

MASTEROPPGAVE

Emnekode: PE323L

Navn: Dina Bruun Arnesen

Kandidatnummer: 5

«Dysfagi er et håndtverk»

En kvalitativ studie om logopeders refleksjoner
rundt egen utredningspraksis

Dato: 15.11.2021

Totalt antall sider: 50

Sammendrag

Tittel «*Dysfagi er et håndtverk*» - En kvalitativ studie om logopeders refleksjoner rundt egen utredningspraksis.

Formål Hensikten med foreliggende undersøkelse er å få økt kunnskap om hvilke metoder logopeder som ikke har instrumentelle metoder tilgjengelig, benytter seg av i utredning av pasienter med dysfagi, samt deres tanker og refleksjoner rundt rammene for sin praksis.

Problemstilling Hvordan reflekterer sykehuslogopeder rundt egen praksis ved klinisk utredning av orofaryngeal dysfagi?

Metode Undersøkelsen bygger på et sosialkonstruktivistisk kunnskapssyn. Metoden som er anvendt for å belyse problemstillingen er et induktivt design, med kvalitativt semistrukturert intervju som datainnsamlingsmetode. Utvalget består av tre logopeder som jobber med orofaryngeal dysfagi ved sykehus. Datamaterialet er først transkribert og videre analysert med systematisk tekstkondensering som utgangspunkt. Videre er studiens kvalitet diskutert knyttet til begrepene validitet, reliabilitet, refleksivitet og overførbarhet. Ethiske vurderinger relatert til forskningsprosessen er deretter belyst. Funnene presenteres basert på analysen og tolkningen av denne.

Resultat og sentrale funn Funnene i studien viser at deltakerne opplevde at de i sin praksis kunne gjøre sikre vurderinger på bakgrunn av kliniske undersøkelsesmetoder. De opplevde ikke alltid instrumentelle metoder som relevante for sin pasientgruppe. De beskrev dysfagikompetansen sin som et håndtverk med høy grad av erfaringslæring. Suksessfaktorer ble identifisert, blant annet *personifisering av dysfagikompetansen* og *samarbeid med tverrfaglig team*. Noen utfordringer ble også identifisert, blant annet *svikt i tverrfaglig samarbeid*, og *lav prioritering av dysfagi på logopedutdanninga*.

Konklusjon Basert på funnene i studien drøftet opp mot relevant teori på området er kunnskapen økt om logopeders refleksjon rundt egen praksis. Nøkkelfaktorer som er med på å fremme og hemme suksess er identifisert. Logopedene fremhevet tverrfaglig samarbeid og personlig erfaring, og opplevde å gi et forsvarlig tilbud til tross for mangel på instrumentelle metoder.

Nøkkelord Orofaryngeal Dysfagi Logopedi Tverrfaglig samarbeid Utredning

Abstract

Title «*Dysphagia is a craft*» A qualitative study of Speech and language therapists (SLTs) reflections with regarding their assessment practice.

The aim of this study The purpose of this study was to gain more knowledge about which methods SLTs utilize in assessment of patients with oropharyngeal dysphagia, and their thoughts and reflections regarding the framework of their practice.

Research question How do SLTs in hospitals reflect on their own practice regarding clinical assessment of oropharyngeal dysphagia?

Methods The study is grounded in a social constructionist view of knowledge. The method used to investigate the research question is an inductive design, using qualitative semi-structural interview for data collection. The selection consists of three SLTs working with oropharyngeal dysphagia at hospitals. The data is transcribed and analyzed inspired by the qualitative analyzation technique, systematic text condensation. Further, the quality of this study is discussed in terms of the concepts of validity, reliability, reflectivity and transferability. Ethical discussions related to the research process are then elucidated. The findings are consequently presented based on the analysis and its interpretation.

Results The findings of this study show that the participants experienced that they were able to make safe assessments on the basis of clinical methods of assessment. They did not always find instrumental methods of assessment as relevant for their patients. They described their competence and knowledge in relation to dysphagia as a craft. Factors of success were identified; *personification of dysphagia competence* and *interdisciplinary cooperation*. Factors representing challenges were also identified; *failure in interdisciplinary cooperation*, and *low prioritization of dysphagia in education of SLTs*.

Conclusion Based on the findings of this study the knowledge of the area of SLTs reflection with regards to their practice is heightened. Key factors promoting and inhibiting success were identified.

Keywords Oropharyngeal Dysphagia Speech and Language Therapy Interdisciplinary cooperation Assessment

Forord

Snart nærmer det seg slutten på studiet og innholdsrike, lærerike år ved masterstudiet i logopedi ved Nord Universitet. Tiden på masterstudiet har vært lærerik, meningsfull og fylt av refleksjon, omtanke og latter. Samtidig har det vært krevende å få kabalen til å gå opp med fulltidsjobb, danseoppdrag og andre prosjekter parallelt. Det har gjort at prosjektet har tatt lengre tid enn ventet, men endelig er det ved målstreken. Det hadde ikke gått uten fleksible og bevegelige kollegaer og leder på jobb.

Først og fremst vil jeg rette en stor takk til deltakerne i prosjektet. Uten deres ærlige og åpne refleksjoner rundt eget virke ville ikke denne masteroppgaven blitt til.

Jeg ønsker også takke min dyktige og romslige veileder, Karianne Berg. Du har hjulpet meg å åpne blikket mitt for nye dimensjoner ved prosjektet, og på den måten løftet refleksjonen flere hakk. Positiviteten din til prosjektet har vært en god motivasjon, og hjulpet meg fremover i prosjektet. Uten deg ville ikke oppgaven blitt den samme.

Jeg vil også rette en takk til studieveinner i Oslo og Bodø. Takk for gode samtaler, refleksjoner, latter, og selskap på de lange dagene på lesesalen.

En stor takk rettes også til min familie som har hjulpet meg på ulike måter på ulike steder i prosessen. Takk for omsorg, støtte og gjennomlesing og korrekturlesing. Takk til dere alle for motivasjon inn i innspurten av studieløpet. Spesielt takk til Mamma Kaja – du har vært en stor støtte og diskusjonspartner gjennom hele studieløpet.

Sist men ikke minst vil jeg også takke min samboer Collins. Takk for at du står så stødig, hjelper meg å holde fokus på målene mine og viser så stor omsorg. Du har vært en uerstattelig støttespiller, og dette hadde ikke gått uten deg. Asante sana, mpenzi wangu.

Oslo, november 2021

Dina Bruun Arnesen

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	i
Abstract	ii
Forord	iii
Innholdsfortegnelse	iv
1.0 Innledning.....	1
1.1 Bakgrunn for valg av oppgave.....	1
1.2 Begrepsavklaringer	2
1.3 Avgrensning.....	2
1.4 Oppgavens formål og problemstilling	3
2.0 Teori	4
2.1 Orofaryngeal dysfagi.....	4
2.2 Normal svelging	4
2.2.1 Den preorale fase.....	5
2.2.2 Den orale fase.....	5
2.2.3 Den faryngeale fase	5
2.2.4 Den øsofageale fase.....	6
2.3 Penetrering og Aspirering	6
2.3.1 Penetrering	6
2.3.2 Aspirering.....	6
2.4 Utredning.....	7
2.4.1 Screening	7
2.4.2 Kliniske undersøkelsesmetoder	8
2.4.3 Instrumentelle undersøkelsesmetoder	10
3.0 Metode.....	13
3.1 Kvalitativ metode	13
3.2 Vitenskapsteoretisk tilnærming.....	13
3.3 Design.....	14
3.3.1 Induktiv tilnærming.....	14
3.3.2 Hermeneutikk og forforståelse	15
3.3.3 Forskerens rolle	15
3.4 Kvalitativt semi-strukturert intervju.....	16
3.4.1 Utforming av intervjuguide	16
3.5 Utvalg: rekruttering og samtykke.....	17
3.6 Datainnsamling.....	19
3.7 Analyse.....	20
3.7.1 Transkripsjon.....	21
3.7.2 Analyse av data	22

3.8 Litteratursøk	24
3.9 Forskningens kvalitet	24
3.9.1 Reliabilitet	25
3.9.2. Validitet.....	26
3.10 Etske betraktninger.....	27
4. Presentasjon av funn.....	28
4.1 Personifisering av dysfagikompetansen / Dysfagi som et håndverk.....	28
4.2 Egen kompetanseutvikling	29
4.2.1 Logopedstudiet	29
4.2.2 Kurs via arbeidsplassen.....	30
4.2.3 Dysfaginetverket	30
4.3 Instrumentelle metoder i praksis	30
4.3.1 VFS ser det samme som meg	30
4.3.2 Vurdering uten VFS	31
4.3.3 VFS Relevans	31
4.3.4 Ressurser	32
4.3.5 Pasientene kommer godt ut av det.....	33
4.4 Samarbeid med andre faggrupper	33
4.4.1 Observasjoner.....	33
4.4.2 Kurs	34
4.4.3 Mesterlære.....	34
4.4.4 Øre-Nese-Hals	34
4.4.5 Terminologi.....	35
4.4.6 Side-om-side.....	36
4.4.7 Forståelse for tiltak.....	37
5.0 Drøfting	38
5.1 Dysfagi som et håndverk: vitenskap eller intuisjon?	38
5.1 Egen kompetanseutvikling	40
5.2 Vi har gode resultater uten VFS	41
5.3 Behov for VFS	42
5.3 Suksessfaktorer.....	43
5.4 Utfordringer.....	44
6.0 Konklusjon	46
Litteraturliste	48
Vedlegg	50

1.0 Innledning

Svelgevansker har høy forekomst blant pasienter med akutt hjerneslag. Det er en vanske som griper inn i hele den menneskelige tilværelse, måltider representerer struktur i dagen vår, og spiller en viktig rolle i sosialt samvær i hverdagen. Hvis noen er syke, gir vi dem gjerne noe godt å spise på, hvis vi skal slå av en prat henter vi kaffekanna. Kunnskap om svelgevansker er viktig og uoppdaget kan det føre til lungebetennelse og død (Svensson, 2014). Det er viktig med kompetanse om dysfagi for alle som har pasientkontakt med de som er rammet. Slik kan behandling tilpasses individuelt og gi økt livskvalitet.

1.1 Bakgrunn for valg av oppgave

I de Nasjonale retningslinjene for behandling av slagpasienter, står det at ved akutt hjerneslag skal alle screenes for svelgevansker. Ved funn skal pasienten henvises til logoped eller annen kompetent fagperson. Ved alvorlig og vedvarende svelgevansker, skal pasienten utredes, med videofluoroskopi (VFS) (Helsedirektoratet, 2017). I litteraturen på pensum i studiet, ble VFS og Nasofiberskopi (FEES) fremstilt som likestilte metoder, med hver sine fordeler og ulemper (Svensson, 2014). I forelesninger på studiet ble det lagt vekt på at instrumentelle metoder var nødvendige for å gi pasienter en forsvarlig behandling. I løpet av studietiden fikk jeg kjennskap til at noen sykehus i Norge med slag- og/eller rehabiliteringsenhet ikke hadde VFS på huset, til tross for at dette er beskrevet som en del av utrednings- og behandlingsforløpet i retningslinjene. Det har ikke vært mulig å finne tall på omfanget av dette, men det åpnet opp for en undring: Hvordan stiller logopedene som jobber ved disse sykehusene seg til diskrepansen mellom faglige anbefalinger, retningslinjer og rammene for deres praksis?

Videre er det interessant for logopedien som fagfelt å få mer informasjon om hva slags undersøkelsesmetoder som er i bruk, hvordan logopeder utreder dysfagi i Norge og hvilke tanker de gjør seg om metodene de benytter.

Temaet for dette prosjektet er altså utredning av ervervet dysfagi, herunder kliniske undersøkelsesmetoder samt rammer for praksis for logopeder som jobber med dysfagi.

Det har vært forsket lite på utredning av dysfagi under norske forhold. Vi vet mye om hva en bør gjøre, men mindre om hva som faktisk gjøres. Det gjør temaet viktig å få mer kunnskap om, spesielt dersom det er en diskrepans mellom det som anbefales i litteraturen og det som skjer i praksis. Videre baserer tiltak for dysfagi seg på utredninger som blir gjort, og typen dysfagi pasienten diagnostiseres med. Utredningen legger grunnlaget for tiltakene som settes i

gang. Det er relevant å få mer kunnskap om hvilke rammebetingelser som legger føringer for logopeders utredning av dysfagipasienter, og deres muligheter til å benytte seg at kunnskapen forskning gir oss. Dermed er det sentralt å få ytterligere kunnskap om logopeders tanker rundt egen praksis og betingelsene for den.

1.2 Begrepsavklaringer

I denne oppgaven forstås *utredning* som en prosess som kan bestå av ulike typer *undersøkelser*. For eksempel kan en utredning bestå av både screening, klinisk undersøkelse og instrumentell undersøkelse. Dette ligger til grunn for bruken av disse begrepene videre i oppgaven.

Ved terminologi for instrumentelle undersøkelsesmetoder, følger dette bruken til deltakerne i prosjektet. Derfor brukes *Nasofiberskopi* (FEES – Fiberoptic Evaluation of Swallowing) og *Videofluoroskopi* (VFS).

Med *Dysfagi* menes i denne sammenheng orofaryngeal dysfagi. I faglitteraturen brukes ulike begreper, men i det følgende vil dysfagi bli brukt. I denne sammenheng referer det til ervervede vansker, og ekskluderer spisevansker nedenfor øsofagus og andre vansker med å få i seg næring.

Bruken av *Sykehuslogoped* er en spesifisering i hvilken gruppe prosjektet har tatt utgangspunkt i. Det er ikke en stillingstittel eller formell spesialisering innen logopedi, men referer til logopeder som jobber ved sykehus.

I omtale av deltakerne er det brukt *hen* som pronomen med tanke på anonymisering.

1.3 Avgrensning

Prosjektet har tatt utgangspunkt i logopeder som jobber ved sykehus med slag- og/eller rehabiliteringsavdeling. Dette utelukker logopeder som jobber i andre deler av helsevesenet og kommunal/privat sektor. Det har vært gjort en avgrensning ved å fokusere på utredningsdelen av pasientens forhold til sykehuslogopeden. Utredning og tiltak henger riktignok tett sammen spesielt innenfor dysfagifeltet. Mange metoder som brukes for utredning er utprøvende, og en tester ut ulike konsistenser og størrelse på bolus både for å finne ut av hva slags vansker pasienten har, men også for å vurdere hvilke kosttilpasninger

som fungerer. Videre er en dysfagiutredning ofte ikke noe som foregår kun én gang på samme pasient. Utredningen er en kontinuerlig utprøving og opptrening i å leve med svelgevanskene sine. Likevel har det vært etterstrebet gjennom hele forskningsprosessen å fokusere på utredning og ikke behandling. På bakgrunn av at hjerneslag er den høyest forekommende årsaken for dysfagi (Svensson, 2014, Panebianco, 2020), har hovedfokuset ligger på ervervet, nevrologisk dysfagi.

1.4 Oppgavens formål og problemstilling

Formålet med denne oppgaven er å få mer kunnskap om hvilke undersøkelsesmetoder sykehuslogopeder i Norge, som ikke har instrumentelle metoder tilgjengelig benytter seg av. Videre er det ønskelig å oppnå kunnskap om hvilke vurderinger og tanker logopeden gjør rundt rammene for deres virke.

Fra dette gir følgende problemstilling og forskningsspørsmål:

Hvordan reflekterer sykehuslogopeder rundt egen praksis ved klinisk utredning av orofaryngeal dysfagi?

- *Hvilke metoder for utredning benytter informantene seg av?*
- *Hva slags hjelpemidler har de tilgjengelig, og opplever de at disse er tilstrekkelige for å gjøre sikre vurderinger?*
- *Hvordan vurderes instrumentelle undersøkelsesmetoders relevans for pasientgruppen?*
- *Hvordan reflekterer logopedene rundt det å ikke ha instrumentelle metoder tilgjengelig til tross for anbefalinger i litteratur og retningslinjer?*

Til grunn for begrepet hjelpemidler ligger en vid forståelse, da det var ønskelig å få tak på sykehuslogopedenes egne refleksjoner rundt hvordan de gjør sikre vurderinger.

