Sammendrag

Tittel: Dysfagi i primærhelseomsorgen

«Nei vi har ingen kartleggingsrutinger for dysfagi. Vi observerer! Vi kan alt for lite om dette, noen burde lære oss!»

Utsagnet er hentet fra en av informantene i studien. Observasjon er ett av kriteriene som ligger til grunn for en identifisering av dysfagi, og må gjøres først. Deretter må det være tilrettelagt for rutiner og ressurser slik at utredning og behandling kan finne sted. Forskning viser til at det er alt for liten kompetanse om lidelsen blant helsepersonell og at mange eldre har lidelsen uten å få adekvat diagnostisering og oppfølging. Dette bekreftes gjennom de funn som kommer frem i studien.

Prosjektet har hatt som formål å studere hvordan det arbeides med dysfagi i primærhelsetjenesten i seks norske kommuner. Tema har vært kunnskapsgrunnlag, arbeidsmetode, samarbeidsform, samt hvilke faggrupper som har ansvar for dysfagi i primærhelsetjenesten. På bakgrunn av den empiri som ble skapt gav det mulighet til å danne et bilde av pasientforløp som beskrev dysfagipasientenes behandlingskjede i seks norske kommuner i dag.

Studien er et kvalitetssikringsarbeid der kvalitativ metode er anvendt og der strukturert intervju er brukt for å belyse problemstillingen. Alle informantene fikk syv konkrete spørsmål de måtte svare på i intervjuet. Systematic Text Condensation ble benyttet for å analysere og bearbeide ferdigstilt tekstmateriale samt å tydeliggjøre tolkningsfokus.

Funnene i studien avdekker mangel på rutiner for utredning og behandling av dysfagi. Helsepersonell observerer, men det tydeliggjøres store mangler ved tilretteleggingen for utredning og behandling. Når det gjelder kompetanse og ressurser synliggjør studien også mangler. Helsepersonell har få de kan henvende seg til i neste ledd for at pasienten skal få hjelp, og har heller ingen klar formening om hvilke nettverk de skal bruke. Kommunene har ikke tilrettelagt for tverrfaglig samhandling i forhold til dysfagi.

Abstract

Title: Dysphagia in primary health care

"No we have no mapping routines for dysphagia. We observe! Our knowledge of this is too weak, someone should teach us!».

The statement is quoted from one of the informants in the study. Observation is one of the criteria underlying the identification of dysphagia, and must be done first. Thereafter, routines and resources must be adapted so that investigation and treatment can take place. Research indicates that there is a lack of expertise among health personnel about the suffering, and that many elderly people have the disorder without getting adequate diagnosis and follow-up. This is confirmed by the analysis and findings in the study.

The purpose of the project is to study how dysphagia is handled in primary health care in six Norwegian municipalities. Topics have been knowledge, working method, form of collaboration, and which disciplines are responsible for dysphagia in the primary health service. On the basis of the empirical data that was created, it gave the opportunity to figure out a patient care pathway that describes the treatment chain of dysphagia patients in Norwegian municipalities today.

The study is a quality assurance work, where the qualitative method and the structured interview are used to shed light on the issue. All the informants received seven specific questions they were asked to answer in the interview. *Systematic Text Condensation* was used to analyze and process refined text material and to clarify the focus of interpretation.

The findings of the study reveal a lack of routines for the examination and treatment of dysphagia. Health personnel observe, but there are clear deficiencies in the facilitation for examination and treatment. When it comes to expertise and resources, the study also highlights deficiencies. Health personnel have few to turn to in the next step, for the patient to get help, and also have no clear indication of which networks they should use. The municipalities have not facilitated interdisciplinary interaction in relation to dysphagia.

Forord

Livet som student og med avsluttende masteroppgave har det både vært lærerikt, spennende og krevende. Berikende år som student avsluttes og nye muligheter åpner seg.

Det er en tilfredsstillende følelse å avslutte studiene ved masterutdanning i logopedi ved NTNU i Trondheim. Nettopp fordi de fire årene har gitt meg ny kunnskap og formet meg som menneske. Takk til flotte lærere og medstudenter som har bidratt til diskusjoner og refleksjoner. Jeg ønsker å takke dere alle sammen.

Takk til veiledere Ellen Andreassen Jaatun (Specialist i ØNH St. Olavs Hospital, 1.amanuensis NTNU) og Bjørn-Thore Hønstad Vaagan (Logoped St. Olav Hospital) som har satt i gang viktige tankeprosesser og støttet meg i denne prosessen. Jeg vil også takke familien som har støttet meg og vist tålmodighet slik at jeg kunne gjennomføre og realisere utdannelsen. Takk til min mann Martin for tekstgjennomlesing og redaksjonelle oppgaver. Jeg er dere alle evig takknemlig. En stor takk til Elisabeth som har bidratt med kunnskap og refleksjoner. Dette har også motivert meg gjennom alle fire årene. Din kunnskap har vært meget verdifull.

Tusen takk alle sammen, dere alle er fantastiske!

Lora, mai 2019

Rita Helen Kleivhaug

Innhold

Sammendrag i

Abstract ii

Forord iii

1 Innledning 1

1.1 Bakgrunn 2

1.2 Helhetlig pasientforløp 2

1.3 Empiri 3

1.3.1 Alvorlige konsekvenser 4

1.4 Oppgavens oppbygging 5

1.5 Formål 5

1.6 Problemstilling 5

1.7 Teoretisk utgangspunkt 6

1.7.1 Hva er dysfagi 6

1.7.2 Normal svelgefunksjon 6

1.7.3 Konsekvenser ved dysfagi 7

1.7.4 Direkte årsaker til svelgforstyrrelsen 9

1.8 Kartlegging av spise- og svelgefunksjon 9

1.8.1 Utreding 9

1.8.2 Tegn og symptomer 9

1.8.3 Screening 10

1.8.4 Vanntest 10

1.8.5 Måltidsobservasjon 11

1.8.6 Diagnostiske prosedyrer 11

1.8.7 Anamnese 11

1.8.8 Kranialnervefunksjon, munn og svelgestatus ... 12
1.8.9 Pust gjennom nese og munn ... 13
1.8.10 Tenner ... 13
1.8.11 Spytt, munntørrhet og sikkel ... 13
1.8.12 Sensibilitet ... 14
1.8.13 Intervensjon ... 14
1.8.14 Instrumentelle undersøkelser ... 15
1.8.15 Ulike typer intervensjon ... 16
1.8.16 Et felles språk ... 16
1.8.17 En sentral rolle i utredningen ... 16
1.9 Behandling av dysfagi ... 17
1.9.1 Logoped ... 18
1.9.2 Behandlingsplan ... 18
1.9.3 Svelgingsråd ... 18
1.9.4 Posturale teknikker ... 19
1.9.5 Fortykningsmiddel ... 19
1.9.6 LSVT ... 20
2 Metode og analyse ... 21
2.1 Kvalitativ metode ... 21
2.2 Det kvalitative intervju ... 21
2.2.1 Strukturert intervju ... 21
2.2.2 Utvalg ... 22
2.3 Mine forberedelser ... 22
2.3.1 Intervjuguide ... 22
2.3.2 Prøveintervju ... 23
2.4 Datainnsamling ... 23
2.4.1 Rekruttering ... 23

2.4.2 Inklusjonskriterier 23
2.4.3 Eksklusjonskriterier 23
2.4.4 Informasjon til informantene 23
2.5 Analyse 23
2.6 Analyseprosessens fire trinn 24
2.6.1 1.trinn - Å få et helhetsinntrykk 24
2.6.2 2. trinn - Identifisere meningsbærende enheter 24
2.6.3 3.trinn - Abstrahere innhold i de meningsbærende enheter 24
2.6.4 4. trinn - Sammenfatte betydningen 24
2.6.5 Slik ble dette gjennomført i praksis 25
2.6.6 Relabilitet 26
2.6.7 Validitet 27
2.6.8 Etiske hensyn 27
3 Resultat 28
3.1 Presentasjon av funn 28
3.1.1 Kartleggingsrutiner 28
3.1.2 Hvem utfører kartleggingsrutinene? 29
3.1.3 Samarbeid med andre fagpersoner for utredning og behandling av mennesker med dysfagi 30
3.1.4 Hvilke fagfelt har dysfagi som sitt ansvarsområde 31
3.2 Oppsummering av resultatdel 32
3.2.1 Kort beskrivelse av pasientforløpene for slagpasient med dysfagi 32
3.2.2 Pasientforløp – inneliggende pasient får slag med dysfagi som følge 34
3.2.3 Kort beskrivelse av pasientforløpet for Parkinson-pasient med dysfagi 35
3.2.4 Pasientforløp – Inneliggende Parkinson pasient får dysfagi 36
4 Diskusjon 37
4.1 Hvilke kartleggingsrutiner for dysfagi utføres i primærhelseomsorgen? 37

4.2 Konsekvenser av ensidig kartlegging og behandling av dysfagi 39

4.3 Mangel på systematikk og god praksis for utredning og behandling av dysfagi – hva er grunnen? 39

4.4 Kompetanse 40

4.5 Rutiner, ressurser og samhandling 41

4.6 Retningslinje, behandlingsanbefalinger og prosedyrer 41

4.7 Sikre bedre systematikk og oppfølging i primærhelseomsorgen 42

4.8 Pasientforløp 43

4.9 Rutiner og tydelighet i pasientforløpet 43

4.10 Teambasert – Hvilke fagfolk skal man samarbeide med i utredning og behandling av mennesker med dysfagi? 44

4.11 Hva kan logopeder gjøre for å synligjøre sitt arbeid rundt dysfagi? 45

4.12 Viste undersøkelsen forskjell på kartleggingsrutiner i by- og landkommuner? 46

4.13 Konklusjon 46

4.14 Forslag til videre forskning 47

Litteraturliste 48

Vedlegg 1

Vedlegg 1 1

Vedlegg 2 3

Vedlegg 3 4

1 Innledning

Dysfagi betegnes som en forstyrrelse ved inntak eller transport av mat fra munnen til magesekken. Herunder inkluderes atferdsmessige, sensoriske og motoriske forstyrrelser ved forberedelse til svelg. Forstyrrelse eller tap av kognitiv funksjon, samt visuell og olfaktorisk anerkjennelse av mat inngår også. Som følge av dette kommer det psykologiske som inkluderer lukten og nærvær av mat (Ekberg, 2012, s. 72). Dysfagi kan ramme en person i den preorale, orale, faryngeale og øsofagale fase, eller en kombinasjon av disse. Denne oppgaven vil ta for seg orofaryngeal dysfagi som senere blir beskrevet i teoridel.
Forsker innen dysfagi, Olle Ekberg, vektlegger i sin bok «Dysphagia - Diagnosis and Treatment» tverrfaglig, helthetlig og grundig diagnostisering som avslører årsaker til, og endringer ved dysfagi. Det å ha kunnskap om lidelsen og vite hvilke tiltak og konsekvenser en slik tilstand kan medføre, krever innsats fra flere ulike profesjoner. Det er nettopp fagpersonene som skal kartlegge og ta stilling til hvordan utfordringen skal håndteres og behandles. En definisjon av arbeidet og kunnskapen kan presenteres slik:

> *«Dysphagia is a symptom of many and diverse diseases causing serious derogation of the quality of life. Diagnosis and treatment of dysphagia requires knowledge and experience of specialists from multiple disciplines, such as ENT (ear, nose and throat) specialists, neurologists, gastroenterologists and various other disciplines. For the radiologists involved in interdisciplinary teams, which are devoted to the diagnosis and treatment of dysphagia, knowledge of the anatomy and physiology is fundamental. Familiarity with the clinical background and available treatment options is mandatory.*
>
> *Maximilian F. Reiser (Ekberg 2012: vii)*

For en grundig og korrekt behandling av dysfagi er kunnskap om svelgets anatomiske og fysiologiske oppbygning en fundamental grunnviten. Et samarbeid mellom ulike fagpersoner i tverrfaglige dysfagiteam er nødvendig for å gi en adekvat utredning og oppfølging. Eksempel på yrkesgrupper som kan inngå i dysfagiteam er: logoped, ergoterapeut, sykepleier, tannlege, ernæringsfysiolog, nevrolog, Øre-Nese-Hals-lege (ØNH-lege). Viktigste ressurser og

nøkkelpersoner i et slikt team er ernæringsfysiologen og logopeden, mens andre spesialister kan involveres ved behov (Svensson, 2014, s.143).

Pasienter med dysfagi har rett til å motta logopedisk hjelp. Etter Opplæringsloven (1998, §4A) er det hjemlet en rett til logopedisk behandling ved dysfagi. Folketrygdloven (1997, §5-10) gir rett til behandling for dysfagi hos privat logoped. Det logopediske arbeidet består av kartlegging som skal gi grunnlag for videre intervensjon. Arbeidet følger de etiske retningslinjene for medlemmer av norsk Logopedlag (Norsk logopedlag, u.å.).

1.1 Bakgrunn

Bakgrunnen for denne studien er å undersøke helsepersonellets kjennskap og arbeidsmetode overfor lidelsen dysfagi. Et viktig moment er at dysfagiproblematikken blir satt i fokus slik at mennesker som har denne vansken oppdages og diagnostiseres. Undersøkelsen vil vinkles mot helsepersonellets kunnskap om dysfagi, der behandlingsmåtene og samarbeidsformene vil gi et bilde av hvilken kjennskap til utredning og behandling helsepersonellet har.

Bakteppet er å studere de arbeidsformene vi har i dag i noen få kommuner. Tanken er å skaffe en oversikt over den utredning og behandling mennesker med dysfagi får. Har vi et tjenestesystem som fanger opp lidelsen der rutiner og ressurser ligger til rette for å utføre et adekvat arbeide?

Resultat av de arbeidsformene som helsepersonellet beskriver vil fremstilles i pasientforløp.

1.2 Helhetlig pasientforløp

Et helhetlig pasientforløp starter med pasientens første kontakt med helsetjenesten om sitt helseproblem. Det kan da være et problem som nylig har oppstått eller er overstått. Helsedirektoratet beskriver helhetlig pasientforløp slik:

> *«En helhetlig, sammenhengende beskrivelse av en eller flere pasienters kontakter med ulike deler av helsevesenet i løpet av en sykdomsperiode.»*
>
> (Helsedirektoratet, 2019, «Hva er helhetlige pasientforløp», avsn.1).

Oppbyggingen av et pasientforløp skal utarbeides etter en metodikk som har det grunnleggende mål å bidra til at pasienter og helsepersonell vet hva som skal skje og i hvilken rekkefølge. Innholdet i forløpet skal baseres på den beste kunnskapen for å nå mål om

kunnskapsbasert praksis. Det handler om pasientens reise i helsetjenesten, der pasienten møter fysiske, psykiske, sosiale, åndelige og eksistensielle behov. (NOU 2017, nr. 16 s, 51)

Helhetlige pasientforløp har en bred tilnærming og går på tvers av nivåer og virksomheter. Forløpene er viktig for at samarbeidet i helsevesenet skal bli bedre, og for å avklare eller definere ansvar mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen. De er også viktige for kontinuitet og sammenheng i behandlingen når pasienten beveger seg i pasientforløpet på tvers av ulike helsenivå. Her kan det handle om intern overflytting i sykehus eller i kommunen, eller mellom spesialist- og primærhelsetjeneste. (Eggen & Røsvik, 2018, avsn. 5).

Ifølge Meld. St. 47 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008-2009, s. 48), skal helsetjenesten være godt og samordnet i møte med pasienter. Den skal preges av kontinuitet, behandlingskjeder og pasientforløp som ivaretar en god behandlingskvalitet uansett hvem som har ansvaret for de enkelte deltjenestene. Dette er spesielt viktig for pasienter med langvarige og sammensatte behov.

Definisjon på et standardisert pasientforløp bygger på European Pathway Association u.å., avsn. 2 (EPA) sin definisjon av *care pathway*. EPA er en europeisk organisasjon som har samlet forskere, ledere og klinikere. Disse arbeider med etablering av en helhetlig oppfølging av pasienten, der systematisk planlegging og oppfølging av pasienten i helhetlige pasientforløp ligger til grunn.

Det fremheves følgende kriterier for pasientforløpet:

- *en koordinert tverrfaglig prosess for en definert pasientgruppe, som kan omfatte utredning, behandling, oppfølging og omsorg.*
- *Diagnostikk, behandling og oppfølging skal være evidensbasert og føre til kunnskapsbasert praksis (NOU 2017, nr. 16, s. 51).*

1.3 Empiri

Tidligere forskning bidrar til å belyse forekomst og de alvorlige følger av dysfagi.

I en artikkel av Oraviita og Røste ble det funnet at cirka 60 % av alle slagtilfellene i Norge vil ende opp med å få en dysfagi. Vi svelger normalt 600 ganger i døgnet. Rammes vi av hjerneslag vil det kunne gi store konsekvenser for pasientens helse (Oraviita & Røste, u.å.).

I Norge hadde vi 15000 nye hjerneslag pr 2011. Forekomst av slagtilfeller øker betydelig med alder, og cirka 65 % oppstår etter 75 år. Antall slagtilfeller vil stige de nærmeste årene på grunn av et økende antall eldre i befolkningen. Det er sannsynlig at slagtilfellene blant eldre vil øke med 50 % frem til 2030 (Statens helsetilsyn, 2011, s 11-12). Vi vet nå at 60 % av slagtilfellene gir dysfagi, med denne lidelsen følger også store komplikasjoner. De nasjonale retningslinjer for behandling og rehabilitering ved hjerneslag forteller at aspirasjonspenumoni og underernæring er de alvorligste komplikasjonene som gir økt risiko for død eller alvorlig funksjonshemming (Helsedirektoratet 2010, s. 131).

