

SAMMENDRAG

Tittel: Orofaryngeal dysfagi hos voksne.

Formål: Å få en forståelse av erfaringer logopedene har i utredningen av dysfagipasienter.

Forskningsspørsmål: Hvordan utreder logopeden voksne pasienter med orofaryngeal dysfagi og hvilke utfordringer innebærer utredningen?

Valg av metode: En kvalitativ tilnærming med bruk av intervju og observasjon av to logopeder. To intervjuer på en tidsramme på rundt 20-40 minutter ble gjennomført samt tre observasjoner over én til to dager. Logopedene var spesialisert innenfor dysfagi og jobbet enten på sykehus eller på en rehabiliteringsinstitusjon.

Resultater: Logopedene fikk ferdig screenet pasienter. Begge logopedene brukte *Frenchay dysartritest* i den kliniske vurderingen. En av logopedene testet hjernenervenes funksjon. Ingen av logopedene hadde tilgang til instrumentell undersøkelsesmetode som videofluoroskopi eller fleksibelt endoskop.

ABSTRACT

Title: Oropharyngeal dysphagia in adults.

Objective: To better understand Speech Language Pathologist's (SLP) assessments of patients with dysphagia.

Research question: How do the SLP's assess adult patients with oropharyngeal dysphagia and what challenges are faced?

Methods: A qualitative method has been used by interviewing and observing two SLP's, specialized in dysphagia and working on either a hospital or in a rehabilitation unit. The timeframe for the interview was set to 20 to 40 minutes. The SLP's where observed from one to two days.

Results: The SLP's patients had already been screened for dysphagia. Both SLP's used *Frenchay dysarthria assessment* in the clinical evaluation, while only one tested the cranial brain nerve functions. None av the SLPs had access to instrumental swallowing examination as videofluoroscopic or videoendoscopic evaluation.

FORORD

Selv om jeg hadde klart for meg hva jeg skulle skrive om fra første stund, har dette masterprosjektet vært en langvarig prosess. Nå er prosjektet ved veis ende, og resultatet av mye skriving, sletting og omskriving, er endelig ferdig. Etter alt arbeidet står jeg igjen med en følelse av å være fornøyd. En av utfordringene har vært å rekruttere informanter, og jeg vil derfor rette en stor takk til de informantene som lot seg intervju og bli observert i deres arbeid. Uten dem hadde ikke denne oppgaven blitt noe av. Jeg har også hatt stor hjelp av mine to dyktige veiledere som har kommet med gode råd og innspill, tusen takk! En siste takk vil jeg gi til min samboer Frithjof. Med ditt gode humør og engasjement har du lest korrektur, støttet og motivert meg. Tusen hjertelig takk!

Kirkenes, april 2017.

INNHOOLD

1	INNLEDNING	5
1.1	Bakgrunn for prosjektet	5
1.2	Oppbygging	5
1.3	Avgrensing.....	6
1.4	Målet med prosjektet	6
1.5	Begrepsavklaring	7
1.6	Tema og forskningsspørsmål.....	7
2	TEORI, BAKGRUNN OG TIDLIGERE FORSKNING	8
2.1	Svelgeprosessens fire faser	8
2.2	Dysfagi.....	9
2.3	Aspirasjon og stille aspirasjon	10
2.4	Screening	10
2.5	Anamnese	10
2.6	Klinisk svelgeundersøkelse	11
2.7	Test av relevante hjernenerver for svelgeprosessen	13
2.8	Undersøkelse av munnhulen.....	15
2.9	Instrumental svelgeundersøkelse	15
2.10	Tidligere forskning på feltet: utredning av dysfagi.....	16
3	METODE	19
3.1	Begrunnelse for metodevalg	19
3.2	Kvalitativ tilnærming.....	19
3.3	Metodetriangulering	20
3.4	Hensikten med prosjektet	20
3.5	Informantene og rekrutteringen av dem	20
3.6	Å få frem den tause kunnskapen.....	21

3.7	Intervjuene	22
3.7.1	Gjennomføring	22
3.7.2	Analyse og tolking	23
3.7.3	Eksempel på analysetabell	25
3.8	Observasjonene.....	26
3.8.1	Eksempel på observasjonsnotat.....	27
3.9	Vitenskapelig forståelse og forskerrolle	27
3.10	Etiske refleksjoner og prinsipper	28
4	RESULTATER OG DISKUSJON.....	29
4.1	Verdifull tverrfaglig diskusjon	29
4.2	Screening og anamnese	29
4.3	Frenchay dysartritest og MASA	31
4.4	Test av relevante hjernenerver.....	32
4.5	Leppelukke	33
4.6	Ønske om mer kunnskap	34
4.7	Undersøkelse av munnhulen.....	35
4.8	Svelgetest.....	36
4.9	Tidsaspekt på svelgeprosessen	37
4.10	Henvisning til instrumentell undersøkelse.....	37
5	OPPSUMMERING OG VEIEN VIDERE.....	41
6	LITTERATURLISTE	43
7	VEDLEGG	46
	BREV TIL POTENSIELLE LOGOPEDER	46
	INTERVJUGUIDE	48

1 INNLEDNING

1.1 Bakgrunn for prosjektet

I alle kulturer er det å spise kilden til sosial omgang. Gjennom måltider knytter vi bånd og deler noe felles. Vi er i et fellesskap rundt måltidet og utveksler følelser, meninger og tanker med andre. Behovet for næring er én ting, men det kulturelle og sosiale rundt et måltid er viktigere enn de fleste ofte har tenkt igjennom. For mennesker med dysfagi kan måltider bli en utfordring. Jeg har bakgrunn som sykepleier på en rehabiliteringsavdeling, og i jobben min har jeg møtt mange ulike personer med spise- og svelgevansker. Det har gjort inntrykk, ettersom problemet tydelig påvirker pasientens hverdag og sosiale liv. Ofte er det å svelge noe man ikke tenker over før man rammes av svelgeproblematikk. Først da forstår man hvor betydningsfull svelgingen er i hverdagen. Gjennom logopedistudiet vokste interessen for dysfagi seg gradvis større jo mer jeg lærte om svelgets anatomi og fysiologi. Denne interessen gjorde det naturlig å utforske temaet *orofaryngeal dysfagi* hos voksne og hvordan den utredes av logopeden.

1.2 Oppbygging

Oppgaveteksten er delt inn i fem hoveddeler. I kapittel to «Teori, bakgrunn og tidligere forskning» vil jeg presentere teori som er relevante for resultatene i datainnsamlingen. For å kunne skrive en oppgave om spise- og svelgevansker, er det nødvendig å forklare hvordan den normale svelgeprosessen foregår og hvilke hjernenerver som påvirker hvilke funksjoner. I dette kapitlet vil jeg også forklare hva orofaryngeal dysfagi er. I kapittel tre «Metode» presenteres den metodiske tilnærmingen og redegjørelse for ledd i forskningsprosessen. Her vil jeg forklare hvorfor jeg har tatt de valgene jeg har tatt. I kapittel fire «Resultater og diskusjon» diskuteres resultatene i forskningsprosjektet i lys av teori og forskning som tidligere er presentert. Jeg vil drøfte resultatene opp mot forskningsspørsmålet og noen erfaringer som er gjort på veien. Avslutningsvis i kapittel fem «Oppsummering og veien videre», følger en oppsummering av prosjektet samt tanker omkring veien videre.

