er flere pasienter som spiser sammen og sykepleieren er til stede under måltidet.

## 6.0 Konklusjon

Et av de viktige elementene i studien var å finne ut hvordan man kan gi afasipasienter med dysfagi gode forutsetninger for gode og trygge spise, - og drikkesituasjoner gjennom kartlegging og behandling. Hovedformålet med denne studien var derfor å få økt kunnskap om hvordan afasipasienter med dysfagi blir ivaretatt av logopeder, hvilken kunnskap logopeder har om dette tema, og hvordan de opplever samarbeidet med helsepersonell. Ernæringsinntaket skjer gjennom hele dagen. Derfor er det ekstra viktig at alle som har med pasienten å gjøre, har kunnskap om dysfagi og hvordan man tilnærmer seg disse pasientene. Samarbeid for at pasienten skal få et tryggest mulig ernæringsinntak, er derfor viktig.

Resultatene fra undersøkelsen antyder at typen afasi har konsekvenser for hvordan vi bør tilnærme oss dysfagiproblematikken. Informantene la mer vekt på observasjon og kartlegging av språk i de tilfeller der pasienten hadde forståelsesvansker. Behandlingsvalg ble også påvirket av om pasienten hadde forståelsesvansker eller ikke. Da ser det ut til at det velges en mer kompensereende retning i behandlingsvalg. Målsetting for å kunne måle fremgang kom frem som viktig i behandlingen, samt viktigheten av veiledning til pasient og pårørende. Når det kommer til kunnskap om dysfagi kan det se ut til at informantene ønsker en styrking av dysfagi i utdanningen. Med krav om praksis blant annet. Samarbeid med helsepersonell så informantene på som svært nyttig i en rehabiliterende fase. Her kan det se ut til at veiledning og tverrfaglig arbeid er nyttig i behandlingen av dysfagi.

Denne studien har ført til mye nyttig kunnskap, likevel har den også ført til mange løse tråder. Det hadde vært spennende å gjøre andre studier, for å ta opp noen av de trådene. Det hadde eksempelvis vært interessant å finne ut om pasienter med kommunikasjonsvansker og redusert kognitiv tilstand sjeldnere blir identifisert enn pasienter uten afasi. Dette på bakgrunn av at det kan se ut til at noen pasienter som går med udiagnostisert afasi. Det hadde også vært lærerikt å kunne gå mer i dybden på tverrfaglig arbeid og hvordan dette gjør rehabiliteringen bedre. Det hadde også vært interessant å gjøre undersøkelser på LSVT LOUD metoden og svelgefunksjonen til slagpasienter. Dette kan være forslag til videre studier.



## Kilder

*Assesses ability to swallow without aspiration after stroke.* [Internett]. Tilgjengelig fra: <<http://www.mdcalc.com/barnes-jewish-hospital-stroke-dysphagia-screen/#next-steps>> [Lest 22.02.2016].

Ackermann, H., Hertrich, I. & Ziegler, W. (2010) Dysarthria. I: Damico, J. S. et al. red. *The handbook of language and speech disorders*. Oxford, UK, Oxford, UK: Wiley-Blackwell, s. 362-390.

Adler, U. S., Laskoski, S. A. & McNish, M. D. (2008) Dysphagia. I: Christian, A. red. *Medical Management of Adults with Neurologic Disabilities*. New York, US, Demos Medical Publishing, s. 83-96.

Ahlsèn, E. (2008) Førværende språkstørninger hos vuxna vid fokala hjærnskadur. I: Hartelius, L. et al. red. *Logopedi*. Lund, Studentlitteratur, s. 199-206.

Antonios, N. et al. (2010) Analysis of a Physician Tool for Evaluating Dysphagia on an Inpatient Stroke Unit: The Modified Mann Assessment of Swallowing Ability. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 19 (1), s. 49-57.

Bache, K. (1999) dysfagi og ernærings. I: Stensvold, H. & Utne, L. red. *Dysfagi*. 2. utg. utg. Oslo, Ad notam Gyldendal.

Basmajian, J. V. & DeLuca, C. J. (1985) *Muscles alive: Their functions revealed by electromyography*. 5 utg. Baltimore, MD William and Walkins.

Bastian, J. & Eitemiller, J. (2010) Poster 90: Intensive Swallowing Training for Elderly People With Dysphagia.