Det er gjort flere undersøkelser på forekomst av dysfagi. En artikkel fra Rofes et al. viser at utbredelsen av orofaryngeal dysfagi er svært høy. Tall viser at så mange som 52-82 % av pasientene med Parkinson sykdom og så mange som 84 % av pasienter med ALS har lidelsen. Hos personer som er 65 år og eldre er mer enn 60 % av de institusjonaliserte pasientene rammet (Rofes, L. et al. 2011, avsn. 1, s.1). En artikkel fra Hartelius & Svensson beskriver at ved akutte slag har opp mot to tredeler av tilfellene stor dysfagi. Ved nevrologiske sykdommer, som Parkinson, har nesten annenhver pasient svelgevansker (ca 41 %). Hver tredje pasient med multippel sklerose opplever en dårlig svelgefunksjon (Hartelius & Svensson, 1994, abstract). Så å si alle som får ALS utvikler dysfagi etter hvert som sykdommen skrider frem (Svensson, 2014, s. 27).

1.3.1 Alvorlige konsekvenser

Dysfagi og underernæring forekommer i betydelig grad hos pasienter ved sykehus, samt ved sykehjem med eldre som er kronisk syke (Layne m.fl.1989; Christensson m.fl.1999; Unosson & Rothberg 2000). Herunder kommer ulike grupper med forskjellige diagnoser som har dysfagi som en vanlig følgetilstand. Insidens og prevalens er vanskelig å fastsette fordi dysfagien varierer, fordi diagnosen dysfagi ikke alltid blir satt, eller fordi pasienten har en annen hoveddiagnose (Kuhlemeier1994). Anslagsvis har mer enn halvparten av sykehjemspasienter problemer med å spise og svelge (Siebens m.fl. 1986; Layne m.fl.1989). I en litt eldre studie som omfatter alle inneliggende pasienter ved to større sykehus i New York, hadde 12 -13 % av pasientene besvær med sikkel, feilsvelging med hoste, vansker med å svelge ned og en kjent aspirasjonspneumoni (Groher & Bukatman, 1986), (Svensson, 2014, s. 27).

1.4 Oppgavens oppbygging

Oppgaven deles inn i fire kapitler.

I første kapittel gjøres rede for bakgrunn, formål og problemstilling. Videre følger teoridelen der de teoretiske grunnlag, kartlegging, utredning, behandling, tester og instrumentelle undersøkelser blir presentert.

I kapittel 2 beskrives metode og analyse. Her presenteres metoden som er brukt og det gjøres rede for analyseprosessen. Her blir også undersøkelsens relabilitet og validitet vurdert.

I kapittel 3 presenteres de funn som er gjort i studien. For å oppsummere fremstilles resultatet gjennom to pasientforløp, basert på de opplysninger som kommer frem fra informanten og forskerens tolkning av disse.

Forskningsprosjektets siste del, kapittel fire, omhandler diskusjon av funn. Her ligger svar på problemstillingen. Oppgaven avsluttes med konklusjon og forslag til videre forskning.

1.5 Formål

I forbindelse med logopedstudiet ved NTNU og gjennom praksis ble oppmerksomheten rettet mot viktigheten av utredning og behandling av mennesker med lidelsen dysfagi. Nysgjerrigheten ble vekket og gav grunnlag for dette prosjektet. Derfor undersøkes det hvordan det arbeides med dysfagi innenfor primærhelseomsorgen. Kunnskapen om lidelsen, samarbeidsformene for utredning og behandling og ansvar er kildene. I og med at prosjektet undersøkes og presenteres av en logopedstudent vil også et fokus være rettet mot logopedenes involvering i arbeidet.

1.6 Problemstilling

Tittel på oppgaven: **Dysfagi innenfor primærhelsetjenesten**

Prosjektet vil behandle to problemstillinger:

1. **Grad av helsepersonells bevissthet rundt dysfagi i primærhelsetjenesten?**
2. **Hvilken kjennskap har helsepersonell til faglige nettverk i primærhelsetjenesten?**

1.7 Teoretisk utgangspunkt

1.7.1 Hva er dysfagi

Dysfagi er et følgesymptom ved sykdommer eller skader i muskler og nerver som styrer normal spise- og svelgefunksjon. De skadene og anatomiske forandringene i strukturene som relateres til spise- og svelgefunksjon kan oppstå etter hjerneslag, hjerneskade, hjernesvulst, nevrologiske og nevromuskulære sykdommer, demens, kreft i munn og halsregion og etter kirurgiske inngrep i hals og munn, samt ved normal aldring (Hartelius et al., 2012, s. 473).

Ordet *dysfagi* kommer fra det greske språket og betyr *(dys)* nedsatt funksjon og *(phagia)* å spise. De fleste sunne individer er i stand til å kunne svelge mat og drikke uten noen problemer. Dysfagi er et funksjonsavvik av motorisk og sensorisk art. Disse avvikene kan påvirke den normale svelgefunksjonen på oralt, faryngealt og øsofagealt nivå. Når en person får dysfagi innebærer det at det blir utfordringer med å transportere mat, drikke, spytt og medisiner fra munn til magesekk (Svensson, 2014, s. 25).

Normalt sett brukes termen orofaryngeal dysfagi for å beskrive svelgevansker i den orale og faryngeale fase. For at mat og drikke skal presses ned i magesekken, forutsetter det at tungeryggen, tungerot, svelgets konstriktorer og muskulatur i spiserøret fungerer og hjelper til. For at ikke mat og drikke skal havne i luftveiene, må lepper, ganeseil, strupelokk, arybrusk, falske og ekte stemmeband og øvre og nedre sfinkter i spiserøret forhindre at maten svelges feil eller stanser opp (Svensson 2014, s.13). Friske personer har et naturlig vern mot dette. Hoste er en naturlig refleks og konsekvens om vi svelger vrangt (Svensson, 2014, s. 22). Årsakene til at vi svelger vrangt kan være skade i muskler og nerver som styrer normal svelging. Gjennom pusten og svelgesentret i hjernestammen reguleres aktiviteten via innkommende stimuli og utgående signaler til muskler i munnhulen og i svelget.

1.7.2 Normal svelgefunksjon

Å spise og svelge er noe vi gjør helt normalt uten å tenke over det. Det å svelge kan defineres som normal transport av mat, drikke, spytt eller medisin fra leppene til magesekken. Dette forutsetter en kompleks koordinasjon av sensomotoriske funksjoner der sultfølelsen kombineres med lukt, syn og smak. Å spise innebærer at vi må kunne oppfatte mat og drikke og videre føre den til munnen (Svensson, 2014, s.11). Den normale svelgefunksjon settes i gang via områder i hjernestammen. Det er gjennom hjernestammen hjernenervene som

berører både pust, tale og svelg passerer, disse nervene styrer koordinering av muskulatur slik at en normal svelgning skal foregå (Ekberg, 2012, s.55).

Normalt beskrives svelgingen gjennom fire ulike faser: den preorale, den orale, den faryngeale og den øsofagale. I det følgende beskrives den orale og faryngeale fasen, da det er disse som inngår i prosjektet.

1.7.2.1 Orale fase og faryngeale fase

Den orale fasen inndeles i sin tur som et forberedende moment da maten skal puttes i munnen og smakes, tygges, bearbeides samt formes til en klump (bolus). Her foregår en nedbryting av maten samt iblanding av spytt. En bearbeiding av bolus skjer ved hjelp av muskelaktivitet i kjeve, lepper, kinn, tunge og ganeseil. Spyttet har viktige funksjoner som inngår i denne prosessen. Ved å fukte og smøre slimhinner, beskytte tenner og gi bolus en rett konsistens vil den gli lettere ned. I tillegg bidrar spyttet til spalting av mat og nøytralisering av magesyre.

I munnen blir bolus normalt holdt på plass i fremre og midtre del av tungen. Ved hjelp av kjeve og leppelukke holdes mat og drikke i munnen, og en god tonus i kinn bidrar til å presse maten mot tungen under tygging. En normal tyggefunksjon krever at muskulatur i lepper, kinn, tunge og den bløte gane er intakt. Funksjon i kjevene må også være god (Svensson 2014, s.21).

Bolus transporteres videre ved at lepper og tunge presses mot fremre tannrekke, dette for å samle bolus. Den mediale delen av tungen løftes fra fremst i munnen og bakover mot den harde gane og skyver med sin kraft bolus bakover og ned i svelget i en bølgelignende bevegelse (Shawker et al., 1983) (Svensson, 1990) (Svensson, 2014, s. 21).

Den orale svelgingen er en forutsetning for at den faryngeale svelgingen utløses. Det er i denne fasen svelgerefleksen utløses og de fysiologiske prosesser inntreffer. Følgende skjer: den bløte gane løftes opp, strupehodet løftes opp og frem og epiglottis tippes nedover og stenger for åpningen til luftveiene. Stemmeleppene og strupelokket beskytter luftveiene og dermed hindrer penetrasjon av mat og drikke. Kontraksjon i svelgsnørene fører maten nedover til lukkemuskelen som åpner seg. Når maten passerer lukkemuskelen vil den tredje fase starte, den øsofageale svelgefasen (Svensson, 2014, s. 21).

1.7.3 Konsekvenser ved dysfagi

I det følgende gis det en kort beskrivelse av to alvorligste konsekvenser som dysfagi kan gi.

1.7.3.1 Stille aspirasjon

I tilfeller der hosterefleksen er fraværende eller redusert, fører ikke aspirasjon til hoste men forblir «stille» (stille aspirasjon). Derfor blir den umiddelbart ikke lagt merke til. Rundt 40 % av pasientene som aspirerer har såkalt stille aspirasjon (Ekberg, 2012, s. 73). En av dysfagiens hovedkonsekvenser er faren for aspirasjon. Dette kan føre til luftveisinfeksjoner og aspirasjonspneumoni (Svensson, 2014, s. 102).

Vanntesten presenteres nærmere senere i oppgaven (pkt 1.8.4). Formålet med vanntesten er screening for aspirasjonsfare. Vanntesten avslører svelgevansker ved lett dysfagi, men ulempen er at den ikke oppdager stille aspirasjon. Testen skal ikke utføres om det tidligere har vært mistanke om aspirasjon (Svensson, 2014, s. 43).

En studie i USA viser til at 15.5 % av alle tilfeller av pneumoni er aspirasjonspneumonier. Disse var årsak til den høyeste dødelighet under sykehusinnleggelse. Med bakgrunn i studien fra USA og svensk statistikk fra 2006 er det beregnet at aspirasjonspneumoni er årsak til omkring 5 000 innleggelsestilfeller og minst 30 000 behandlingsdager årlig ved svenske sykehus (Svensson, 2014, s. 8).

1.7.3.2 Underernæring

I en nyere rapport fra Nasjonalt råd for ernæring (2017, s. 9), er underernæring definert som en ernæringssituasjon der mangel på energi, protein og eller andre næringsstoffer forårsaker en målbar ugunstig effekt på kroppsmassesammensetningen, funksjon og klinisk utfall (Nasjonalt råd for ernæring, 2017 s. 9). I samme rapport (s. 8) vises det til at underernæring er nokså vanlig ved norske sykehus. Det anslås at hver tredje pasient i Norske sykehus er i en risiko for underernæring. Eksempelvis viser rapporten resultater fra AHUS at hele 45 % pasienter over 70 år er i samme situasjon. En eldre studie viser at ved en medisinsk avdeling ved Oslo Universitetssykehus ble 57 % klassifisert underernærte. Underernæring er assosiert med økt sykelighet, lengre sykehusopphold og høyere dødelighet.

Dysfagi er en av de fremste årsakene til underernæring innenfor helseomsorgen (Cederholm, et al. 2000). Det er forskjellige årsaker til underernæring. Blant annet medfører de fysiologiske aldersforandringene svakheter i muskelmasse som i sin tur fører til lavere energibehov. Appetitt kan påvirkes av reduserte tørste, lukt- og smaksopplevelser, tannhelseproblemer, dårlig munnhygiene, og svelgeproblemer (Svensson, 2014, s.121-126).

1.7.4 Direkte årsaker til svelgforstyrrelsen

Et intrikat samspill mellom svelgingens ulike delmoment i munn, svelg og hals og mellom svelg og pust er helt avgjørende for at koordinasjonsakten til svelging skal fungere normalt. Den vanligste forstyrrelsen skjer mellom samordningen av innkomne nerveimpulser til hjernestammens senter for svelg og utgående nerveimpulser. Nerveimpulsene skal aktivisere et stort antall muskler i riktig rekkefølge. Samtidig må svelgingens kraft balanseres rett. De involverte motoriske hjernenervene i denne prosessen er: N. Facialis (ansiktets muskulatur), N. Trigeminus (tyggemusklene), N. Hypoglossus (tungen), N. Vagus (recurrens) og N. Glossofaryngeus som begge styrer (svelget) som skjer via plexus Pharygeus. Larynx kontrolleres av N. Vagus (recurrens) (Svensson, 2014, s. 16).

1.8 Kartlegging av spise- og svelgefunksjon

1.8.1 Utreding

Det er helt nødvendig med utredning og diagnostisering av syke mennesker før en medisinsk behandling kan starte. Dette gjelder også pasienter som har dysfagi. I dette kapitlet beskrives kort hvordan man kan utrede og håndtere dysfagi ved screeningsmetode, en detaljert anamnese for svelging og kliniske undersøkelser sammen med instrumentelle undersøkelser som røntgen og endoskopi. Disse undersøkelsene utgjør en viktig og nødvendig del av utredning og behandling av pasienter med dysfagi.

En dysfagiutredning har tre ulike formål:

- Den etiologoiske – medisinsk diagnose
- Den funksjonelle undersøkelsen – beskriver svelgeforstyrrelsen
- Det terapeutiske – det som kan påvirke svelgingen på ulike måter (Svensson, 2014, s. 39)

1.8.2 Tegn og symptomer

Når en svelgevanske oppstår, er dette de viktigste tegn og symptomer man skal se etter: vansker med å kontrollere spytt, problemer med å innta drikke (varm/kald) og tykkere konsistenser i form av mat (varm /kald), ufrivillig vektnedgang, spiser saktere enn før, spiser mindre porsjoner, uforklarlig feber og lungebetennelse, hoste og kvelningsfornemmelser, stemmeforandringer, munntørrhet, klumpfølelse i halsen, redsel for å svelge fordi det gjør vondt, problemer med å tygge maten, vansker med å føre bolus fra munnen og ned til farynx, utfordringer med å holde maten i munnen når man tygger (Svensson, 2014, s. 48).

1.8.2.1 Vekt

En pasients ernæringsstatus avspeiles fremfor alt av vektutvikling (Svensson, 2014, s. 48). Undernæring er en helt vanlig følge når det gjelder dysfagi. Vektnedgang er den beste indikator på pasienters ernæringstilstand. Faresignalet er stor ufrivillig vektnedgang over en gitt periode. *Body Mass Index* (BMI), er en formel der man regner ut vekt i forhold til høyde. Denne metoden gir en god indikator på vektutviklingen og skal alltid vurderes. *Formel: vekt (kg)/lengde (m)*^{2}. (Svensson, 2014, s. 40)

1.8.3 Screening

En optimal screening for dysfagi skal være sensitiv og spesifikk. Den skal identifisere hvis der er fare for aspirasjon (Doggett et al., 2002). En screening bør komme så raskt som mulig etter et akutt slag, og gjøres mens pasientene enda ligger til sengs. En rask terapeutisk undersøkelse er viktig fordi man ikke skal gi mat og drikke uten først å ha undersøkt svelgefunksjon, nettopp på grunn av aspirasjonsfaren (Ekberg, 2012, s. 88).

Fordi mange slagrammede utvikler dysfagi som leder til alvorlige konsekvenser, skal det alltid gjøres en svelgetest av pasientene før det gis mat, medisiner eller drikke. Dette skal gjøres kort tid etter innleggelse. Vanntesten identifiserer hvordan svelgingen foregår samtidig som den gir indikasjoner om en pasient trenger en enda grundigere screeningprosedyre. (Svensson, 2014, s. 40)

1.8.4 Vanntest

Vanntesten er en metode for å vurdere nedsatt svelgefunksjon. Vanntesten er standardisert og følger denne fremgangsmåten: Pasienten må være samarbeidsvillig, våken og klar til å ta imot instruks. Videre er en god sittestilling påkrevd. Man skal sitte godt oppreist i en stol, eventuelt sitte med rett rygg i en seng. Pasientens hodestilling må vurderes, munnmotoriske bevegelser må kontrolleres (som å slikke seg rundt munnen, svelge eget spytt og hoste) (Svensson, 2014, s. 186).

Deretter gis en teskje vann, 3 ml. Her kjenner man etter med fingrene over pasientens strupehode etter svelgebevegelsen. Denne testen kalles for 4-fingeresten (Stensvold, 1997, s. 68). Under vanntesten ser og hører vi etter faresignaler. Dette inkluderer respirasjonsforandringer som for eksempel kortpustethet og surklelyder. Surkling er et tydelig tegn på aspirasjon. Surkling kan være tegn på at væske eller spytt ligger i de øvre luftveiene. Ved å høre på pasientens stemme vil man høre om stemmen er uren og grøtete.