1.3 Avgrensning

I dette prosjektet har jeg fokus på voksne pasienter med orofaryngeal dysfagi som har oppstått som følge av ervervet nevrologisk betinget sykdom. Eksempelvis sykdommer som Multiple Sklerose (MS), Parkinson sykdom eller hjerneslag. Derfor har jeg fokus på hjernenervenens innervasjon i kapittel to. Svelgevanskenes ulike nivåer med tanke på de forskjellige sykdommene vil ikke bli utdypet. Masterprosjektet fokuserer på den orale og faryngeale fasen av svelgeprosessen, da det er disse fasene logopedene jobber nærmest med. Den preorale fasen og øsofagale fasen får derfor mindre plass. Screening utføres ofte av annet helsepersonell før logopedene eventuelt tar videre utredning og kartlegging. Derfor vil ikke screening bli utdypet. I Norge er det få sykehus som tilbyr instrumentell svelgeundersøkelse og ingen av logopedene jeg intervjuet eller observert hadde tilgang på videofluoroskopi eller endoskopi. Derfor er oppgavens fokus lagt på anamnese, den oralmotoriske undersøkelsen, den kliniske svelgeundersøkelsen og test av funksjonen til relevante hjernenenerver.

1.4 Målet med prosjektet

Målet med masterprosjektet er å få innsikt i erfaringer logopedene har tilegnet seg i forbindelse med utredning av dysfagipasienter. Hvilke synspunkter og perspektiver logopedene har på aktuelle temaer. Jeg er spesielt interessert i å belyse hvilke utfordringer utredningen innebærer og få frem den tause kunnskapen som er erfaringsbasert. Taus kunnskap får man gjennom utøvelse av et fag, yrke eller en aktivitet. Jeg håper prosjektet kan bidra til en større forståelse av dysfagiproblematikken samt være til nytte for logopeder og andre som følger opp personer med dysfagi; både når det gjelder informasjon, utredning, rådgivning og behandling. Utredning og behandling går hånd i hånd, men som nevnt ovenfor ligger fokuset i denne oppgaven på utredningen. Det finnes bare to publiserte norske masteroppgaver som tar for seg dysfagifeltet fra logopediens perspektiv. Den ene er en masteroppgave utført av Skriung (2004) som omhandler hvor mange som får dysfagi etter hjerneslag. Den andre, av Jacobsen (2008), er en kvantitativ undersøkelse om logopeders erfaringer med dysfagipasienter. Oppgavene presenteres nærmere i kapittel 2.10. Det finnes ikke norsk forskningslitteratur med logopedisk perspektiv utover de to masteroppgavene. Selv om jeg ikke kan si hvordan logopeder generelt jobber i Norge, kan jeg med dette prosjektet si noe om hvordan de logopedene jeg har intervjuet og observert jobber.

1.5 Begrepsavklaring

Bolus: matklump eller slurk

Farynx: svelget, som igjen kan deles inn i naso-, oro- og laryngofarynx (se bildet nedenfor)

Larynx: strupehodet

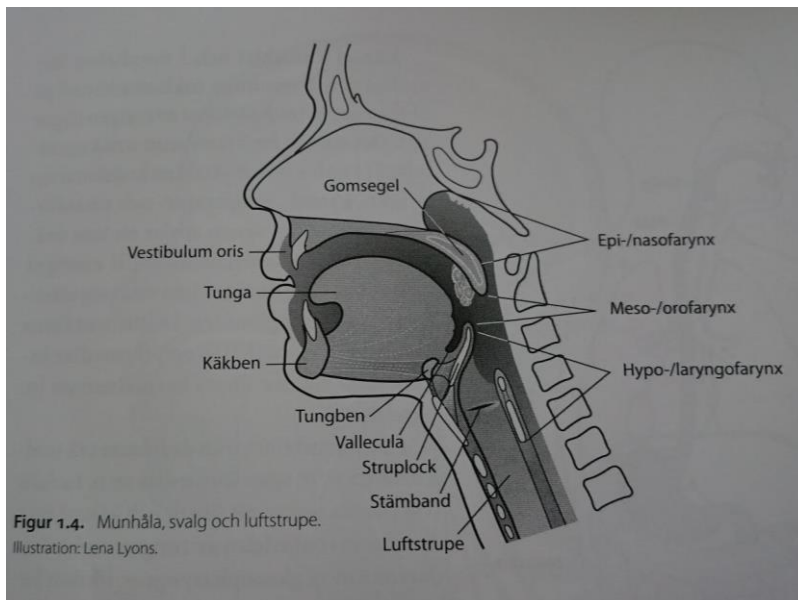
Sfinkter: ringformet muskel som lukker en åpning

Epiglottis: strupelokket

Velum: den bløte gane (markert som «gomsegel» på bildet nedenfor)

Aspirasjon: lekkasje av mat eller drikke under stemmebåndsnivå

Stille aspirasjon: aspirasjon uten tegn til hoste eller andre symptomer



Bilde 1, «Munnhule, svelg og luftrør» tatt fra boka til Svensson (2010, s. 15) med svenske begreper.

Begrepene over er hentet fra boka til Svensson (2010).

1.6 Tema og forskningsspørsmål

Temaet for prosjektet er: **Voksne pasienter med orofaryngeal dysfagi.**

Forskningsspørsmålet jeg ønsker å besvare med dette prosjektet er:

«Hvordan utreder logopedene voksne pasienter med orofaryngeal dysfagi og hvilke utfordringer innebærer utredningen?»

2 TEORI, BAKGRUNN OG TIDLIGERE FORSKNING

2.1 Svelgeprosessen sine fire faser

Å svelge påvirkes av en rekke faktorer. Ikke bare av personens behov og miljøet rundt, men også av følelser, opplevelser og forventninger. Syn, lukt, smak og matens konsistens er også med på å påvirke den komplekse svelgeprosessen (Daniels & Huckabee, 2014, s. xi). Uten å tenke særlig over det, svelger vi rundt 600 ganger i løpet av én dag (Ekberg & Ekberg, 2012, s. 72; Svensson, 2010, s. 11). Svelging justeres etter temperatur, volum og motstand på bolus (Ekberg & Ekberg, 2012, s. 55). I følge Daniels og Huckabee (2014, s. 45) og Svensson (2010) deles svelgeprosessen inn i fire faser hvor de to første omhandler klargjøring av maten. Den orale- og faryngeale fasen ikke tar mer tid enn et par sekunder til sammen.

Preoral fase

Dette er den psykiske beredskapen som forbereder kroppen mentalt til et måltid. Denne fasen omhandler blant annet det fysiske miljøet rundt pasienten, emosjonell tilstand, matlyst og sulfølelse, matens utseende, sanseinntrykk fra øyne og nese. Armenes aktivitet er også av betydning for å klargjøre maten og føre den til munnen.

Oral fase

I den orale fasen er det vesentlig at tennene og tunga fungerer som de skal. Når maten puttes i munnen starter en rytmisk tyggeaktivitet og bearbeidelse av bolus. Den bløte ganen aktiveres og bolus føres kontrollert bakover. Spytt blandes med maten for å gjøre den enklere å frakte nedover. Det tar ikke mer enn ett sekund når bolus føres bakover før de ikke-voluntære prosessene starter (Sand, Sjaastad, Haug, Bjålie, & Toverud, 2006, s. 392-395; Wyller, Toverud, & Brodal, 2005a, s. 26). Den orale fasen er frivillig og du kan overstyre den når du vil (Ekberg & Ekberg, 2012, s. 16).

Faryngal fase

Faryngeal fase tar også rundt ett sekund. Velum stenger av nasofarynx. Larynx hever og lukker seg på flere nivåer ved at epiglottis legger seg over luftveiene samtidig som stemmebåndene adduseres. Dette for å beskytte luftveiene. For at maten skal fraktes til spiserøret, utføres det en innsnevring ved at tungebasis og svelgevegg møtes. Slik skapes det en nødvendig trykkøkning så maten tvinges nedover. Når svelgereflexen utløses, stopper respirasjonen en kort stund (Sand et al., 2006, s. 395-396; Wyller et al., 2005a, s. 26).

Øsofagal fase

Spiserøret er cirka 23-25 cm langt med en sfinkter i hver ende. Øvre sfinkter åpnes og peristaltiske bølgebevegelser frakter maten nedover til den nedre sfinkter. Nedre sfinkter må åpne seg for at maten skal kunne fraktes over i magesekken (Sand et al., 2006, s. 396; Wyller et al., 2005a, s. 27).