2.0 Teori

Her følger en gjennomgang av relevant teori som er nødvendig for å belyse problemstillingen. Først en gjennomgang av dysfagi og normal svelgfunksjon

2.1 Orofaryngeal dysfagi

Dysfagi er en den medisinske termen for svelgevansker. Det innebærer nedsatt funksjon eller forstyrrelser i svelging. Dette kan innebære vansker med sikker transport av mat, væske og medisiner fra lepper til magesekken. Det kan skyldes vansker med timing, koordinasjon, og nedsatt sensorisk og motorisk kontroll (Svensson, 2014). Orofaryngeal dysfagi henviser til at vanskene befinner seg over øsofagus, altså inngangen til spiserøret. Denne typen dysfagi har høy forekomst ved nevrologisk dysfagi, i motsetning til øsofagale vansker. Forekomst av dysfagi ved hjerneslag har vært estimert litt ulik, men en kan regne med at rundt 65% av de som får slag, får ulik grad og varighet av dysfagi (Panebianco, 2020).

Nevrologisk dysfagi er assosiert med høy dødelighet, medisinske problemer på bakgrunn av behandling og sosiale kostnader. Tidlig og riktig diagnostisering er viktig med tanke på pasienters livskvalitet og for å motvirke eller utsette dødsfall (Panebianco, 2020).

Dysfagi vanskeliggjør et adekvat nærings-, energi-, medisin- og væskeinntak. Det kan føre til feilernæring og dehydrering, med mange påfølgende medisinske komplikasjoner (Svensson, 2014). Hvis dysfagi ikke oppdages, eller blir diagnostisert upresist kan pasienten få aspirasjonspneumoni. Dette kan i verste fall føre til dødsfall. En aspirasjonspneumoni er en lungebetennelse på bakgrunn av at fremmedlegemer har kommet inn i nedre del av luftveiene. Dette kan være for eksempel mat, drikke, medisiner eller pasienten saliva (Svensson, 2014). Dette belyser viktigheten av tidlig og presis diagnostisering av svelgevansker.

For å forstå prinsippene for utredning av dysfagi, må en også ha oversikt over hvordan normal svelging foregår. Nedenfor følger en redegjørelse for normal svelging.

2.2 Normal svelging

Svelging kan defineres som den normale transport av mat, væske og medisiner fra lepper til magesekken (Svensson, 2014). Svelgingen er en sammenhengende prosess, men for en dypere forståelse av hva som skjer under normal svelging, kan en dele denne prosessen inn i ulike faser; preoral, oral, faryngeal og øsofageal fase. Disse fasene henger sammen i tid og som sekvenser. Dette varierer avhengig av alder når det gjelder timing av svelgbevegelsen og

endringer i sensitivitet (Shune, Moon & Goodman, 2016). Normalt sett har den orofaryngeale svelgingen en varighet på 0.6-1.0 sekund (Panebianco, 2020).

2.2.1 Den preorale fase

Den preorale fasen består av faktorer som på ulike måter forbereder oss på at vi skal spise eller drikke. Disse faktorene befinner seg på individ og miljø nivå, og forbereder slik at bolus blir gjenkjent som noe som skal konsumeres. Det består av tanker, handlinger og intensjoner (Shune, Moon & Goodman, 2016). Faktorene som regnes med er auditive (assosierte lyder), olfaktoriske (assosierte lukter), visuelle (å se maten), kognisjon (årvåkenhet, forventning, bevissthet, motivasjon, intensjon), proprioepsjon (kinestetisk romfølelse, å strekke seg etter, og føre mat/drikke til munnen). Disse sensomotoriske faktorene fører videre til salivproduksjon, og alt dette samlet innbefatter den preorale fasen (Shune, Moon & Goodman, 2016).

2.2.2 Den orale fase

Den orale fase kan igjen inndeles i to deler; bearbeidingsdelen og transportdelen. Bolus, altså det som skal svelges, bearbeides, tygges og iblandes spytt, og transporteres deretter bakover over tungeryggen mot svelget ved hjelp av en piskeliknende bevegelse. Denne delen av svelgingen er viljestyrt, til forskjell fra resten av svelgefasene (Svensson, 2014, Panebianco, 2020).

2.2.3 Den faryngeale fase

Den faryngeale fasen utløses av at bolus kommer langt nok bak i svelget. Denne fasen er ifølge Svensson (2014) avhengig av den orale fasen og at tungen aktivt fører bolus bakover mot svelget. Den faryngeale svelgingen utløses ikke utelukkende av bolusmateriale i svelget, eller farynx. Likevel spiller også sensorisk stimuli i svelget en rolle i utløsningen av svelgrefleksen. For at en trygg svelging skal gjennomføres, må luftveiene beskyttes og spiserøret åpnes på en koordinert måte. Dette skjer samtidig som en midlertidig stans i åndedrettet. Ved stenging av strupehodet (larynx) lukkes stemmebåndene og strupelokket (epiglottis) legger seg over inngangen til larynx (Svensson, 2014).

For at bolus skal finne veien ned spiserøret må det faryngoesofageale segmentet (PE-segmentet) åpne seg. Dette er en falsk ringmuskel som er festet i brusken i larynx. Den forhindrer at luft kommer ned spiserøret, samt beskytter svelget mot nedsvelget føde (Svensson 2014). Når larynx løftes, lukker stemmebåndene seg, epiglottis legger seg passivt over larynx og PE-segmentet slapper av slik at spiserøret åpner seg (Svensson, 2014). Videre

er normal svelging avhengig av tilstrekkelig leppelukke, samt lukke mellom bakre svelgvegg til passasjen opp i nesen (Svensson, 2008). Når PE-segmentet åpner seg, er det trolig et trykkfall som suger bolus ned i spiserøret (Svensson, 2014).

2.2.4 Den øsofageale fase

Når spiserøret har åpnet seg, passerer bolus gjennom PE-segmentet og fortsetter sin vei ned mot magesekken ved hjelp av muskulatur som ligger rundt spiserøret. Denne øsofageale fasen avsluttes når den øvre magemunnen åpnes og bolus entrer magesekken (Svensson, 2014).

2.3 Penetrering og Aspirering

Teoretisk sett skiller man mellom to feilsvelgninger som kan føre til hosterespons. Penetrering og aspirering. De har stort sett like symptomer, men skiller ved hvor langt ned i luftveiene fremmedlegemet kommer. Symptomer kan være eksempelvis «våt» stemme, hosterespons, våte øyne(Svensson, 2014).

2.3.1 Penetrering

Ved penetrering havner bolus ved inngangen til larynx, i området mellom epiglottis og stemmebåndenes overside(vestibulum). Dette kan observeres både ved nasofiberskopi(FEES) og videofluoroskopi(VFS). Lukkingen av stemmebåndene er dermed viktigere for å beskytte luftveiene enn lukkingen av epiglottis. Epiglottis lukkes passivt som en konsekvens av at larynx løftes opp under svelgingen. Ved penetrering er luftveiene fortsatt beskyttet, men en vil likevel normalt ha en hosterespons (Svensson,2014).

2.3.2 Aspirering

Dersom bolus havner under stemmebåndsnivå, og ned i luftveiene har pasienten aspirert. Her vil en normalt reagere med bl.a. hosterespons, men dersom en ikke gjør det regnes det som stille aspirering. Ved stille aspirering kan en ikke se noen reaksjon på pasientens feilsvelging, og kanskje kan heller ikke pasienten merke feilsvelgingen selv. Ved en klinisk undersøkelse vil en ikke kunne observere stille aspirasjon, mens ved FEES og videofluoroskopi vil dette være observerbart (Svensson, 2014).

En kombinasjon av ulike undersøkelsesmetoder forbedrer mulighetene for å oppdage aspirasjon, for selv når noen med erfaring gjennomfører en klinisk svelgvurdering vil de kun oppdage 40-60% av de som faktisk aspirerer (Svensson, 2014)

2.4 Utredning

I dette prosjektet forstås utredning som en prosess som kan bestå av ulike undersøkelsesmetoder. Nedenfor følger en redegjørelse for ulike typer undersøkelsesmetoder. Disse har sammenheng med metodene nevnt av deltakerne i prosjektet.

I følge Helsedirektoratets Nasjonal retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag (2017), får pasienter ingen føde det første døgnet etter slaget inntreffer. Deretter gjennomføres en screening, og der en finner tegn på dysfagi eller ved tvilstilfeller kontaktes logoped eller annen kompetent fagperson. Dette gjøres før pasienten gis peroral ernæring, altså gjennom munnen. Hensikten er altså å identifisere pasienter i risiko, før en videre kartlegging/utredning utløses. Speyer (2013) peker på at mange metoder for screening ikke er så lett å skille fra metodene som brukes i utredning, og videre at de ulike testene er gode på ulike ting. Screeningmetoder er ofte utviklet tiltenkt bestemte pasientgrupper, og ikke alltid overførbare til andre pasientgrupper (Svensson, 2014). Screening skjer oftest ved sengekanten i tidlig fase av hendelsen, og i Norge oftest ikke av spesialist.

En logopedisk utredning kan bestå av medisinsk historie, klinisk undersøkelse og instrumentell undersøkelse (Panebianco, 2020)

2.4.1 Screening

I Helsedirektoratets Nasjonale Retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag (2017) anbefales en standardisert vurdering av svelgefunksjon for alle pasienter ved akutt hjerneslag. Det bør skje tidlig etter innleggelse og før peroral ernæring blir gitt, altså ernæring via munnen. Anbefalingen kan følges på følgende måte:

«Vanntest ved svelgevansker

For å avdekke svelgevansker kan en enkel vanntest benyttes:

- *Tilby pasienten 1 teskje vann 3 ganger.*
- *Observer og kjenn med 4-fingertest.*
- *Hvis pasienten hoster: tilby pasienten en teskje fortykket vann (kefirkonsistens).*
- *Hvis pasienten fortsatt hoster med fortykket vann, avbryt testen og kontakt logoped eller annet kyndig personell.*

- *Hvis svelgingen går greit: La pasienten drikke 1/3 av fullt vannglass (ca 50 ml) med eller uten fortykning.» (Helsedirektoratet, 2017)*

Ved funn henvises pasienten til logoped eller annen kompetent fagperson for videre utredning, inkludert eventuell videofluoroskopi (VFS). Etter gjentatte søk med ulike formuleringer har det ikke vært mulig å finne en beskrivelse av 4-fingertest i Retningslinjene. Hvis en leser i kildene i referanselista under anbefalingene finnes en beskrivelse av 4-fingertest, hvor det beskrives at en skal kjenne med fingrene over strupehodet under svelgingen (Rugås et.al, 2005).

2.4.2 Kliniske undersøkelsesmetoder

I litteraturen finnes det mange beskrivelser av ulike kliniske undersøkelsesmetoder, og stor spredning i hva disse kan inneholde, samt hva som er hensikten med å gjennomføre dem. Det kan variere fra å kartlegge vansker og morfologi, utrede ernæringsmåte og sikkerheten knyttet til disse, og etablere baseline for videre undersøkelser eller terapi. Det finnes mange beskrivelser, men ingen gold standard innenfor kliniske undersøkelsesmetoder, slik som man finner i instrumentelle undersøkelsesmetoder (Svensson, 2010). Speyer (2013) peker likevel på noen fellestrekk i hva som står i fokus hos ulike kliniske metoder; pasienthistorie, undersøkelse av kognisjon og kommunikasjonsevner, evaluering av oral, laryngeal og faryngeal fysiologi, anatomi og funksjon, med spesielt fokus på kranienerve og oral intake assessment. Det er likevel lite publisert om validiteten og reliabiliteten av kliniske utredningsmetoder for dysfagi (Speyer, 2013) og dermed er det anbefalt at en bruker gold standard instrumentelle undersøkelsesmetoder – VFS og FEES. Ifølge Per Svensson (2014) er kliniske undersøkelsesmetoder nødvendige, men langt fra tilstrekkelige for å få et bilde av pasientens svelgevansker. Han viser også til at pasientens allmenntilstand noen ganger kan forhindre at instrumentelle undersøkelsesmetoder benyttes. Likevel bør prinsippet om utredning før behandling også gjelde ved dysfagi.

En klinisk undersøkelse kan også inneholde en måltidsobservasjon, hvor man vurderer pasientens evne til å spise og drikke i en ikke-tilrettelagt situasjon (Svensson, 2014).

2.3.2.1 Firefingertesten/Palpering

Tross mange litteratursøk for å finne gode beskrivelser av firefingertesten, har dette vært vanskelig å finne. Ideelt sett hadde det vært ønskelig med nyere beskrivelser av metoden. De fleste nyere kilder refererte til bøker som ikke lenger var i salg, eller tilgjengelig ved bibliotek. Nedenfor følger noen beskrivelser av firefingertest/palpering.

Judith Langley (1987) beskriver *Manual Assessment of Swallowing* som en metode hvor man får informasjon om aktivering eller mangel på aktivering av svelgrefleksen. Den indikerer også hvorvidt dette ble fulgt av bevegelse av larynx, og om denne var adekvat eller forsinket.

Når pasienten skal svelge plasserer den som utfører testen fingertuppene sine på fire punkter; kjevebein, hyoidbein, thyroid cartilage(strupehodet) og thrachea (luftrøret). Se figur 1. for illustrasjon

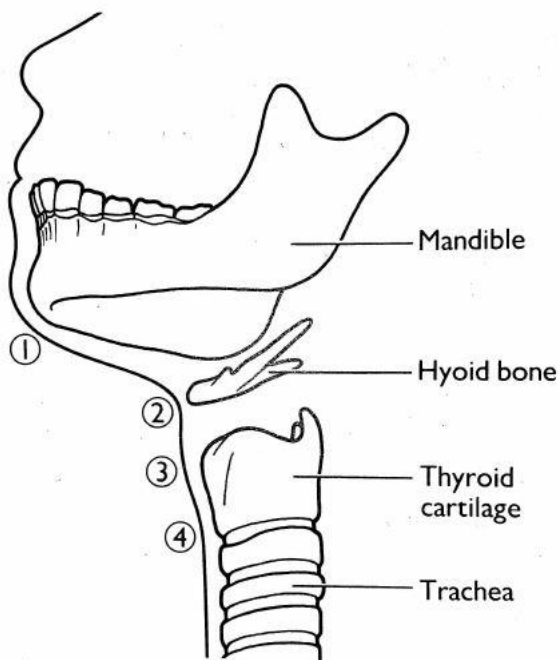


Figure 7 The points of contact for fingers 1, 2, 3 and 4.

Figur 1. Illustrasjon av fingerplassering, 4-fingertest (Langley, 1987).

Første finger plasseres rett på innsiden av kjevebeinet, andre finger plasseres i overgangen mellom kjeven og halsen, der hvor man kan kjenne hyoidbeinet. Tredje og fjerde finger

plasseres over og under strupehodet (thyroid cartilage). Når pasienten svelger er første og andre finger posisjonert slik at en kan kjenne tungemuskulaturen og hyoidbeinet bevege seg bakover når tungen igangsetter svelgebevegelsen. Suksessive forsøk, altså rykkende bevegelser i tunga, tolkes som vansker med å fullføre den pisklignende bevegelsen tungen utfører ved normal svelging. Tredje og fjerde finger vil være posisjonert til å kunne kjenne forsøk på å lukkestemmebåndene og heve larynx.

Svelgevansker er indikert av fravær av bevegelse når pasienten bes om å svelge, eller svak, anstrengende eller usynkroniserte bevegelser.