Andre faresignaler er hoste og stemmeforandringer. Hvis pasienten hoster mer enn en gang, tilbys vann med fortykningsmiddel. Fortykningsmiddel gjør at pasienten takler en svelging bedre. Her anbefales «kefir-konsistens». Hoste og kremting er nødvendige funksjoner, og er kroppens måte å beskytte seg selv mot aspirasjon på, men også et tegn på at svelgeprosessen ikke fungerer slik den skal (Stensvold, 1997, s. 68).

1.8.5 Måltidsobservasjon

En strukturert måltidsobservasjon gir informasjon om hvordan pasienten spiser, svelger og drikker ved et ikke tilrettelagt måltid (Steele et al., 1997; Longemann, 2006). En måltidsobservasjon gir informasjon, slik at man kan gi råd og trening av svelgningskompensatoriske øvelser som kan lette spisingen. Det kan være spiseteknikker, hodestilling, ikke spise for fort eller ta for store biter. Observasjon er en klinisk bedømming der man ser pasientens spisesituasjon bare med det blotte øye. Naturligvis kan man ikke se hvordan den faryngeale svelging foregår og derfor mister man mye informasjon, slik som rester av mat i svelget eller feilsvelgening (aspirasjon). En stille aspirasjon kan gi alvorlige konsekvenser om pasienten svelger mat, drikke, medisin eller spytt ned i luftrøret og ikke reagerer med å hoste eller harke (Svensson, 2014, s. 56).

1.8.6 Diagnostiske prosedyrer

Det er nødvendig å gå gjennom en grundig morfologisk og funksjonell diagnostiseringsprosedyre for å evaluere svelgeprosessen (svelgingen) fra munnhule til magesekk. Hensikten er å avdekke etiologisk og individuell svelgeprofil. Kompleksitet gjør det nødvendig med en tverrfaglig tilnærming. Som oftest starter diagnostiseringen hos en ØNH-lege som gjerne foretar videoskopiundersøkelse av øvre del av svelget og studie av svelgingen. Funnene gjennom denne undersøkelsen avgjør videre forløp. Eksempelvis henvisning til utvidet bildediagnostikk, lungelege, nevrolog med flere (Ekberg, 2012, s. 78).

1.8.7 Anamnese

Anamnesen inngår som dysfagiutredningens første del, og legger grunnlag for videre utredning (Svensson 2014, s. 49). Innholdet i anamnesen innhentes gjennom samtale med pasienten, og suppleres ofte med opplysninger fra pårørende og tidligere epikriser. Her beskrives symptomer i detalj og forhold som debut, varighet, ledsagende plager, lindrende og forverrende faktorer inngår ofte. Her innhenter man opplysninger om det er planlagt ytterlig behandling av pasienten, om pasienten har fått behandling tidligere, om medikamentbruk og om pasienten klarer å svelge medisinene. Det blir også spurt om eventuelle

medikamentbivirkninger som for eksempel munntørrhet, nedsatt appetitt og en følelse døsighet (Svensson, 2014, s. 44). Alle spørsmål som skal stilles, formes etter svelgeproblemet pasienten har. For å oppnå effektiv anamnese må klinikeren pense svelgeutredningen inn på et rett spor. Derfor er kunnskap om lidelsen og tid til pasienten avgjørende for den videre intervensjon (Henrix, 1993) (Svensson, 2014, s 43).

Selve anamnesen og pasientobservasjonen danner grunnlaget for oppfatningen av pasientens almentilstand, helsetilstand, våkenhet, orientering, sykdomsinnsikt og tilstedeværelse i samtalen. Videre om det er forandringer i minnet, språk og stemme (Ekberg 2012, s. 79). Man sjekker om pasienten klarer å svelge sitt eget spytt og observerer samtidig pusten. Det kognitive, det følelsesmessige, vekt og ernæring må tas hensyn til. Har pasienten hatt feber, kan det ses i sammenheng med aspirasjon (Svensson, 2014, s. 44).

Klarer pasienten å gi beskrivelser som forteller om hvor smerten eller vansken sitter, gir dette verdifulle opplysninger. Beskrivelser som klumpfølelse og kramper i halsen er ikke svelgevansker, men kan assosieres med refluks-besvær, stress og anstrengt muskulatur. Dette kalles en globusfølelse (Svensson, 2014, s 46).

Viktigst er pasientens egne beskrivelser av svelgesymptomenes type. Er det morfologiske eller mekaniske smerter, skyldes dette ofte infeksjon, ødem, svulst, eller er det nevrologiske funksjonsutfall som ved slag, ALS, Parkinson, MS. Dernest er det viktig å avklare hvor vansken er lokalisert: oralt, faryngealt, eller øsofagalt. Det tredje som undersøkes er frekvens, om smertene er konstante eller om de kommer og går, og om de øker eller avtar. Fjerde prioritet omhandler når vansken starter; debuten. Er det plutselig som ved slag, kom smerten smygende som ved en progredierende nevrologisk sykdom, eller kan det være andre sykdommer eller hendelser som er årsak. Til slutt søker en å finne ut av hvor lenge pasienten har hatt vansken og om svelgevansken har forandret seg i karakter (Svensson, 2014, s 45).

På bakgrunn av anamnesen får man kunnskap som kan gi en pekepinn på hvilken type mat, drikke og medisin som kan være utfordrende, og hva man kan tilby og tilrettelegge for (Svensson, 2014, s. 46).

1.8.8 Kranialnervefunksjon, munn og svelgestatus

Neste steg i dysfagiutredningen er en form for klinisk bedømming. Det skjer ved en oralmotorisk vurdering. Funksjonsundersøkelse tar sikte på å bedømme hjernenervenes

funksjon. Hjernenervene trigeminus, facialis, glossofaryngeus, vagus og hyppoglossus (V, VII, IX, X og XII). Disse nervene inngår i den mimetiske muskulatur: lepper, kjever, tunge og den myke gommen og veggene i svelget. Sensibiliteten ved berøring av ansiktet og munnhulen skal være liksidig. Smak og luktesans, syn og hørsel kan vurderes som tilleggstester. Vurderinger av det kognitive og språklige inngår som en særdeles viktig rolle i undersøkelsen, der man sjekker våkenhet, minne, konsentrasjon, orientering, innsikt og forståelse av instruksjon.
Pannelampe og spatel er viktige redskap ved inspeksjon av munnhule og svelg (Svensson, 2014, s. 49).

1.8.9 Pust gjennom nese og munn

Normalt skjer pusten gjennom nesen, også når vi tygger og bearbeider mat. Vi drar inn duft av mat gjennom nesen, noe som stimulerer appetitten og gir aksept for å svelge. Kan vi ikke lukte forringes muligheten. Om vi puster gjennom munnen risikerer vi at slimhinnene i munn og svelg blir tørre. Lekkasje av spytt og mat er en annen utfordring (Svensson, 2014, s. 49)

1.8.10 Tenner

En forutsetning for å mekanisk bearbeide mat og finfordele maten er å tygge, elte og blande inn spytt slik at man får en riktig konsistens og kan svelge maten ned. Er tyggefunksjonen nedsatt som følge av dårlig tannstatus og dårlige proteser vil det være vanskelig å innta mat og måltidet må tilpasses. Tenner og proteser må tas ut slik at pasientene får innta næring. Slimhinner i munn og svelg kan være inntørket, ha hevelser, betennelser og sår. Alt dette påvirker svelgingen negativt. Mulige årsaker kan være utilstrekkelig væskeinntak, sopp i munnen, infeksjon, dårlige proteser eller strålebehandling (Svensson, 2014, s. 49).

1.8.11 Spytt, munntørrhet og sikkel

Spytt spiller en viktig rolle for svelging, munnhygiene og spalting av mat (Månsson & Sanberg, 1975). Med årene minsker sekresjonscellene i spyttkjertlene, og derfor er munntørrhet (xerostomi) vanlig blant eldre mennesker (Cederholm et al., 2000).
Munntørrhet er en hyppig forekommende medikamentbivirkning. Tilstanden opptrer ved flere auto-immune sykdommer, som for eksempel Sjøgrens syndrom, og er en vanlig komplikasjon etter gjennomgått strålebehandling av enkelte typer kreft.
Alvorlige helserisikoer er følge av for lite inntak av væske. Pasienter som har vansker med å svelge tynnflytende-, eller får for lite inntak av væske, risikerer inntørking. Får pasienten ensidig drikke med fortykningsmiddel øker dette risikoen for inntørking og et økende

svelgeproblem (Logeman et al., 2008; Robbins et al., 2008). Studier har vist at man bør begrense inntaket av fortykningsmiddel i drikke (Campbell-Taylor, 2008). Drikkens konsistens og hvordan man inntar den spiller en rolle. Forskning forteller at man kan oppnå samme effekt hvis men gir kullsyreholdige drikker (Bülow et al., 2003) eller vanlig tynnflytende drikke med skje eller mindre porsjoner (Kuhlemeierer m.fl. 2001).
Å svelge spytt er basalt. Vi produserer 0,5 -1,5 liter med spytt per døgn. Som tidligere konstatert har pasienter med nedsatt svelgefunksjon vansker med å svelge spytt. Skulle det å svelge unna eller kontrollere spytt i munnen være utfordrende, vil det føre til at vi sikler (Bagheri et al.1999; Noberega, et al. 2008). Det fører til sosialt handikap og andre utfordringer som praktiske problemer i arbeid. (Svensson, 2014, s. 51)

1.8.12 Sensibilitet

For å teste sensibilitet kartlegges pasientens evne til å oppfatte forskjeller ved berøring, konsistens, temperatur, smak eller form. Dette gjøres ved å stimulere med lett berøring, topunkts diskriminasjon, test av smaks- og luktesans og bedømming av oral stereognosi. Ved å berøre begge sider av kinn, lepper og munnhule sjekkes det ut om det er forskjell på sidene. Med spatel eller noe spisst kan man berøre tungeryggen, kinnenes innside og den harde og myke gommen. Dette gir en pekepinn på hvor bolus bør plasseres i munnen for å lette svelging. Hvis ikke svelg og kvelningsrefleksen inntrer, kan man forsøke å fremheve denne ved å trykke kjapt og bestemt på tungen lengst bak i munnen. Dette gjøres på hver side. En kvelningsreaksjon med reflektorisk farynxkontraksjon av gom og sidevegger svelget bør ses på begge sider uansett hvilken side som stimuleres. Kvelningsrefleksen medieres av den niende hjernenerve, Nervus Glossopharyngeus som har synapser i nucleus tractus solitarius og er en del av svelgingssentrum i hjernestammen (Svensson, 2014, s. 52).

1.8.13 Intervensjon

Med intervensjon forstås hvilken type av innsatser som må inngå for å forbedre eller minske risikoen for dysfagikomplikasjoner. Som tidligere nevnt er ikke dysfagi lik hos alle pasienter. Intervensjonen må derfor være individuell ut i fra pasientens diagnose. Dette avhenger av pasientens diagnose, prognose og øvrig behandling. Av overnevnte grunn er det lite formålstjenlig å følge generelle regler for valg av behandlingsinnsatser. Helsevesenet har det samme ansvaret for pasientens ernæringstilstand, og de samme krav til utredning, diagnose, behandling, oppfølgning og dokumentasjon som for all annen medisinsk behandling (SoS-rapport 2000) (Svensson 2014, s. 115).
De spørsmål som da må besvares er:

- *Hvordan kan pasienten behandles eller rehabiliteres for den sykdom som har forårsaket dysfagien?*
- *Hvordan kan pasienten ernæres, hydreres og medisineres?*
- *Hvordan kan pasienten behandles eller rehabiliteres for sin dysfagi?*

Tradisjonelt settes sykdomsdiagnosen av legen. En ernæringsfysiolog tilpasser ernæringsbehovet. Spise og svelgefunksjonen blir fulgt opp av helsepersonell mens den spesifikke svelgingsterapeutiske ordningen foretas av logoped (Svensson, 2014, s. 116).

1.8.14 Instrumentelle undersøkelser

Anamnese og kliniske undersøkelser skal komplementeres med instrumentelle undersøkelser. Pasienten bør utredes før man gir råd om svelging, kosthold og annen behandling. Utredningen bør utføres av fagpersoner som har spesifikk kompetanse på dysfagiområdet. Det kan være endoskopi, fiberoptic endoscopic evaluation of swallowing, (FEES) eller røntgenundersøkelser, video fluroskopi (VFS) som gir direkte bilder av svelgingen (Ekberg, 2012, s. 394-397).

Internasjonalt gjennomføres en FEES undersøkelse av ØNH-lege eller en logoped (Svensson, 2014, s. 65). Undersøkelsen gjøres med fiberlaryngoskopi som er et fleksibelt tynt rør med kamera ytterst. Kamera sender bilder «live» til en skjerm. Røret føres ned i halsen via nesen, slik at man da ser de øvre luftveiene. Målet er å avdekke pasientens svelgevanske slik at man kan gi adekvat behandling og rett kost. Denne undersøkelsen gir ikke bare et bilde av dysfagi og aspirasjon, men avdekker også patofysiologiske forandringer (Ekberg, 2012, s. 395). Undersøkelsen ble første gang introdusert av den amerikanske logopeden Susan Langmore og hennes medarbeidere ved veteransykehuet i Michigan (Langmore m.fl 1998) (Svensson 2014, s. 45).

En kontrastrøntgen (VFFS) gir muligheter for å følge bolus fra munnhulen og ned til magen (Ekberg 2012, s. 396). Pasienten drikker ulike kontrastkonsistenser med væske. Seriebilder tas med 2-6 bilder pr sekund og enkeltbilder ved behov. Forskjellen er at stillbilder viser et avgrenset bilde av svelgfunksjonen, mens ved seriebilder kan man derimot følge bolus hele veien. Målet med undersøkelsen er å finne eventuelle morfologiske avvik, som for eksempel svulst, strukturforandringer og forandringer i membran (Svensson 2014, s. 93). Dette er den eneste metoden for visualisering av aspirasjon og regnes som «gullstandard» for evaluering av alvorlige sykdommer.

Begge disse undersøkelsesmetodene forutsetter og inngår i hverandre, og er viktige informasjonskilder. Fordi en klinisk bedømming ikke gir tilstrekkelig svar på pasientens

orofaryngeale svelging, må man kunne se etter strukturforandringer og avvik i svelg og spiserør (farynx) som kan påvirke svelgingen. Likeså kan man avdekke slimhinneforandringer, betennelser og ødemer. De funksjonelle forstyrrelsene i svelgefunksjonen kan heller ikke bedømmes med sikkerhet uten instrumentelle undersøkelser. Eksempel på slike forstyrrelser kan være brist i koordinasjonen mellom pust og svelging, eller penetrasjon til luftveiene. Disse avvikene har en avgjørende betydning for hvor sikker en svelging kan være. En liten fordreining av den faryngeale svelgingen kan sette forsvarsmekanismen mot aspirasjon ut av spill (Svensson 2014, s. 59).

1.8.15 Ulike typer intervensjon

Det finnes et betydelig antall av ulike profesjoner som inngår i behandlingen av dysfagi. Kirurg, indremedisiner, nevrolog, ØNH-lege, tannlege, sykepleier og hjelpepleier, ergoterapeut og logoped. Innenfor hver av disse profesjonene finnes det en rekke ulike behandlingsalternativ: Kirurgen har ansvaret for innsetting av PEG (Perkutan Endoskopisk Gastronomi; næring via sonde direkte innsatt i magen) (Svensson, 2014, s. 122). Indremedisineren gir medisinsk behandling av for eksempel refluks og slimreduserende middel. Ernæringsfysiologen tar for seg spørsmål om ernæring, tannlegen har ansvar for tannhelse og tilpasser for eksempel tannproteser, ergoterapeuten tilpasser utstyr som gode stoler og tilpasset spiseverktøy. Sykepleiere tar for seg tester og registering (for eksempel kalori- og væskeinntak) og passer på vekt. En logoped gir råd om svelgeteknikk og utfører oralmotorisk- og svelgetrening (Svensson, 2014, s. 116).

1.8.16 Et felles språk

Det er nødvendig med et felles språk og helhetlige planer for hvordan dysfagiens mange utfordringer skal håndteres. Dette er ikke bare avgjørende for selve jobben som skal utføres men også i forhold til selve pasientorienteringen. Et tydelig og felles begrepsapparat som skiller mellom ernæring og spise- og svelgevansken vil forenkle arbeidet innenfor helse og rehabilitering (Svensson, 2014, s. 116).

1.8.17 En sentral rolle i utredningen

Nedenfor beskrives logoped og ernæringsfysiolog; to yrkesgrupper som har en sentral rolle ved utredning og behandling av pasienter med dysfagi.

1.8.17.1 Logoped

Logopeden arbeider nærmere den medisinske siden, og den logopediske kompetansen betraktes som etterspurt. Logopeden bidrar i utredning og behandling av både spebarn og

voksne med sin kunnskap om orofaryngeal dysfagi. Arbeidsoppgavene består av oralmotorisk trening og svelgeutredinger der blant annet måltidsobservasjoner eller testmåltider er en del av undersøkelsen for å bedømme pasientenes spise- og svelgevanske.

Logopeden medvirker også ved instrumentelle undersøkelser som fiberendoskopi (FEES) og røntgen som videoendoskopi (VFS). I behandling har logopeden en sentral rolle, andre profesjoner og pasienter trenger råd om spise- og tyggefunksjon, samt gode teknikker for svelging. Av og til er det behov for å prøve ut hjelpemidler som kan tilpasses pasienter for å lette måltidssituasjonen. Da arbeider logopeden sammen med ergoterapeut.