2.2 Dysfagi

Å definere en svelgevanske er utfordrende, da grensene for hva som er normalt er flytende. Alder er en faktor som gjør det vanskelig å bedømme om en svelgefunksjon er normal eller unormal. Svelgeprosessen endres som følge av normal aldring og dette regnes ikke som patologisk eller unormalt (Daniels & Huckabee, 2014, s. 43; Logemann, Curro, Pauloski, & Gensler, 2013). Det er over 22 strukturer som medvirker i svelgeprosessen. Dysfagi kan oppstå i alle de 22 strukturene som følge av skade, enten isolert eller i kombinasjon. Potensielt kan nesten alle nevrologiske sykdommer eller tilstander påvirke den orofaryngeale svelgeprosessen (Logemann et al., 2013). *Orofaryngeal dysfagi* omhandler den orale og/eller den faryngale fasen (Ekberg & Ekberg, 2012, s. 72 og 75). Orofaryngeal dysfagi kan føre til at mat eller drikke kommer i veien for luftveiene, hvis strupelokket ikke dekker inngangen til luftrøret. Bolus kan havne i lungene istedenfor magesekken eller i nesen hvis den bløte ganen ikke stenger for inngangen opp til nasofarynx. Dysfagi kan føre til dehydrering og/eller underernæring (Ekberg & Ekberg, 2012, s. 55; Sand et al., 2006, s. 396).

Symptomer på dysfagi kan være:

- Smerter i munn, svelg eller matstrupe ved svelging
- Unormalt høyt eller lavt sekresjonsnivå
- Hes eller gurglete stemmekvalitet
- Åpenbar reduksjon av oralmotorisk kontroll
- Tilbakevendende lungebetennelser
- Forsinket eller manglende svelging av saliva
- Hosting og/eller kremting
- Hamstring eller rester av mat i munnen
- Halsbrann eller sure oppstøt
- Manglende appetitt
- Vektreduksjon eller dehydrering
- Følelse av at maten «sitter fast» i halsen
- Langvarige måltider over 30 minutt

(Ekberg & Ekberg, 2012, s. 77; Svensson, 2010, s. 33).

2.3 Aspirasjon og stille aspirasjon

Orofaryngeal dysfagi kan føre til at pasienten aspirerer (Ekberg & Ekberg, 2012, s. 55). Hvis pasienten aspirerer betyr det at mat eller vann kommer under stemmebåndsnivå. Kliniske tegn på aspirasjon er forandring av stemmekvalitet, hosting under eller etter måltid eller forsinket svelgerefleks. «Stille aspirasjon» er hvis mat eller vann kommer under stemmebåndsnivå uten at pasienten viser symptomer som hoste eller andre tegn på svelgevanske. For å kunne oppdage stille aspirasjon er det nødvendig med instrumentell utredning som videofluoroskopi eller endoskopi. Flere studier peker på sammenhenger mellom dysfagi og aspirasjonspneumoni, derfor er det viktig å avdekke om stille aspirasjon forekommer (Guillén - Solà, Marco Navarro, & Escalada I Recto, 2016, s. 20). I en studie utført av Daniels et al. (1998) ble stille aspirasjon identifisert hos 67 % av slagpasienter som aspirerte under den instrumentale svelgeundersøkelsen. Ekberg og Ekberg (2012, s. 73) skriver at rundt 40 % av pasientene som aspirerer har såkalt stille aspirasjon.

2.4 Screening

Den ideelle screeningen for dysfagi må være både sensitiv og spesifikk, slik at den identifiserer pasienter med risiko for aspirasjon (Guillén - Solà et al., 2016, s. 22). For at screeningen både skal være sensitiv og spesifikk må man kombinere flere tester (Ekberg & Ekberg, 2012, s. 78). Som en screening, kan vanntesten brukes for å kunne få et inntrykk av hvordan svelgingen foregår. Da gir logopeden pasienten små mengder vann, fra tre til fem milliliter for å sakte men sikkert øke volumet til en normal slurk, rundt 16-26 milliliter. Etter at pasienten har svelget noterer logopeden om pasienten sikler, hoster eller har endret stemmekvalitet. Screening brukes for å avdekke om pasienten er kandidat for videre utredning av dysfagi (Svensson, 2010, s. 40 og 42).

2.5 Anamnese

Pasientens sykehistorie, anamnesen, er dysfagiutredningens første steg (Svensson, 2010, s. 49). Anamnesen bør ideelt sett skaffes før den kliniske svelgeundersøkelsen. Informasjonen logopeden skaffer seg kan komme fra tidligere epikriser eller fra intervju av pasient eller pårørende. Hvis for eksempel pasienten er rammet av hjerneslag kan det være nyttig å vite når slaget inntraff hos pasienten. Da kan slagets karakteristikk og komplikasjoner også være

nyttig informasjon. Informasjonen legger føringer for hva slags svelgevanske pasienten kan ha. Pasienten kan for eksempel gå på medisiner som kan påvirke svelgeprosessen. Det er også viktig å spørre om pasienten har hatt dysfagi-problematikk før og om dette eventuelt har endret seg. Ved anamnesens slutt bør logoped ha en idé om symptomenes start, progresjon, dysfagiens karakter og hvilken type mat eller væske som er vanskelig å innta (Daniels & Huckabee, 2014, s. 80-82). Det er viktig med riktig tilnærming til pasientene slik at vi kan skille mellom nevrologiske skader med forbedringspotensiale som for eksempel hjerneslag og progressive sykdommer som for eksempel MS (Ekberg & Ekberg, 2012, s. 72-75).

For eksempel er anamnesen verdifull når pasienten får til å peke på hvor han eller hun kjenner at svelgevanskene sitter. Peker pasienten på halsen i larynxhøyde vil dette ofte bety retensjon i laryngofarynx eller en sent initiert faryngeal svelging (Svensson, 2010, s. 43-44). Hvis anamnesen peker mot at svelgingen blir påvirket av koordinasjon i munn og svelg, heller enn et mekanisk hinder, kan det være behov for flere spørsmål om pust, tale og andre nevro-muskulære funksjoner. Tidsaspektet på svelgingen kan være veiledende. Et svelgeproblem innen to sekunder samsvarer med en orofaryngeal vanske, mens et problem som merkes først etter flere sekunder vanligvis peker mot en øsofagal dysfagi (Svensson, 2010, s. 43-47). Fokus på økt livskvalitet er like viktig som mål rettet mot dysfagibehandling. Behandlingsresultater som er viktige for pasienten samt å vurdere hvor stor innvirkning dysfagi har på pasientens livskvalitet er viktig få med i anamnesen (Daniels & Huckabee, 2014, s. 82).

2.6 Klinisk svelgeundersøkelse

En klinisk svelgeundersøkelse kan gi verdifull informasjon. Samtidig har den kliniske svelgeundersøkelsen begrenset evne til å kunne fastslå en diagnose. Dette er fordi unormal svelging ikke kan bli definert på bakgrunn av den kliniske undersøkelsen alene. Man bør heller ikke foreslå kompensatoriske tiltak og strategier for rehabilitering basert kun på den kliniske undersøkelsen. Den kliniske undersøkelsen bidrar til viktig informasjon for å finne den riktige diagnosen i forbindelse med mer spesifikk informasjon. Eksempler er pasientens kognitive funksjon, tale, stemme og språk som kan påvirke undersøkelsen. Undersøkelsens dybde avhenger altså av pasientens kognitive og kommunikative funksjoner. En erfaren logoped kan gjøre en uformell vurdering av pasientens kognisjon og kommunikasjon basert på pasientens evne til å svare på spørsmål, instruksjoner og om pasienten klarer å opprettholde

oppmerksomhet. Den uformelle vurderingen kan gjøres når logopeden samler inn informasjon til anamnesen, utfører svelgeundersøkelsen eller sjekker hjernenervene (Daniels & Huckabee, 2014, s. 77-78 og 85-86; Ekberg & Ekberg, 2012, s. 77).