Befring, E. (2014) *Forskningsmetode med etikk og statistikk*, Det Norske Samlaget.

Bele, I. V. (2014) Evidensbasert praksis i logopedi. *Norsk tidsskrift for logopedi*.

Berg, E., Knoph, M. & Oftedal, M. P. (2013) Refereat fra NLLs 12. utdanningskonferanse. *Utdanningskonferanse*. Gardermoen, Radisson blu airport hotell, Norsk Logopedlag.

Berger, P. L., Wiik, F. & Luckmann, T. (2000) *Den samfunnsskapte virkelighet*. Bergen, Fagbokforl.

Bores, J. (1998) Dysphagia: Swallowing Disorders Following a Stroke. *Loss, Grief & Care*, 8 (1-2), s. 93-98.

Bramesfeld, A. et al. (2012) What promotes and inhibits cooperation in mental health care across disciplines, services and service sectors? A qualitative study. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 21 (1), s. 63.

Brian, O. (2014) Stroke. *Nature*, 510 (7506), s. S1.

Brush, J. (2007) Recognizing dysphagia at meals: swallowing problems affect residents' health and quality of life. Can your staff identify dysphagia?(featurearticle). *Nursing Homes*, 56 (10), s. 48.

Bryan, J., Eckerle, M. & Andrew, M. (2013) Bedside evaluation of the acute stroke patient. I: Barrett, K. M. & Meschia, J. F. red. *Stroke NIP- Neurology in Practice*. Hoboken, Wiley.

Brønstad, A. & Samsing, K. (1996) *Grunnleggende sykepleie : hjelpepleier VK I*. Bokmål[utg.]. utg. Oslo, Gyldendal.

Butler, S. G. et al. (2009) Penetration and Aspiration in Healthy Older Adults as Assessed during Endoscopic Evaluation of Swallowing. *Annals of Otology, Rhinology & Laryngology*, 118 (3), s. 190-198.

Bø, I. (2012) Bronfenbrenners bioøkologiske modell. I: Bø, I. red. *Barnet og de andre : nettverk som pedagogisk og sosial ressurs* 4. utg. utg. Oslo, Universitetsforl., s. 181.

Chen, J. & Lolivret, L. (2011) The determining role of bolus rheology in triggering a swallowing. *Food Hydrocolloids*, 25 (3), s. 325-332.

Christensen, S. (1999) Behandling for å bedre spise- og svelgefunksjonen. I: Stensvold, H. & Utne, L. red. *Dysfagi*. Oslo, Ad Notam Gyldendal AS, s. 83-92.

Corneliussen, M. et al. (2006) *Afasi og samtale : gode råd om kommunikasjon*. Oslo, Novus.

Corrigan, M. L. et al. (2011) Nutrition in the stroke patient. *Nutrition in clinical practice : official publication of the American Society for Parenteral and Enteral Nutrition*, 26 (3), s. 242.

Creswell, J. W. (1998) *Qualitative inquiry and research design : choosing among five traditions*. Thousand Oaks, Calif, Sage.

Creswell, J. W. (2007) *Qualitative inquiry & research design : choosing among five approaches*. 2nd ed. utg. Thousand Oaks, Calif, Sage.

Dahl, B., Romsland, G. I. & Slettebø, Å. (2014) Hope is the driving force. *Håp er drivkraften*, 102 (9).