Denne yrkesgruppen er også ansvarlig for å utforme individuelle oralmotoriske treningsprogram for pasientene. Dette kan gjøres i samarbeid med tannleger. Andre oppgaver er å informere om dysfagi på avdelingene ved helseinstitusjonene slik at helsepersonell kjenner symptomer som kan vekke mistanke. Et viktig moment er at logopeden, sammen med lege og annet helsepersonell, har klare forskrifter og rutiner for hvordan svelgevansker skal identifiseres. Det skal også tydelig fremgå når det skal sendes en henvisning til logoped eller dysfagiteamet (Svensson, 2014, s. 144).

1.8.17.2 Ernæringsfysiolog

Ernæringsfysiologen har en viktig rolle når det gjelder ernæringsspørsmål i helse- og omsorgstjenesten, og er dermed en viktig samarbeidspartner for pasienter med dysfagi. Ernæringsfysiologen har ansvar for å beregne næringsbehov, utføre registrering av kost og ernæringsbehov, følge vektutviklingen, gi råd og henvisninger når det gjelder behov for kosttilpasset mat, eller om nødvendig en mer ernæringsrik kost, næringstilskudd og sondeernæring.
Når det gjelder pasienter med nasogastrisk sonde eller PEG vil disse også få hjelp av ernæringsfysiologen til å tilpasse utstyret som de behøver, som pumpe og sondeaggregat. Ernæringsfysiologen følger også opp pasienter som bor hjemme med nasogastrisk sonde (Svensson, 2014, s. 145).

1.9 Behandling av dysfagi

I dette kapittelet gis en kort innføring i hvilke behandlingsmetoder som ligger til grunn for behandling av dysfagi.

1.9.1 Logoped

En logoped bør medvirke i instrumentelle svelgingsundersøkelser som FEES OG VFS (endoskopi og røntgen), nettopp fordi disse undersøkelsene ligger til grunn for adekvat logopedisk trening og rehabilitering. En viktig oppgave er å dokumentere funn slik at pasienten selv får se en direkte fremstilling av sin svelgefunksjon. Dette har i seg selv en kraftfull terapeutisk intervensjon. Målet er å dempe uro og skape motivasjon for de råd og behandlingsmetoder som terapeuten vil gi til pasienten (Svensson, 2014, s. 127). Et kritisk punkt i behandlingen er å skaffe og tilby nøyaktig informasjon til både pasient og nærmeste familie. Bevissthet og forståelse rundt tilstanden er nødvendig for å forstå at man er nødt til å ta forhåndsregler og gi nødvendig behandling ved svelging (Ekberg, 2012, s. 419).

1.9.2 Behandlingsplan

For å utforme og gjennomføre behandling av dysfagi kreves forståelse av svelgeproblemet og tolking av svelgingsfysiologien. Behandler må tilegne seg kunnskap om pasientens sykehistorie, tidligere diagnoser, medisiner og alder. Man kan ikke gi samme behandling til alle, og derfor er det nødvendig å kjenne til ulike terapiformer. Terapiformene må forklares og instrueres for pasienten på en adekvat måte. Når pasienten er diagnostisert legges det opp til et treningsprogram med øvelser. Logopedisk intervensjon tuftes i prinsippet på to ulike metoder, enten å kompensere for svakheten i svelgefunksjonen, eller kompensere for det som direkte påvirker svelgingsfysiologien.

Logopedisk dysfagibehandling:

- Spesifikke svelgingsråd: unngå forstyrrelser for konsentrasjon, mindre bolus volum, drikke mellom tyggingen
- Posturale teknikker: variasjon av hodeposisjoner
- Svelgingsmanøver: Mendelsohns manøver, supraglottisk mønøver
- Variasjon av bolusegenskaper: Konsistenstilpasninger, smak og temperaturtilpasninger
- Oralsensorisk stimulering: Kuldestimulering
- Orofaryngeal muskeltrening: Ganeplate, munnskjerm for å trene leppestyrke

(Svensson, 2014, s. 128)

1.9.3 Svelgingsråd

Det finnes av og til åpenbare faktorer som spiller inn i en pasients måte å spise på som ikke før var et problem, men som nå er det. Det kan være at man spiser i et hurtig tempo, for store biter, drikker for fort, ler og snakker under måltid, rett pusteteknikk for å unngå å svelge vrangt. Alt som distraherer et måltid (for eksempel radio, tv) bør slås av, pasienten må konsentrere seg om å spise og svelge. Personer som har kjente svelgevansker med risiko for aspirasjon eller er desorienterte må ha tilsyn under måltid.

Andre råd, som å variere mellom fast og flytene bolus for å rense ut rester i svelg og munn, hoste frivillig etter hver svelging, spise med spesialverktøy, anbefale frivillig ettersvelging og frekventere spytt (Svensson, 2014, s.128).

1.9.4 Posturale teknikker

Erfaringer og forskning viser at variasjon av hodestilling forandrer svelgets stilling og omdirigerer bolusflyten (Rasley m.fl. 1993: Longeman 1998;2006b). En påminnelse og hjelp av helsepersonell gis til pasienter som ikke husker å endre stilling under måltid. Det finnes pasienter som av en eller annen grunn ikke skal endre hodestilling. Dette kan skyldes kirurgi. Ved å legge hodet bak når man svelger vil de pasienter som har nedsatt bevegelse i tunge, og som ikke helt og fullt mestrer å føre bolus bakover, få hjelp med transport ved denne hodeposisjon. Dette hjelper også mot faren for at mat og spytt lekker ut av munnen eller mot feilsvelging til nesen hvis leppelukke og ganeseil er for slapt. Dette forutsetter en funksjonell faryngeal svelging som er koordinert rett mellom svelg og pust, slik at man unngår faren for aspirasjon.

Ved vansker med å innlede faryngeal svelging (oro-faryngeal dissociation) anbefales å bukke hode (føre hake ned mot brystet) før svelging. Tynnflytende drikke vil da få en lettere passasje fordi dette vil gi en bedre plass i valeculae (gropene fremfor epiglottis), og epiglottis vil tippes bakover. Larynx vil på grunn av dette beskyttes bedre, og man kan hindre feilsvelging (Shanahan m, fl. 1993). Ved å bøye hodet fremover ved svelgening beskyttes også inngangen til larynx og svelget blir kortere, hvilket vil også lette bolus transport (Bülow et al., 1999).

En studie gjort av Bülow et al. (2001) viste at ved kreft i hodet eller halsregionen eller ved hjerneslag gav det ingen positiv effekt å bukke hodet mot brystet. Antall feilsvelginger minsket ikke. Noen pasienter kan også ha avvikende anatomi i svelget, epiglottis kan ha hevelser etter stråling. Overvekt kan også spille inn. Disse pasientene ville heller ikke ha noen nytte av å bøye hode ned mot brystet (Svensson, 2014, s. 128 -130).

1.9.5 Fortykningsmiddel

Det er alltid nødvendig først å undersøke pasientens svelgefunksjon og analysere behovet for konsistenstilpasset mat og drikke før man begynner å tilby. Å innta tynnflytende væske kan være den største vansken for dysfagipasienter. Det setter seg i halsen lettere enn andre konsistenser. Drikker med kullsyre kan være et alternativ istedenfor vanlig tynnflytende drikker til pasienter som vanligvis aspirerer (Bülow et al. 1993).

Fortykningsmiddel kan også gi verre dysfagisymptom og økt risiko for alvorlige komplikasjoner, som for eksempel dehydrering. Derfor er det særdeles viktig at man konsekvent følger standardisert oppskrift og tilberedning. Den vanligste feilen som blir gjort er å overdosere, eller at pulveret ikke røres godt nok ut. Det må svelle ferdig og få rett konsistens. Får pasientene seig drikke med klumper vil de mest sannsynlig avstå fra å drikke. En konsekvens er at pasienten inntar for lite veske og blir dehydrert. Dette medfører en lang rekke med komplikasjoner, som munntørrhet, sopp i munnen, forstoppelse, urinveisinfeksjon, forstyrelse i elektrolyttbalansen, akutt forvirring og risiko for fall. Risikoen for å få disse komplikasjonene må veies mot risikoen for å få aspirasjonspenumoni (Marik 2001; Campbell-Taylor 2008; Landon et al., 2009) (Svensson, 2014, s. 132).

1.9.6 LSVT

Lee Silverman Voice Treatment er en behandling for Parkinson-pasienter med svak og utydelig tale. Denne behandlingen vil øke farten på talen og den kan også forbedre svelgingen. Gjennom en systematisk trening, ved at man skal «Think Loud» skal dette påvirke pasientens bevissthet respiratorisk – fonatorisk for å øke stemmevolumet. Dette har vist seg å minske effekten av hypokinesitet og rigiditet i talemusklene, slik at stemmen ikke bare høres sterkere, blir langsommere og mer lettforståelig. Denne formen for trening kan gi en effekt på dysfagien hos pasienter med Parkinson. Sharakawi et al., (2002) gjorde en pilotstudie der det viste seg at denne treningen hadde en effekt på tungens aktivitet. Forskerne mente at stemmebehandlingen aktiviserte den nevromuskulære kontrollen i munn og svelg. Resultatet av dette var at det gav en økt fonatorisk anstrengelse, og at denne spilte over på svelgefunksjon og dermed forbedret pasientens bevissthet om sin egen svelgefunksjon (Svensson, 2014, s. 137).

2 Metode og analyse

Dette kapittelet vil omtale studiets metode. Først beskrives kvalitativ metode og studiets design. Her beskrives forberedelser og datainnsamling gjennom intervju. Videre følger analyse av data og presentasjon av funn. Til sist beskrives studiens kvalitet gjennom validitet og relabilitet.

Metoden som brukes er basert på Kirsti Malterud sin bok «Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag». Teorien blir komplementert med andre teoretikere.

2.1 Kvalitativ metode

Metoden egner seg for beskrivelse, analyse og fortolkning av karaktertrekk og egenskaper eller kvaliteter ved de fenomener som skal studeres. I medisinsk forskning kan metoden anvendes ved ulike medisinske problemstillinger for å utforske og skape forståelse. Innenfor det medisinske fagfelt har den kvalitative metoden en styrke når det gjelder menneskelig samhandling og erfaring (Malterud 2017, s. 32).

De kvalitative metoder søker i større grad forståelse enn forklaringer. Den egner seg spesielt godt for å bringe fram data fra enten intervju eller spørreskjema. I denne prosessen vil man kunne oppnå forståelse gjennom den kunnskapen som produseres. Metoden kan åpne for forskning der kunnskapsgrunnlaget kan være tynt, og kvalitative metoder kan da bringe fram nye spørsmål eller legge til grunn nye forståelser (Malterud 2017, s. 32).

2.2 Det kvalitative intervju

2.2.1 Strukturert intervju

I denne studien ble det valgt strukturert intervju som metode for å danne et godt datagrunnlag for å få svar på problemstillingen. Metoden gir et godt grunnlag for å skaffe intervjudata om intervjupersonens ytre verden. Dette forklares med de hendelser, kunnskaper og synspunkter som intervjupersonene representerer ut fra tidligere erfaringer (Thagaard, 2016, s. 95). Ifølge Kleven kan strukturert intervju betraktes som en muntlig variant av spørreskjema. I forberedelsen stilles det store krav til forarbeidet, der intervjuerens gode fagkunnskaper blir viktig slik at intervjuguiden er så dekkende som mulig (Kleven et al. 2014, s. 38). Både Kleven og Kvale & Brinkman framhever oppbyggingen av spørsmålsguiden, der spørsmålene er utformet på forhånd og rekkefølgen av spørsmålene er fastlagt. Et aspekt ved denne formen

for tilnærming er at svarene er sammenlignbare, nettopp fordi intervjupersonene har gitt informasjon om samme tema (Kvale & Brinkman, 2015, s. 98).
Et strukturert intervju preges av en asymmetrisk relasjon mellom forsker og intervjuperson. Dette kan forklares med at oppmerksomheten er mer rettet mot intervjupersonens forklaringer på hendelser og perspektiver som reflekterer erfaringer utenfor intervjusituasjonen enn ved et fleksibelt intervju, der interaksjon mellom forsker og intervjuperson er viktig for resultatet.

Studiet er av fenomenologisk art. Fenomenologiske studier utforsker den mening personer tillegger sine erfaringer av et fenomen. (Thagaard, 2016, s. 40)

2.2.2 Utvalg

Et utvalg bestående av et rikt og variert sett av mennesker med ulik profesjon vil være adekvate kunnskapskilder som vil føre til en god informasjonsstyrke for å belyse problemstillingene. Et tilfeldighetsbasert utvalg ville ha truet gyldigheten i studien (Malterud, Siersma et al.). Målsettingen er at datamaterialet på best mulig måte kan belyse problemstillingen. Derfor er informasjonsstyrken et kriterium i studien (Kuzel1999, Patton 2015) (Malterud, 2017, s. 58).

Kvalitative studier baserer seg på strategisk utvalg. Altså, hva som kan gi best mulig grunnlag for tolkninger, funn og samtidig gi læring til noe nytt. Ved å samle inn feltkunnskap fra ulike fagområder vil informasjonsstyrken være mer robust. Relevansen her er å oppnå data som gir tilstrekkelig dybde og bredde (Malterud, 2017, s. 58).

2.3 Mine forberedelser

2.3.1 Intervjuguide

Målet med guiden var å finne spørsmål som fanget praksisen og forståelsen til den enkelte informanten. Dette betyr at guidens mål må være slik at svarene formidler kunnskap om temaet og virkeligheten slik den er og oppleves. Derfor inneholder den ingen detaljerte spørsmål som åpner for samtaler, men heller innhenter kunnskap fra praksisfeltet. På bakgrunn av dette ble konkrete spørsmål valgt for å ikke påvirke resultatet. Guiden er oppbygd med et innledende hovedspørsmål som introduserer temaet. Resten av guiden er bygd opp med tanke på et pasientforløp der dysfagi er diagnosen. Det ble stilt oppfølgingsspørsmål for å gi informanten mulighet til å gi en mer utfyllende informasjon. Det er tre sentrale emner er presentert i guiden: kartlegging, behandling og samarbeidsform (Thagaard, 2016, s. 101)

2.3.2 Prøveintervju

Det ble valgt å gjøre en liten pilottest av intervjuguiden. En sykepleier med erfaring fra sykehus var testperson. Sykepleieren som deltok mente at guiden rettet seg mot de daglige utfordringer som fagpersonell møter i arbeidet med mennesker som har lidelsen. Rekkefølgen på spørsmålene var naturlig. Det ble ikke foretatt endringer av spørsmålsguiden etter pilottesten.

I forarbeidet vet man som regel ikke nok om hvordan spørsmålene vil fungere. Med et lite forprosjekt med prøveintervju og samtale, bidro dette til å kvalitetssikre guiden. Målet er at de empiriske data skal lede til best mulig informasjonsstyrke (Schaufel, Norderhaug et al. 2011) (Malterud, 2017, s. 55)

2.4 Datainnsamling

2.4.1 Rekruttering

Det ble rekruttert informanter fra seks kommuner. Avtaler for intervju ble ordnet via mail og etterfølgende telefonsamtale. Intervjuene ble gjennomført i fire landkommuner og to byer, en av dem er en storby i Norge. Intervjuene ble gjennomført på arbeidsplassen eller over telefon.

2.4.2 Inklusjonskriterier

En seleksjon av informanter var nødvendig. For å innhente relevante data var inklusjonskriteriene basert på inkludering av helsepersonell som arbeider med pasienter der forekomst av dysfagi er vanlig.

2.4.3 Eksklusjonskriterier

For å få frem nyttig informasjon ble det valgt å ekskludere helsearbeidere som med stor sannsynlighet ikke arbeider med dysfagi.

2.4.4 Informasjon til informantene

Til hver informant ble det gjennomgående gitt en presentasjon av studiet og studiets formål. Det ble også informert angående anonymitet og konfidensialitet. Alle informanter underskrev samtykkeskjema. Intervjuguiden ble ikke delt ut på forhånd. Informantene fikk kun informasjon om tema, problemstilling og formål med studiet.

2.5 Analyse

Til å analysere data ble det brukt en tematisk analyse av ferdigstilt tekstmateriale, engelsk: *Systematic Text Condensation* (STC vil bli brukt som forkortelse). Denne metoden blir brukt

for å organisere datamaterialet for videre arbeid, altså for å bidra til å tydeliggjøre hvilket tolkningsfokus som skal prioriteres. Hovedstrukturen i analysen utgjør fire trinn: danne helhetsinntrykk, identifisere meningsdannende enheter, abstrahere innhold i de meningsdannede enheter og sammenfatte betydningen (Malterud, 2017, s. 97).

2.6 Analyseprosessens fire trinn

2.6.1 1.trinn - Å få et helhetsinntrykk

Det handler om å gjøre seg kjent med datamaterialet, og skape et helhetsbilde ved å lese all tekst. Malterud påpeker viktigheten av å ikke være forutinntatt, men stille seg åpen for hva datamaterialet kan formidle. Temaene er utviklet på basis av refleksjon og tolkning, men de representerer de første instinktive tanker og steg i organiseringen av materialet (Malterud, 2017, s. 100).