Brates et al (2020) beskriver palpering av det hyolaryngeale complex, utviklet og popularisert av Jeri A. Logemann. Dette foregår som en del av en undersøkelse, sammen med pasient historikk, undersøkelse av kranialnervefunksjon, og svelgtest med mat og drikke hvis det er relevant. Denne palperingen foregår mens klinikerer administrerer et utvalg mat og drikke i varierende konsistenser og volum. I følge Brates et al (2020) plasseres første finger under tunga, andre finger på hyoid beinet, og tredje finger på thyroid cartilage, altså strupehodet mens pasienten blir instruert til å svelge. I følge Logemann referert i Brates et al (2020) er dette for å undersøke styrken i tungemuskulaturen, samt bevegelse i hyoid og laryngeal bevegelse under svelging. Det er også med tanke på å gi et tidsestimat for oral transport og faryngeal forsinkelse basert på relativ timing av bevegelsene. Altså, timing av bevegelsene i forhold til hverandre. IDD

2.4.3 Instrumentelle undersøkelsesmetoder

Det finnes ulike instrumentelle undersøkelsesmetoder en kan benytte i utredning av dysfagi. Nedenfor følger en gjennomgang av metodene som ble nevnt av deltakerne i prosjektet. Nasofiberskopi (FEES) og Videofluoroskopi (VFS) er regnet som «gold standard» og likestilte metoder, med hver sine fordeler og ulemper (Svensson,2014). Svensson (2014) hevder at idealsituasjonen ville være å ha tilgang til både Nasofiberskopi(FEES) og Videofluoroskopi(VFS) slik at en kunne velge metode utfra pasienten svelgesymptombilde.

2.4.3.1 Nasofiberskopi (FEES)

FEES (fiberendoscopic evaluation of swallowing), oversatt av Svensson (2014:65) til FUS (fiberendoskopisk undersøkelse av svelgingen) består av en endoskopi av svelget gjennom nesehulen. En liten slange med kamera på tuppen føres inn gjennom nesen og bak mot svelget(farynx)(Svensson, 2014). Det er en funksjonell og morfologisk undersøkelse hvor en vurderer velofarynx sfinkteren/PE-segmentet, og undersøker faryngeale og laryngeale reflekser (Panebianco, 2020). Den kan gjennomføres både diagnostisk og terapeutisk, for å undersøke hva slags volum og konsistenser som fungerer og ikke fungerer for pasienten. Ved denne metoden fås et bilde av anatomi, morfologi og funksjon i de delene som er synlig i undersøkelsen. En får også informasjon om salivproduksjon, tilstand av slimhinner, stemmebånd og sensibilitet i hypofarynx og larynx (Svensson, 2010). Metoden kan gjennomføres ved ulikt funksjonsnivå hos pasienten, også bedside hos pasienter som er sengeliggende. Pasienten får mat/drikke som varierer i volum og konsistens. Den som opererer skopien filmer farynx før svelging, trekker skopien bak til nesehulen i det pasienten svelger, før den føres ned igjen til farynx. Her vil en kunne observere om pasienten har svelget fullstendig ned eller om det er rester av bolus i farynx. Dersom en har brukt matfarge eller kontrastvæske, vil det være enda lettere å observere aspirering ved stemmebåndene, og om bolus har penetrert luftveiene (Svensson, 2010). Denne prosedyren gjør det mulig å oppdage vansker i svelgingen, penetrering og aspirering (Panebianco, 2020).

2.4.3.2 Videofluoroskopi (VFS)

Denne undersøkelsen gjennomføres i samarbeid med røntgenlege og logoped, og gjennomføres mange steder på en terapeutisk måte ved at man tester ut ulike typer kontrastkonsistenser, volum og svelgeteknikker. Denne undersøkelsen foregår i tverrsnitt, med video av pasienten som svelger. Det er et nyttig verktøy for å bestemme tilstedeværelse, alvorlighetsgrad og karakteristikk ved pasientens dysfagi (Panebianco, 2020). En VFS kan gi et bilde av hele den orofaryngeale svelgingen, samt esofageale forhold. Det er mulig å observere funksjonen i lepper, tunge, gane og svelg, samt observere hele bolus` reise fra leppene og ned i øsofagus. Med andre ord er det mulig å observere både penetrering, aspirering og stille aspirasjon. Den har likevel noen begrensninger ved at en må vurdere om pasienten kan utsettes for røntgen med tanke på strålingsrisiko (Svensson, 2014).

2.4.3.3 Røntgen øsofagus

Dette var en undersøkelse som ble nevnt av samtlige deltakere i prosjektet. I litteraturen er den ikke beskrevet som egnet for orofaryngeal dysfagi. Den beskrives likevel, da det var en av metodene deltakerne oppga at de hadde tilgjengelig.

Denne undersøkelsen består av røntgen av hypofarynx og øsofagus. Den utføres av røntgenlege, oftest med en lettflytende kontrast. Hensikten er oftest å påvise morfologiske avvik, eksempelvis tumor, striktur, stenose, membran, divertikel eller herniering, som en forklaring på svelgsymptomene. Seriebilder tas med 2-6 bilder per sekund. Det gir en begrenset illustrasjon av svelgfunksjon og kan ikke brukes for bedømming av dynamiske svelgforløp. Den egner seg altså ikke til svelgvurdering av den orale og faryngeale svelgingen, da denne foregår i løpet av knapt ett sekund. Dersom en ønsker en mer inngående analyse av svelgingsforløpet, krever det en undersøkelse med høyere bildefrekvens og ulike typer bolus (Svensson, 2014). Det vil da være aktuelt med en videofluoroskopi.

3.0 Metode

Det følgende kapittel omhandler den metodiske og praktiske gjennomføringen av forskningsprosjektet. Den beskriver hvilke valg som er tatt, med tanke på hva som er hensiktsmessig for prosjektet. Metodologi handler om veien til målet (Kvale og Brinkmann s 140) og tenkemåtene som ligger til grunn for undersøkelsen.

I kapittelet vil først kvalitativ metode og vitenskapelig forankring redegjøres for. Deretter vil design, utvalg og datainnsamling gjennomgås. Metode for analyse vil så presenteres, før forskningskvalitet, herunder refleksivitet, overførbarhet, reliabilitet og validitet diskuteres. Til slutt vil relevante etiske overveielser diskuteres.

3.1 Kvalitativ metode

På bakgrunn av prosjektets problemstilling ble kvalitativ metode vurdert som hensiktsmessig. I kvalitativ metode er en opptatt av å registrere kvalitet eller spesielle kjennetegn ved ulike fenomener som studeres (Johannessen et. Al. 2016). Denne typen metode egner seg godt når en er ute etter å studere menneskers indre liv eller oppfatninger og erfaringer (Befring, 2015:38). I dette prosjektet er en ute etter logopedenes refleksjoner rundt egen praksis og rammer for praksis, og kvalitative metoder er særlig godt egnet til dette. Kvalitative metoder egner seg godt når en ønsker å få grep om menneskelige erfaringer, opplevelser, tanker, forventninger, motiver og holdninger (Malterud, 2017:31) og henger således sammen med det en søker i dette prosjektet. Materialet i kvalitative undersøkelser består av tekst, som stammer eksempelvis fra intervju eller observasjoner (Malterud, 2017:30). I denne undersøkelsen er intervju valgt som innsamlingsmetode, herunder semi-strukturert intervju.

3.2 Vitenskapsteoretisk tilnærming

Dette prosjektet plasseres innenfor en sosialkonstruktivistisk vitenskapsteoretisk tilnærming. Dette innebærer et syn på at fenomener og kunnskap skapes gjennom menneskelig samhandling. Mening, definisjoner og forståelse skapes gjennom dialog, og det relative, subjektive blir mer sentralt enn absolutte, universelle, objektive fakta (Malterud, 2017:29). Videre innebærer det en ontologisk forutsetning om at det eksisterer mange virkeligheter. (Nilssen, 2012:25). Virkeligheten er kompleks, og kunnskap konstrueres i en sosial, historisk og kulturell kontekst mellom forsker og forskningsdeltaker (Nilssen, 2012:25, Malterud, 2017:29). Dermed er ikke sannhet noe som ligger klart for å oppdages, men den epistemologiske forutsetningen innebærer at kunnskapen blir konstruert i møtet mellom

forsker og deltaker (Nilssen, 2012:25). Dette innebærer at forskning kan gi oss noen svar, men ikke svaret (Nilssen, 2012:25). Fra dette følger en forståelse av at det ikke finnes én sannhet eller versjon av virkeligheten, men flere perspektiver på den samme virkeligheten. I dette prosjektet innebærer dette at kunnskapen skapes mellom forsker og deltaker gjennom et kvalitativt intervju.

3.3 Design

Designet følger valg av metode, i denne sammenheng kvalitativ forskningsmetode. Med utgangspunkt i problemstillingen og temaet denne faller innenfor, ble eksplorativt induktivt design valgt som fremgangsmåte. Dette metodiske perspektivet tar utgangspunkt i å undersøke fenomener slik de oppleves (Malterud, 2017). Området prosjektet har som fokus ser ut til å være et lite utforsket område, særlig i en norsk kontekst, og i så måte kan dette sees på som utforskende. Eksplorative design egner seg godt på områder som er lite utforsket (Befring, 2015:84) og når man ønsker å avdekke nye dimensjoner ved forskningstemaet (Kvale & Brinkmann, 2015:147). Forskningens design omhandler planen på forskningsprosessen. Undersøkelsens «hvordan», altså hvilke prosedyrer og teknikker vil en bruke i prosjektet (Kvale & Brinkmann, 2015:144).

3.3.1 Induktiv tilnærming

I prosjektet har det vært anvendt en induktiv tilnærming til forskningsprosessen. Slutninger trekkes fra det enkeltstående til det allmenne, altså at man samler inn data fra et antall tilfeller for å si noe generelt om en gitt gruppe med tilfeller (Malterud 2017:27, Kvale & Brinkmann, 2015:224). Å utvikle begreper, ideer eller teori med basis i datamaterialet, altså å gå fra empiri til teori, i motsetning til en deduktiv tilnærming som innebærer å teste teorier på datamaterialet (Nilssen, 2012:79). Ved litteratursøk på temaet i dette prosjektet, har det sett ut til å være lite forskning, særlig i en norsk sammenheng, og en induktiv tilnærming har vært vurdert som relevant. Videre vil den teorien som faktisk finnes også knyttes opp mot datamaterialet.

3.3.2 Hermeneutikk og forforståelse

Hermeneutikk handler om tolkning av menneskelige uttrykk for å skape forståelse (Malterud, 2017:28). Hermeneutikk har tre betydninger; uttrykk, tolkning og oversettelse. Til sammen er disse hermeneutisk operasjon, en operasjon som har forståelse som mål (Nilssen, 2012:71). Den hermeneutiske sirkel er sentral, spesielt i forståelsen av betydning av kontekst og selvrefleksjon (Malterud, 2017:28). Tolkingsarbeidet består av stadige bevegelser mellom del og helhet; det som blir fortolket og konteksten, og det som blir fortolket og forforståelsen (Nilssen, 2012:73-74). Den fullstendige meningen ligger ikke i teksten selv, men i en fortolkningsprosess hvor tekst, kontekst og forforståelse påvirker hverandre. På denne måten kan en også uttrykke prosessen som en hermeneutisk spiral, hvor tolkningen stadig utvikles (Nilssen, 2012:74). Dette henger sammen med en sosialkonstruktivistisk tilnærming, hvor en også fra et hermeneutisk ståsted legger vekt på at det ikke finnes en egentlig sannhet, men at fenomener kan forstås på ulike måter. I en analyseprosess vil en for eksempel operere med ulike nivåer som eksisterer samtidig, men som bytter på å være i forgrunn og i bakgrunn (Nilssen, 2012:72, 75).

I dette prosjektet gjennomføres det intervjuer av logopeder som selv reflekterer og tolker sine vurderinger. På denne måten kan vi også snakke om en dobbel hermeneutikk. Det innebærer at vi fortolker forskningsdeltakernes fortolkning av en situasjon. Vi gjengir ikke fortellingen deres som den er, men prøver å gå bak den og få frem begrunnelser, holdninger og refleksjoner som ligger til grunn. Vi har dermed med en dobbelt kontekst å gjøre, den kulturelle konteksten hvor meningen ble skapt og der den senere ble fortolket (Nilssen, 2012:73-74).

3.3.3 Forskerens rolle

Med de filosofiske forutsetningene fra hermeneutikk og sosialkonstruktivisme som er satt i dette prosjektet, er forskerens rolle sentral nettopp fordi forsker og deltaker skaper kunnskap i felleskap. Med rammene kvalitativt semi-strukturert intervju setter gir det også synlighet på hvordan forskeren har en sentral rolle i forskningsprosessen. Forskerens ståsted, faglige interesser, motiver og personlige erfaringer legger føringer for problemstillingen. Det er også forskeren som tar avgjørelser av hvilke metoder og utvalg som anses som relevante, hvilke resultater som besvarer de viktigste spørsmålene, og hvordan konklusjonene vektlegges og formidles (Malterud, 2017:42). Forskeren er altså sentral og førende gjennom hele prosessen.

Følgelig vil synliggjøring av hvordan forskeren påvirker prosessen være sentralt. Dette vil diskuteres senere i oppgaveteksten.

3.4 Kvalitativt semi-strukturert intervju

Med utgangspunkt i prosjektets problemstilling ble kvalitativt intervju valgt som den mest hensiktsmessige metoden for å finne svar på det problemstillingen spør om. Det ble valgt individualintervjuer med et ønske om å gi deltakerne tid og rom for å dele erfaringer og refleksjoner som kan kreve en viss grad av trygghet for å dele (Malterud, 2017:133).

Strukturen i intervjuet kan variere ut fra hva en ønsker å få tak på og hvor dypt en forsøker å gå. Hvor dypt en kommer er avhengig av prosjektets problemstilling og relasjonen mellom deltaker og intervjuer (Malterud, 2017:133).

Intervju som form kan variere fra å ha en fast struktur med faste spørsmål, til en åpen struktur hvor retningen kommer til underveis. Intervjuet bør ha en viss grad av struktur, for at samtalen skal omhandle det man faktisk er ute etter å forske på. Likevel bør en være forsiktig med å lede deltakerne for mye. Da vil en bevege seg for mye innenfor forforståelsen. Det kan derfor være nyttig å ha litt is i magen, og følge deltakeren et stykke på vei når de begynner å snakke om noe man i utgangspunktet tenker er utenfor problemstillingens område (Malterud, 2017:134). Denne strukturen man beveger seg innenfor tydeliggjøres av en intervjuguide som utarbeides i forkant av intervjuene.

For å gi plass til deltakernes egne refleksjoner rundt tilgjengelighet av metoder og rammer for egen praksis, ble ikke studiens formål eksplisitt formulert i forkant av intervjuene. Deltakerne hadde riktignok fått tilsendt informasjonsskriv med utvalgsriterier og formålsbeskrivelse, men problemstillingen og formålets kjerne var ikke formulert. Undersøkelsen ble dermed gjennomført med et element av traktintervju, hvor man ikke på forhånd har informert deltakerne fullt ut om hva man er ute etter. Denne typer intervjuer bør innebære etiske overveielser i forhold til informert samtykke (Kvale & Brinkmann, 2015:162). Se kapittel 3:10 om etiske betraktninger for videre diskusjon av dette.

3.4.1 Utforming av intervjuguide

En intervjuguide er et skript som lager rammen eller strukturen for intervjuet. Den kan være mer eller mindre fast (Kvale & Brinkmann, 2015:162). I tråd med semi-strukturerte intervju

ble intervjuguiden i dette prosjektet utformet med overordnede temaer, og eksempler på oppfølgingsspørsmål eller utvidende spørsmål for å utvide refleksjonene i samtalen. Den ble ansett som en huskeliste, med en introduksjon, og deretter temaer hvor rekkefølgen var fri – altså ikke behov for å følge den slavisk. Dette er viktig for å åpne opp for nye spørsmål og tematikk i forhold til problemstillingen (Malterud, 2017:33). Se vedlegg 1 for intervjuguide.

Intervjuguiden startet med en innledende del, hvor deltakernes bakgrunn var i fokus, altså spørsmål knyttet til utdanning, arbeidsplassen, erfaring osv. Dette temaet ble plassert tidlig i intervjuet fordi det er spørsmål som ble vurdert som enkle å svare på for deltakerne. Det var etterstrebet å legge opp til en åpen og avslappet tone i intervjuet, og dette var et av elementene som kunne bidra til dette.