- Dalen, M. (2011) *Intervju som forskningsmetode*. 2. utg. utg. Oslo, Universitetsforl.
- Dalland, O. (2012) *Metode og oppgaveskriving for studenter*. 5. utg. utg. Oslo, Gyldendal akademisk.
- Daniels, S. K. & Huckabee, M.-L. (2014) *Dysphagia following stroke*. 2nd ed. utg. San Diego, Calif, Plural Publishing.
- Ding, R. & Logemann, J. A. (2000) Pneumonia in Stroke Patients: A Retrospective Study. *An International Multidisciplinary Journal Devoted to Swallowing and Its Disorders*, 15 (2), s. 51-57.
- Drefvelin, Å., Slinning et al. (2009) *Svelgetesting ved akutt hjerneslag : konsensusrapport*. Drammen.
- Dysthe, O. (1996) Ulike perspektiv på læring og læringsforskning : Innleiing. I. [Oslo], Cappelen akademisk forl., cop. 1996.
- Ekberg, O. & Feinberg, M. J. (1991) Altered swallowing function in elderly patients without dysphagia: radiologic findings in 56 cases. *Ajr. American Journal Of Roentgenology*, 156 (6), s. 1181-1184.
- Ekberg, O. & Johnson, E. (1999) Anatomi og fysiologi ved normal svelging. I: Stensvold, H. & Utne, L. red. *Dysfagi*. 2. utg. utg. Oslo, Ad notam Gyldendal, s. 27.
- Ellekjær, H. & Selmer, R. (2007) Hjerneslag- like mange rammes, men prognosen er bedre. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 6.
- Ellis, H. & Lawson, A. (2014) The cranial nerves. I: Ellis, H. & Lawson, A. red. *Anatomy for Anaesthetists*. Chichester, UK, Chichester, UK: John Wiley & Sons Ltd, s. 243-291.
- Enderby, P. (1998) *Frenchay Dysartritest*. Oslo, Novus forlag.
- Fattal, M. et al. (2011) Effect of Presence/Absence of a Nasogastric Tube in the Same Person on Incidence of Aspiration. *Otolaryngology–Head and Neck Surgery*, 145 (5), s. 796-800.
- Fox, C. et al. (2012) LSVT LOUD and LSVT BIG: Behavioral Treatment Programs for Speech and Body Movement in Parkinson Disease. *Parkinson's Disease*, 2012.
- Frich, J. C. & Russel, D. (2007) Hjerneslag- en ny epoke. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 6.
- Fuglseth, K. (2006) Vitskapsteori og hermeneutikk. I. Oslo, Cappelen akademisk, cop. 2006.

Føllesdal, D. et al. (2000) *Argumentasjonsteori, språk og vitenskapsfilosofi*. 7. utg. utg. Oslo, Universitetsforl.

Goldman, S. R. et al. (2012) Comprehending and Learning from Internet Sources: Processing Patterns of Better and Poorer Learners. *Reading Research Quarterly*, 47 (4), s. 356-381.

González-Fernández, M. et al. (2013) Dysphagia after stroke: an overview. *Current Physical Medicine and Rehabilitation Reports*, 1 (3), s. 187-196.

Groher, M. E. & Crary, M. A. (2016) *Dysphagia: clinical management in adults and children*. Second edition utg., Elsevier.

Gubbins, P. & Li, C. (2015) The Influence of Influenza and Pneumococcal Vaccines on Community-Acquired Pneumonia (CAP) Outcomes Among Elderly Patients. *Current Infectious Disease Reports*, 17 (12), s. 1-9.

Ha, L., Iversen, P. O. & Hauge, T. (2008) Ernæring til eldre med akutt hjerneslag. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 17.

Haaland-Johansen & Qvenild, E. (2010) Ordmobilisering: eksempler fra et undervisningsforløp I: Lind, M. et al. red. *Afasi : et praksisrettet perspektiv*. Oslo, Novus, s. 163.

Haugenes, M. & Mediå, E. (2012) *Hospitering : et pilotprosjekt ved helsefagavdelingen*. 9788274566477. Steinkjer.

Helse-nord. (09.09.2015) *Strategisk plan for pasient- og pårørendeopplæring i Helse Nord*. [Internett]. Helse-nord. Tilgjengelig fra: <<http://www.helse-nord.no/pasient-og-paerendeeopplaring/category41058.html>> [Lest 19.04.2016].

Hesledirektoratet. (14.08.2015) *Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering etter hjerneslag*. [Internett]. Tilgjengelig fra: <<https://helsenorge.no/sykdom/hjerne-og-nerver/hjerneslag/hjerneslag-behandling#Første-døgn-i-behandlingen-av-hjerneslag>> [Lest 05.02.16].

Hildfrid, V. B. & Nancy, H. (2009) Ansatte perspektiver på utvikling av tverrfaglighet i ny sykehusavdeling. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, 5 (2), s. 30-45.

Jo, H. et al. (2015) Incidence of Pneumonia After Videofluoroscopic Swallowing Study and Associated Factors. *Dysphagia*, 31 (1), s. 41-48.

Johannessen, A., Christoffersen, L. & Tufte, P. A. (2010) *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. 4. utg. utg. Oslo, Abstrakt.