2.6.2 2. trinn - Identifisere meningsbærende enheter

Andre analysetrinn beskriver organisering av materialet som skal studeres nærmere, og omhandler det å identifisere meningsdannende enheter. Her skal irrelevant tekst skilles ut og legges vekk. I følge Malterud trenger ikke de funn som ble gjort være endelige. Viktigst på dette stadiet er at man ser disse opp mot problemstillingen (Malterud, 2017, s. 101).

2.6.3 3.trinn - Abstrahere innhold i de meningsbærende enheter

I tredje trinn og fjerde trinn arbeides det videre med hoved-essensen. Tredje trinn på veien var å bruke de viktigste meningsbærende enheter for å kondensere innholdet. I dette arbeidet må man være tekstnær og bruke de uttrykk som informantene har brukt. Kondensatet skal gjenfortelle og sammenfatte det som befinner seg i hver subgruppe (Malterud, 2017, s. 105).

2.6.4 4. trinn - Sammenfatte betydningen

Siste ledd i prosessen er å sette sammen bitene igjen, ved å rekontekstualisere. Her sammenfattes det som har blitt gjort av funn. Målet er at sammenfatningen skal formidles på en lojal måte i forhold til informantenes stemme, samt gi leserne innsikt og tillit. Innenfor dette arbeidet er forskerens rolle å ta ansvar for fortolkningen. Resultatet fra de løsrevne bitene sammenfattes og skal gi forskeren mulighet til å se hvorvidt resultatet fortsatt gir en gyldig beskrivelse av den sammenheng som det opprinnelig var hentet ut fra (Malterud, 2017, s. 108).

2.6.5 Slik ble dette gjennomført i praksis

1. trinn

Alt av datamateriale ble lest flere ganger. Intervjuene fra hver institusjon ble lest hver for seg. Deretter ble hvert fagområde sortert og lest. Dette ble gjort for å se etter likheter og ulikheter innenfor yrkene og institusjonene. Arbeidet bestod i å se etter hvilken kunnskap, hvilke rutiner, tiltak, utfordringer de hadde, hvem de samarbeidet med, samt hvilket fagområde de mente hadde dysfagi som sitt ansvarsområde. Her var det viktig å få dannet et overblikk over hvilken struktur, rutiner og ressurser som informantenes arbeidsplass arbeidet. Et viktig moment her er å få tak i informasjon uten å gi næring til videre tanker.

2. trinn

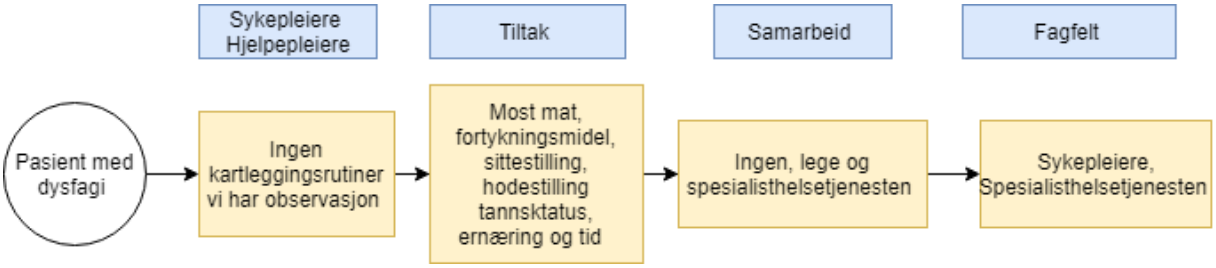
Arbeidsprosessen bestod videre av sortering og koding. Alle intervjuene ble spredd ut over et stort bord. Basert på forskningsspørsmål og definisjoner ble de svar som identifiserte og dekket temaet merket med fargekode for ett og ett spørsmål. Lik farge representerte samme type utsagn, og ble lagt i samme haug. Eksempelvis, *«vi har ingen kartleggingsrutiner for dysfagi»*, eller *«vi utforsker symptomer»*. Formålet var nå å skape rom for analytisk tenkning.

3 og 4. trinn

Nå ble de ulike faggruppene ble organisert i hver sin fargegruppe. Innenfor hver av disse gruppene ble det laget 4 subgrupper der meningsbærende enheter ble trukket ut for hvert tema. De meningsbærende enhetene ble kondensert, det vil si at hver gjenværende enhet ble bygd sammen til en logisk tekst. Mange av enhetene var omtrent like, men det uttrykket som bar mest med seg av de andre beslektede uttrykk var det som ble valgt ut. Dette ble gjort gjennomgående for hvert fagområde for å sikre at det ble arbeidet systematisk med hele det empiriske materialet.

Den sammenfattede teksten for hver faggruppe gav en forståelse av helsepersonellets kunnskap om, og arbeidsmetode for dysfagi. Beskrivelser om hvilke **kartleggingsrutiner** som finnes og hvem som **utfører** disse, deres **samarbeidsformer** og de **fagområder** informantene mener har dysfagi som sitt område var nå gitt. Disse fire punktene ble gjenstående som hoved-essens. For å synliggjøre hvordan de ulike fagområdene arbeider med dysfagi ble resultatene fremstilt i en enkel tidslinje.

Tilslutt ble tidslinjene sammenfattet og presentert i to pasientforløp. Pasientforløpene fremstiller hvordan pasientene blir utredet og behandlet ut fra de data informantene har gitt. Pasientforløpene viser pasienter med hjerneslag og Parkinson. Begge pasientene har dysfagi.



Enkel tidslinje basert på sykepleiernes informasjon

Tekst fra en av faggruppene:

> *«Dysfagi er svelgevansker. Vi har ingen kartleggingsrutiner for dette på vår arbeidsplass. Hvis noen har eller får utfordringer med svelgevansker, så tilpasser vi mat og drikke. Vi sitter sammen med pasientene når de spiser og passer på hodestilling og sittestilling. Kjøkkenet vi har er veldig bra og lager konsistenstilpasset mat. Vi har også fortykningsmiddel til drikke. Logoped har vi ikke som kan kartlegge for oss, men kommer pasientene fra sykehuset kan de være ferdig kartlagt fra der. Da følger vi opp det som står i epikrisen. Det er vi, og egentlig alle som arbeider her som er sammen med pasientene og hjelper de i matsituasjon. Det kan alle her gjøre, sykepleiere, ergoterapeuter og fagarbeidere. De som har dysfagi som sitt fagfelt er sykepleiere, ergoterapeuter, helsearbeidere, logopeder og spesialisthelsetjenesten.»*

2.6.6 Relabilitet

Spørsmålet om relabilitet knyttes til prosjektets pålitelighet og troverdighet. Dette tilsier at andre som bruker den samme metoden eller samme undersøkelse kommer fram til samme resultat. For å unngå feil kan forskningsprosessen gjøres transparent, altså gjennomsiktig. Dette vil si at den bør ha en detaljert beskrivelse av forskningsstrategien og analysemetoden, slik at forskningsprosessen kan følges detaljert trinn for trinn i rapporteringen (Silverman, 2011, s. 360-370) (Thagaard, 2016, s. 193). Denne oppgaven gjennomføres i tråd med dette.

2.6.7 Validitet

Validitet handler i forskningssammenheng om gyldighet i forhold til tolkning av det datamaterialet som forskeren har kommet fram til. Det være seg sannhet, riktighet og styrke i arbeidet som er gjort i forkant og resultatmessig. «En valid slutning er korrekt utledet fra sine premisser» (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 276). Dette kan undersøkes ved å spørre seg selv om metoden som er blitt brukt representerer en logisk vei til kunnskap som berører problemstillingen. Hvis svaret er nei vil man ikke oppnå gyldige svar i resultatsammenheng (Malterud, 2017, s. 192).

For å styrke prosjektets validitet kan man for eksempel spørre seg om relevans, som blant annet har en sentral dimensjon i vitenskapelig sammenheng. Gjennomføres en kontinuerlig valideringsholdning underveis i prosjektet og man modifiserer designet i tråd med rettigheter og plikter slik som et forskningsdesign bør ha, kan man fange opp de svakheter som kan finnes i prosjektet. Når prosjektets validitet behandles på en systematisk måte som nevnt over, vil man få avklaret muligheter, begrensinger, konsistens og relevans for prosjektet (Malterud 2017, s. 192). Denne oppgaven gjennomføres i tråd med dette.

2.6.8 Etiske hensyn

De regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) skal forhånds-godkjenne forskningsprosjekter som har til hensikt å skaffe tilveie ny kunnskap om helse og sykdom (Malterud, 2017, s. 218). Forskningskomiteen er hjemlet i forskningsetikkloven og helseforskningsloven (de nasjonale forskningsetiske komiteene). En kvalitetssikring kan defineres som prosjekter, undersøkelser og evalueringer som har som formål å kontrollere at behandlingen gir det den skal gi. Prosjekter som har et slikt formål er i henhold til helseforskningsloven §4a og §29 fritatt fra godkjenning. Denne studien ble forelagt etisk komite. Komiteen konkluderte med at studien vurderes å være kvalitetssikringsarbeid og derfor ikke trenger godkjenning (Helseforskningsloven, 2008, §4a, §29) (Forskningsetikkloven, 2017, §9).

3 Resultat

Her presenteres resultater fra datainnsamlingen. 50 sider med tekst fra 39 intervju ligger til grunn. Hensikten har vært å fremme kunnskap fra de ulike faggruppenes erfaringer med dysfagi. Gjennom arbeidet med den systematiske analyseprosessen ble fire tema gjenstående. Disse skal bidra til å gi svar på problemstillingene, samt skape et grunnlag for pasientforløpene som blir presentert til slutt i dette kapitlet.

De fire temaene som ble stående igjen var:

- Hvilke kartleggingsrutiner har helsepersonell?
- Hvem utfører kartleggingsrutinene?
- I hvor stor grad samarbeides med andre fagpersoner om utredning og behandling av mennesker med dysfagi?
- Hvilket fagfelt informantene mener har dysfagi som sitt ansvarsområde?

Her presenteres en oversikt over informantene:

Yrke/profesjon	Antall	Kvinner	Menn	Alder, år, fra - til	Alder, år gj. snitt	Gj. snitt år i primærhelse-omsorgen
Sykepleier	14	13	1	28 - 58	48,6	18,3
Vernepleier	4	4	0	30 - 52	43,5	16,5
Ergoterapeut	5	5	0	36 - 59	47	19
Lege	10	7	3	32 - 70	52,3	18
Psykiater	7	3	4	38 - 67	53,4	23,6

Oversikt over informanter

Alle intervjupersonene har relevant helsefaglig utdannelse og de er ansatt ved kommunal helsetjeneste og i spesialisthelsetjenesten. Informantene er ansatt i offentlig sektor. Intervjuene ble utført i Midt-Norge, Nord-Vestlandet og innen Oppland fylke.

Yrkeserfaringen blant de som er intervjuet er relativt bred, og strekker seg over arbeid med geriatri, rusproblematikk, psykiske lidelser, skjermet demens, rehabilitering, kreft og andre alvorlige sykdommer og palliasjon. Palliasjon forklares som en fagretning hvor fokus i behandling er symptomlindring, og ikke å helbrede sykdom (Helsedirektoratet, 2018, avsn. 2).

3.1 Presentasjon av funn

3.1.1 Kartleggingsrutiner

Felles for alle legene er at det er de som undersøker pasienten først og henviser til videre utredning. Legene beskriver sitt arbeid som å henvise til spesialister for å finne årsak, grad av

alvorlighet og behandling. Flere av informantene svarer at de er opptatt av å henvise videre til spesialister som nevrolog, ØNH-lege og til CT for videre utredning. Legene er relativt samstemte når det gjelder kartleggingsrutiner. De er ikke styrt av prosedyrer, men opptatt av å utforske symptomer. Dette danner grunnlag for å starte videre utredning.

> *Ingen! Vi utforsker symptomer. Her er vi ikke prosedyrestyrt, vi er mer opptatt av plagen. For eksempel når startet det? Vi må få tak i beskrivelsen. Er det ved fast føde eller flytende? Er det et stort problem eller lite problem?*
>
> Kommunalt helsepersonell

Felles for sykepleierne er at de ikke har noen kartleggingsrutiner for dysfagi, men svelgevansker kan bli fanget opp ved observasjon. Helsepersonell fra kommunal institusjon sier:

> *Det er ingen som kan kartlegging her og vi har ingen kartlegging for dysfagi. Vi observerer.*
>
> Kommunalt helsepersonell

Ergoterapeutene har ingen spesielle kartleggingsrutiner for dysfagi. De bruker observasjon. Ved en av de kommunale institusjonene kan pasientene være kartlagt fra sykehus, eller de henvises til spesialisthelsetjenesten.

> *Ofte kommer de hit ferdig utredet fra sykehuset. Da leser vi epikrisen og handler ut fra det. Vi har ADL-kartlegging, og inn under der kommer også mat inn. Observasjon, og sjølsagt prøve å finne gode løsninger.*
>
> Kommunalt helsepersonell

3.1.2 Hvem utfører kartleggingsrutinene?

Når legene blir spurt om hvem som utfører kartleggingen, svarer samtlige fastleger og tilsynsleger at de ikke utfører kartlegging av pasientene. Ved helsehuset og sykehuset er legene samstemte i at det er de selv og sykepleierne utfører kartleggingen.

Psykiaterne gir ulike svar, de uttaler at det er enten behandler, eller ingen fokus med mindre diagnosen er kjent før pasienten kommer til dem, eller:

> *Vi har ingen rutiner, Men ellers har alle behandlere et selvstendig ansvar her. Viktig å konferere med spesialister.*
>
> Kommunalt helsepersonell

Sykepleierne ved kommunal helseinstitusjon sier det kommer an på hvor pasientene kommer fra. Kommer de fra sykehus eller rehabilitering kan de være kartlagt, og i slike tilfeller følges de tiltak som er bestemt. Ellers er det sykepleiere, hjelpepleiere og fagarbeidere som utfører kartlegging ved observasjon, og deretter reflekteres det i felleskap over pasienten. Ved sykehuset er det sykepleierne som utfører kartlegging ved observasjon.

Vernepleierne i en kommunal institusjon har organisert denne oppgaven slik at hver beboer har sin primærkontakt. Denne har ansvar for utredning, tiltak og igangsetting. Primærkontakten samarbeider med leder og andre instanser som er nødvendig. Vernepleiere ved en kommunal institusjon uttaler at det er pleiere og terapeuter som henviser til logoped. De mener logopedene burde være mer synlig. Da ville de ha blitt brukt mer. Ergoterapeutene informerer at det er sykepleierne som utfører kartleggingen mens spesialisthelsetjenesten har ansvaret ved den kommunale institusjonen.

3.1.3 Samarbeid med andre fagpersoner for utredning og behandling av mennesker med dysfagi

De kommunale legene og tilsynslegene svarer at deres samarbeidspartnere er spesialistene ved sykehusene. Sykehuslegene samarbeider med ØNH-legene når det gjelder svelgevansker og bruker logoped ved utredning.

Enkelte av psykiaterne svarer at de ikke har noen de samarbeider med, siden dysfagi ikke er en kjent problemstilling for dem, mens andre informanter mener at en videre henvisning fra fastlegen vil være det som er mest naturlig.

Sykepleierne ved kommunal helseinstitusjon forteller at de er prisgitt seg selv, og må resonnere seg frem til problemet. Men hvis en pasient har hatt slag blir det noe annet:

Samarbeidet blir noe annet når en pasient har hatt hjerneslag. For de pasienter som har vært på rehabilitering og har spisevansker vil vårt samarbeid utføres med rehabiliteringen og sykehuset etter at de har kommet hit. Vi får informasjon.

Kommunalt helsepersonell

Sykepleierne ved kommunal institusjon og palliativ avdeling ved sykehus sier at de er vant til å jobbe tverrfaglig, og de kontakter logoped når inneliggende pasienter har hatt slag.

Vernepleierne i en kommunal helseinstitusjon samarbeider med spesialisthelsetjenesten. Ved en annen kommunal institusjon er det lege, sykepleiere, ergoterapeuter og logoped som samarbeider.

Ergoterapeut i kommunal stilling forteller om samarbeidet:

Jeg er vant til at samarbeidet er tverrfaglig. Særlig i forbindelse med slag. Da er det fysioterapeuter, lege og sykepleier. Sosionom har vi ikke og heller ikke logoped. Noe som vi savner.

Kommunal helsearbeider

3.1.4 Hvilke fagfelt har dysfagi som sitt ansvarsområde

Kommunale leger mener at dysfagi hovedsakelig er spesialistene sitt fagfelt. De nevner nevrolog, ØNH-lege og gastrolog. Psykiaterne sier at hvis det primært er en dysfagi, så er det fastlegen sitt ansvar å koordinere videre.

Er det noe psykisk som ligger bak er det psykisk helse som har ansvaret. Men om det er noen som har spesielt ansvar for dysfagi har jeg ingen anelse om.

Kommunal helsearbeider

Informantene har ulike meninger, og svarer varierende. Noen mener det er sykepleiere, ergoterapeuter og fysioterapeuter sitt ansvar, mens andre mener det er spesialisthelsetjenesten sitt fagfelt. En informant sier:

Det overrasker meg at logopeder kan ha dysfagi som sitt fagfelt. Jeg hadde ikke tenkt på det hvis jeg ikke hadde lest om det nå. Det blir litt på siden av det som jeg trodde logopeder utførte.

Kommunal helsearbeider

3.2 Oppsummering av resultatdel

En oppsummering av funn presenteres her gjennom skjematiske pasientforløp for en slagpasient og en Parkinsonpasient. Pasientforløpene forklares kort.