I hoveddelen var teamene formulert som utredning og kompetanse. I temaet utredning var spørsmålene av reflekterende grad, eksempelvis «hva gjør du?», «hvorfor gjør du dette?» og «hva tenker du rundt denne måten å gjøre det på?» Spørsmålene knyttet til temaet kompetanse handlet om egen og kollegaers muligheter til å bygge opp kompetanse. Til slutt i hoveddelen ble det spurt spesifikt om det var noen verktøy deltakerne savnet. Dette ble plassert til slutt for å sikre at det ble snakket om, men også for å sikre at deltakernes egne refleksjoner skulle få komme først og på den måten ikke være ledet av intervjuers forforståelse.

I avslutningen var fokuset å få tak i ting deltakerne eventuelt brant inne med, og runde av intervjuet. Det inneholdt også en tydeliggjøring av studiens formål, da dette ikke hadde vært eksplisitt informert om på forhånd, nettopp for å få tak i deltakernes refleksjoner og ikke styre dem for mye. Se kapittel om etiske betraktninger for diskusjon av dette.

3.5 Utvalg: rekruttering og samtykke

I denne undersøkelsen ble strategisk utvalg valgt for å rekruttere deltakere, ut fra hvem som best kunne belyse problemstillingen (Malterud, 2017:58). Det var bestemte kriterier deltakerne måtte oppfylle for å kvalifisere for å delta. Først og fremst måtte de være logopeder, som hadde jobbet minimum ett år med dysfagi. Det var ønskelig at de jobbet ved slagenhet og/eller rehabiliteringsenhet, da slag er en av de hyppigste årsakene til dysfagi. Til sist var det ønskelig at de ikke hadde tilgang til instrumentelle undersøkelsesmetoder, altså videofluoroskopi (VFS) og Nasofiberskopi (FEES) ved sin arbeidsplass. Problemstillingen spør etter refleksjoner rundt kliniske undersøkelsesmetoder, og det ble vurdert at logopeder

som ikke hadde instrumentelle metoder tilgjengelig trolig ville ha spesifikk og unik kunnskap om dette.

Rekruttering ble forsøkt ved å søke bredt i en henvendelse videreformidlet av Norsk Logopedlag per epost til deres medlemmer, samt facebook-side. Det ble også lagt ut i andre grupper for norske logopeder på facebook. Deretter ble det søkt deltakere via Dysfaginetverket, et nettverk for logopeder som jobber mye med dysfagi. Det var utfordrende å finne deltakere som oppfylte kriteriene, og til sist ble tilgjengelighetsutvalg ved snøballteknikk brukt som metode for rekruttering (Malterud, 2017:59-60). Deltakernes nettverk ble brukt, og de henviste videre til andre som kunne være aktuelle.

Når kontakten var opprettet fikk de aktuelle deltakere tilsendt informasjonsskriv de kunne lese før de eventuelt signerte samtykkeskjema. To av de aktuelle deltakerne svarte ikke på denne henvendelsen, og det ble sendt én oppfølgings-e-post. Deretter ble det tolket som at de ikke var interessert i å delta. Til slutt sto det igjen tre deltakere igjen som stilte seg positiv til å delta. De signerte deretter på samtykkeskjema. Se vedlegg 2 for informasjonsskriv.

Noe av det som gjorde rekrutteringen av deltakere utfordrende kan ha vært at utvalget i utgangspunktet er lite. Det er få logopeder som jobber med dysfagi, og enda færre som kun benytter seg av kliniske metoder. Videre er det mange ulike begreper i brukt innad i fagmiljøet om de ulike utredningsmetodene, og noen av de som tok kontakt viste seg å ikke oppfylle utvalgsriteriene. Det kan også ha spilt en rolle at hvorvidt en metode regnes som tilgjengelig eller ikke kan vurderes på ulike måter. Samarbeid med andre yrkesgrupper, sertifisering og fysisk plassering av slagenhet/rehabilitering i forhold til ØNH kan ha spilt inn i vurderingen av om logopeden har instrumentelle metoder tilgjengelig eller ikke.

Størrelsen på utvalget ble satt til 3-4 deltakere i samarbeid med veileder. Det var ønskelig å komme i dybden på deltakernes refleksjoner, og et større utvalg ville gitt for store mengder data. Det var ikke mulig innenfor rammene av denne typen prosjekt.

3.6 Datainnsamling

Ved start av prosjektet ble tema for undersøkelsen tidlig klart, og valg av metode fulgte dette. På bakgrunn av dette ble prosjektet meldt til Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste (NSD) for godkjenning, se vedlegg 3. Informasjons- og samtykkeskjema ble også utformet og etter samtykke til dette ble det avtalt tidspunkt for intervjuer. I det følgende vil datainnsamlingsprosessen gjøres rede for, gjennom kvalitativt intervju, og opptak og lagring av innsamlet materiell.

Tre logopedere ble til slutt intervjuet. De jobbet alle ved sykehus, hvor 1 av logopedene jobbet ved slagenhet, og to av logopedene jobbet ved slagenhet og rehabiliteringsenhet. Felles for dem alle var at de servet hele sykehuset, og kunne få henvisninger fra alle avdelinger ved behov (Klinisk servicefunksjon). De hadde mellom 6-25 års erfaring med å jobbe med dysfagi, og hovedgruppen av pasienter hadde slag som årsak til dysfagi. To av logopedene jobbet på sykehus som eneste logoped, mens en av de hadde logopedkollegaer på arbeidsplassen. Av hensyn til deltakernes anonymitet gis det ikke ytterligere informasjon om deltakerne, og de vil heller ikke omtales enkeltvis videre i undersøkelsen.

Av utredningsmetoder benyttet samtlige seg av kliniske undersøkelsesmetoder. Alle hadde FEES og røntgen øsofagus tilgjengelig gjennom samarbeid med Øre-nese-hals-avdelingen (ØNH) på arbeidsplassen. Samarbeidet ble riktignok beskrevet og reflektert rundt på ulik måte. Dette vil jeg komme tilbake til senere. De hadde ikke videofluoroskopi tilgjengelig.

Tre intervjuer ble gjennomført i perioden mars – juli 2020. Lengden på intervjuene var mellom 53 minutter, og 1 time og 19 minutter. Intervjuene ble gjennomført over videosamtale, noe som var nødvendig for å få gjennomført med deltakere som oppfylte utvalgskriteriene. Det lå ikke i rammene til dette prosjektet å reise rundt for å intervju ansikt-til-ansikt, og det ble ytterligere aktualisert under covid-nedstengningen. Det ble lagt opp til at intervjuene ble gjennomført innenfor arbeidstiden til deltakerne, på det tidspunkt som passet best for dem.

Samtalen startet med å sjekke at lyd og bilde var i orden, og deretter litt småprat for å skape et avslappet, naturlig rom sammen. I kvalitativ forskning er forskeren sitt eget viktigste verktøy, og viktigheten av å skape trygt rom og en god relasjon mellom forsker og deltaker er avgjørende (Malterud, 2017).

På forhånd hadde deltakerne fått informasjon om prosjektets formål og dette ble gjentatt i intervjuet. Det var ikke spesifikt formulert at diskrepansen mellom litteratur og anbefalinger

om bruk av instrumentelle undersøkelsesmetoder ville bli tematikk, men i utvalgskriteriene var det spesifisert at deltakerne ikke skulle ha videofluoroskopi (VFS) og nasofiberskopi (FEES). Dette vil diskuteres videre i kapittelet om etiske betraktninger.

Intervjuet startet med innledende spørsmål, grunnleggende spørsmål om erfaring og deltakernes bakgrunn, såkalte biografiske data. Dette for å gi en myk start på samtalen. Deretter gikk samtalen over i spørsmål om gangen i utredningen, med oppfølgende, utvidende spørsmål som oppmuntret til refleksjon rundt praksis. Videre ble det spurt om kompetansebygging, både egen og kollegers, og det tverrfaglige samarbeidet. Hvorvidt deltakeren savnet tilgang til noen metoder eller verktøy var plassert mot slutten av intervjuet, for å gi plass til deltakernes egne refleksjoner først og ikke lede dem for mye på bakgrunn av forskerens for forståelse. Avslutningsvis ble det spurt om deltakerne hadde noen tanker om utredning vi ikke hadde snakket om, før samtalen gradvis gikk over i småprat. Det ble også avklart at begge parter kunne ta kontakt dersom noe var uklart, og informert om at det var mulig å trekke seg fra prosjektet også i etterkant av intervjuet.

Det ble benyttet håndholdt taleopptak via høyttaler på pc. Umiddelbart etter hvert intervju ble det skrevet notater i forskningslogg, for å fange opp observasjoner, refleksjoner etc. som ikke ble fanget opp i lydopptaket. Det ble for øvrig skrevet forskningslogg gjennom hele prosjektet.

3.7 Analyse

Da materialet var samlet inn var det tid for å analysere og tolke. I analysen søker en å finne mening i datamaterialet. I dette prosjektet ble Systematisk tekstkondensering brukt som analysemetode. Det er en metode for analyse av kvalitative data, som er utviklet for å sikre nybegynnere en enkel innføring i analyseprosessen på en måte som er overkommelig og vitenskapelig (Malterud, 2017). Det er videre relativt fritt for filosofisk og metodologiske forankringer (Malterud, 2017) og ble derfor vurdert relevant for dette prosjektet. Metoden består av fire trinn, å få et helhetsinntrykk, å identifisere meningsbærende enheter, å abstrahere innholdet i de enkelte meningsdannende enhetene og å sammenfatte betydningen av dette (Malterud, 2017). Senere deler av kapitlet vil komme tilbake til dette.

3.7.1 Transkripsjon

Dataene ble transkribert av samme person som gjennomførte intervjuene. Det ble gjort på bakgrunn av lydopptak, og strukturert etter intervju 1-3. Transkripsjonen foregikk i word-dokument, med nummerering av sidetall og linjer. Hvert intervju ble transkribert kort tid etter intervjuet var gjennomført, for å sikre at mest mulig informasjon som ikke ble fanget opp av lydopptaket kom med. Det første intervjuet ble transkribert ordrett slik deltakeren snakket, med alle lyder, fyllord og pauser. I de to resterende intervjuene ble dette ikke gjort, med mindre det ble vurdert som relevant for meningsinnholdet i det som ble sagt. For eksempel hvis deltakeren reflekterte og brukte høy grad av ufullstendige setninger, ble dette tatt med for å ikke forenkle meningsinnholdet. Dette lettet selve transkripsjonsarbeidet, og var også nyttig frem mot analyse, da irrelevante data ble utelukket i en tidlig fase. Det ble også notert (latter) og (ironi) der det forekom, da dette var avgjørende for at meningsinnholdet skulle komme frem i skriftliggjøringen, og ikke gå tapt i analysen. Det ble etterstrebet å bevare mest mulig muntlig språk, for å gjengi meningsinnholdet mest mulig lojalt og bevare deltakerens stemmer og formuleringer.

Denne type transkripsjon vil alltid innebære en fortolkningsprosess og filtreringsprosess hvor noe innhold går tapt eller forvrenges. Det er umulig å gjengi virkeligheten, men gjennom transkripsjonen ble det etterstrebet å gjengi meningsinnholdet, deltakerens erfaringer og meninger, slik det ble oppfattet under datainnsamlingen (Malterud, 2017). Lydopptaket i seg selv er en første abstraksjon av virkeligheten slik den fremsto i intervjuet, der deler av innholdet går tapt, eksempelvis kroppsspråk, gester etc. Deretter er transkripsjonen en skriftlig form som innebærer en ny abstraksjon av innholdet, hvor stemmeleie, intonasjon og åndedrett går tapt (Kvale & Brinkmann, 2015). For hver gang innholdet abstraheres er det noe som går tapt, men det er en nødvendig del av forskningsprosessen for at det skal være mulig å analysere og få vitenskapelig kunnskap om virkeligheten. Denne forenklingprosessen innebar i dette prosjektet først og fremst selve transkriberingen. Når de transkriberte intervjuene var skriftliggjort dannet de grunnlaget for den videre analysen.

3.7.2 Analyse av data

Som nevnt tidligere har analysen tatt utgangspunkt i Systematisk Tekstkondensering slik den er beskrevet av Kirsti Malterud(2017). Det ble etterstrebet å følge metodens hovedstruktur, selv om den ikke ble fulgt punktvis. Metoden består av fire trinn. Analyseprosessen vil belyses med utgangspunkt i disse nedenfor. I tillegg til denne metoden, ble det brukt excel ark for å registrere grunnleggende fakta om hver deltaker, eksempelvis hvor lang erfaring de hadde med dysfagi, om de jobbet ved slagenhet og/eller rehabiliteringsenhet, samt hvilke metoder de hadde tilgjengelig. Dette ble samlet og presentert ved presentasjon av deltakere. Gjennom hele analysen var alle sitater og utsnitt fra transkripsjonen tydelig merket med hvilken deltaker som sto bak sitatet. Dette ble vurdert som viktig for å styrke prosjektets validitet og reliabilitet. Se kapittel 3.9 for mer om dette.

I første steg ble datamaterialet som besto av tre transkriberte intervjuer lest gjennom for å forsøke å skape et helhetsinntrykk og vurdere mulige temaer som representerer meningsinnholdet. I dette stadiet er det sentralt å være åpen for deltakernes egne stemmer og det de er opptatt av, og på denne måten sette forforståelsen til side(Malterud, 2017:99). Første gangen dette ble forsøkt var temaene veldig like temaene som intervjuguiden tok utgangspunkt i. I samarbeid med veileder ble dette drøftet og forstått som at forforståelsen trolig dominerte for mye (Malterud, 2017). Det ble gjort et nytt forsøk, og nye foreløpige temaer ble identifisert.

Andre steg innebar å identifisere meningsbærende enheter, som et steg i filtreringsprosessen hvor relevant tekst ble skilt fra irrelevant (Malterud, 2017). Det ble valgt ut de delene av teksten som kunne tenkes å belyse problemstillingen. Deltakerne, spesielt en, brukte mye tid i intervjuet på å snakke om logopedutdanninga og hvordan den påvirket hens praksis. I analyseprosessen var ikke dette noe som umiddelbart sto frem for forskeren som relevant i forhold til problemstillingen, men det ble likevel tatt med, da dette var noe alle deltakerne snakket om, og med tanke på at forskeren kanskje ikke så relevans på grunn av sin forforståelse. De meningsbærende enhetene ble først forsøkt identifisert samtidig som de ble systematisert inn i koder (Malterud, 2017) ved å markere med merketusj i ulike farger korresponderende til kodene. Det viste seg å være lite hensiktsmessig på dette spesifikke materialet, da det var flere tekstbiter hvor deltakerne snakket om flere ting samtidig, altså hørte den samme teksten hjemme i flere koder. Av praktiske årsaker ble derfor de

meningsbærende enhetene markert i samme farge, sortert digitalt inn i koder og deretter printet ut på nytt. Høy grad av dobbel- og trippelkoding av meningsbærende enheter kan være et tegn på at kodene ikke er presise nok (Malterud, 2017). Derfor ble kodene igjen gjennomgått og enhetene ble også studert nøye for å sikre at det ikke var tilfelle. Noen av kodene ble slått sammen, for eksempel *Velfungerende samarbeid* og *Krevende samarbeid*. Koden *Beskrivelser av metoder* ble besluttet tatt vekk, og heller inkludert i excel-ark med grunnleggende fakta om hver deltaker, og senere presentert i gjennomgang av deltakerne. Detaljer rundt hvordan utredningsmetoder ble gjennomført, ble vurdert som for omfattende for dette prosjektet, eksempelvis hvilke tegn deltakerne så etter i en klinisk undersøkelse. Til slutt var 5 koder identifisert; *Personifisering av dysfagikompetansen*, *Samarbeid med andre faggrupper*, *Pasientene kommer godt ut av det*, *Egen kompetanseutvikling*, *Metoderefleksjon: instrumentelle metoder i praksis*.