- Johannessen, A., Tufte, P. A. & Christoffersen, L. (2010) *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo, Abstrakt. Tilgjengelig fra: [Lest.
- Johannessen, E., Vedeler, L. & Kokkersvold, E. (2010) *Rådgivning : tradisjoner, teoretiske perspektiver og praksis*. 3. utg. utg. Oslo, Gyldendal akademisk.
- Johnsen, G. (2006) *Intervjuet : en forskningsamtale i møtet mellom mennesker*. I. Oslo, Cappelen akademisk, cop. 2006.
- Johnson, D., Herring, H. & Daniels, S. (2014) Dysphagia Management in Stroke Rehabilitation. *Current Physical Medicine and Rehabilitation Reports*, 2 (4), s. 207-218.
- Karlsen, T., J & Spernes, K. (2009) kommunikasjon og samspill- betydning for læring. I: Wille, H. P. & Svanberg, R. red. *La stå! : læring - på veien mot den profesjonelle lærer* Oslo, Gyldendal akademisk, s. 174.
- Kvale, S. et al. (2009) *Det kvalitative forskningsintervju*. 2. utg. utg. Oslo, Gyldendal akademisk.
- Kvale, S. et al. (2015) *Det kvalitative forskningsintervju*. 3. utg., 2. oppl. utg. Oslo, Gyldendal akademisk.
- Kvisgaard, K. & Sandland, G. (2011) LSVT LOUD - en intensiv stemmetreningsmetode for personer med Parkinson sykdom. *Norsk tidsskrift for logopedi*.
- Lassen, L. M. (2014) *Rådgivning : kunsten å hjelpe og sikre vekstfremmende prosesser*. 2. utg. utg. Oslo, Universitetsforl.
- Lavik, T. & Fjørtoft, K. (2008) *Filosofi for samfunnsvitere*. Oslo, Universitetsforl.
- Leder, S., Suiter, D. & Green, B. (2011) Silent Aspiration Risk is Volume-dependent. *Dysphagia*, 26 (3), s. 304-309.
- Leder, S., Suiter, D. & Murrey, J. (2013) Can an oral mechanism examination contribute to the assesment og odds of aspiration? *Dysphagia*, 28:370.
- Leder, S. B., Suiter, D. M. & Lisitano Warner, H. (2009) Answering Orientation Questions and Following Single-Step Verbal Commands: Effect on Aspiration Status.(Author abstract)(Report). *Dysphagia*, 24 (3), s. 290.
- Logemann, J. & Pitts, L. (2013) Optimal Outcomes for Oropharyngeal Dysphagia. *Current Physical Medicine and Rehabilitation Reports*, 1 (4), s. 223-230.

Logemann, J. & Sonies, B. (2004) Grand rounds dysphagia: the amount of time a speech-language pathologist spends caring for patient with dysphagia has increased over the past 20 years. One reason is that referring professionals have increasingly recognized that the range of patient types and diagnoses that can exhibit dysphagia has expanded. *A S H A Leader*, 9 (13), s. 4.

Loso, A. H. (2013) Systematisk observasjon er viktig. *Sykepleien forskning*.

Lovdata. (01.01.2012) *Forskrift om habilitering og rehabilitering*. [Internett]. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256?q=rehabilitering> [Lest 08.02.2016].

Mahler, L. A. & Ramig, L. O. (2012) Intensive treatment of dysarthria secondary to stroke. *Clinical Linguistics & Phonetics*, 2012, Vol.26(8), p.681-694, 26 (8), s. 681-694.

Murray, L. L. & Chapey, R. (2001) Assessment of languagedisorders in adults. I: Chapey, R. red. *Language intervention strategies in aphasia and related neurogenic communication disorders*. Baltimore, Lippincott Williams & Wilkins, s. 55.

Newman, R. et al. (2016) Effect of Bolus Viscosity on the Safety and Efficacy of Swallowing and the Kinematics of the Swallow Response in Patients with Oropharyngeal Dysphagia: White Paper by the European Society for Swallowing Disorders (ESSD). *Dysphagia*, 31 (2), s. 232-249.

NHO, S. k. (1991) *Kunnskap er makt : om styringen av utdanningssystemet i Norge*. Oslo, NHO, Seksjon kompetanse.

NLL. (07.06.2015) *Yrkesetiske retningslinjer*. [Internett]. Norsk Logpedlag. Tilgjengelig fra: <http://www.norsklogopedlag.no/om-nll/yrkesetikk> > [Lest 19.04.2016].

NSD. (2015a) *Krav til informasjonsskriv*. [Internett]. <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/samtykke.html> Tilgjengelig fra: [Lest 04.11.15].