«Mann Assessment of Swallowing Ability» (MASA) er det eneste standardiserte kartleggingsverktøyet for klinisk svelgevurdering som har gjennomgått streng psykomotorisk testing. MASA hjelper logopeden til å identifisere svelgeproblem, tilrettelegge utvikling for behandlingsplan og finne ut av behov for videre instrumentell vurdering (Daniels & Huckabee, 2014, s. 142). Den har en sensitivitet på 71 % og spesifisitet på 72 % når det kommer til dysfagi. Når det gjelder aspirasjon ligger MASAs sensitivitet på 93 % og spesifisitet på 53 % (Guillén - Solà et al., 2016, s. 25).

FRENCHAY DYSARTRITEST
etter Pamela Enderby
Norsk utgave ved Nordli, E.C., Bjerkkan, K.M., Stabell-Kula, G.L., Moen, I.K.

Navn: _____ Dato: _____
Adresse: _____ Født: _____
Sted for undersøkelse: _____ Undersøker: _____

1	2	3	4	5	6	7	8																	
DYSFAGI	RESP	LEPPER	KJEVE	GANE	STRUPE	TUNGE	FORSTÅ- LIGHET																	
A																								
B																								
C																								
D																								
E																								
↑ n o r m a l ↓ s v a k ↓	H O S T I N G	S V E L G I N G	I H V I L E	V E D T A L E	S P R E D N I N G	L U K K E	A L T E R N E R I N G	I T A L E	I H V I L E	M A T & D R I K K E	H E V I N G	V E D T A L E	F O N A S J O N S T I D	T O N E H Ø Y R K E	L Y D S T Y R K E	V E D T A L E	I H V I L E	R E K K E	H E V I N G	S I D E B E V E G E L S E	V E D T A L E	V E D T A L E	O R D I N G B O O K	S A M T A L E

INFLUERENDE FAKTORER

Hørsel: _____ Syn: _____
Tenner: _____ Humør: _____
Kroppsholdning: _____
Språk: _____
Andre faktorer (talehastighet, kinestetisk følelse): _____
Sammenheng: _____
Anbefaling: _____

En engelsk test som er oversatt til norsk, kalles Frenchay Dysartritest. Den norske versjonen er den første og eneste dysartritesten som er spesielt tilrettelagt for dysartripasienter med norsk som morsmål (UiO, 2012). Testen har noen spørsmål og oppgaver som pasienten skal utføre. Deretter gir logopedene en skåre fra A-E. Skåre for dysfagi blir testet først. På «Bilde 2, Skåringsark for Frenchay dysartritest» kan du se skåringsarket til Frenchay dysartritest som logopedene benyttet under observasjon.

Bilde 2, «Skåringsark for Frenchay dysartritest» benyttet av logopedene under observasjonene.

2.7 Test av relevante hjernenerver for svelgeprosessen

Neste steg i dysfagiutredningen er ofte en test av hjernenervenes funksjon, etterfulgt av en oralmotorisk vurdering (Svensson, 2010, s. 49). Kompetente logopeder integrerer en grundig test av hjernenervene i sin kliniske svelgeundersøkelse. De bruker den informasjonen de får til å konkludere med hensyn til ulike aspekter for potensiell svekkelse i svelget. Logopeden kan spørre pasienten om å utføre forskjellige motoriske og sensoriske øvelser som indikerer forskjellige hjernenervefunksjoner. En grundig test av hjernenervene gir logopeden verdifull informasjon og mulighet til å kunne «se» det som ikke går an å «se»; testen gir logopeden innsikt i uobserverbar faryngeal fysiologi (Daniels & Huckabee, 2014, s. 99).

- **Femte hjernenerve, Nervus Trigeminus**

Nervus Trigeminus (N. Trigeminus) har både motoriske og sensoriske nervefibre og innnerverer både kjeve, lepper, tunge og gane. Den er blant annet ansiktets følerne i tillegg til å ha motoriske nervefibre til kjeven slik at vi kan tygge maten (Ekberg & Ekberg, 2012, s. 14; Wyller, Toverud, & Brodal, 2005b, s. 150). Sensibiliteten i ansiktet skal være lik på begge sider og testes ved å berøre pasientens ansikt langs pannen, over kinnene og langs kjeven (Daniels & Huckabee, 2014, s. 4; Svensson, 2010, s. 16 og 49). N. Trigeminus' motoriske nervefibre langs kjeven innnerverer musklene for blant annet tygging. En unilateral skade på N. Trigeminus fører bare til en liten svekkelse i evnen til å åpne kjeven i kontrast til en bilateral skade på nerven. En bilateral skade vil føre til stor vanske med å tygge fordi underkjeven ikke kan føres til overkjeven (Papathanasiou, Potagas, & Coppens, 2013, s. 461).

- **Syvende hjernenerve, Nervus Facialis**

Nervus Facialis (N. Facialis) er også en sensomotorisk nerve og innnerverer lepper og tunge. N. Facialis er ansvarlig for smakssansen på to tredjedeler av tungens fremre del. De motoriske nervefibrene i N. Facialis bidrar til ansiktets mimikk (Ekberg & Ekberg, 2012, s. 14). For å teste denne nerven kan man be pasienten om å rynke pannen, lage trutemunn og blåse opp kinnene mens man ser om pasientens ansikt er symmetrisk når han eller hun gjør øvelsene (Daniels & Huckabee, 2014, s. 4; Svensson, 2010, s. 16 og 49). Ved skade på N. Facialis vil det være vanskelig for pasienten å få til leppelukke. Noe som innebærer at luft, vann og mat kan lekke ut fra munnen (Papathanasiou et al., 2013, s. 464; Wyller et al., 2005b, s. 149-150).

- **Niende hjernenerve, Nervus Glossopharyngeus**

Nervus Glossopharyngeus innerverer tunge, gane, strupelokk og nese- og munnsvelget. Smak og følelse gjennom tungens bakre tredjedel formidles av denne nerven (Ekberg & Ekberg, 2012, s. 14). Nerven har også berørings- og temperaturfølelse i ganebuen. Nerven testes ved å undersøke om ganebuen er symmetrisk og om det er intakt brekningsrefleks (Daniels & Huckabee, 2014, s. 4; Svensson, 2010, s. 16 og 49). Daniels og Huckabee (2014, s. 109) viser til forskning som ber oss være oppmerksom på at mange friske personer uten dysfagi-problematikk har nedsatt brekningsrefleks.

- **Tiende hjernenerve, Nervus Vagus**

Nervus Vagus (N. Vagus) er den viktigste nerven når det kommer til svelgeakten. Den har motoriske og sensoriske nervefibre og innerverer slimhinner i larynx og farynx (Ekberg & Ekberg, 2012, s. 15). Motornevronene fra N. Vagus innerverer musklene i farynx, larynx og løfting av ganeseplet. Skade på denne nerven kan påvirke stemmebåndene unilateralt ved at et av stemmebåndene blir paralyseret. Stemmebåndet vil da verken abdueres eller adduseres. Skade vil også påvirke ganeseplet på den samme siden som stemmebåndet er skadet på. Pasienten vil da få en hypernasal stemmekvalitet da ganeseplet ikke heves. Hvis skaden er bilateral, vil begge stemmebåndene være paralyseret og ikke klare å abduere eller addusere. Ganeseplet vil ikke heve seg på noen av sidene. Dette kan høres som mer alvorlig hypernasalitet og inspiratorisk stridor (Papathanasiou et al., 2013, s. 464). I følge både Daniels og Huckabee (2014, s. 4); Svensson (2010, s. 16 og 49) innerverer N. vagus gane, strupelokk, strupehodet, nese- og munnsvelget, nedre svelg og spiserør. Ved å teste N. Vagus funksjon kan man undersøke om brekningsrefleksjonen er intakt og høre om pasientens stemme er berørt.