I tredje trinn, kondensering, handlet om å abstrahere meningsinnhold fra de meningsbærende enhetene. Først ble hver kodegruppe gjennomgått, og subgrupper ble identifisert. Det innebar å identifisere hvilke meningsbærende enheter som hadde den samme tematikken innenfor hver kode. Deretter ble det innad i hver subgruppe konstruert et kondensat, altså et kunstig sitat, som sammenfattet meningen der den var felles fra de ulike deltakerne (Malterud, 2017). I noen tilfeller, for eksempel når deltakerne beskrev samarbeidet med Øre-Nese-Hals avdelingen, beskrev de motsetninger. Dette ble ikke formulert i samme kondensat, men det ble da formulert to kondensat innenfor den subgruppen. Det ble vurdert som løsningen som var mest tro mot deltakernes stemmer og meningsinnhold. På bakgrunn av disse kondensatene ble det formulert et gullsitat, som uttrykk for innholdet som er abstrahert (Malterud, 2017). Et eksempel på dette er «*Det å jobbe med dysfagi er et håndtverk. Det er ikke nok å lese teori, du må ha erfaring.*»

I analysens siste steg, syntesen, rekontekstualiseres materialet ved at delene settes sammen igjen til en helhet. Det en har funnet i analysen settes sammen til fortolkede synteser som kan deles med andre (Malterud, 2017). På bakgrunn av kondensatene ble det formulert en analytisk tekst for hver subgruppe og kodegruppe. Gullsitatene ble brukt for å illustrere og konkretisere funnene (Malterud, 2017). Basert på analysen slik den er presentert ovenfor ble funnene sortert og overskrifter ble formulert for de fem resultatkategoriene; *Personifisering av dysfagikompetansen*, *Egen kompetanseutvikling*, *Instrumentelle metoder i praksis*,

Pasientene kommer godt ut av det, Samarbeid med andre faggrupper. Deretter ble de opprinnelige transkriberte intervjuene gjennomlest på nytt for å forsøke å validere funnene opp mot materialet. Det ble forsøkt spesielt å legge merke til om mening som burde vært inkludert hadde forsvunnet i analyseprosessen, samt om noen av deltakerne hadde få bidrag inn i analysen (Malterud, 2017). Funnene skal nå studeres opp i en større sammenheng, og drøftes opp mot eksisterende teori og forskning. Se kapittel 5. for drøfting av resultater.

3.8 Litteratursøk

Litteratursøk har vært en kontinuerlig prosess gjennom hele prosjektet. Det har vært søkt både for å finne relevant teori om temaet, og for å plassere studien innen allerede eksisterende forskning. Dette har vært nødvendig med tanke på studiens aktualitet. Aktuelle søkeord har vært teoretiske begreper knyttet til dysfagifeltet, spesielt søkeord opp mot utredning og beslutningstaking. Det har vært søkt på norsk og engelsk. Søkeresultatene har gitt varierende funn spesifikt knyttet til prosjektets tematikk. Det har likevel vært mulig å finne noe innenfor logopedfeltet som sådan, uten at det er knyttet spesifikt til dysfagi.

3.9 Forskningens kvalitet

Intensjonen med forskning er å produsere kunnskap. I tråd med den vitenskapsteoretiske forankringen i prosjektet, vil dette prosjektet tre inn i en større sammenheng med kunnskapsutvikling hvor en stadig belyser og nye sider av virkeligheten for å utvide vår kunnskap. Kunnskap som produseres i forskning kan dermed ikke utelukkende knyttes til forskningens resultat, da resultatet kan bli utvidet og utfordret av ny forskning i fremtiden. Kvalitet må derfor måles ut fra hvordan kunnskapen er produsert (Postholm & Jacobsen, 2018). Kvalitet i forskning er viktig, og reliabilitet og validitet er sentrale begreper. I kvalitative studier er disse begrepene problematiske, fordi de er nært knyttet til kvantitativ metode (Kvale & Brinkmann, 2015). Derfor snakker man ofte om bekreftbarhet, troverdighet og overføringsverdi i kvalitativ sammenheng (Larsen, 2017). De er likevel viktige begreper for å kunne si noe om forskningskvalitet og vil nå diskuteres knyttet til denne undersøkelsen.

3.9.1 Reliabilitet

Reliabilitet handler om forskningens nøyaktighet eller pålitelighet, og hvorvidt undersøkelsen er troverdig (Larsen, 2017). Det innebærer i hvilken grad forskningsresultatene vil være de samme, altså kunne reproduseres, på andre tidspunkt og av andre forskere (Kvale & Brinkmann, 2015). I kvantitative studier vil en teste reliabilitet ut fra hvorvidt undersøkelsen kan gjennomføres av andre forskere og få samme resultat, eller av samme forsker til et annet tidspunkt og får tilnærmet like resultat (Larsen, 2017). Dette kan være utfordrende i en kvalitativ undersøkelse. I kvalitative studier er det umulig å komme vekk fra at forskeren påvirker sine empiriske data på ulike måter, derfor handler reliabilitet i en kvalitativ sammenheng i stor grad om forskerens reliabilitet (Malterud, 2017, Kvale & Brinkmann, 2015).

Kunnskapssynet i dette prosjektet innebærer at forskeren plasseres sentralt i reliabilitetsspørsmålet. I kvalitative studier vil det være flere momenter ved reliabilitet som bør belyses. I dette prosjektet ble det benyttet semi-strukturert intervju som innsamlingsmetode. Dette metoden innebærer at mange faktorer kan påvirke datainnsamlingen, for eksempel mellommenneskelige faktorer mellom intervjuer og deltaker (Kvale & Brinkmann, 2015). I den metodologiske konteksten for denne studien står forskeren som instrument sentralt. På denne måten vil det være vanskelig for andre å gjennomføre forskningen på akkurat samme måte, blant annet avhengig av den enkeltes bakgrunn, erfaring og forståelse i tolkning av data (Kvale & Brinkmann, 2015). En mulig feilkilde i denne sammenheng er forskerens forforståelse. Samtidig kan det være nettopp forskerens spesifikke kunnskap eller erfaring om et emne som gir spesifikk forståelse og kunnskap, som igjen muliggjør forskning på nettopp dette temaet (Malterud, 2017). Dette må balanseres med et åpent blikk for deltakernes perspektiver og erfaringer inn prosjektet. I denne sammenheng kan det konkretiseres ut fra at det ville vært krevende for noen uten logopedfaglig bakgrunn å forske på dette temaet. Å etterstrebe absolutt objektivitet vil derfor hverken være gjennomførbart eller ønskelig. Derfor er spørsmålet om høy reliabilitet krevende i kvalitativ forskning.

Reliabilitet i denne sammenheng er altså forankret i forskerens reliabilitet (Kvale & Brinkmann, 2015). Troverdighet i prosjektet må komme til syne i en gjennomsiktighet i beskrivelsen av innsamlingsmetoder og analysemetoder slik at andre kan vurdere hvordan

dette er gjort. I dette innebærer det at en kan stole på at de empiriske dataene som presenteres baseres på data om faktiske forhold, og ikke forskerens subjektive skjønn eller tilfeldige forhold under prosessen (Larsen, 2017). Reliabilitet er gjeldende i flere ledd av et forskningsprosjekt, både under intervjuet, transkripsjonen og analysen (Kvale & Brinkmann, 2015). For å styrke reliabiliteten i kvalitativ forskning bør en altså være nøyaktig i behandlingen av datamaterialet. I dette prosjektet har det vært forsøkt etterkommet i kapitlet som omhandler prosjektets metodiske beskrivelser.

3.9.2. Validitet

Validitet, eller gyldighet, innebærer i hvilken grad et forskningsprosjekt undersøker det en mente å undersøke. Dataene som ble samlet inn må være relevant for problemstillingen slik at slutningene vi trekker er sanne. Når målet er å ikke bare beskrive en virkelighet, men å fortolke det som studeres, handler validitet om hvorvidt våre fortolkninger er gyldige for den virkeligheten vi har studert (Larsen, 2017). Validitet bør gjennomsyre hele forskningsprosessen, for at det skal være mulig å vurdere i hvilken grad funnene reflekter og representerer virkeligheten en har studert (Kvale & Brinkmann, 2015).

Begrepet intern validitet er relevant i denne sammenheng, altså hva har metoden og materialet vi har samlet inn mulighet til å si noe om, samt hvilken rekkevidde og overførbarhet der resultatene (Malterud, 2017). I spørsmål om validitet må vi ta stilling til om metoden vi har brukt egnet seg til å finne svar på det vi ønsket å undersøke i problemstillingen (Malterud, 2017). Det må altså være sammenheng mellom det aspektet ved sykehuslogopeders virkelighet undersøkelsen ønsket å undersøke, og dataene som ble samlet inn. En mulig feilkilde i denne sammenheng, er at det kun er en forsker i prosjektet, og tolkningene basert på analysen er et resultat av dette.

Gjennomsiktighet og transparens er begreper som ofte brukes i forbindelse med ekstern validitet. En skal forsøke å vise hvordan analysen som er gjennomført har ført til konklusjonene som er gjort. Kvalitative studier har som mål å kunne overføre funnene en gjør til andre situasjoner enn der forskningen er gjort. Overførbarhet er dermed en søken om hvorvidt funnene kan overføres til å si noe om andre sammenhenger enn den som er studert (Larsen, 2017).

3.10 Etiske betraktninger

All forskning må forholde seg til noen grunnleggende forskningsetiske prinsipper. Dette skal bidra til at forskningsprosessen gjennomføres på en verdig og forsvarlig måte (Befring, 2016). Kvalitative studier har en personlig karakter der dialogen mellom deltaker og forsker forutsetter gjensidig tillit og respekt. Det å forske på sine kollegaer, og be deltakerne om å slippe noen andre inn i sin praksishverdag til innsyn for andre krever betydelig tillit. I de tilfellene kan deltakere stå ovenfor valget om å fortelle om dilemmaer som ikke får den beste faglige løsning. Dersom tilliten ikke er der, kan en skeptisk deltaker holde tilbake informasjon som hen oppfatter som potensielt ufordelaktig (Malterud, 2017). Dette perspektivet går rett i kjernen av dette prosjektet, da deltakerne bes om å dele refleksjoner rundt deres praksis uten tilgang på anbefalte metoder. Det var derfor ansett som viktig at deltakerne ble tilstrekkelig anonymisert, for å sikre at deres uttalelser ikke kunne få uforutsette konsekvenser i etterkant.

Anonymiseringen av informantene var en utfordring, fordi utvalget er lite. Det har påvirket hvordan dataene ble presentert. Informantene ble derfor ikke identifisert enkeltvis i sammenheng, men uttalelsene ble presentert gruppevis. Deltakerne mottok et informasjons- og samtykkeskjema med grundig informasjon om prosjektets formål, hva deltakelsen ville innebære, personvern og et samtykkeskjema. De ble ved flere anledninger informert om retten til å trekke seg før, under og etter prosjektet, og at dette ikke ville få noen konsekvenser for dem.

I informasjonsskrivet og kontakten frem til intervjuet ble ikke prosjektets formål eksplisitt formulert. Se kap 3.4 for beskrivelse av traktintervju. Prosjektet ønsket å få tak i logopedenes refleksjoner rundt diskrepansen mellom rammene for praksis og anbefalinger i litteratur og retningslinjer. Derfor var det ikke ønskelig å eksplisitt formulere dette for deltakerne, da det ville være interessant å få frem eventuelle refleksjoner om at diskrepansen og mangelen på instrumentelle metoder var uproblematisk. Det ble derfor lagt vekt på å dele denne informasjonen mot slutten av intervjuet, for at informantene fikk frem sine egne refleksjoner, og samtidig ble fullt ut informert om prosjektets formål.

I etterkant av intervjuene ble datamaterialet lagret på ekstern harddisk, som ble gjort utilgjengelig for uvedkomne. Etter analysen ble opptakene slettet fra taleopptakeren.

4. Presentasjon av funn

I dette kapitlet vil resultatene fra analysen av datamaterialet blir presentert. Formålet med studien har vært å få økt kunnskap om hvilke metoder logopeder benytter seg av i utredning av pasienter med dysfagi, og deres tanker og refleksjoner rundt rammene for deres praksis. Datamaterialet som ligger til grunn for presentasjonen av funnene besto av tre kvalitative, semi-strukturerte intervju med sykehuslogopeder som jobbet ved slag- og/eller rehabiliteringsavdeling. Analysen av datamaterialet førte til fire hovedkategorier; *Personifisering av dysfagikompetanse, Egen kompetanseutvikling, Instrumentelle metoder i praksis, Samarbeid med andre faggrupper*. Hver kategori presenteres med tilhørende underkategorier som løfter frem ulike perspektiv fra deltakerne knyttet til de overordnede kategoriene. Resultatene som blir presentert representerer enten fellestrekk ved deltakerne, eller enkeltfunn som ble ansett som særskilt viktig. Det er til enhver tid spesifisert hvor mange av deltakerne som sto bak hver uttalelse. Resultatene blir presentert oppsummert i tekstform, med tilhørende «gullsitat» (jf STC).

4.1 Personifisering av dysfagikompetansen / Dysfagi som et håndtverk

Alle deltakerne i studien beskrev en at det å jobbe med dysfagi er en ferdighet man må lære seg. De mente at det å lese teori alene ikke var nok til å kunne gjøre sikre kliniske vurderinger. De fortalte at denne erfaringen fikk man ved å se mange pasienter og en variasjon av ulike vansker.

«Dysfagi er et håndtverk. Det er ikke nok å lese teori og tro at du kan det, du må ha erfaring. Det sitter i fingrene på en måte, altså i hermetegn. Det sitter jo ikke bare i fingrene, det er jo en helhetsvurdering. En form for kvalifisert gjetting.»

En av deltakerne pekte også på at firefingertesten ikke er mulig å gjennomføre på alle pasienter. Hen fortalte at noen pasienter synes det er veldig ubehagelig å bli tatt på strupen, og at andre kan ha store dobbelthaker slik at det er vanskelig å kjenne bevegelsen i strupen og tungebunnen.

«Noen pasienter har så stor dobbelthake at det ikke er mulig å bruke firefingertesten. Kanskje klarer man bare å lure en finger inni en fold nedpå halsen. Så da blir det en enfingertest. Men jeg ser jo likevel litt bevegelse, da.»

4.2 Egen kompetanseutvikling

I denne kategorien beskrev deltakerne ulike arenaer hvor de hadde utviklet sin kompetanse til der den var på intervju tidspunktet.

4.2.1 Logopedstudiet

En av deltakerne var spesielt opptatt av logopedutdanninga og hvor lite forberedt logopeder er til å jobbe innen helsefag. Hen mente at en utdanning med dagskurs i dysfagi, og årevis med selvstudium i etterkant er uforsvarlig med tanke på at innen helsevesenet er logopeden ansett som spesialist på dysfagi. Alle deltakerne satte ord på en forventning som nyutdanna om å jobbe med afasi på sykehus, men å bli overrasket over hvor lite afasi og hvor mye dysfagi de skulle jobbe med.

«Utdanning er veldig dårlig. Et studium som legger opp til selvstudium i årevis etterpå er mildt sagt spesielt. De nyutdanna kommer ut med et dagskurs og gamlingene har ikke hørt om det. Det er hinsides all logikk, fornuft og forsvarlighet.»

To av deltakerne fortalte at de følte seg usikre rett etter utdanningen, med en veldig bratt læringskurve.

«Jeg bruker å si at det er som å hive seg på fjorden og vær-så-god å lær deg å svømme!»

En av deltakerne var fornøyd med utdanninga slik den hadde vært. Hen hadde studert ved et samlingsbasert studie, og opplevde at dysfagi hadde fått en god fordeling av den totale forelesningstiden. Hen fortalte også at hen følte seg usikker på dysfagi som nyutdanna logoped, men hen så på det som gjeldende for alle områder innen logopedien.

«Jeg var fornøyd med utdanninga. Vi hadde to dager forelesning, som er ganske mye av den totale forelesningstida på et samlingsbasert studie. Jeg hadde også praksis på sykehus. Man føler seg alltid usikker som nyutdanna når du skal gjøre det selv, men sånn er det med alle områder i logopedien.»

4.2.2 Kurs via arbeidsplassen

En fellesnevner hos deltakerne var at de alle opplevde at arbeidsplassen så verdien i at de fikk muligheten til å delta på de kursene de ønsket. De opplevde det som positivt og sentralt for å holde seg faglig oppdatert. Innenfor helsefag var en sett på som spesialist og da med forventning om at en skulle holde seg oppdatert som spesialist. De deltakerne som jobbet alene opplevde også at arbeidsplassen så det som spesielt viktig da de jobbet alene i sin faggruppe.