NSD. (2015b) *Meldepliktstest*. [Internett]. <https://trygg.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/meldeplikttest> Tilgjengelig fra: [Lest 04.11.15].

NTNU. (2016) *Studieprogram*. [Internett]. NTNU. Tilgjengelig fra: <https://www.ntnu.no/studier/mlogo/om-studieprogrammet> > [Lest 07.03.2016].

Ombler, K. & Huckabee, M.-L. (2014) *Infection control in cough reflex testing: An equipment-based bacterial contamination study*. [Internett]. The online platform for Taylor & Francis Group content. Tilgjengelig fra: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1179/2050572814Y.0000000043> > [Lest 16.03.2016].

Papathanasiou, I. & Coppens, P. (2016) *Aphasia and related neurogenic communication disorders*. Second edition utg. Burlington, Mass, Jones & Bartlett Learning.

Parker, C. et al. (2004) Awareness of Dysphagia by Patients Following Stroke Predicts Swallowing Performance. *An International Multidisciplinary Journal Devoted to Swallowing and Its Disorders*, 19 (1), s. 28-35.

Postholm, M. B. & Jacobsen, D. I. (2011) *Læreren med forskerblikk : innføring i vitenskapelig metode for lærerstudenter*. Kristiansand, Høyskoleforl.

Qvenild, E. et al. (2010) Afasi og afasirehabilitering. I: Lind, M. et al. red. *Afasi : et praksisrettet perspektiv*. Oslo, Novus, s. 23-24.

Raid, G. (2013) Prevention and management of poststroke complications. I: Barrett, K. M. & Meschia, J. F. red. *Stroke NIP- Neurology in Practice*. Hoboken, Wiley, s. 106-108.

Randhoff, A. H. (2008) Ernæring hos akutt syke eldre. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 17.

Ringdal, K. (2013) *Enhet og mangfold : samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode*. 3. utg. utg. Bergen, Fagbokforl.

Rivelsrud, M. C. (2007) Klinisk vurdering av spise- og svelgevansker. I: Stensvold, H. & Utne, L. red. *Dysfagi*. Oslo, Ad Notam Gyldendal, s. 62-75.

Rowat, A. (2014) Dysphagia, nutrition and hydration post stroke. *British Journal of Nursing*, 23 (12), s. 634-634.

Sandmo, T. & Stoller, S. (2004) *Svelgevansker hos voksne*. Trondheim, Norsk logopedlag.

Schepp, S. K. et al. (2012) Swallowing screens after acute stroke: a systematic review. *Stroke; a journal of cerebral circulation*, 43 (3), s. 869.

Sharkawi, A. E. et al. (2002) Swallowing and voice effects of Lee Silverman Voice Treatment (LSVT[R]): a pilot study. (Paper). *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 72 (1), s. 31.

Sjøgreen, L. & Svensson, P. (2012) Svaljningsstørningar- allman del. I: Hartelius, L. et al. red. *Logopedi*. Studentlitteratur.se, s. 473-477.

Skjervheim, H. (1996) *Deltakar og tilskodar og andre essays*. [Ny utg.]. utg. Oslo, Aschehoug.

Smith, B. S. & Adams, M. (2012) *Dysphagia : Risk Factors, Diagnosis and Treatment*. Hauppauge, Nova Science Publishers, Inc.

Spielman, J. et al. (2011) Intensive Voice Treatment (LSVT[R]LOUD) for Parkinson's Disease Following Deep Brain Stimulation of the Subthalamic Nucleus. *Journal of Communication Disorders*, 44 (6), s. 688-700.

Stensvold, H. (1999a) Dysfagi. I: Stensvold, H. & Utne, L. red. *Dysfagi*. 2. utg. utg. Oslo, Ad notam Gyldendal.

Stensvold, H. (1999b) Innføring i den normale spise- og svelgeprosessen. I: Stensvold, H. & Utne, L. red. *Dysfagi*. 2. utg. utg. Oslo, Ad notam Gyldendal.

Suzuki, M. et al. (2013) Predicting Recovery of Cognitive Function Soon after Stroke: Differential Modeling of Logarithmic and Linear Regression. *PLoS ONE*, 8 (1).

Svensson, P. (2008) sveljingsstørninger hos vuxna. I: Hartelius, L. et al. red. *Logopedi*. Lund, Studentlitteratur, s. s. 493- 507.