- **Tolvte hjernenerve, Nervus Hypoglossus**

Alle musklene i tungen, med unntak av musculus palatoglossus, er innvert av Nervus Hypoglossus (Ekberg & Ekberg, 2012, s. 15; Papathanasiou et al., 2013, s. 464). Ved å undersøke nervens funksjon kan man be pasienten om å strekke tunga ut, bevege den til sidene samt se etter om tungen er symmetrisk (Daniels & Huckabee, 2014, s. 4; Svensson, 2010, s. 16 og 49; Wyller et al., 2005b, s. 150).

2.8 Undersøkelse av munnhulen

Slimhinnene i munnen vurderes i form av spytt og farge. Munnhulen skal være rosa i fargen og bør være fuktig, uten for mye spytt og sikkell. Sår eller skader i munnslimhinnene må identifiseres og hvis det er matrester i munnen må dette noteres. Tennene skal undersøkes i form av hvordan de ser ut, hvor mange tenner pasienten har og om det er tannproteser (Daniels & Huckabee, 2014, s. 97 og 98).

2.9 Instrumental svelgeundersøkelse

Den instrumentale svelgeundersøkelsen bidrar til detaljert informasjon om svelgefysiologien og eventuelle patologiske tilstander. Informasjonen fra den instrumentale undersøkelsen integrert med kliniske observasjoner og anamnese, brukes for å få en omfattende og effektiv tilnærming (Daniels & Huckabee, 2014, s. 77 og 78). Logemann et al. (2013) skriver at den generelle tilnærmingen til orofaryngeal dysfagi først er en screening etterfulgt av en klinisk vurdering. Siden man ikke kan se den faryngale svelgeprosessen med det blotte øyet, er det vanlig å henviser til instrumentell utredning. I våre «nasjonale retningslinjer for behandling og rehabilitering ved hjerneslag» (Indredavik, 2010, s. 131) står det at aspirasjonspneumoni er den alvorligste komplikasjonen. Aspirasjonspneumoni gir økt risiko for død og alvorlig funksjonshemming. Svelgevansker kan også bidra til underernæring. Bare ved alvorlige og langvarige svelgevansker og/eller residiverende pneumonier bør videofluoroskopi benyttes for å avdekke hvor i svelgeprosessen vanskene ligger. I Norge gjøres denne undersøkelsen foreløpig bare ved noen større sykehus og spesialiserte sykehus. Derfor er kliniske observasjoner og erfaringer hovedgrunnlaget for anbefalinger om tiltak ved svelgevansker. Ekberg og Ekberg (2012, s. 78) hevder at det bare er den instrumentale undersøkelsen som kan avdekke stille aspirasjon. Daniels og Huckabee (2014, s. 223) skriver at å avdekke stille aspirasjonen, kun ved klinisk undersøkelse, ikke handler om logopedens kompetanse. Forfatterne presiserer at det er kostbart å behandle aspirasjonspneumoni. De viser til flere studier som peker på at det er kostnadseffektivt å bruke instrumental undersøkelse som videofluoroskopi for å avdekke stille aspirasjon, heller enn å behandle aspirasjonspneumoni. Det samfunnsøkonomiske aspektet blir også trukket frem av Wilson (2010) og Wilson og Howe (2012). De skriver at lungebetennelse etter hjerneslag er forbundet med høy dødelighet og høye sykehuskostnader. Å utføre videofluoroskopi i den akutte fasen på alle som har fått hjerneslag er kostnadseffektivt mot å behandle aspirasjonspneumoni som potensielt kan lede til død.

2.10 Tidligere forskning på feltet: utredning av dysfagi

Det ser ut til at det er en stor økning i antall forskningsartikler som omhandler utredning av dysfagi de siste årene. På dysfagiområdet er det en rekke internasjonale studier, men ingen nasjonale forskningsartikler. Det er ulik praksis i forskjellige land med tanke på *hvilken* faggruppe dysfagipasienten tilhører. I studien til Archer, Wellwood, Smith, og Newham (2013) var målet å finne ut av hva slags tilnærming logopedene brukte i direkte behandling av hjerneslagpasienter med dysfagi i Storbritannia og Irland. Forskerne brukte en spørreundersøkelse med 24 spørsmål som de sendte til alle logopedene som jobbet med hjerneslagpasienter i Storbritannia og Irland. Det var 138 logopedene som svarte på undersøkelsen av cirka 15 000 logopedene som mottok spørreundersøkelsen. Logopedene rapporterte at de hadde et gjennomsnittlig behandlingstilbud til denne pasientgruppen én gang daglig med 15 minutter, tre dager i uka. Den vanligste anbefalte øvelsen logopedene rapporterte om i spørreundersøkelsen var svelgeforsøk under tilsyn. Studien viser at disse logopedene velger den tilnæringsmetoden de er mest trygge på og bruker til vanlig når de utreder pasienter med dysfagi etter hjerneslag. Forfatterne skriver at det er lite forskning som har gitt evidens for behandling som virker. Dette gjør det vanskelig å bestemme hvilken tilnærming som er best å bruke. Kliniske vurderinger er ofte basert på den praksisen som er mest brukt. Det finnes ingen formell metode for å observere mønstre for hvordan logopedens tilnæringsmetode blir utført. Til tross for at de fleste logopedene som svarte på spørreundersøkelsen hadde tilgang på instrumentelle svelgeundersøkelsesmetoder, rapporterte over halvparten at de sjelden eller aldri rekvirerte instrumentell undersøkelsesmetode før de anbefalte øvelser til pasientene. De fleste logopedene (93%) brukte ikke en protokoll for systematisk mål av pasientenes fremgang etter øvelsene. Bare 37 % av logopedene rapporterte at de brukte standardiserte verktøy for å måle resultat. Studien gir et innblikk i praksisen som logopedene i Storbritannia og Irland bruker for direkte dysfagibehandling til hjerneslagpasienter. Den kaster lys over forskjellen mellom tilnærmingene som logopedene brukte og anbefalingene fra eksisterende evidens og kliniske retningslinjer. Variasjonen på svarene i spørreundersøkelsen indikerer et behov for å utvikle en enighet i utredningen og videre forskning til å veilede praksis (Archer et al., 2013).

Resultatene fra studien til Archer et al. (2013) er ikke unik. En forskningsartikkel skrevet av Carnaby og Harenberg (2013), tar for seg hvordan behandling normalt blir gitt til pasienter med dysfagi. Behandlingen ble utført av erfarne logopeder som jobbet med pasienter på akuttavdeling og rehabiliteringsavdeling i Florida. Studien konkluderer med at det er forskjellig praksis i tilnærmingen til dysfagipasienter. Logopedene brukte ikke alltid tilnærmingen som samsvarte med den spesifikke vansken pasienten hadde. Det så ut som logopedene heller brukte tilnærmingen han/hun var vant til å bruke og følte seg tryggest på.

Videre viser en undersøkelse utført av Kamal, Ward, og Cornwell (2012) at det er store nasjonale forskjeller hos logopedene som arbeider med dysfagipasienter i Australia og Malaysia. Forskjellen på kunnskapsnivå, ferdigheter og selvtillit i utredning og behandling av pasienter med dysfagi er stor. Arbeidet med dysfagipasienter er ikke like godt etablert i alle land.