3.2.1 Kort beskrivelse av pasientforløpene for slagpasient med dysfagi

En inneliggende pasient ved en helseinstitusjon har fått et akutt hjerneslag. Lege tilkalles og pasienten blir undersøkt. Legene har forklart at de ikke er styrt av prosedyrer. De utfører ingen standardiserte beskrivelser av funn, men de formidler sin subjektive oppfatning av hva pasienten beskriver. Legene utfører ikke vanntest og de skoperer ikke. Å skopere vil si at det benyttes et fleksibelt rør (fiberendoskopi) med kamera som føres inn via nesen og ned i halsen for å avdekke pasientens svelgevanske. Denne undersøkelsen avdekker dysfagi, aspirasjon og patofysiologiske forandringer (Ekberg, 2012, s. 395).
Legen henviser pasienten til sykehus for videre undersøkelser.

Hastegrad og det som skjer i ambulanse fremkommer ikke av de data som foreligger. Det vi ser er at pasienten blir behandlet av spesialister, nevrolog, radiolog (CT) og ØNH – lege ved sykehuset. Her følger heller ingen dokumentasjon av hendelser i mitt materiale, da ingen oppfølgende spørsmål rundt dette foreligger i oppgaven.

Når undersøkelsene ved sykehuset er ferdig vil pasienten vurderes for videre behandling. Ut fra pasientforløpet ser vi at pasienten enten sendes tilbake til sykehjemmet i påvente av rehabilitering, eller han sendes direkte til rehabilitering. Det kan også være at rehabilitering ikke er nødvendig og at pasienten sendes tilbake til sykehjemmet. Et siste utfall kan være at pasienten blir lagt på palliativ avdeling. Det kommer an på hjerneslagets alvorlighetsgrad.

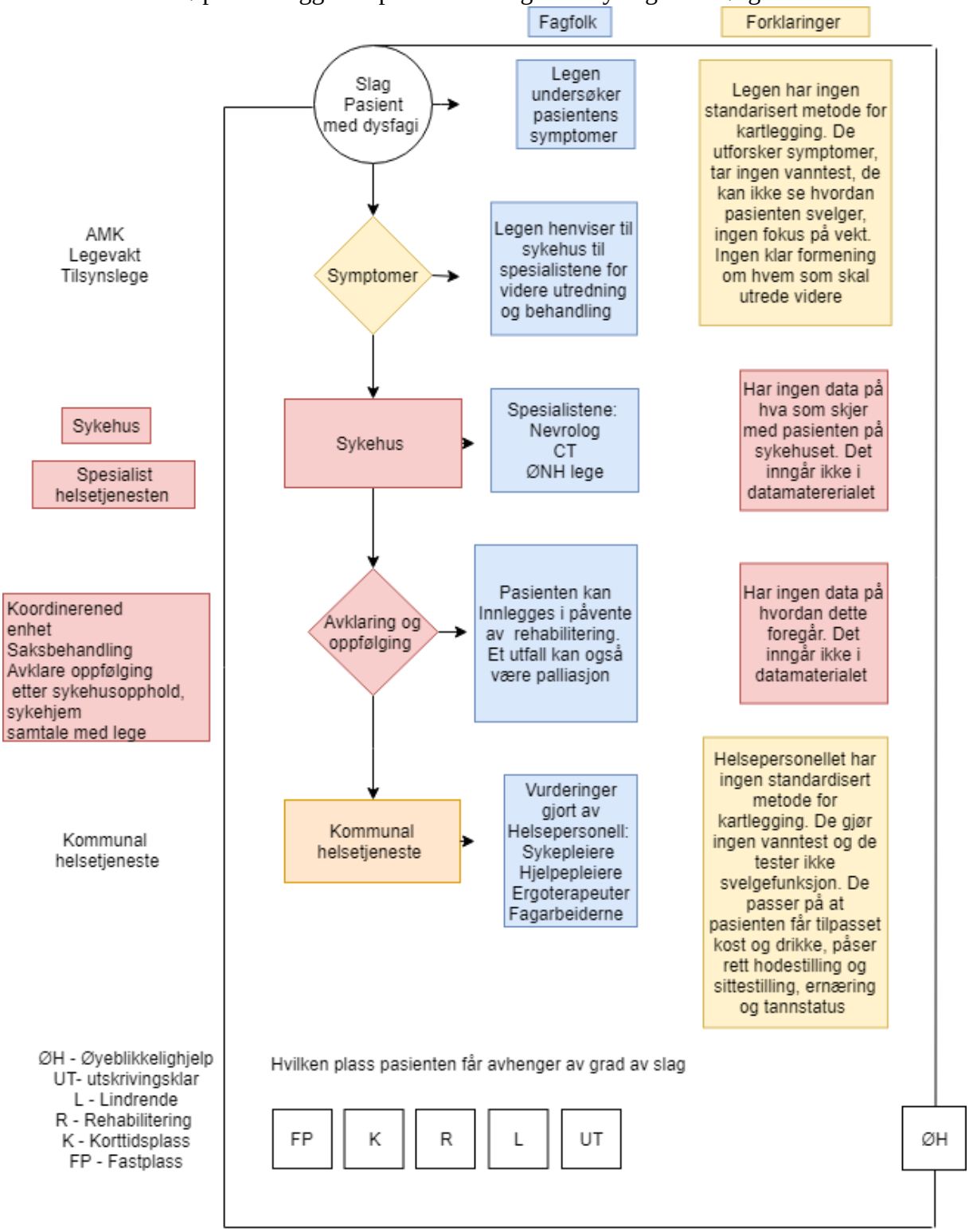
Det er helsepersonell som sykepleiere, hjelpepleiere og ergoterapeuter som tar seg av pasienten. Hvis det i epikrisen (brev fra sykehuset med oppsummering av sykehusoppholdet og plan videre) er beskrevet tiltak for dysfagi, følger helsepersonellet opp det som står der.

Følger det ikke med instrukser er det sykepleiere og andre fagpersoner som ergoterapeut og hjelpepleier som følger opp pasienten lokalt.

Når det gjelder de vurderinger som skal tas omkring måltid til pasienten bruker helsepersonell observasjon som metode i kartleggingen. De observerer ved måltidet og de prøver seg frem med ulike moste matretter og fortykningsmiddel i drikke. Ansvaret ligger hos sykepleieren, men sykepleierne selv sier at andre fagpersoner som ergoterapeut og hjelpepleiere kan utføre disse oppgavene.

Sykepleierne samarbeider ikke med andre enn sine arbeidskollegaer og kjøkkenpersonalet.

3.2.2 Pasientforløp – inneliggende pasient får slag med dysfagi som følge



Pasientforløp 1

3.2.3 Kort beskrivelse av pasientforløpet for Parkinson-pasient med dysfagi

Her fremstilles et pasientforløp basert på informasjon av informantenes beskrivelser og slik informasjonen har blitt tolket. Vi ser en sykehjemspasient med Parkinson (nevrologisk sykdom) som har utviklet dysfagi. Det første som skjer er at tilsynslegen blir tilkalt, og pasienten blir undersøkt. Legene har forklart at de ikke er styrt av prosedyrer. De utfører ingen standardiserte beskrivelser av funn, men de formidler sin subjektive oppfatning av hva pasienten beskriver. De utfører ingen screening, og gjennomfører ingen kliniske undersøkelser. Legen henviser pasienten til sykehus for videre undersøkelser.

Informantene mener at det er ØNH-lege, nevrolog, gastrolog og logoped som vil foreta undersøkelsene. Hva som blir gjort på sykehuset inngår ikke som en del av undersøkelsen og er derfor utelatt i sin helhet.

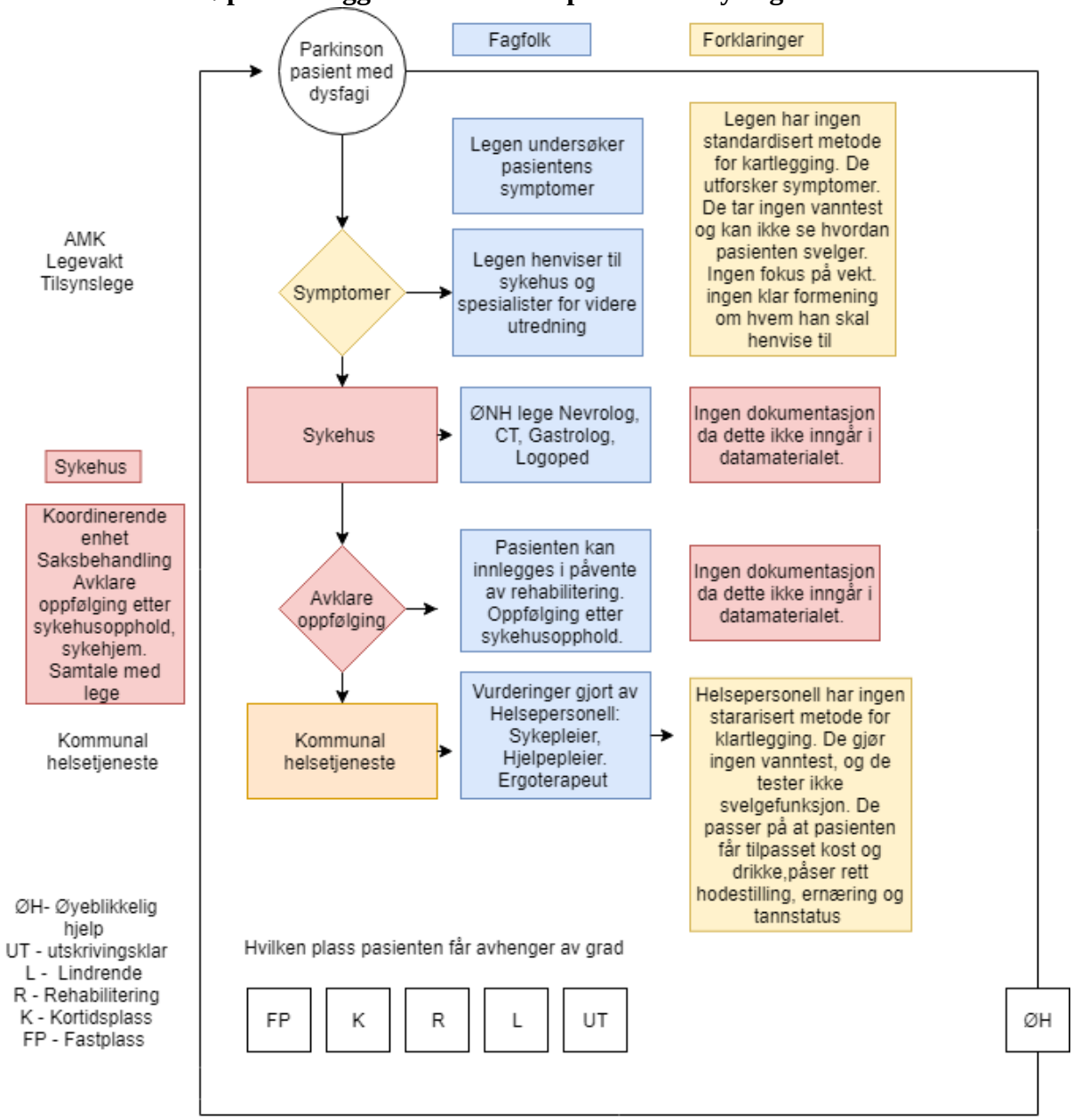
Når undersøkelsene ved sykehuset er ferdige, vurderes pasienten for videre behandling. Ut fra pasientforløpet ser vi at pasienten enten sendes tilbake til sykehjemmet i påvente av rehabilitering, eller han sendes direkte til rehabilitering. Eller det kan være at rehabilitering ikke er nødvendig og at pasienten sendes tilbake til sykehjemmet.

Det er helsepersonell som sykepleiere, hjelpepleiere og ergoterapeuter som tar seg av pasienten. Hvis det i epikrisen (brev fra sykehuset med oppsummering av sykehusoppholdet og plan videre) er beskrevet tiltak for dysfagi, følger helsepersonellet opp det som står der.

Når det gjelder de vurderinger som skal tas omkring måltidet til pasienten, bruker helsepersonell observasjon som metode. De observerer ved måltidet og de prøver seg frem med ulike moste matretter og fortykningsmiddel i drikke. Hjelpemidler fra ergoterapeut kan være ønskelig. Dette ansvaret ligger hos sykepleieren, men sykepleierne selv sier at andre fagpersoner som ergoterapeut og hjelpepleiere kan utføre disse oppgavene.

Sykepleierne samarbeider ikke med andre enn sine arbeidskollegaer og kjøkkenpersonalet.

3.2.4 Pasientforløp – Inneliggende Parkinson pasient får dysfagi



Pasientforløp 2

4 Diskusjon

4.1 Hvilke kartleggingsrutiner for dysfagi utføres i primærhelseomsorgen?

Alle 39 informantene gav uttrykk for at de ikke har noen kartleggingsrutiner for dysfagi ved sin arbeidsplass. Kunnskap om dysfagiutredningen og de krav som skal ligge til grunn ble beskrevet som minimal.

«Vi har ingen kartleggingsrutinger for dysfagi – vi har observasjon»
«Vi kan for lite om dette, vi skulle ha hatt noen som kunne lære oss»
«Vi bruker fortykningsmiddel og gir de moset mat, passer på hodestilling og sittestilling og vi sitter sammen med pasientene når de spiser»
«Vi ser etter symptomer. Vi er ikke opptatt av prosedyrer»

Kommunalt helsepersonell

Det følger ingen adekvat identifisering av dysfagi hos inneliggende pasienter der intervjuene har blitt utført. Identifisering av svelgevanske må til før man kan gi medisinsk behandling. Den medisinske behandlingen baseres på en adekvat utredning og diagnostikk (Svensson, 2014, s.25). Informantene i undersøkelsen gav uttrykk for at deres tilnærming til dysfagivar observasjon av pasienten ved måltider. Observasjon er en av de kriterier som ligger til grunn for en identifisering, men det stilles større krav til en ideell dysfagiutredning. En observasjon må komme først for å definere problemet, og deretter må det være lagt til rette for rutiner og ressurser slik at en utredning og en behandling kan finne sted.
Informantene gir også en beskrivelse av tiltakene de gjør. De bruker fortykningsmiddel og moset mat. Dette gjøres uten at det foreligger noen bekreftelse på, eller at det er identifisert en svelgevanske. Pasienter som har vansker med å innta normalt flytende veske vil forsøke å unngå problemet ved å drikke mindre noe som kan føre til alvorlige helseproblem som inntørking. Får pasienten bare drikke med fortykningsmiddel vil det ha samme utfall (Longeman et al. 2008; Robbins et al. 2008). En avgrensing av fortykningsmiddel bør overveies (Campell-Taylor, 2008). En god effekt kan være å gi pasienten drikker med kullsyre (Bülow et al. 2003) (Svensson, 2014, s.50)
En strukturert måltidsobservasjon gir viktig informasjon om hvordan pasienten spiser, drikker og svelger (Steele et al. 199; Longemann 2006). Måltidsobservasjon er et viktig redskap for videre oppfølgning for rådgivning, trening og kompensatoriske øvelser. Vi kan godt tenke oss

at følgesymptomene av at pasienten ikke får i seg nødvendig næring i form av mat og drikke vil skape godt tenkbare komplikasjoner som ufrivillig vektnedgang, dårlig appetitt, tegn på underernæring, apati, depresjon, endrede kostvaner, hoste, måltidene tar lengre tid, munntørrhet og inntørking, halsbrann, feber og aspirasjonspenumoni. Man bør ha kliniske rutiner som fanger opp disse faresignalene (Svensson, 2014, s. 35).
Hverken observasjon eller kliniske bedømminger kan visualisere den faryngeale svelgingen. Om man kun baserer seg ensidig på observasjon vil viktig informasjon ikke bli registrert som feilsvelging (aspirasjon). En stille aspirasjon gir alvorlige konsekvenser om pasienten får slim, mat eller medisin i luftrøret uten at det fremkaller hoste eller harking (Svensson, 2014, s. 56). Kunnskap og rutiner for kliniske prosedyre må inngå hvis ikke vil pasientene lide unødvendig.
I en artikkel i det svenske bladet LOGOPEDNYTT (Gonzales Lindh, 2013, nr. 2, s. 5) refereres det til en rapport fra European Society for Swallowing Disorders (ESSD), der det slås fast at validerte instrumenter må anvendes i screening, bedømming, diagnostisering og behandling av dysfagi. WHOs International Classification of Diseases (ICD) og International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) skal være med i hver dysfagipasients journal. Det påpekes videre at internasjonale generaliserbare definisjoner, standardisering av kostkonsistenser og tilpasninger for flytende og fast føde ifølge rapporten må utredes snarest. Samtidig påpekes viktigheten av å få bekreftet dysfagi tidlig. Slagpasienter bør screenes innen to timer etter at de har kommet på sykehuset. To dager senere kan en fordypende svelgbedømming utføres.

En tidlig diagnostisering av dysfagi gjøres nettopp fordi man ikke skal gi mat og drikke til pasienter der man ikke kjenner til hvordan svelgefunksjonen er. Det er forbundet stor risiko å gi mat og drikke til udiagnostiserte mennesker som kan lide av dysfagi på grunn av aspirasjonsfaren (Svensson, 2014, s. 40).