Svensson, P. (2010) *Dysfagi : utredning och behandling vid sväljningssvårigheter*. Lund, Studentlitteratur.

Tveito, K. (2015) Hva er årsakene til pneumoni? *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 18.

UIB. (2016) *Logopediske emner studieplan*. [Internett]. Tilgjengelig fra: <<http://www.uib.no/emne/LOGO320>> [Lest 23.02.2016].

UIN. (2016) *Logopediske emner studieplan*. [Internett]. Tilgjengelig fra: <<http://www.nord.no/no/studier/studietilbud/finn-studier/2016h/1/Sider/PE320Lv1.aspx?Source=http://www.nord.no/no/studier/studietilbud/finn-studier/2016h/Sider/MALOGO.aspx#&acd=h-c1403756-bef9-4ff8-af73-bc470b755c83>> [Lest 23.02.2016].

UIO. (02.02.20122012) *Frenchay dysartritest*. [Internett]. Tilgjengelig fra: <<http://www.hf.uio.no/iln/tjenester/kunnskap/sprak/sprakvansker/kartlegging/frenchay/>> [Lest 04.04.2016].

UIO. (2016) *Logopediske emner, studieplan*. [Internett]. Tilgjengelig fra: <<http://www.uio.no/studier/emner/uv/isp/SPED4200D/>> [Lest 23.02.2016].

Ulvestad, S. K. (1996) *Etikk og kommunikasjon*. Otta, Gyldendal Norsk Forlag

Umapathi, T. et al. (2000) Tongue Deviation in Acute Ischaemic Stroke: A Study of Supranuclear Twelfth Cranial Nerve Palsy in 300 Stroke Patients. *Cerebrovascular Diseases*, 10 (6), s. 462-465.



Welbourne, M. (2014) *Knowledge*. Hoboken, Taylor and Francis.

Westergren, A. (2006) Detection of eating difficulties after stroke:: a systematic review. *International Nursing Review*, 53 (2), s. 143-149.

Willumsen, E. (2009) *Tverrprofesjonelt samarbeid og ledelse*. Oslo, Universitetsforl., cop. 2009.

Xia, W. et al. (2011) Treatment of post-stroke dysphagia by vitalstim therapy coupled with conventional swallowing training. *Medical Sciences*, 31 (1), s. 73-76.

Yoshida, M. et al. (2006) Decreased Tongue Pressure Reflects Symptom of Dysphagia. *Dysphagia*, 21 (1), s. 61-65.

# Vedlegg 1

## **Samtykkeskjema**

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

*Med dette vil jeg komme med en forespørsel om deltakelse i mitt masterprosjekt ved Nord Universitet med tema-*

## *Dysfagi- Logopedens rolle og samarbeid med helsepersonell.*

### Bakgrunn og formål

Formålet med masterprosjektet er å finne ut hva som er viktig i behandlingen av afasipasienter med dysfagi. Formålet vil også være å kartlegge hvordan samarbeidet mellom logoped og helsepersonell foregår i praksis.

### **Temaer i prosjektet**

Temaene jeg vil undersøke i denne studien vil omhandle kunnskap hos logopeder og helsepersonell om dysfagi, da spesielt i forhold til afasipasienter. Hva du mener er viktig i kartlegging/behandlingen til afasipasienter med dysfagi. Jeg vil også undersøke hvordan samarbeidet mellom helsepersonell og logopeden foregår. Det vil komme flere spørsmål innenfor hvert tema.

### **Utvalg:**

Utvalget er trukket ut ved strategisk utvelgelse for å få deltakende informanter som driver med behandling av dysfagi i sin logopedfaglige praksis.

### **Hva innebærer deltakelse i studien?**

I dette prosjektet skal metoden semistrukturert intervju anvendes. Intervjutiden vil ha varighet på ca. 1-1 1/2 time. Det er ønskelig å gjøre intervjuet ansikt til ansikt via skype og at det blir benyttet båndopptaker.

### **Hva skjer med informasjonen om deg?**

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Ingen av informantene vil kunne bli gjenkjent i publikasjonen av masterprosjektet.

Prosjektet skal etter planen avsluttes i løpet av mai 2015. Alle lydopptak vil bli slettet i sin helhet ved masterprosjektets godkjenning.

### **Frivillig deltakelse**

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli slettet.