Doktorgradsavhandlingen til Guillén - Solà et al. (2016) tar for seg noen aspekter ved utredning og behandling av orofaryngeal dysfagi etter hjerneslag. Forfatterne undersøker nytten av «Volume-Viscosity Swallow test» (VVST) hos hjerneslagpasienter som er lagt inn på en rehabiliteringsavdeling. VVST er en klinisk undersøkelse hvor pasienten får mat og noe å drikke av ulikt volum og konsistens. Pasienten har på seg en saturasjonsmåler som måler oksygeninnholdet i blodet. Det registreres om pasienten hoster, endrer stemmekvalitet eller om saturasjonen synker $>3\%$. Resultatene ble sammenlignet med videofluoroskopi. Forfatterne konkluderer med at VVST er et billig verktøy som er enkelt å bruke som en screening hos slagpasienter og har høy sensitivitet og spesifisitet. I studien validerer forfatterne en hoste-refleks test med sitronsyre, men konkluderer med at denne testen ikke kan brukes alene. De diskuterer også noen aspekter i behandling som jeg velger å ikke forklare nærmere.

Masteroppgaven til Skriung (2004) tar for seg hvor mange som levde med dysfagi etter hjerneslag og hvordan de mestret å leve med dysfagi. Hun belyser viktigheten av kompetanseheving og holdningsarbeid blant personer som jobber med denne pasientgruppen. «Med tidlig og riktig behandling vil evnen til å mestre spise- og svelgevansker styrkes» (Skriung, 2004, s. 3). I oppgaven sin konkluderer hun med at mange pasienter med dysfagi etter hjerneslag opplever å ikke få hjelp til vanskene sine.

En norsk kvantitativ masteroppgave, utført av Jacobsen (2008), er basert på en spørreundersøkelse som ble sendt til 226 informanter. Informantene var logopeder som var medlem i Norsk Logopedlag (NLL) og svarprosenten var på 72 %. Jacobsen (2008) viser i sin masteroppgave at 40,5 % av hennes informanter jobber med dysfagi, og at størsteparten brukte ikke-instrumentelle undersøkelser. Hun viser med sine resultater at logopedene ikke har full tiltro til egne avgjørelser i arbeidet med dysfagipasienter. Cirka 68 % av informantene mente at dysfagi er et logopedisk ansvarsområde. Rundt 48 % av informantene har tilegnet seg kunnskap om dysfagi i utdanningen og cirka like mange har tilegnet seg kunnskap om dysfagi i form av kurs.

Oppsummering:

Det totale bildet av forskningen jeg har presentert viser at det ikke er klare retningslinjer for hvordan dysfagipasienten skal utredes. Dysfagifeltet har ikke nok evidens enda til å kunne stadfeste tydelige kriterier for den beste praksisen. Logopeder bruker forskjellige tilnærminger og er ofte usikre på hva som er den beste metoden. I Daniels og Huckabee (2014, s. 365-376) kommer det frem at det er utfordrende å skille hva som er spontan bedring hos slagpasienter og hva som er resultat av dysfagibehandling. Dette tolker jeg som en utfordring innenfor forskningsfeltet dysfagi. Den spontane bedringen kan gjøre det vanskelig å vurdere hva som er god behandling og hva som er spontan bedring.

3 METODE

3.1 Begrunnelse for metodevalg

For å kunne svare så godt som mulig på forskningsspørsmålet: «**Hvordan utreder logopeden voksne pasienter med orofaryngeal dysfagi og hvilke utfordringer innebærer utredningen?**», har jeg tatt en rekke valg når det gjelder hvordan jeg skulle få gode data. Skulle jeg velge kvalitativ metode som ofte beskrives med stikkord som dybde og innsikt? Eller kvantitativ metode som ofte beskrives med stikkord som bredde og oversikt? Før jeg startet med masterprosjektet så jeg for meg en kvantitativ tilnærming til forskningsspørsmålet. Etter å ha lært mer om forskningsmetode skiftet jeg mening og ønsket å ha en kvalitativ tilnærming. Spørsmål logopeden som utreder dysfagipasienter må ta stilling til, er blant annet: hva er normal aldringsprosess og hva er dysfagi? Hvor går grensen for om en pasient har en svelgevanske eller ikke? Dysfagi fremtrer som det samme bare når det er løst fra sammenheng og dekontekstualisert. I det virkelige liv vil det være individuelle forskjeller på hvordan dysfagi klassifiseres og hvem som har dysfagi. Mitt valg av metode, intervju og observasjon, ble gjort fordi jeg ønsket å ha en dypere tilnærming til forskningsspørsmålet enn jeg ville fått ved en kvantitativ tilnærming.

3.2 Kvalitativ tilnærming

Thagaard (2013, s. 11) skriver at målsettingen med kvalitative tilnærminger er å oppnå en forståelse av et sosialt fenomen. Det sosiale fenomenet gir grunnlag for fordypning i det vi studerer. Tradisjonelt sett har kvalitativ metode blitt sett på som forskning med nær kontakt mellom forsker og informanter. Nær kontakt oppnås ved deltakende observasjon og intervju. I dette masterprosjektet ønsker jeg å forstå hvordan logopeden utreder voksne pasienter med orofaryngeal dysfagi. Ved å bruke en kvalitativ tilnærming med både intervju og observasjon i lys av teori mener jeg at forskningsspørsmålet blir besvart på en god måte.

3.3 Metodetriangulering

Undersøkelser er basert på noe vi er usikre på; spørsmål vi ønsker få et sikrere svar på (Jacobsen, 2005, s. 13). I følge Dalland (2007, s. 87) bør valg av metode bli gjort på bakgrunn av flere overveielser. Han trekker frem den ideelle fremgangsmåten; det som praktisk er gjennomførbart samt økonomisk og tidsmessig realistisk. Jeg valgte å kombinere intervju og observasjon som metode da dette var tidsmessig og økonomisk realistisk å få gjennomført. Ved bruk av metodetriangulering får jeg mer forståelse, dypere innsikt og bredere bakgrunn for å drøfte forskningsspørsmålet mitt. Hvis intervju og observasjon blir brukt på en god måte kan metodene utfylle hverandre og gi bedre data enn hva én av metodene gir alene. Noen handlinger trenger en forklaring, og ikke alt som blir gjort får man sagt med ord (Dalland, 2007, s. 181).

3.4 Hensikten med prosjektet

Hensikten med dette prosjektet har vært å framskaffe ny kunnskap. Ny kunnskap trenger ikke alltid være revolusjonerende. Det kan ha som mål å utvikle og bearbeide allerede eksisterende kunnskap (Jacobsen, 2005, s. 15). I arbeidet med dette prosjektet fant jeg ingen publiserte, norske studier som undersøkte hvordan logopedene utreder voksne pasienter med orofaryngeal dysfagi. Etter flere litteratursøk i «Oria», som er det nasjonale katalogsystemet for høyskoler og universiteter i Norge, kom jeg frem til at det var behov for å undersøke nettopp det jeg skriver om i mitt prosjekt. Generelt fant jeg lite nasjonal forskning på dysfagi, men en rekke internasjonale studier.

3.5 Informantene og rekrutteringen av dem

I Norge er det ikke så mange logopeder som primært jobber med dysfagi. Å rekruttere informanter var vanskeligere enn først antatt. Jeg sendte ut individuelle forespørsler i første omgang, men fikk kun svar fra én. Jeg sendte mail til rundt 15 logopeder som jobbet med dysfagipasienter. Det var kun to stykker totalt som meldte seg som frivillig. For meg var det også et økonomisk aspekt ved det å rekruttere informanter, for det å skulle reise til for mange hadde begrensninger både med hensyn til tid og økonomi. Da det er få som jobber med denne pasientgruppen har jeg vært restriktiv med å gi for mye informasjon om informantene, da de fort kan bli gjenkjent. Derfor har jeg valgt å ikke nevne kjønn, alder eller hva slags type