Wirth et al. vurderer i en forskningsartikkel diagnostisering av dysfagi på tre ulike måter: screening, kliniske- og instrumentelle undersøkelser. Screeningen tjener til å fange opp tegn og symptomer hos pasienter der man har en mistanke om dysfagi og svelgevansken ikke tidligere er identifisert. I kontrast fanger de kliniske diagnostiske testene opp skadested og svelgevanskens alvorlighetsgrad. De instrumentelle undersøkelsene går et skritt lengre i diagnostiseringen da de identifiserer de fysiologiske endringene som følge av dysfagi (Wirth et al., 2016, s.194 - 195).

4.2 Konsekvenser av ensidig kartlegging og behandling av dysfagi

Når en kartlegging ikke finner sted, kan vi godt tenke oss at en stor andel av eldre mennesker ikke blir identifisert for sin dysfagi og dermed ikke får behandling. Når observasjon er det eneste som ligger til grunn for identifisering vil konsekvensene for mange pasienter være store. Uten en god adekvat utredning og behandling vil faren for medisinske komplikasjoner lede til aspirasjon/ pneumoni, underernæring, vekttap, undermedisinering, inntørking, luftveiskomplikasjoner og nedsatt livskvalitet (Wirth et al., 2016, s.192).
Svensson påpeker viktige og ulike perspektiver på behandling av personer med svelgevansker, fastsette diagnose, vite hvordan pasienten behandles for sykdommen som er årsaken til dysfagien, hvilke ernæringsbehov altså hvordan pasienten skal ernæres, hydreres og medisineres, og tilslutt hvordan skal pasienten rehabiliteres (Svensson 2014, s. 115).

4.3 Mangel på systematikk og god praksis for utredning og behandling av dysfagi – hva er grunnen?

«Vi har ingen vi kan samarbeide med, vi må stole på oss selv»
«Vi kan for lite om dette»

Kommunalt helsepersonell

Detektivarbeidet for å oppdage, utforske og behandle dysfagi defineres i denne oppgaven som mangelfullt. Informantene forteller at de ikke vet hvem de skal samarbeide med. En av grunnene til dette kan være at det er liten kompetanse om dysfagi og de livstruende komplikasjonene som følger. En annen årsak kan være mangel på tilrettelagte rutiner og ressurser som omhandler hvordan lidelsen skal identifiseres og behandles. Grunnen til dette er eventuelt lidelsens kompleksitet. Videre kan mangel på samhandling og at pasientforløpene ikke er utarbeidet, være årsaker (Helse- og omsorgsdepartementet Prp.1 2016-2017, s. 20). Dette forteller noe om hvordan arbeidssituasjonen for helsepersonellet er tilrettelagt. For å finne svar, er det funnet støtte i samhandlingsreformen og ulike rapporter med tanke på hva som kan være årsaker til disse manglene. Det vil diskuteres innenfor de ulike punktene som følger og komplementeres med forskning og teori.

4.4 Kompetanse

Gjennom utdanning skal mennesker kvalifisere seg for arbeidslivet, og dette skal gi grunnlag for den enkeltes arbeidsinnsats. I Meld. St. 26 påpekes at utdanning innen helse og sosialfag ikke i tilstrekkelig grad møter behovet for kompetanse i tjenesten. Årsaken til dette beskrives ved at utdanningen ikke er tilstrekkelig tilpasset de utviklingstrekk vi står overfor. Behovet for samhandlingskompetanse, teamarbeid og flerfaglighet bør, uavhengig av studieretning, innrettes i utdanningsforløpet, slik at felles kompetanse oppstår. En sentral del av utdanningen er praksisen for studenter. Den bidrar til økt kvalitet som bedre kunnskap, ferdigheter og holdninger. Derfor kan praksis i utdanningsforløpet gi en synergieffekt mellom studiested og praksissted (Meld. St. 26, 2014 -2015, s. 58 - 60). Flere av informantene beskrev at de ikke hadde fått særlig informasjon om dette i sitt utdanningsforløp. De viste heller til hva de andre profesjonene kunne om dysfagi.

I følge Meld. St. 26 (2014- 2015, s. 131), vil regjeringen heve kompetansen for den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Det gis et kompetanseløft der basiskompetanse for helsearbeidere økes, med et større fokus på å observere og vurdere, iverksette tiltak, evaluere og følge opp pasientene. Det er viktig at kommunen har ordninger og ressurser nedfelt i et konsist forløp.

I artikkelen til Wirth beskrives kunnskapen om orofaryngeal dysfagi som mangelfull i den medisinske utdanning. Dysfagien beskrives som kompleks og underdiagnostisert. Årsaken kan være at de ulike profesjonene som er involvert i utredningen, behandlingen og samhandlingen arbeider for individuelt og ikke har avklarte roller i arbeidet med dysfagi (Wirth et al., 2016, s.190).

En annen årsak til at dysfagien er underdiagnostisert kan skyldes rutiner vedrørende pasientjournalene. Hvis kunnskapen lå til rette ville de rutinemessige spørsmålene om svelgefunksjon og svelgebesvær blitt stilt pasienter som har mistenkte sykdommer eller sykdommer som kan kobles sammen med dysfagi. Hadde fingeren blitt satt på dette på et tidlig tidspunkt ville man unngått noen av de store medisinske risikoene (Svensson, 2014, s. 28).

4.5 Rutiner, ressurser og samhandling

Mangler på rutiner, ressurser og samhandling kommer frem i intervjuene. Helsepersonellet forteller at de for det første ikke har noen rutiner for kartlegging, og at de heller ikke har rutiner for hvem de kan samarbeide med i kommunen når det gjelder dysfagi. De forteller også at de kunne tenke seg å ha en logoped lett tilgjengelig.

Tilbudet i kommunen og på arbeidsplassen er ikke tilfredsstillende når helsepersonell ikke har en instruks for hvordan arbeidsformen deres skal være når det gjelder rutiner og samhandling omkring dysfagi. Informantene beskrev også at ressurser manglet. Derfor stoppet arbeidet opp eller de måtte finne på løsninger selv. Løsningene sett ut fra et adekvat forløp er ikke tilfredsstillende og det førte til et økt frustrasjonsnivå og gav en følelse av lav grad av profesjonalitet på dette området.

Ifølge regjeringens plan for opptrapping av habilitering og rehabilitering, kan årsaken til dette være knyttet til hvordan tilbudet i kommunen er innrettet for pasientene. Dette gjelder både faglig og ved arbeidsformene som foreligger. Tjenestene i kommunene er arrangert slik at hver faggruppe og tjeneste ikke er samordnet, men heller organisert hver for seg i organisatoriske enheter. Systemet er oppdelt og lite helhetlig, og det mangler et systematisk tverrfaglig samarbeid som kan sikre tidlig kartlegging av brukernes behov for behandling og oppfølging. Dette fører til at pasienter ikke blir fanget opp og får nødvendig behandling (Helse- og omsorgsdepartementet Prp.1 2016-2017, s. 21).

Wirth vektlegger at en av konsekvensene for at dysfagi ikke blir oppdaget er at klinikerne er for involvert i sin egen rolle. Et forslag går ut på at alle partene (leger, sykepleiere, logopeder, ernæringsfysiologer m.fl.) bør involveres for å koordinere prosessen i utredning av dysfagi (Wirth et.al., 2016, s. 190).

Samhandlingsreformen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008-2009, s. 47), viser til bakenforliggende analyser som forteller om dårlig struktur og manglende systemer som er rettet inn mot pasientens helhetlige behov i kommunene. Derfor bør de ulike delene i helse- og omsorgstjenesten koordineres slik at de svarer til pasientens behov.

4.6 Retningslinje, behandlingsanbefalinger og prosedyrer

Retningslinjer er systematisk utviklede råd og anbefalinger som er utarbeidet for å støtte helsepersonell og pasienter i helserelaterte situasjoner. Retningslinjene gir anbefalinger knyttet til alle ledd i behandlingskjeden; som forebygging, diagnostikk, behandling, oppfølging og kommunikasjon mot pasienten, samt hvilket arbeid som gjøres av hvem.

En retningslinje er gjerne konkret og rettet mot klinisk praksis. Nasjonale retningslinjer er utviklet av Helsedirektoratet (Om Helsedirektoratets normerende produkter, 2019, avsn. 1).

For å kunne forvalte og utvikle kommunale helse og omsorgstjenester av god kvalitet, må det foreligge kunnskap om hvilke ressurser som finnes i tjenesten, hvilken tjeneste som skal ytes og i hvilket omfang. De ansvarlige må vite om tjenesten fungerer slik den skal gjøre, og om resultatene oppnås. Kunnskap om hvilke sykdommer som gir lidelser som dysfagi, og kunnskap om dysfagi blir derfor viktig. Også kunnskap om hvilken funksjonssvikt og hvilke sosiale problemer lidelsen gir er nødvendig informasjon om man skal kunne bygge ut tjenesten med riktig kapasitet. Hva som er rett behandling og rehabilitering, og hvem som inngår i tjenesten, er kunnskap som må være tilgjengelig for å skape kvalitet i arbeidet med dysfagi.

En strukturert rettesnor må ligge til grunn for hvilken type utredning, behandling og hvilke fagpersoner som skal bidra i prosessen og være nedfelt i kommunes helse og omsorgstjeneste.

Når pasientene ikke identifiseres og behandles mot lidelsen dysfagi, skyldes dette brudd i tjenesteforløpet. Kommunen har ikke lagt til rette for å forvalte og utvikle helse- og omsorgstjenesten på dette området. Pasientenes behov blir ikke ivaretatt på en rasjonell og koordinert måte. Et brudd defineres ifølge St. meld. 47 med dårlig sammenheng mellom de ulike tjenestene og at bruddene gjør at pasientens behov for tjenester blir dårlig dekket (Samhandlingsreformen, Helse- og omsorgsdepartementet, 2008-2009, s. 48).

4.7 Sikre bedre systematikk og oppfølging i primærhelseomsorgen

Pasientene må fanges opp i tide. Mangler det systematikk og tverrfaglig kartlegging rammer det pasientene. For at optimal behandling og utredning skal finne sted, må spesialisert fagkunnskap fra flere hold bistå pasienten. Mange av informantene gav uttrykk for at de manglet kompetanse og tilgang til fagfolk som kunne dysfagi, og mange etterlyste logoped. De beskrev også situasjonen som lite tilfredsstillende når pasienter kom tilbake fra spesialisthelsetjeneste eller rehabilitering. De følte seg overlatt til seg selv, og de måtte prøve seg frem. En av informantene beskrev at noen av pasientene bodde hjemme og strevde der med sin svelgevanske. De ble ofte isolert og fikk ikke i seg nok næring og væske. Logoped og slagsykepleier var ikke ansatt i kommunen, og dermed var utfordringen med å bedre oppfølging vanskelig. Dette kan tyde på at kommunen ikke har tilstrekkelig kompetanse og ressurser til å sikre forsvarlig oppfølging av pasienter med dysfagi.

Spesialisthelsetjenesteloven forteller at helsepersonell i spesialisthelsetjenesten har veiledningsplikt, men at dette ikke rokker ved kommunens ansvar for å sikre forsvarlige tjenester. Det er kommunen som må sørge for at deres innbyggere tilbys nødvendig utredning og oppfølging ved behov for sosial, psykososial eller medisinsk habilitering og rehabilitering (Spesialisthelsetjenesteloven. 1999. § 6-3).

4.8 Pasientforløp

Et pasientforløp viser i utgangspunktet hva som skal gjøres av hvem i en gitt situasjon. Forløpet er en prosessbeskrivelse og inneholder ikke detaljert oppskrift på hvordan man gjør ting som for eksempel selve utredingen av pasienten. Pasientforløpet identifiserer samarbeidspartnere i helsevesenet og når de skal involveres.
Formålet med et pasientforløp er å hindre uønskede tidsavbrudd mellom de ulike aktørenes oppgave- og ansvarsområder i tjenestekjeden. Samhandling og koordinering må binde tjenestene sammen (Helsedirektoratet, 2015, kap. 10.2 avsn. 1). Informantene gav ingen beskrivelse av tilrettelagte pasientforløp for dysfagi i intervjuene.

4.9 Rutiner og tydelighet i pasientforløpet

Legen har ansvaret for den medisinskfaglige koordinering for pasienter jfr. Fastlegeforskriften § 19. I § 8 i samme forskrift presenteres det som kommunens ansvar å legge til rette for samarbeid mellom fastlege og andre tjenesteytere i kommunen. Kommunen skal sikre hensiktsmessig og god integrering av fastlegeordningen og kommunens helse og omsorgstilbud. Samme instans skal legge til rette for samarbeid mellom fastlegen og spesialisthelsetjenesten (Forskrift om fastlegeordningene i kommunene, 2012, § 19, § 8).

I pasientforløpet må det fremgå hvor pasientens behov for tjeneste skal bestilles i neste runde. Det er kommunens ansvar å sikre at det er enhetlige rutiner og tydelig struktur. Eksempel på struktur og verktøy som kan inngå i pasientforløpet kan være flytskjema bestående av beslutningspunkter, tiltak, samhandling, evaluering, verktøy for kartlegging og funksjonsvurderinger, metoder for å fange opp endringer i behov, skriftlige rutiner og avtaler om samarbeid internt i helse og omsorgstjenesten (herunder med fastlegen), samarbeid med spesialisthelsetjenesten og med andre sektorer, samt en individuell plan og koordinator (Helsedirektoratet, 2017, s. 61).

4.10 Teambasert – Hvilke fagfolk skal man samarbeide med i utredning og behandling av mennesker med dysfagi?

Informantene gav ulike svar når på hvilke fagpersoner som inngår i arbeidet med utredning og behandling av mennesker med dysfagi. Dette er i utgangspunktet korrekt. Når en dysfagi skal utredes og behandles bør det gjøres av flere profesjoner som sammen å undersøker, forbedrer og minsker risikoen for komplikasjoner.
Svar fra helsepersonell:

«Nei det vet jeg ikke, kanskje det er sykepleieren sitt ansvar? Det er nevrologen! eller det er ØNH legen? eller ergoterapeuten? Det er spesialisthelsetjenesten! legen? Kanskje det er logopeden sitt ansvar? En logoped er det i hvert fall ikke, det er pleierne som er sammen med brukerne når det gjelder mat og drikke»

Kommunalt helsepersonell

Svensson anbefaler teambasert tjeneste (Svensson 2014, s. 116). Med det menes at flere spesialister inngår i flerfaglig team og arbeider sammen for å levere gode tjenester til brukerne. Et slikt team vil bidra til trygge, helhetlige og koordinerte tjenester. Ved å samhandle vil tjenestene fremstå som mindre fragmenterte og heller gi en mer effektiv bruk av samlede personellressurser (Meld. St. 26, 2014 - 2015, s. 50).

Amerikanske logopeder utførte en undersøkelse rettet mot behovet for dysfagiteam fordi de mente kryssvirkningen av kunnskapen og de faglige ferdigheter fra teamet ville bidra til å en større forståelse, samt bedre utredning og behandling av dysfagi (ASHA, u.å, Dysphagia Teams).

Et dysfagiteam vil bestå av ulike fagpersoner. ASHA opererer med 18, mens i Sverige nevner Svensson 11 fagpersoner (Svensson 2014, s. 116). Eksempelvis; kirurg, indremedisiner, nevrolog, ØNH- lege, tannlege, sykepleier, ernæringsfysiolog, ergoterapeut, logoped. ASHA nevner også psykolog, sosionom, fysioterapeut, radiolog og familiemedlemmer. Dysfagi berører så mye; munn, hals, de øvre luftveier, larynx, tranchea og magen videre. En person med dysfagi kan også ha andre medisinske problemer. Dysfagi kan være krevende og komplisert. Den krysser ofte grensene mellom de profesjonelle disipliner og kan derfor kreve innspill fra flere medisinske profesjoner og terapeuter.

Et dysfagiteam ledes ofte av en logoped. Slik ledelse vil kreve at logopeden har gode kunnskaper om ledelse, lidelse, dokumentasjon og faglig kommunikasjon med andre profesjoner. De profesjonelle kan sammen se pasienten og gi anbefalinger felles eller individuelt. Det viktigste er at de referer til teamet for vurderinger og behov (ASHA).

4.11 Hva kan logopeder gjøre for å synligjøre sitt arbeid rundt dysfagi?

I Sverige har logopeden en viktig rolle i et dysfagiteam, og beskrives som nøkkelperson. Logoped er en yrkesbeskyttet tittel i Sverige, og utdanningen er fireårig paramedisinsk universitetsutdanning som leder til en mastergrad. Nylig (før 2014) har utdannelsen i Sverige inkludert rollen som svelgeterapeut i sin mastergrad.

Selv om dysfagi har blitt en del av utdannelsen, blir kunnskapen for beskjeden og praksisfeltet lite tilstrekkelig. Grunnutdannelsen for leger og sykepleiere er også for snever når det gjelder dysfagi (Svensson, 2014, s. 143).

I Sverige deltar logopeden i dysfagiteam, og bidrar med sine kunnskaper om orofaryngeal svelgefunksjon ved utredning og behandling av svelgeforstyrrelser. Arbeidsoppgavene går ut på å utføre oralmotoriske bedømmelser og utredninger av svelget, ved for eksempel måltidsobservasjoner og testmåltider, for å bedømme pasientens spise og svelgevanske. Logopeden deltar også i instrumentelle undersøkelser. Logopeden gir også informasjon, råd og veiledning til helsepersonell om hvilke symptomer som bør vekke mistanke, og viktigheten av å tilkalle logoped eller dysfagiteam når svelgeproblemer skal identifiseres (Svensson, 2014. s. 145).