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med Tina Dahl Olsen adr; Nyjord, 8430 Myre. tlf: 47636064 eller mailadresse; [tionad@hotmail.com](mailto:tionad@hotmail.com).

Kontaktopplysninger til veileder: Professor Irene Velsvik Bele tlf: 901 83638 Mailadresse; [ireneb@hivolda.no](mailto:ireneb@hivolda.no)

Det vil være til stor hjelp om du vil underskrive samtykkeskjemaet og skanne det til meg på mail.

---

## **Samtykke til deltakelse i studien**

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

---

06.11.15

Mvh. Tina Dahl Olsen

Student i Master i logopedi ved Universitetet i Nordland

## **Vedlegg 2**

### ***Intervjuguide***

#### **Bakgrunn/ erfaring? hvem er informantene?**

- Hvilken bakgrunn har du?

#### **Kunnskap**

- Hva er dine tanker rundt kunnskap om dysfagi hos logopeder, etter din erfaring? Er det etter din mening nok fokus på dysfagi i logopediutdanningen?
- Hva tenker du om helsepersonells kunnskap på området? Hjelpepleiere/sykepleiere Kunnskap i praksis? Kunnskap i teorien? Kunnskap i måltids og drikkesituasjoner? Hva er ditt inntrykk?
- Hvordan går du frem for å skaffe deg ny kunnskap? Forskningsbasert/evidensbasert kunnskap. Hva leser du, Fagtidsskrift, interessegrupper, nettverk, hvordan jobber dere?

#### **Viktig i behandlingen**

- Hva er spesielt viktig når logopeden og helsepersonell tilnærmer seg afasipasienter med dysfagi? (da spesielt i forhold til kartlegging, behandling, ernæring og kommunikasjonsvanskene).
- Har afasien konsekvenser for kartlegging/behandlingen av dysfagi eller omvendt? Hvordan?
- Kan du si litt om hvordan legger du til rette for behandlingsopplegg for at pasienten skal få best mulig nytte av det? (kartlegging, behandling, kommunikasjonsvanker)
- Hvilke kartleggingsmetoder foretrekker du? Hvilke behandlingsmetoder brukes mest?
- Kan du si litt om hvordan veiledning til pårørende foregår?
- Hvor lenge varer behandlingen? Når avsluttes den? Hvordan vurderer man det?

#### **Samarbeid med helsepersonell**

- Hvordan opplever du samarbeidet mellom logoped og helsepersonell?  
(Hva hindrer og hva fremmer samarbeid i forhold til rutiner, måltidsituasjoner, initiativ til tverrfaglig samarbeid, kunnskapsdeling osv.?)
- Nå skal jeg spørre litt om logopedens veiledningsansvar til pårørende og helsepersonell. Og hvem som har ansvaret for veiledning til logoped når det gjelder dysfagiproblematikk?

#### **Til slutt**

- Andre synspunkter om emnet som du tenker er viktig? Eller noe du vil si noe mer om?
- Kan jeg ta kontakt dersom jeg ser det nødvendig i etterkant av intervjuet?

# Vedlegg 3

## NSD

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS  
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



NSD - Helsevitenskapelig  
5007 Bodø  
Norge  
Tel: +47 25 28 21 12  
Fax: +47 25 28 21 12  
www.nsd.uib.no  
Oppm. 565 221 884

Irene Velsvik Bele  
Profesjonshøgskolen Universitetet i Nordland  
Postboks 1490  
8049 BODØ

Vår dato: 01.03.2016

Vår ref: 46990 / 3 / HJP

Deres dato:

Deres ref:

### TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 27.01.2016. Meldingen gjelder prosjektet:

46990	<i>Dysfagi hos afasirammede og samarbeid med helsepersonell</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Universitetet i Nordland, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Irene Velsvik Bele</i>
Student	<i>Tina Dahl Olsen</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 01.06.2016, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Vigdís Namtvedt Kvalheim

Hanne Johansen-Pekovic

Kontaktperson: Hanne Johansen-Pekovic tlf: 55 58 31 18

Vedlegg: Prosjektvurdering

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSD's rutiner for elektronisk godkjenning.

Sjekkfilen er: 7 Dec 2016 10:25:13

NSD - Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS  
5007 Bodø  
Norge  
Tel: +47 25 28 21 12  
Fax: +47 25 28 21 12  
www.nsd.uib.no  
Oppm. 565 221 884