institusjon de jobber på. Jeg har anonymisert informantene og kaller dem «Ida» og «Trude». Jeg kan si at logopedene jeg intervjuet og observerte har lang fartstid innenfor faget, og har tatt en rekke kurs innenfor dysfagifeltet. De jobber primært med dysfagipasienter og holder til enten på rehabiliteringssenter eller på sykehus. Til sammen observerte jeg over fire dager og gjennomførte to intervjuer. Jeg observerte på tre forskjellige arbeidsplasser. Observasjonen foregikk på arbeidsplassen deres hvor jeg satt ved samme bord, men av og til bak pasienten, slik at jeg så hvordan logopedene jobbet. Logopedene kommenterte hva de gjorde underveis og de brukte god tid på pasientene. Undersøkelsessituasjonen foregikk så normalt som mulig. Jeg intervjuet den første logopeden helt i starten, siden det passet best for logopedene. Egentlig hadde jeg ønsket at intervjuet var til slutt. Den andre logopedene intervjuet jeg etter observasjonen. Da hadde jeg nettopp observert logopedene utføre det jeg spurte om i intervjuet. Intervjuet var viktig for å få frem nyanser og avklaringer som jeg ikke hadde fått med meg under observasjonen. Jeg spurte logopedene om holdninger i forhold til dysfagiutredninger i Norge. Jeg hadde en intervjudguide som jeg fulgte (se vedlegg) og kom med oppfølgingsspørsmål på det logopedene fortalte. Hovedtemaer i guiden gikk ut på utredning av pasienter. Den ene logopedene var opptatt av å få frem synspunkter på behandling, men behandling er ikke hovedfokus i dette prosjektet.

3.6 Å få frem den tause kunnskapen

Begrepet «taus kunnskap» er nødvendig å gjøre rede for fordi fenomenet spiller en rolle for hvordan jeg tilnærmet meg informantene under intervju og observasjon. Taus kunnskap innebærer kunnskap som er erfaringsbasert. Noe man får gjennom utøvelse av et fag, yrke eller en aktivitet. Kunnskapen lar seg ofte ikke forklare med ord og er vanskelig å få med seg i formuleringer i en prosedyre eller lærebok, «man har det i fingrene». Den tause kunnskapen er erfaringskompetanse som er vanskelig å videreføre til andre (Polanyi, 2009). Som sykepleier snakker vi om «det kliniske blikket». Ved å bruke intervju og observasjon ønsket jeg få frem den tause kunnskapen; få frem erfaringen som logopedene innehar, men som ikke verbaliseres. Det ligger en kunst i logopedens diagnostisering hvor profesjonell testing står i nær sammenheng med ekspertobservasjoner. Her har vi kunnskap av både intellektuell og praktisk karakter (Polanyi & Ra, 2000, s. 18).

Under datainnsamlingen ble jeg overrasket over hvor viktig det var at jeg ikke fokuserte for mye på enkeltdeler i observasjonen eller i intervjuet. Det var når jeg fikk overblikket at jeg

forstod jeg hadde fanget opp viktige elementer. Polanyi og Ra (2000, s. 27-29) forklarer at vår forståelse av komplekse saker kan ødelegges av en ubegrenset klarhet. Meningen i en helhet kan forsvinne hvis vi undersøker enkeltdelene nøye. Vi kan for eksempel gjenta et ord flere ganger mens vi nøye retter oppmerksomheten mot leppenes bevegelse og på lydene vi lager. Ordet kan plutselig lyde hult og miste meningen. Ordet gir mening igjen når det uttales i dets riktige kontekst. En pianist kan bli midlertidig paralyisert ved å fokusere på fingrene og ikke på musikken (Polanyi & Ra, 2000, s. 27-29). Da jeg skulle analysere transkripsjonen fra intervjuene var det ikke alltid lett å få øye på de verdifulle elementene. Forståelsen av en tekst kan bli ødelagt ved oppdeling. Samtidig kan en oppdeling av tekst også bidra med materiale til en mye dypere forståelse av den.

Selv om den tause kunnskapen er vanskelig å bringe til overflaten, er den en viktig kunnskapskilde. Alle profesjoner har taus kunnskap, men den er vanskelig å overføre til andre. Den tause kunnskapen er ofte det vi henter inn i arbeidshverdagen og det er denne kunnskapen vi faller tilbake på når vi må handle raskt i en situasjon uten tid til å analysere situasjonen (Hoel, 2010, s. 19).

3.7 Intervjuene

3.7.1 Gjennomføring

To intervjuer ble gjennomført og hvert av intervjuene hadde en tidsramme på mellom 20-40 minutter. Å bruke intervju som metode gjorde at jeg fikk tak i deler av logopedenes arbeidshverdag som jeg vanskelig kunne fanget opp på andre måter. Når man intervjuer fagpersoner er svarene ofte gjennomtenkt (Dalland, 2007, s. 147). I mitt tilfelle fikk jeg inntrykk av at logopedene jeg intervjuet ikke hadde forberedte svar selv om de hadde fått intervjuguiden med spørsmålene på forhånd. Jeg fikk inntrykk av at de svarte spontant. For meg virket det som at logopedene hadde en trygghet i yrket. Formålet med intervjuene var å samle inn fylldig og omfattende informasjon om hvordan logopedene opplevde utredningssituasjonene til pasienter med orofaryngeal dysfagi; hvilke synspunkter og perspektiver logopedene hadde på aktuelle temaer. Spørsmålene jeg valgte å stille var viktig for hvordan masterprosjektet formet seg. Jeg valgte å intervju logopeder som har spesialisert seg innenfor dysfagi. Hadde jeg intervjuet logopeder som ikke jobber med dysfagipasienter til vanlig, hadde prosjektet artet seg helt annerledes.

Jeg syntes det var utfordrende å prøve å få fram den tause kunnskapen under intervjuene. Jeg kunne ikke trykke på en knapp og «hente ut» informasjon, men måtte skape materialet selv ved å stille godt gjennomtenkte spørsmål. Ved å stille godt gjennomtenkte spørsmål fikk jeg ofte utfyllende svar. Jeg håpet at intervjuene skulle gi meg logopedenes synspunkter, oppfatninger og erfaringer. Etter hvert som jeg hørte på lydopptakene av intervjuene flere ganger, dukket det opp flere elementer som var nyttige for å kunne svare på forskningsspørsmålet i prosjektet. De to informantene fikk ikke de samme spørsmålene, siden jeg endret på noen spørsmål etter første intervju. Det var for eksempel elementer som kom frem i første intervju, uoppfordret, som jeg også ønsket å ta opp med informant nummer to. Jeg endret også noen av spørsmålene fra intervju én til intervju to. Spørsmålene i intervju én var mer generelle og disse spørsmålene endret jeg slik at de ble mer spesifikke, men fortsatt åpne. Istedenfor å spørre: «Hvordan utreder du *vanligvis* pasienter?» Spurte jeg heller: «Hvordan utredet du forrige pasient?» Det første spørsmålet forstod jeg, etter å ha utført første intervju, ble for bredt og kanskje vanskelig å svare på. Utredningen av dysfagipasienter formes etter hvert som logopeden får mer informasjon om pasientens vansker. Informant én kom med en del eksempler fra klinisk praksis, derfor ble spørsmålene mer konkret ved det andre intervjuet. Informant to ga ikke uttrykk for at det var vanskelig å svare på spørsmålene som var konkrete.

3.7.2 Analyse og tolking

Formålet med analyse er å finne frem til enkeltdeler for å forstå helheten bedre (Dysthe, Hoel, & Hertzberg, 2010, s. 118). I prinsippet skilles ikke analysen fra tolkning (Thagaard, 2013, s. 158 og 161). For å kunne analysere intervjuene transkriberte jeg opptaket av intervjuene. Det var komplisert å transkribere da transkripsjonen i seg selv var en fortolkningsprosess hvor forskjellene mellom talespråk og skriftspråk skapte praktiske og prinsipielle utfordringer. Transkripsjon kan gjøres på mange forskjellige måter og krever en rekke vurderinger og beslutninger. Siden formålet med masterprosjektet ikke har det språklige i fokus trengte ikke transkripsjonene å være like detaljerte som for eksempel i en språklig analyse. Av hensyn til informantenes anonymitet transkriberte jeg ikke ordrett. Dette gjorde jeg for at verken dialekt eller sjargong skulle kunne spores tilbake til logopedene (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 204-210). Fokuset i transkripsjonene lå på meningsinnholdet i det logopedene fortalte. Under intervjuene noterte jeg ned når logopedene pekte på forskjellige steder på halsen istedenfor å

si navnet. Jeg kunne også «avbryte» logopeden for å spørre om det for eksempel var «under kjeven» hun mente eller «på brystbeinet» slik at dette kom med i transkripsjonen.