«Jeg får reise på de kursene jeg vil. Her blir du sett på som spesialist og skal selvfølgelig holde deg oppdatert som spesialist. Det er spesielt viktig for meg som jobber alene som logoped.»

4.2.3 Dysfaginetverket

En annen fellesnevner hos deltakerne var vektleggingen av dysfaginetverket for deres mulighet til å holde seg faglig oppdatert. De beskrev det som veldig lærerikt og nyttig. De logopedene som var alene i sin faggruppe på arbeidsplassen vektla også dysfagiverket som diskusjonsforum. Dette ble av samtlige vektlagt som den viktigste arenaen de hadde for å utvikle seg faglig sett.

«I dysfaginetverket holder jeg meg oppdatert. Det er veldig lærerikt og nyttig å ha kontakt med andre logopeder som også jobber med dysfagi.»

4.3 Instrumentelle metoder i praksis

I denne kategorien reflekterte deltakerne rundt ulike aspekter ved bruk av instrumentelle metoder i praksis.

4.3.1 VFS ser det samme som meg

Et annet fellestrekk hos deltakerne var opplevelsen av at i tilfeller hvor de var i tvil om pasientens svelgfunksjon, så viste VFS det samme som de hadde funnet i sin kliniske undersøkelse. I etterkant av en VFS kunne de lese beskrivelsen av svelgfunksjon og oppleve at det stemte med resultatene fra den kliniske utredningen de hadde gjort på forhånd. De fortalte at de erfaringene gjorde at de føler seg tryggere på det de gjør.

«Jeg har hatt pasienter som har vært hos VFS. Når jeg ser resultatet etterpå, så har de sett veldig likt eller det samme som meg. Det gjør at jeg føler meg litt tryggere i det jeg gjør.»

4.3.2 Vurdering uten VFS

Et annet fellestrekk mellom deltakerne var at de oppga å savne tilgang på VFS. Ikke nødvendigvis i alle tilfeller eller for alle pasienter, men i de tilfellene hvor de var i tvil eller hadde pasienter som hadde hatt kreft i strupen mente de det ville vært nyttig. De ga alle uttrykk for at med en klinisk utredning kan man aldri vite helt sikkert, nettopp fordi man ikke har røntgensyn.

«Jeg savner definitivt VFS. De gangene jeg er usikker hadde det vært fint å se hva som skjer på innsiden. Jeg ser jo mye, men kan aldri vite helt sikkert. Det blir en form for kvalifisert gjetting. Men det at alle skal gjennom en VFS kan jo diskuteres. Men med VFS hadde du hatt en sikker anamnese.»

4.3.3 VFS Relevans

Alle deltakerne var også opptatt av at de pasientene som har dårligst svelgfunksjon har så dårlig allmenntilstand at de ikke vil være i stand til å gjennomføre en VFS. De er i en situasjon hvor de skal igjennom veldig mange undersøkelser, og deltakerne fortalte at man må vurdere hva som er viktigst. De mente at for disse pasientene ville en VFS bli for mye. En av deltakerne la også vekt på at alle undersøkelser man gjør i en utredning er et øyeblikksbilde, uansett om det er en instrumentell eller klinisk undersøkelse.

«Jeg har ikke mange pasienter som er 0 per os. Kanskje én annen hver/hver tredje måned. Da hadde det vært nyttig med VFS. Samtidig er de ofte så dårlige at det er ikke sikkert vi kunne gjennomført. Ved en VFS må du ha en ganske oppegående pasient. De som har størst problemer med å svelge er ofte så dårlige at vi ikke ville utsatt dem for det. Derfor er jeg litt i tvil om hvor mye jeg hadde brukt det. Det er kanskje mest kreftpasienter det ville vært aktuelt for. Da er det så mye stivt og skadd vev og vanskelig å si hva som skjer.»

To av deltakerne fortalte at ved at VFS var plassert ved et annet sykehus ble det mindre relevant for de pasientene som kanskje kunne trengt det. De fortalte at det innebar å reise flere timer, noe de så på som krevende for pasienter som nettopp har hatt for eksempel slag.

«For å få gjennomført en VFS hos oss må vi sende pasienten til et større sykehus, noe som er en ganske omfattende reise for pasienter som allerede er så reduserte. De er utslitt innen de kommer fram, og ikke i form til noen svelgundersøkelse. Akkurat når det gjelder dysfagi er det

viktig at pasienten får behandling der de er. De har ofte så mange andre ting som gjør det viktig at de er i nærheten av sine pårørende.»

En av deltakerne satte ord på tanker rundt hvorfor hen ikke anså VFS som relevant for flere av pasientene. Hen fortalte at en ikke forholder seg til det en ikke har, og at fokuset hens dermed var på de muligheten hen faktisk hadde tilgjengelig. God bemanning og kompetanse og det tverrfaglige personalet var faktorer hen pekte på som relevante.

«Det man ikke har tenker man ikke så hardt over at man skulle brukt. Man forholder seg til det man faktisk har, og de mulighetene man har. Jeg bruker de metodene jeg bruker fordi det er det jeg har. Hakke noe annet. Den største muligheten vi har er bra bemanning med kompetanse om dysfagi, slik at det alltid er noen til stede når pasienten spiser og drikker.»

4.3.4 Ressurser

En av deltakerne fortalte at en utfordring med de instrumentelle metodene var at de koster mere penger enn en klinisk undersøkelse. Med en VFS var det behov for både lege, sykepleier og logoped, og at det i denne sammenheng var en vurdering hvor penger blir best brukt.

«Alle skulle selvfølgelig ønske de hadde alt av teknisk utstyr og en logopedisk avdeling på 10 stykker, men sånn er ikke virkeligheten. Flesteparten av sykehusene har ikke utstyret, og selv med utstyr må man vurdere hva man skal bruke tid og krefter på. Å gjennomføre VFS koster jo penger også, det må være lege, sykepleier og logoped med hver gang. Det er ikke billig. Er det det man vil bruke penger på?»

En av de andre deltakerne fortalte noe liknende om FEES- sertifisering. Hen fortalte at det var ressurskrevende å komme i gang med en sertifisering og få nok mengdetrening til at hen ble dyktig nok. Da var det behov for lege i bakhånd, og hen mente at da kunne like gjerne ØNH fortsette å ha det ansvaret.

«Jeg ser lite hensikt med å få en FEES- sertifisering når ØNH gjør en så god jobb. Det er heller ikke noe jeg kjenner særlig personlig eller faglig interesse for. Det krever også en del mengdetrening, med lege i bakhånd. Det er ganske ressurskrevende.»

En annen av deltakerne reflekterte rundt retningslinjene, og fortalte at hen så på de som et idealbilde av praksis. For hen var det ikke mulig å følge de til punkt og prikke, fordi hen jobbet alene som logoped, og at hen derfor måtte tilpasse det til det som var praktisk gjennomførbart i sin hverdag.

«Jeg tenker at retningslinjene er laget på et ideelt grunnlag, og utarbeidet av logopeder som jobber kun med dysfagi ved store sykehus. Så jeg kan ikke jobbe så systematisk alene som logoped, men jeg kan bruke prinsippene og tilpasse det min hverdag. Man blir jo vant til å jobbe alene også.»

4.3.5 Pasientene kommer godt ut av det

Deltakerne fortalte at til tross for at de ikke hadde tilgjengelig metodene som er anbefalt som gold-standard, så opplevde de at de hadde et forsvarlig tilbud. En av deltakerne fortalte at overlege på avdelinga først hadde tenkt at de burde få VFS, men at avdelinga produserte gode resultater på disse pasientene. Hen fortalte at de ikke hadde aspirasjonspneumoni på inneliggende pasienter, pasienter som satte mat i halsen, kvelninger eller bruk av Heimlich. En annen deltaker fortalte at hen ikke fikk tilbakemeldinger om pasienter de ikke hadde oppdaget, og pekte på internundervisning og tverrfaglig samarbeid som en viktig faktor i et godt system som fanget opp alle med vansker. De var likevel klar på at man kan aldri være hundre prosent sikker på at man fanger opp alt, men at de opplevde at systemet fungerte.

«Vi har god statistikk på dysfagipasientene våre, så jeg tenker vi får til å behandle ganske trygt selv om vi ikke har de anbefalte metodene.»

4.4 Samarbeid med andre faggrupper

4.4.1 Observasjoner

Alle deltakerne pekte på samarbeid med kollegaer som en sentral faktor i deres arbeid. Det tverrfaglige teamet kunne gjøre observasjoner i situasjoner hvor deltakerne ikke var til stedet, og dermed styrke utredningen.

«Observasjoner fra kollegaer i tverrfaglig team er enormt viktig. Jeg er veldig avhengig av det i alle situasjoner hvor jeg ikke er til stedet, fordi da står og faller det ikke på meg. Uten det hadde vi ikke hatt så gode resultater.»

En av logopedene fortalte at hen ikke hadde kapasitet til å gjøre måltidsobservasjon som en del av utredninga, og på den måten var avhengig av observasjoner fra kollegaene sine. Samtidig fortalte hen at hen ikke stole fullt og helt på vurderingene deres, da de ikke sitter med den samme spesialiserte kompetansen på dysfagi. Det var likevel oppfattet som et avgjørende element i hens utredning.

«Jeg har ikke kapasitet til å gjøre måltidsobservasjoner, så jeg er veldig avhengig av observasjonene deres. Samtidig tror jeg ikke de evner å observere dysfagi så godt som jeg skulle ønske. Det er det jeg som har kompetanse til. De har mange arbeidsoppgaver og kan bli avbrutt og må gjøre andre ting i løpet av et måltid. Det er ikke jobben deres å bare se på dysfagi. Men det gjør at nettet blir mer finmasket, så det ikke glipper noe sted.»

4.4.2 Kurs

Alle deltakerne bedrev kursvirksomhet for kollegaene sine. De fortalte at på avdelingene som jobbet mye med slagpasienter (slagenhet, rehabilitering) fikk de ansatte grundigere kurs enn resten, men at alle avdelingene på sykehusene fikk tilbud om kurs. En av deltakerne fortalte at hen merket en klar oppgang i henvisninger etter hen hadde hatt kurs rundt på huset. Hen fortalte også at det på disse avdelingene noen ganger var krevende å få gjennomført kurs, ut fra et tids- og logistikkproblem.

«Vi har kurs rundt på alle avdelingene på sykehuset. De tilsatte på rehaben og slag får bedre kurs enn resten. Sykepleierne på de avdelingene kan jeg stole på at vet hvordan de skal takle dysfagi. På de andre avdelingene kan det være vanskelig å få til kurs, der brenner det så det holder av og til. Jeg merker at jeg får mange flere henvisninger etter jeg har holdt kurs rundt omkring.»

4.4.3 Mesterlære

En av deltakerne fortalte at de nyansatte på rehaben ble med på svelgvurderinger i starten, for å lære mer om dysfagi og hvordan en svelgvurdering foregår. En annen deltaker fortalte at de nyansatte på rehaben ble med rundt de ulike faggruppene i det tverrfaglige teamet for å lære mer om hva hverandre gjør. Hen pekte på det som en viktig faktor for å spre kunnskap om dysfagi i det tverrfaglige teamet.

4.4.4 Øre-Nese-Hals

En av deltakerne opplevde at ØNH ikke var interessert i at hen ble med på FEES-undersøkelser. Videre fortalte hen at når hen hadde henvist til FEES, fikk hen en henvisning

til logoped i retur. Hen fortalte at det fulgte med en beskrivelse av hva ØNH-legen hadde sett, men at det likevel ikke var en fullverdig FEES-undersøkelse. Hen fortalte også at det var mangel på ØNH leger, og at en måtte vurdere hva disse skulle brukes til.

«ØNH er ikke særlig villig til at jeg skal være med på FEES undersøkelser, derfor har jeg lite erfaring med det. Det har også hendt at vi har en pasient hvor vi gjerne skulle sett hva som skjer inni og henviser til ØNH. Så får vi svar tilbake at, ja her er det et eller annet, vi henviser til logoped. Da kommer det med en beskrivelse av det de har sett, så da vet jeg litt mer, men det er ikke en fullverdig FEES undersøkelse fra et dysfagiperspektiv.»

De andre to deltakerne beskrev at de hadde et samarbeid med ØNH hvor de hadde mulighet til å bli med på FEES-undersøkelser. En av deltakerne fortalte også at ØNH ønsket at hen gjennomførte en klinisk utredning i etterkant som støttet FEES-undersøkelsen. Hen fortalte at hen opplevde at dette fanget opp de fleste. Den andre deltakeren fortalte at hen var fornøyd med samarbeidet, men at det noen ganger var en utfordring å få varsel i god nok tid til å bli med på undersøkelsen. FEES-undersøkelsen på inneliggende pasienter ble gjennomført gjennom innimellom de polikliniske timene. Dette opplevde hen som litt problematisk, fordi det gjorde at hen ikke alltid hadde mulighet til å være med.

«Vi har et samarbeid med ØNH som fungerer helt glitrende. Jeg får være med på så mange undersøkelser jeg vil, og de ønsker gjerne at jeg gjør en klinisk utredning etterpå som bygger på FEES undersøkelsen. De tar også med seg apparatet til senga hvis pasienten ikke bør flyttes. Det føler jeg gir en god totalundersøkelse og er et samspill som gjør at jeg føler vi fanger opp de fleste. ØNH tar inneliggende pasienter innimellom de polikliniske timene, så det er ikke alltid jeg får lang nok varsel og klarer å bli med. Så jeg skulle egentlig ønske vi hadde det mer tilgjengelig.»

4.4.5 Terminologi

En fellesnevner som gikk igjen hos alle deltakerne var oppfatningen om at for at journalnotatene skulle bli lest og forstått, og i forlengelsen at pasientens funksjonsnivå skulle bli forstått og tilrettelagt for, var det nødvendig at de brukte et språk kollegaene deres kunne forstå. De unngikk derfor å bruke faglige uttrykk/medisinske uttrykk for å beskrive hvor vanskene var posisjonert, og hva de gikk ut på. I stedet fortalte de at de brukte et hverdagslig språk og omskrivninger som kunne gi mening også for personer som ikke har kompetanse om

dysfagi. En av deltakerne fortalte om et praksiseksempel hvor en pasient fra et annet sykehus hadde fått feil behandling av personalet, fordi de ikke forsto hva funksjonsnivået hans var.

«Når jeg skal beskrive pasientens vansker i journalnotat bruker jeg ikke de faglige uttrykkene, for det er det ingen som vet noe om. Jeg skriver for eksempel at det er tungen som ikke fungerer som transportbånd, fremfor å skrive at det er en orofaryngeal vanske. Vi må jo skrive notat sånn at folk skjønner hva som går galt og hvorfor vi setter i gang de tiltakene vi gjør.»

«Som eksempel fikk vi en pasient fra et annet sykehus som hadde vært i VFS, og det var beskrevet veldig grundig med latinske uttrykk. Når pasienten kom på rehaben hos oss, fulgte beskrivelsen med i epikrisen. Da var det ingen som turte å gi pasienten mat eller drikke, fordi de skjønnte at her måtte det være noe alvorlig. Når jeg leste gjennom beskrivelsen var det egentlig bare en veldig detaljert beskrivelse av normal svelging med faglige uttrykk. Men ingen av de andre hadde skjønt hva som sto i notatet.»

4.4.6 Side-om-side

En av deltakerne var også opptatt av viktigheten av å samarbeide med det tverrfaglige teamet. Hen mente det var viktig å benytte seg av de gangene pasientene er aktivisert av for eksempel fysio- eller ergoterapeut, og at det er et godt utgangspunkt for å gjøre svelgvurderinger.

«I mine svelgvurderinger har jeg alltid med sykepleier inn. Jeg står bak og palperer med begge hender så jeg kjenner svelgbevegelsen fra begge sider. Sykepleier eller pasient mater. Vi som jobber på sykehus må også benytte oss mer av samarbeid med andre faggrupper. Når pasienten først er oppe i ståbord eller sitter på sengekanten, er hans på sitt mest våkne. Da kan logopeden komme inn før han blir lagt tilbake i sengen og gjøre en svelgtest. Da får du en mye mer våken pasient og et bedre bilde på hvordan pasienten fungerer. Det å komme inn når pasienten ligger og halvsover i senga er ikke nødvendigvis det beste utgangspunktet for en svelgtest.»