Logopedene bør trolig markedsføre seg selv, og stille seg selv tilgjengelig for oppdrag. Det kan bidra til økt fokus på logopedens kompetanse om dysfagi. Likeså bør utdanningen her ha et større søkelys på dysfagien slik at kompetansen øker. Dette gjelder alle profesjonene som involveres i utredning og behandling av dysfagi. Økt og felles kunnskap på området vil føre til ringvirkninger som kan skape økt forskning på området. Jeg fant i arbeidet med oppgaven lite norsk forskning på dysfagi.

For å rette opp denne skjevheten har jeg tro på de overnevnte punktene. Økt kunnskap gjennom utdanningsforløp, og en innsats fra logopedene selv for å bidra til økt fokus. Et forslag kan være at logopeder inviterer seg til ulike helseinstanser for å fortelle om hvilke tjenester logopeden kan tilby. Andre arenaer der logopeden kan markedsføre seg selv er gjesteopptreden ved kommunale møter, lokale møter for de ulike faggruppene og media for å synliggjøre profesjon.

4.12 Viste undersøkelsen forskjell på kartleggingsrutiner i by- og landkommuner?

Det forelå ingen store forskjeller. I landkommuner lå det ikke til rette for samarbeid med andre fagpersoner når det gjaldt dysfagi. Det fantes ingen rutiner for kartlegging. De hadde heller ingen tilgang på logoped, fordi logoped ikke var ansatt i noen av de nærmeste kommunene. Logopedene arbeidet innenfor PPT- tjenesten. En ergoterapeut var ansatt, men stillingen var delt med en annen kommune. Denne ergoterapeuten hadde heller ingen kunnskap om dysfagi. Helsepersonellet erkjente at deres kunnskap, både om vansken og hvem som har ansvar for utredning og behandling av dysfagi, var svak. Det var heller ikke fokus nok på tematikken i det daglige. Observerte de pasienter som hadde vansker med å spise og svelge, fikk pasientene den hjelp som helsepersonellet kunne bidra med i form av moset mat, fortykningsmiddel. De satt også sammen med pasientene slik at de ikke spiste alene. Dette betyr at pasientene fikk mat og drikke uten at de har blitt undersøkt for hvilken type dysfagi de hadde, blant annet hvor vansken sitter og vanskens alvorlighetsgrad.

I byen der undersøkelsene ble gjort, hadde de heller ingen kartleggingsrutiner for dysfagi. Der var tilgang til logoped, men kunne tenkte seg logoped som fast ansatt på deres arbeidsted. Ventetiden på logoped var ofte lang. De hadde ansatt ergoterapeuter og fysioterapeuter som bidro i det daglige arbeidet. Dysfagiproblematikken var kjent, men de mente også at deres arbeid rundt dysfagi ikke var tilfredsstillende siden de manglet kunnskap og logoped.

Når sykehuslogopeden i byen diagnostiserte og lagde opplegg for behandling kunne helsepersonell utføre behandlingsopplegget. Hvis pasientene fikk slag mens de var inneliggende hos dem hadde de ikke logoped tilgjengelig, og pasientene fikk ikke den adekvate utredning og behandling som de trengte.

I byen ligger den faglige kompetansen lettere tilgjengelig, mens i landkommunene er det ingen nær tilgang til faglige ressurser.

4.13 Konklusjon

Denne undersøkelsen har gitt svar på hvilken bevissthet helsepersonell har til dysfagi, samt hvilken kjennskap helsepersonell har til faglige nettverk i primærhelsetjenesten. I de kommunene jeg har utført undersøkelsen mangler helsepersonell kunnskap om dysfagi. Det

finnes ingen rutiner for utredning og behandling av pasienter med dysfagi. Gjennom en ikke definert observasjon avdekker helsepersonell om en pasient strever med å spise, drikke og svelge. Fra dette punkt og videre i prosessen er tilretteleggelsen for arbeidet med dysfagi svært usystematisk og uforutsigbart. Pasientene blir ikke diagnostisert og utredet på en adekvat måte. Dette resulterer i at behandlingstilbudet ikke er konsistent.
Både kompetanse og ressurser for å gjennomføre kartlegging mangler også. Her har helsepersonell ingen å rådføre seg med. Helsepersonell uttrykker ønske for å ha logoped tilgjengelig. Kjennskap til faglige nettverk som har kompetanse om hvordan en dysfagi skal diagnostiseres, utredes og behandles er svak. Fagpersoner med kompetanse finnes ikke geografisk nært i landkommunene. Helsepersonellet har ingen klar formening om hvilke faglige nettverk som har ansvaret for dysfagi. Noen informanter vet at det bør være team rundt en dysfagipasient, mens andre mener det er legen eller sykepleieren sitt ansvar.
Rutiner for hvor man skal henvende seg i neste ledd om man oppdager svelgevansker er ikke klarlagt. Det virker som om hver enkelt behandler ser på pasienten ut fra sitt ståsted, så ser neste behandler på det fra sitt ståsted uten at det er en koordinering og en samhandling mellom leddene. En samhandling for dysfagi mangler.
Det fantes med andre ord ingen systematikk for tverrfaglig samarbeid i de kommunene der undersøkelsen fant sted.

4.14 Forslag til videre forskning

Med tanke på hva denne undersøkelsen har avdekket, bør det være grunnlag for å utvikle undersøkelsen til noe større ved for eksempel å studere, omfang, organisering og effekt på nasjonalt nivå. Er det slik at dysfagi har liten prioritet, er omfanget av organiseringen av ressurser og rutiner mangelfull i flere kommuner? Effekt og konsekvens av de arbeidsformer som finnes i kommunene i dag. Hva koster de samfunnet?
Hadde man hatt et datagrunnlag som gav svar på disse spørsmålene kunne det bidra til å videreutvikle tjenestene. Tjenestene fremstår som fragmentert og med ingen tverrfaglig samarbeid ved dysfagi. Det arbeides reaktivt og man bør oppnå at det jobbes mer proaktivt. Det må innarbeides en systematikk der man fanger opp og kartlegger brukergruppen.
Dette er også et ledelses spørsmål, man bør inn å studere hvordan ledelsen i de enkelte kommuner arbeider med dette. En god ledelse bør ha mennesker i teten som har god kunnskap, og vet hva som trenges for å optimalisere tilbudet i kommunen.
Er det slik at noen kommuner får det til å skape rutiner og har ressurser til gode forløp, eller ikke? Hva er i så fall årsaken til det?

Litteraturliste

ASHA - American Speech-Language-Hearing Association (u.å.) Dysphagia Teams. Hentet fra https://www.asha.org/Practice-Portal/Clinical-Topics/Pediatric-Dysphagia/dysphagia-teams/

Eggen, R. & Røsvik, A.H. (2018, 3. april). Hva er forskjellen på veileder, retningslinje, behandlingslinje og pasientforløp? Hentet fra https://www.helsebiblioteket.no/psykisk-helse/aktuelt/hva-er-forskjellen-pa-veileder-retningslinje-behandlingslinje-og-pasientforlop

Ekberg O. (Denk-Linnert, D.M., Schöfl, R., Prosiegel, M., Bülow, M., Martin-Harris, B.). (2012). Dysphagia – Diagnosis and Treatment. Heidelberg, Tyskland: Springer - Verlag.

European Pathway Association. CARE PATHWAYS. (u.å.). Hentet fra http://e-p-a.org/care-pathways/

Folketrygdloven. (1997). Lov om folketrygd. (LOV-1997-02-28-19). Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1997-02-28-19?q=folketrygdloven

Forskningsetikkloven. (2017). Lov om organisering av forskningsetisk arbeid. (LOV-2017-04-28-23). Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2017-04-28-23

Forskrift om fastlegeordning i kommunene. (2012). Forskrift om fastlegeordning i kommunene. (FOR-2012-08-29-842). Hentet fra https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2012-08-29-842

Gonzales Lindh, M. (2013). Europa mot dysfagi, 2013 (2) Logopednytt (Sverige). Hentet fra https://issuu.com/diksnack/docs/logopednytt_2.13_l__g_t_dik

Hartelius, L. & Svensson, P. (1994). Speech and Swallowing Symptoms associated with Parkinson's disease and MS: A survey. Department of Logopedics and Phoniatrics, University of Göteborg, Sweden. Hentet fra https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8162135

Hartelius, L. Nettelbladt, U. Hammarberg, B. (2012). LOGOPEDI. Lund, Sverige: Studentlitteratur AB.

Helse- og omsorgsdepartementet (2016-2017). Særtrykk av opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering 2017-2019. St. prp. 1 (2016-2017). Hentet fra https://www.regjeringen.no/contentassets/d64fc8298e1e400fb7d33511b34cb382/no/sved/opptrappingsplanrehabilitering.pdf

Helse- og omsorgsdepartementet. (2014-2015). Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet. (Meld. St. nr. 26, 2014-2015). Hentet fra https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-26-2014-2015/id2409890/

Helse- og omsorgsdepartementet. (2008-2009). Samhandlingsreformen. (Meld. St. nr. 47 (2008-2009)). Hentet fra https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/

Helsedirektoratet. (2010, april). Nasjonale retningslinjer for behandling og rehabilitering ved hjerneslag. Hentet fra: https://www.helsebiblioteket.no/_attachment/41682/binary/69004

Helsedirektoratet. (2015, 30. september). Nasjonal veileder Rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator. Hentet fra: https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator

Helsedirektoratet. (2017, 27. november). Helhetlige pasientforløp. Hentet fra https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/oppfolging-av-personer-med-store-og-sammensatte-behov/helhetlige-pasientforlop

Helsedirektoratet. (2018, 18. september). Lindrende behandling i livets sluttfase. Hentet fra https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/lindrende-behandling-i-livets-sluttfase/innledning

Helsedirektoratet. (2019, 6. februar). Om Helsedirektoratets normerende produkter. Hentet fra https://www.helsedirektoratet.no/produkter/om-helsedirektoratets-normerende-produkter

Helseforskningsloven. (2008). Lov om medisinsk og helsefaglig forskning (LOV-2008-06-20-44). Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44

Kleven, T.A., Hjardemal, F., Tveit, K. (2014). INNFØRING I PEDAGOGISK FORSKNINGSMETODE – En hjelp til kritisk tolkning og vurdering. Bergen: Fagbokforlaget Vingmostad & Bjørke AS

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). DET KVALITATIVE FORSKNINGSINTERVJU. Oslo: Gyldendal norske Forlag AS

Malterud, K. (2017). KVALITATIVE FORSKNINGSMETODER FOR MEDISIN OG HELSEFAG. 4. utgave. Oslo: Universitetsforlaget

Nasjonalt råd for ernæring (2017). Sykdomsrelatert undernæring. Utfordringer, muligheter og anbefalinger. Hentet fra https://www.helsedirektoratet.no/tema/underernaering/_/attachment/download/f9c7442d-2c5c-46b1-9a81-70b487278d5b:d679eaef00223e27618b8ac4ab62f9f1fed2875f/Sykdomsrelatert%20underern%C3%A6ring.pdf

Norsk Logopedlag. (1948). Yrkesetiske retningslinjer. Hentet fra https://norsklogopedlag.no/yrkesetiske/

NOU 2017: 16. (2017). På liv og død— Palliasjon til alvorlig syke og døende. Hentet fra https://www.regjeringen.no/contentassets/ed91baf5d25945b1a0b096c0ce376930/no/pdfs/nou201720170016000dddpdfs.pdf

Opplæringslova. (1998). Lov om grunnskolen og den vidaregåande opplæringa (LOV-1998-07-17-61). Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1998-07-17-61

Oraviita, I. & Røste, I. (u.å.). Dysfagi etter hjerneslag – vansker med å spise og svelge. Hentet fra https://afasi.no/om-afasi/dysfagi/

Rienecker, L., Stray Jørgensen, P., Skov, S. (2013). DEN GODE OPPGAVEN – Håndbok i oppgaveskriving på universitet og høyskole. Bergen: FAGBOKFORLAGET

Rofes, L., Arreola, V., Almirall, J., Cabre, M., Campins, L., Garcıa-Peris, P., Speyer, R., Clave. P. (2011). Diagnosis and Management of Oropharyngeal Dysphagia and Its Nutritional and Respiratory Complications in the Elderly. Gastroenterology Research and Practice. 2011 (1). Hentet fra http://downloads.hindawi.com/journals/grp/2011/818979.pdf

Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (LOV-1999-07-02-61). Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61

Statens helsetilsyn. (2011). Veileder for landsomfattende tilsyn med spesialisthelsetjenesten i 2011 - Systemrevisjon: Behandling av eldre pasienter med hjerneslag. Hentet fra https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplastinger/publikasjoner/internserien/veileder_hjerneslag_internserien19_2010.pdf

Stensvold, H. & Utne, L. (1999). Dysfagi. Oslo: Ad Notam Gyldendal.

Svensson, P. (2014). DYSFAGI – utredning och behandling vid sväljingssvårigheter. Lund, Sverige: Studentlitteratur AB.

Thagaard, T. (2016). Systematikk og innlevelse. EN INNFØRING I KVALITATIV METODE. Bergen: Fagbokforlaget.

Wirth, R., Dziewas, R., Beck, M., Clavé, P., Hamdy, S., Heppner, H J., Langmore, S., Leischker, A H., Martino, R., Pluschinski, P., Rösler, A., Shaker, R., Warnecke, T., Sieber, C C., Volkert, D. (2016). Oropharyngeal dysphagia in older persons - from pathophysiology to adequate intervention: a review and summary of an international expert meeting. Clinical Interventions in Aging. 2016 (11), 189-208. Hentet fra https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=oropharyngeal+dysphagia+in+older+persons+-+from+pathophysiology+to+adeqate+intervention%3A+a+review+and+summary+of+an+international+expert+meeting

Vedlegg

Vedlegg 1

Forespørsel om å delta i en intervjustudie

«Dysfagi i primærhelseomsorgen»

Bakgrunn og formålet med studien

Jeg skal undersøke hvilken kunnskap helsepersonell har om dysfagi og se på hvilke kartleggingsrutiner som finnes. Jeg er også interessert å vite noe om hvilke samarbeidsformer som ligger til rette for utredning og behandling av lidelsen.

Formålet med studiet er å finne svar på hvordan det jobbes i kommunal helse- og omsorgstjeneste med mennesker som har dysfagi.

Jeg planlegger å intervjue leger, tilsynsleger, sykepleiere, ergoterapeuter ved kommunale helseinstitusjoner i tre kommuner. Psykiatere ved DPS vil få forespørsel og intervjues over telefon. Disse intervjuene vil utføres i fire kommuner.

Dette prosjektet er en del av «Erfaringsbasert masterstudie i logopedi ved NTNU. Studien er meldt til Personvernombudet for forskning NSD - Norsk senter for forskningsdata

Ansvarlig for studien er førsteamanuensis Julie Feilberg, institutt for språk og litteratur NTNU.

Hva innebærer deltagelse i studien?

Å delta i studien innebærer intervju på maks 10 -15 minutter. Dersom det er mulig vil intervjuet foregå på arbeidsplassen din. I og med at dette er et kort intervju vil jeg notere ned dine svar. Det tas sikte på å gjennomføre intervjuene i februar – 2019

Hva skjer med informasjon?

Alle opplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Bare undertegnede og veileder vil ha tilgang til opplysningene. All informasjon vil i henhold til «Lov om personopplysninger»

(Personopplysningsloven) bli ivaretatt. Ingen navn vil lagres på den måten vil konfidensialiteten bli ivaretatt.

Ingen av informantene skal nevnes med navn ei heller institusjonene intervjuene har foregått. Den enkelte deltager vil ikke kunne gjenkjennes i publikasjon.

Prosjektet avsluttes 29.05.2019. All notater fra intervju vil bli slettet når masteroppgaven er fullført og evaluert, sensommer 2019.

Frivillig deltagelse

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn.

Dersom du har noen spørsmål til studien kan du ta kontakt med Rita Kleivhaug på

e-post: rita.kleivhaug@lesja.kommune.no eller på telefon: 95 23 65 63

Min veileder er: Ellen Jaatun Andersen NTNU Trondheim / St Olavs Hospital

e-mail: ellen.jaatun@ntnu.no eller på telefon: 004747758889

Vedlegg 2

Samtykke til deltagelse i studien

«Dysfagi i primærhelseomsorgen»

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning. NSD - Norsk senter for forskningsdata AS.

Skriftlig samtykke fra alle informantene i prosjektet er nødvendig.

☐ Jeg har mottatt informasjon og er villig til å delta i studien

☐ Jeg ønsker ikke å delta.

(Signert av intervjudeltager, dato og årstall)

Prosjektansvarlig:

Rita Kleivhaug

E-post: rita.kleivhaug@lesja.kommne.no

Telefon: 95 23 56 63

Erfaringsbasert masterstudie i logopedi

NTNU
Kunnskap for en bedre verden

Vedlegg 3

Intervjuguide

«Dysfagi i primærhelseomsorgen»

1. Hvordan definerer du dysfagi?
2. Hvilke tiltak inkluderer du ved behandling av dysfagi?
3. Hvilke kartleggingsrutiner har dere på din arbeidsplass for dysfagi?
4. Hvem utfører disse?
5. Samarbeider dere med andre fagpersoner når det gjelder utredning av, og behandling av mennesker med dysfagi?
6. Hvilke fagfelt mener du har dysfagi som sitt ansvarsområde?
7. Er det noe mer du vil tilføye?