4.4.7 Forståelse for tiltak

En av deltakerne hadde andre logopededer som kollegaer på arbeidsplassen. Hen fortalte at det opplevdes positivt i de tilfellene hvor andre faggrupper stilte spørsmåltegn ved vurderingene som ble gjort. Når andre faggrupper ikke hadde forståelse på bakgrunn av manglende kunnskap, kunne logopedkollegaene backe hverandre og eventuelt gjøre nye vurderinger sammen. Dette opplevde hen som veldig positivt.

«Det er veldig fint å ha logopedkollegaer når noen stiller spørsmålstegn ved vurderingen vår.

Da kan man sammen diskutere og eventuelt gjøre nye vurderinger. Hvis personalet ikke forstår hvorfor vi har sagt 0 per os, kan vi backe det hverandre sier.»

5.0 Drøfting

I det følgende kapitlet vil funnene bli drøftet med utgangspunkt i foreliggende teori og relevant forskning og litteratur på området. Tidligere i oppgaven ble aktualiteten til prosjektet satt i sammenheng med manglende kunnskap på feltet. Prosjektets problemstilling ble presentert med tilhørende forskningsspørsmål som følgende:

Hvordan reflekterer sykehuslogopeder rundt egen praksis ved klinisk utredning av orofaryngeal dysfagi?

- *Hvilke metoder for utredning benytter informantene seg av?*
- *Hva slags hjelpemidler har de tilgjengelig, og opplever de at disse er tilstrekkelige for å gjøre sikre vurderinger?*
- *Hvordan vurderes instrumentelle undersøkelsesmetoders relevans for pasientgruppen?*
- *Hvordan reflekterer logopedene rundt det å ikke ha instrumentelle metoder tilgjengelig til tross for anbefalinger i litteratur og retningslinjer?*

I det følgende kapitlet er funn som ble vurdert som mest sentrale løftet fram. Drøftingen vil følge samme rekkefølge som funnene ble presentert i forrige kapittel.

5.1 Dysfagi som et håndverk: vitenskap eller intuisjon?

Samtlige av deltakerne beskrev sin kliniske praksis som et håndverk de hadde måttet lære seg når de begynte å jobbe med dysfagi. De beskrev det som at «det sitter i fingrene» og noe man måtte «få under huden». Dette var en erfaring en måtte få over tid ved å se mange ulike pasienter med ulike typer vansker. Metoden de benyttet og beskrev i denne sammenheng var 4-fingertest, som beskrevet i 2. Teori. En av informantene beskrev også tilpasning av denne metoden for pasienter som hadde store dobbelthaker, og hen likevel opplevde å få informasjon om pasientens svelging. Det har ikke vært mulig å finne liknende beskrivelser av denne intuitive kunnskapen innenfor dysfagi-feltet. Durgungoz & Emerson (2021) kan kanskje bidra til en teoretisering av dette. De brukte Cognitive Continuum Theory(CCT) for forklaringsmodell på Tyrkiske logopeders beslutningstaking i arbeid med barn. Dette er en forklaringsmodell med to hoved beslutningstakingsteorier. De representerer ytterkanter på et spektrum av ulike systemer. Det ene systemet refererer til å bruke vitenskapelige metoder til å ta beslutninger, mens det andre systemet beskriver beslutningstaking i en intuitiv prosess som baserer seg på den tause kunnskapen en erfaren logoped sitter på. I midten av dette spekteret befinner en form for kvasi-rasjonalitet seg, hvor både intuisjonen og den tause kunnskapen,

og vitenskapelige metoder påvirker beslutningstakingen. Det kunne vært interessant å forske mer på CCT innenfor denne konteksten, men det kan kanskje likevel fortelle oss noe om deltakernes beslutningstaking. I Durgungoz & Emerson`s (2021) studie, fant de at erfaring med bruk av metoder over tid ga deltakerne en selvtilit i bruk av intervensjonsmetoder, og de beskrev det som at de hadde en «følelse». Kanskje er dette et uttrykk for den samme type oppsamling av erfaring innenfor et område i logopedien, som deltakerne i dette prosjektet satte ord på.

Videre fant Durgungoz & Emerson (2021) at dess mindre informasjon deltakerne deres hadde om barnas bakgrunn, dess mer tilbøyelig var de til å stole på intuisjonen sin. Deltakerne hevdet at en kombinasjon av kunnskap, teori og erfaring hadde bygd opp instinktene deres i forhold til hva de skulle gjøre for å hjelpe barnets språkproblem.

De fant også at deltakernes tidligere erfaringer påvirket beslutningene deres på den måten at en metode eller aktivitet som tidligere hadde fungert, var de tilbøyelig til å bruke igjen. Bruk av uformelle observasjoner inn i praksis ble på denne måten nyttig. Samtidig viste resultatene deres at overdreven bruk av klinisk erfaring og overgeneralisering til andre tilfeller kan være kontraproduktivt. Dette kalles kognitiv illusjon.

Det er interessant i forbindelse med denne studien, da spørsmålet om deltakernes oppfatning av dysfagi som et håndtverk har en grad av kognitiv illusjon ved seg eller om disse deltakernes beslutninger befinner seg innenfor det kvasi-rasjonelle delen av spekteret hvor både intuisjon og vitenskap er med å påvirke. Det er ikke mulig å konkludere på bakgrunn av denne studien, men det belyser et interessant aspekt ved beslutningene rundt hvilke metoder deltakerne anså som relevante for pasientene og ikke.

I Judith Langley`s (1987) beskrivelse av bruk av firefingertesten legger hun vekt på at for å benytte denne metoden er det behov for erfaring for å ha et referansegrunnlag for å kunne identifisere hva som er avvikende og normal svelging. Alle deltakerne i denne studien hadde flere års erfaring med dysfagi, men det styrker viktigheten av kompetanse og erfaring hos logopedene for å gjøre en god vurdering.

I følge Brates et al (2020) innebærer all vurdering i denne type klinisk svelgundersøkelse en viss grad av subjektiv tolkning – altså er det risiko for clinicial bias. Svensson (2014) er inne på noe av det samme når han påpeker at det er viktig å innse at en screening eller enkel klinisk bedømming, selv når den utføres korrekt og av en erfaren kliniker, har temmelig lav overenstemmelse med bildegivende teknikker som VFS og FEES.

Samtidig la deltakerne vekt på at det å kunne teori om dysfagi var grunnleggende for kompetansen de hadde opparbeidet seg, som igjen la grunnlag for også de intuitive beslutningene. Det bringer oss videre til neste funn fra analysen.

5.1 Egen kompetanseutvikling

Å opparbeide seg kompetanse om dysfagi startet naturlig nok med logopedstudiet for deltakerne. Samtlige beskrev praksisjokket da de begynte å jobbe på sykehus, trodde de skulle jobbe med afasi men endte opp med å jobbe mest med dysfagi. Særlig en av deltakerne ga ut frustrasjon knyttet til denne.

«Utdanninga er veldig dårlig. Et studium som legger opp til selvstudium i årevis etterpå er mildt sagt spesielt. De nyutdanna kommer ut med et dagskurs og gamlingene har ikke hørt om det. Det er hinsides all logikk, fornuft og forsvarlighet.»

Som nevnt tidligere står det i Helsedirektoratets Nasjonale faglige retningslinjer for behandling og rehabilitering av hjerneslag, at når en finner funn på svelgscreening, skal pasienten henvises videre til logoped eller annen kompetent fagperson. På bakgrunn av dette er det rimelig å anta at logopeder anses som spesialist på dysfagi innenfor helsesektoren. Det kan være vanskelig å argumentere for hvordan en fagperson skal kunne bygge opp spesialist kunnskap basert på ett dagskurs, uten å være garantert en praksisperiode innenfor fagområdet.

Under litteratursøket til dette prosjektet var det krevende å finne en kilde som beskrev firefingertesten, som var den metoden deltakerne oppga å benytte seg av oftest. Det var heller ikke inkludert i pensumlitteraturen i løpet av forskerens studieforløp. Det er et interessant aspekt ved resultatene, at yrkesgruppa i stor grad baserer seg på metoder som i liten grad er beskrevet i nyere litteratur. Det har interessante implikasjoner for nyutdannede logopeder som vil møte dysfagi uten å ha lest beskrivelser for kliniske undersøkelsesmetoder.

For å bygge opp sin egen kompetanse fortalte informantene at de blant annet reiser på kurs via arbeidsplassen, og at dette er noe som blir sett på som en selvfølge.

«Jeg får reise på de kursene jeg vil. Her blir du sett på som spesialist og skal selvfølgelig holde deg oppdatert som spesialist. Det er spesielt viktig for meg som jobber alene som logoped.»

Dette styrker antakelsen om at logopeden anses som en spesialist på dysfagi innenfor helsesektoren, og følgelig viktigheten av høy kompetanse hos personer med logopedutdanning.

5.2 Vi har gode resultater uten VFS

Et av funnene i prosjektet var at deltakerne i liten grad opplevde VFS som relevant for sin pasientgruppe. De oppga at de gangene de hadde hatt pasienter som ble sent til VFS, så kom undersøkelsen tilbake med liknende resultat som det de hadde funnet i sin kliniske undersøkelse,

«Jeg har hatt pasienter som har vært hos VFS. Når jeg ser resultatet etterpå, så har de sett veldig likt eller det samme som meg. Det gjør at jeg føler meg litt tryggere i det jeg gjør.»

På denne måten vurderte deltakerne at deres kliniske vurderinger var holdbare og korrekte opp mot instrumentelle metoder. Det er vanskelig å måle dette uten å gjøre en sammenliknende undersøkelse på kliniske og instrumentelle metoder. Kanskje representerer dette en kognitiv illusjon om vurderingen som ble gjort på pasienten som var på VFS kan generaliseres til andre pasienter, uten at det var grunnlag for det? Eller er det et uttrykk for at deltakeren gjør vurderinger hvor både intuisjon og vitenskap er med i beslutningsprosessen?

Deltakerne var tydelige på at de opplevde at selv om de ikke hadde gold standard metoder tilgjengelig, så hadde de et forsvarlig tilbud. En av deltakerne refererte til god intern statistikk på avdelingen, mens en annen rapporterte å ikke ha fått tilbakemeldinger som tydet på at noen ikke ble fanget opp.

«Vi har god statistikk på dysfagipasientene våre, så jeg tenker vi får til å behandle ganske trygt selv om vi ikke har de anbefalte metodene.»

Det hadde vært interessant dersom det var mulig å finne statistikk som kunne belyse dette, på ulike nivåer. Det har vært undersøkt både via Dysfagnettnetverket og søkt på internett. Hva som defineres som god statistikk er ikke vist til i faktiske tall. Deltakerne oppgir ingen aspirasjonspneumonier, og det er vanskelig å telle hvilke pneumonier som er uoppdagede aspirasjonspneumonier. Likevel virker deltakerne å ha god grunn til å tro at systemet fungerer, særlig hvis den interne statistikken faktisk stemmer, og med overlege på avdelingens vurdering har en ikke i denne sammenheng grunnlag for å trekke det videre under tvil.

De vurderingene som ligger til grunn for utredning av svelgfunksjon i denne statistikken baseres i stor grad på firefingertesten, med andre kliniske metoder. På bakgrunn av dette opplever deltakerne at de treffer godt. I følge Speyer (2013) har kliniske screeningmetoder

høy grad av falske positive, men få falske negative. Det vil si, av de pasientene som faktisk har dysfagi er det ikke mange som slipper unna, men mange som ikke har dysfagi får likevel begrensninger. Dersom dette kan overføres også til de kliniske undersøkelsesmetodene i denne undersøkelsen, vil det innebære at statistikken nok er god, men at det får uforholdsmessige inngrep i pasienters liv som ikke har vansker. En kan argumentere for at det er et bedre utgangspunkt enn at pasienter som faktisk har dysfagi ikke blir oppdaget og pådrar seg en aspirasjonspneumoni. Samtidig er det noen etiske overveielser ved å innføre restriksjoner for mat og drikke hos pasienter som ikke har behov for det.

5.3 Behov for VFS

Et annet funn i undersøkelsen var at deltakerne så et behov for VFS til tross for at de opplevde at de klarte seg greit uten – riktignok ikke for alle pasientene. De savnet VFS for noen pasienter, men var likevel i tvil om hvor mye de faktisk ville brukt det.

«Jeg har ikke mange pasienter som er 0 per os. Kanskje én annen hver/hver tredje måned. Da hadde det vært nyttig med VFS. Samtidig er de ofte så dårlige at det er ikke sikkert vi kunne gjennomført. Ved en VFS må du ha en ganske oppegående pasient. De som har størst problemer med å svelge er ofte så dårlige at vi ikke ville utsatt dem for det. Derfor er jeg litt i tvil om hvor mye jeg hadde brukt det. Det er kanskje mest kreftpasienter det ville vært aktuelt for. Da er det så mye stivt og skadd vev og vanskelig å si hva som skjer.»

Deltakerne opplevde størst behov for VFS ved pasienter med alvorlig dysfagi, eller der de opplevde at den kliniske undersøkelsen kom til kort. Dette er i tråd med retningslinjene (Helsedirektoratet, 2017) hvor det står at dersom pasienten har alvorlig og vedvarende dysfagi, bør VFS gjennomføres. Samtidig la deltakerne vekt på at mange av disse pasientene var i så dårlig allmenntilstand at de ikke ville være i stand til å gjennomføre en slik undersøkelse. Og dersom de var i stand til det, ville det ikke ha særlig mye for seg, da alle undersøkelser uansett hvilken uansett er et øyeblikksbilde. Det er et tankekors at litteraturen sier at klinisk undersøkelse ikke er tilstrekkelig, og retningslinjene sier at VFS er til for pasientene med alvorlig og vedvarende dysfagi, men deltakerne i denne studien opplever at det er få pasienter som faller innenfor denne gruppen som er i stand til å gjennomføre den slik undersøkelse.

5.3 Suksessfaktorer

Et annet interessant funn var hva deltakerne selv identifiserte som viktige suksessfaktorer for hvorfor systemet fungerte. Det viste seg at kompetanse hos det tverrfaglige personalet var sentralt hos alle informantene for hvorfor de opplevde at pasienter ikke var uoppdaget.

«Det man ikke har tenker man ikke så hardt over at man skulle brukt. Man forholder seg til det man faktisk har, og de mulighetene man har. Jeg bruker de metodene jeg bruker fordi det er det jeg har. Hakke noe annet. Den største muligheten vi har er bra bemanning med kompetanse om dysfagi, slik at det alltid er noen til stede når pasienten spiser og drikker.»

Alle deltakerne la vekt på gode observasjoner fra kollegaer i situasjoner hvor de ikke var til stedet. Dette var basert på kunnskap som var bygd opp over tid gjennom kursvirksomhet og mesterlære med kollegaene. En av deltakerne satte ord på faktorer som er sentrale ved hvorfor man ikke kan stole fullt og helt på observasjonene fra kollegaene sine, da de ikke har den samme kompetansen som logopedene har. Dette er igjen et uttrykk for synet på logopedene som spesialist i helsesystemet.

To av deltakerne beskrev et samarbeid med ØNH som fungerte godt. Det hadde de tilgang til FEES og røntgen øsofagus, og kunne bli med når de ville. De oppga at dette fungerte med tanke på å gjøre en utprøvende undersøkelse med ulike konsistenser og volum på bolus. FEES er på lik linje med VFS ansett som gullstandard i utredning av dysfagi (Svensson, 2014). På denne måten hadde disse logopedene tilgang til instrumentelle metoder ut fra anbefalinger i litteratur. Samtidig beskrev de at det ikke alltid var like tilgjengelig likevel, fordi ØNH tok FEES-undersøkelsene innimellom polikliniske timer, og det kunne da være vanskelig for logopedene å delta på undersøkelsen. Det ville vært interessant å vite mer om hvordan undersøkelsen gjennomføres uten logoped til stede, og i hvilken grad den da fortsatt hadde nytte ut fra et dysfagiperspektiv.

I retningslinjene er kun VFS nevnt som instrumentell undersøkelsesmetode (Helsedirektoratet, 2017), til tross for at begge er regnet som gold standard. Dette har trolig bakgrunn i at VFS tidligere var regnet som mer egnet til å undersøke dysfagi, mens en nå regner de som likestilte men med ulike fordeler og ulemper (Svensson, 2014).

5.4 utfordringer

Den siste deltakeren malte et bilde av et samarbeid med ØNH som ikke fungert like bra som de to andre. Hen oppga at de ikke var villig til at hen var med på FEES undersøkelser, og fortalte om henvisninger som gikk i loop mellom logoped og ØNH. På denne måten mister denne deltakeren tilgangen til FEES undersøkelse. Dette illustrerer hvor personavhengig og sårbart et system med personifisering av dysfagikompetansen er. Når kompetansedelingen ikke skjer som ønsket, mister en muligheten til å bruke nyttige metoder for utredning.

Et annet viktig funn var deltakernes tanker rundt bruk av faglig terminologi i journalnotat. Samtlige var tydelige på at de ikke benyttet faglig uttrykk for å beskrive vanskene hverken i grad eller plassering. De begrunnet dette i at hvis de gjorde det, ville ikke kollegaene forstå hva som var budskapet.

«Når jeg skal beskrive pasientens vansker i journalnotat bruker jeg ikke de faglige uttrykkene, for det er det ingen som vet noe om. Jeg skriver for eksempel at det er tungen som ikke fungerer som transportbånd, fremfor å skrive at det er en orofaryngeal vanske. Vi må jo skrive notat sånn at folk skjønner hva som går galt og hvorfor vi setter i gang de tiltakene vi gjør.»

Med tanke på at flesteparten av personalet i det tverrfaglige teamet som har med pasientene å gjøre i måltidene å gjøre, er helsepersonell er dette interessant. Det kan være et uttrykk for generelt lav kompetanse om dysfagi hos andre faggrupper. Samtidig burde en kunne forvente at sykepleiere og leger har kjennskap til de latinske navnete for morfologien i strupen.

En av deltakerne fortalte en praksishistorie som illustrerer det som følger:

«Som eksempel fikk vi en pasient fra et annet sykehus som hadde vært i VFS, og det var beskrevet veldig grundig med latinske uttrykk. Når pasienten kom på rehaben hos oss, fulgte beskrivelsen med i epikrisen. Da var det ingen som turte å gi pasienten mat eller drikke, fordi de skjønte at her måtte det være noe alvorlig. Når jeg leste gjennom beskrivelsen var det egentlig bare en veldig detaljert beskrivelse av normal svelging med faglige uttrykk. Men ingen av de andre hadde skjønt hva som sto i notatet.»

Det er helt tydelig at konsekvensene av at personalet ikke forstår beskrivelser av svelgfunksjon er alvorlige, og kan i verste fall føre til feilbehandling. Samtidig er det interessant at disse begrepene ikke er innarbeidet hos helsepersonell hos samtlige av

deltakernes arbeidsplasser, til tross for at medisinske uttrykk er i bruk i andre journalldokument skrevet av andre faggrupper. Dette utgjør en risiko for misforståelser og omskrivelser til hverdagspråk kan trolig også gjøre beskrivelsen av pasientens funksjonsnivå upresist.

En av deltakerne pekte på at det å jobbe alene som logoped innebærer en annen virkelighet enn det retningslinjene trolig er skrevet på bakgrunn av.

«Jeg tenker at retningslinjene er laget på et ideelt grunnlag, og utarbeidet av logopeder som jobber kun med dysfagi ved store sykehus. Så jeg kan ikke jobbe så systematisk alene som logoped, men jeg kan bruke prinsippene og tilpasse det min hverdag. Man blir jo vant til å jobbe alene også.»

En annen deltakerne pekte på ressurser som et moment i bruken av instrumentelle metoder.

«Alle skulle selvfølgelig ønske de hadde alt av teknisk utstyr og en logopedisk avdeling på 10 stykker, men sånn er ikke virkeligheten. Flesteparten av sykehusene har ikke utstyret, og selv med utstyr må man vurdere hva man skal bruke tid og krefter på. Å gjennomføre VFS koster jo penger også, det må være lege, sykepleier og logoped med hver gang. Det er ikke billig. Er det det man vil bruke penger på?»

Begge disse utsagnene kan sees på som uttrykk for rammefaktorer som påvirker deltakernes evne til å gjennomføre sin praksis på bakgrunn av litteratur og anbefalingene i retningslinjene. Det innebærer en tilpasning til de faktisk forhold, og i den tilpasningen vil det ligge en skjønnsmessig vurdering.

6.0 Konklusjon

Formålet med denne studien var å få økt kunnskap om hvilke metoder logopeder som ikke har instrumentelle metoder tilgjengelig, benytter seg av i utredning av pasienter med dysfagi, samt deres tanker og refleksjoner rundt rammene for sin praksis. På bakgrunn av problemstillingen ble det utformet fire forskningsspørsmål som skulle være retningsgivende og ledsagende for å besvare problemstillingen.

Deltakerne hadde og brukte først og fremst kliniske undersøkelsesmetoder, herunder firefingertesten. De hadde også tilgang til FEES, og røntgen øsofagus. Dette ble brukt og var tilgjengelig for dem i ulik grad.

Det ble identifisert ulike hjelpemidler som deltakerne identifiserte som nyttige for dem i målet om sikre vurderinger. Det fremste hjelpemiddelet var kompetanse hos det tverrfaglige personalet. Det ble også vist hvordan brudd i dette samarbeidet førte til en svekking av tilgangen på utredningsmetoder hos en av deltakerne. Samarbeidet var også preget av logopeden som spesialist, med lav forståelse for dysfagifaglige begreper hos kollegaene. I drøftingen ble dette satt i sammenheng med frustrasjon i forhold til lite fokus på dysfagi under utdanningen, og dysfagikompetanse som et håndtverk.

Deltakerne vurderte de instrumentelle utredningsmetodene som relevante for noen av pasientene sine, men opplevde likevel å gi et forsvarlig tilbud uten disse. Det var særlig pasienter med dårlig allmenntilstand som var vurdert som uaktuelle kandidater for instrumentelle undersøkelser. Samtidig anbefaler retningslinjene VFS for pasienter med alvorlig og vedvarende dysfagi. Dette virket å sammenfalle i pasientgruppen til deltakerne.

Deltakerne reflekterte rundt diskrepansen i tilgjengelighet i metoder og anbefalinger i litteratur og retningslinjer. De opplevde et savn av VFS for noen pasienter, men oppga likevel at de ga et forsvarlig tilbud. Dette satt de i sammenheng med erfaring og dysfagikompetansen som et håndtverk, samt opplevelser av at VFS beskrev det samme som de hadde funnet i sine kliniske undersøkelser.

Med tanke på videre undersøkelser ville det være interessant med statistikk som målte resultatene i dysfagibehandlinga. Dessverre var det ikke mulig å finne statistikk på dette i løpet av prosjektet. I litteraturen er det formulert en gullstandard for utredning av dysfagi, som på bakgrunn av dette prosjektet følges i ulik grad. Det kan tyde på at vi likevel har gode resultater, men det ville være interessant med videre undersøkelser som kunne gitt mer kunnskap om det vi gjør faktisk fungerer.

Videre ville det være interessant å vite mer om hva logopeder som har kliniske utredningsmetoder, FEES og VFS tilgjengelig, og hvilke refleksjoner de gjør seg rundt metodebruken sin. Benytter de instrumentelle metoder i lik grad som deltakerne i denne studien? Har de liknende erfaringer i forhold til personifisering av dysfagikompetansen og verdi av tverrfaglig personale med kompetanse om dysfagi? I løpet av prosjektet har jeg blitt gjort oppmerksom på at flere av sykehusene er i ferd med å bytte ut utstyret for røntgen. Med det nye utstyret som blir kjøpt inn, følger det automatisk med de tekniske mulighetene for å gjennomføre en VFS. Det ville vært interessant med en oppfølgingsstudie og se om deltakerne hadde de samme refleksjonene dersom de etter hvert fikk tilgang til VFS.

Litteraturliste

- Befring, E. (2015). *Forskningsmetoder i utdanningsvitenskap*. Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Brates, D., Molfenter, S., & Thibeault, S. (2018). Assessing Hyolaryngeal Excursion: Comparing Quantitative Methods to Palpation at the Bedside and Visualization During Videofluoroscopy. *Dysphagia*, 34(3), 298-307.
- Helsedirektoratet (2017) Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 27. april 2020, lest 16. februar 2021) Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/hjerneslag>
- Johannessen, A., Christoffersen, L., & Tufte, P. (2016). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (5. utg.). Oslo: Abstrakt.
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T., & Rygge, J. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Langley, J. (1987). *Working with swallowing disorders*. Oxon: Winslow Press.
- Liv Rugås, AF Rasmussen, LB Presberg, G Opsahl. Svelgetesting hindrer dødsfall. *Sykepleien*. 2005. 93. 66-7.
- Larsen, A. (2017). *En enklere metode : Veiledning i samfunnsvitenskapelig forskningsmetode* (2. utg. ed.). Bergen: Fagbokforl.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg. ed.). Oslo: Universitetsforl.
- Panebianco, M., Marchese-Ragona, R., Masiero, S. *et al.* Dysphagia in neurological diseases: a literature review. *Neurol Sci* **41**, 3067–3073 (2020). <https://doi.org/10.1007/s10072-020-04495-2>
- Postholm, M., Jacobsen, D., & Søbstad, R. (2018). *Forskningsmetode for masterstudenter i lærerutdanningen*. Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Shune, Samantha E, Moon, Jerald B, & Goodman, Shawn S. (2016). The effects of age and preoral sensorimotor cues on anticipatory mouth movement during swallowing. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 59(2), 195–205. https://doi.org/10.1044/2015_JSLHR-S-15-0138

Svensson, P. (2008). Sväljningsfunktion hos vuxna. I L. Hartelius, U. Nettelbladt & B. Hammarberg (Red.), *Logopedi* (s.105-112), Lund: Studentlitteratur

Svensson, P. (2014). Dysfagi : Utredning och behandling vid sväljningssvårigheter. Lund: Studentlitteratur.

Speyer, R., Oropharyngeal Dysphagia: Screening and Assessment Otolaryngologic Clinics of North America, 2013;46(6):989-1008

Vedlegg

Vedlegg 1: Intervjuguide

Vedlegg 2: Informasjonsskriv og samtykkeskjema

Vedlegg 3: Godkjenning fra NSD

Intervjuguide

1. Når var du ferdig utdanna som logoped?
2. Hvor lenge har du jobbet med dysfagi?
3. Hvor lenge har du jobbet ved din nåværende arbeidsplass?
4. Jobber du ved slagenhet, rehabiliteringsenhet eller begge? Hvis begge; kan du anslå hvor du tilbringer mest tid?
5. Hva er de/den vanligste årsaken(e) til dysfagi hos dine pasienter?
6. Kan du fortelle litt om gangen i utredningen, fra pasienten blir lagt inn?
 - Hvor blir pas henvist fra?
 - Hvilke metoder for utredning benytter du?
 - Kan du beskrive disse?
 - Hvorfor velger du å gjøre det sånn?
 - Hva ser du etter som tegn på dysfagi når du benytter denne metoden?
 - Hva tenker du rundt den måten å utrede dysfagi på?
 - Er det andre tilnærminger du kunne brukt?
 - Hvordan er responsen til pasientene?
 - Har du noen gang tenkt at det er noen utfordringer med å gjøre som du gjør?
 - Benytter du noen form for klassifisering eller typer av dysfagi for å beskrive vanskene?
7. Kan du si noe om hvordan du har bygd opp din kompetanse?
8. Kan du si noe om muligheten for å bygge opp din/dine kollegers kompetanse ved din arbeidsplass?
9. Er det noen verktøy /metoder du skulle ønske du hadde tilgjengelig? Er det noe du savner/har tenkt er relevant for din pasientgruppe?
10. Du har kanskje skjønnt at hovedfokuset mitt er utredning, er det noe du tenker jeg bør vite når det gjelder utredning som vi ikke har snakket om?

Vil du delta i forskningsprosjektet

Dysfagi – metoder for utredning?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å få mer kunnskap om hvordan logopeder utreder svelgevaner hos slagpasienter. I dette skrivet får du informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Formålet med dette prosjektet er å få økt kunnskap om hvilke metoder logopeder benytter seg av i utredning av pasienter med dysfagi, og deres tanker og refleksjoner rundt rammene for deres praksis. Aktuelle deltakere er logopeder som ikke har tilgjengelig instrumentelle undersøkelsesmetoder ved sin arbeidsplass.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Nord Universitet

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du får spørsmål om å delta i dette prosjektet fordi du passer inn i følgende utvalgs-kriterier:

- Du har utdanning som logoped.
- Du har jobbet minimum ett år med dysfagi.
- Du jobber ved slagenhet og/eller rehabilitering.
- Du har ikke tilgang til instrumentelle undersøkelsesmetoder (videofluoroskopi og nasofiberskopi) ved din arbeidsplass.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at du stiller opp til et intervju over videosamtale, med en varighet på ca 30-60 minutter. Jeg vil stille spørsmål om hva slags metoder du benytter, samt dine tanker og refleksjoner rundt rammene for din praksis. Av personopplysninger vil jeg spørre om når du ble ferdig med din utdanning som logoped, hvor lenge du har jobbet med dysfagi og hvor lenge du har jobbet ved din nåværende arbeidsplass. Det vil bli tatt lydopptak av intervjuet.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger om deg vil da bli slettet og lydopptaket destruert. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Kun jeg vil ha tilgang til ditt navn og kontaktinformasjon. Denne informasjonen vil kodes og lagres på separat navneliste, adskilt fra øvrige data. Lydopptak av intervju lagres på minnepenn som kun jeg har tilgang til. Under bearbeiding og analyse av lydopptak vil datamaskin være frakoblet internett. I publikasjon av prosjektet vil du som deltaker ikke kunne gjenkjennes.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Prosjektet skal etter planen avsluttes 15. november 2020.. Dataene beholdes frem til sensur er gitt (ved utgangen av 2020), i tilfelle ytterligere bearbeiding er nødvendig etter sensur. Etter prosjektet er bestått destrueres alle innsamlede data.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- få slettet personopplysninger om deg,
- få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og
- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Jeg behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Nord Universitet har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Student: Dina Bruun Arnesen (barnesen93@gmail.com)
- Veileder: Karianne Berg (karianne.berg@nord.no)
- Nord Universitets Personvernombud (personvernombud@nord.no)
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost (personverntjenester@nsd.no) eller telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Dina Bruun Arnesen

(Student)

Karianne Berg

(Veileder)

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet *Dysfagi – metoder for utredning* og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i intervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, ved utgangen av 2020.

(Signert av prosjektdeltaker, dato)



NSD sin vurdering

Prosjekttittel

Dysfagi - metoder for utredning

Referansenummer

676176

Registrert

25.02.2019 av Dina Bruun Arnesen - dina.b.arnesen@student.nord.no

Behandlingsansvarlig institusjon

Nord Universitet / Fakultet for lærerutdanning og kunst- og kulturfag / Logopedi, spesialpedagogikk, tilpasset opplæring

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Karianne Berg, karianne.berg@nord.no, tlf: 75517751

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Dina Bruun Arnesen, barnesen93@gmail.com, tlf: 97604006

Prosjektperiode

01.03.2019 - 15.10.2020

Status

14.11.2021 - Avsluttet

Vurdering (2)

24.01.2020 - Vurdert

NSD har vurdert endringen registrert 14.01.2020.

Vi har nå registrert 15.10.2020 som ny sluttdato for forskningsperioden.

Vi gjør oppmerksom på at ytterligere forlengelse ikke kan påregnes uten at utvalget informeres om forlengelsen.

NSD vil følge opp ved ny planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til videre med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Karin Lillevold
Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

27.02.2019 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 27.02.2019 samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

MELD ENDRINGER

Dersom behandlingen av personopplysninger endrer seg, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. På våre nettsider informerer vi om hvilke endringer som må meldes. Vent på svar før endringer gjennomføres.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 14.10.2019.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20).

NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)