Under intervju kan det oppstå feilkilder i kommunikasjonsprosessen siden forsker og informant kan oppfatte spørsmålene forskjellig. Meningsinnholdet kan bli endret ved transkripsjonen fordi jeg som forsker kan ha misforstått svaret (Dalland, 2007, s. 174). En stor del av empirien i dette prosjektet kommer fra intervjuene jeg gjennomførte. Å transkribere var omfattende arbeid. I følge Kvale og Brinkmann (2015, s. 211) gjør fortolkningselementer ved transkripsjon at to personer tolker det samme intervjuet på to forskjellige måter. De samme ordene i en tekst kan utrykke to forskjellige betydninger, avhengig av hvor man setter punktum og komma. Hvor man setter punktum og komma er allerede en fortolkningsprosess. Da det er meg som har tolket datamaterialet, er det ikke til å unngå at resultatene vil være preget av min erfaringsbakgrunn. Da jeg transkriberte var det steder i lydopptaket hvor jeg var usikker på om jeg tolket det informantene sa, slik de mente det. Til samtlige informanter sendte jeg en bearbeidet transkripsjon av intervjuet de hadde vært med på. Jeg ga beskjed om at det var en bearbeidet tekst, altså ikke en ord-til-ord tekst. En ord-til-ord tekst kan virke «fordummende» da forskjellene mellom skriftspråk og talespråk er store (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 213). Informantene fikk muligheten til å gi meg beskjed om det var noe de følte de var blitt misforstått på. Var jeg usikker på hva informanten mente under intervjuet, gjentok jeg det de hadde sagt så de kunne avkrefte eller bekrefte at jeg hadde forstått. Dette bidro til at informantens meninger kom tydeligere frem (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 160). En av informantene ga tilbakemelding og presisering i etterkant av intervjuet.

3.7.3 Eksempel på analysetabell

Under har jeg lagt ved et eksempel på en del av analysetabellen jeg brukte i forbindelse med analysen av intervjuene. «I» står for «Informant» og «F» for «forsker».

Tema	Informant 1	Informant 2
Verdien av tverrfaglig samarbeid	<p>I: «... Da jeg pratet med fysioterapeuten om en ny pasient i dag, spurte jeg om hva han syntes i forhold til om pasienten var stiv i nakken. Da fysioterapeuten begynte å snakke om hans vurdering av pasientens tonus og så videre, da tenkte jeg at jeg var så glad for at fysioterapeuten var her, fordi jeg har ikke den forståelsen for musklene som de har.»</p> <p>I: «... når jeg prater med fysioterapeuten om hva som er utfordringene til pasienten blir de ofte forbauset over at de ikke har lært noe særlig om musklene i ansiktet og tunga. Da lurer jeg på hvorfor dette området er utelatt?»</p>	<p>F: «Så det tverrfaglige er verdifullt?» I: «Det er jo ekstremt viktig. Du kan ikke jobbe sånn som dette uten å være i et tverrfaglig team. Det blir hvert fall veldig tungvint da.»</p> <p>I: «Jeg har sett på det som en tverrfaglig bit og jeg syntes vi i det tverrfaglige teamet gjør en god utredning. Jeg skulle selvfølgelig ønske at vi kunne ta videofluoroskopi på flere.»</p> <p>F: «Hvis du er usikker i vurderinga di, har du kolleger som du kan konferere med?» I: «Yes! Da ringer jeg til (navn på institusjon).» F: «Da er det andre logopeder du konfererer med?» I: «Ja. Pluss at selvfølgelig igjen den tverrfaglige delen på sykehuset er jo unik da.»</p>
Holdninger til behandling	<p>I: «I dag høres det ut som at utredning er veldig viktig. Dette er jeg enig i, men det jeg stiller et stort spørsmålstegn til, er det ikke meningen at vi skal gjøre noe med disse vanskene? Det finnes så lite litteratur på norsk i forhold til behandling. Når jeg prater med andre logopeder om hva man gjør av behandling blir jeg litt overasket over at man gjør så lite.»</p>	<p>F: Behandler du pasientene du utreder? I: Veldig sjeldent. Stort sett har jeg pasienten inne poliklinisk hvor jeg er inne en gang og ser og veileder andre på hva de skal gjøre. F: Så det blir andre som tar behandlinga etter veiledning fra deg? I: Ja, det blir det. Og i nært samarbeid med kjøkkenet, selvfølgelig. Etter hvert som de lager mat i riktig konsistens. Da blir det ofte sykepleierne som skal påse at de svelger riktig. At de ikke har feil matkonsistens.</p>

Tabell 1. Eksempel på en del av analysetabellen som jeg brukte under analysen av intervjuene.

3.8 Observasjonene

Tre forskjellige observasjoner ble gjennomført i dette masterprosjektet. To av observasjonene ble utført med samme logoped, men på to forskjellige arbeidsplasser. På den siste observasjonsdagen var det ingen pasienter som skulle utredes for dysfagi fordi pasientene var skrevet ut fra sykehuset. Dette prosjektet baseres derfor på til sammen tre observasjonsdager. Jeg hadde forhåpninger om at observasjonene skulle gi meg handlinger og rutiner i forbindelse med logopedenes tilnærming til pasientene. Jeg observerte logopedene utrede pasienter som de kjente godt og pasienter de hadde inne til første vurdering. Det var enklere å få tak i den tause kunnskapen i observasjonene, enn ved intervjuene, da logopedene kunne forklare mens de viste. Observasjonene ble gjennomført på arbeidsplassen til logopedene som deltok i studien. Før observasjonen begynte ble det avklart hvor jeg skulle sitte og hvordan jeg skulle forholde meg til situasjonen. Jeg skrev ned spørsmål underveis i observasjonen og spurte som regel etter at pasienten var gått ut. Noen ganger, når situasjonen tillot det, spurte jeg underveis i observasjonen. Jeg tok kun egne notater, og noterte ikke ned tid, sted, eller noen opplysninger som kunne spores tilbake til pasientene eller logopedene.

Observasjonene ble gjennomført fra én til to dager, avhengig av når jeg hadde fått sett en utredning for hver metode. Logopedene jeg observerte utførte ikke instrumentelle undersøkelser, så dette fikk jeg dessverre ikke observert. Å observere var ikke nytt for meg. Gjennom arbeidslivet samt flere praksiser både på sykepleierutdanningen og i logopediutdanningen har jeg vært observatør. Jeg er vant til å ha både øyne og ører med meg når jeg går inn i observatørrollen. Samtidig var det nytt å være observatør i regi av et masterprosjekt. Det var både mer intenst og spennende. Før observasjonen i dette masterprosjektet har jeg observert pasienter bli utredet for dysfagi. Derfor hadde jeg en forventning om hva som ventet. Jeg mener erfaringene mine har bidratt til at jeg har tolket observasjonene på en kvalifisert måte. Under følger et eksempel på en del av et observasjonsnotat som beskriver en av logopedenes utførelse av en klinisk undersøkelse og Frenchay dysartritest.

3.8.1 Eksempel på observasjonsnotat

Aktivitet	Observasjon
Spise en kjeks	Pasienten forteller at han hoster kun når han spiser. Han får en pepperkake. Logopeden tar tiden mens han spiser den. Pasienten spør om noe å drikke. Han forklarer at litt av pepperkaka detter ned bak på affisert side. Han har fin stemmekvalitet når han forklarer.
Drikke et glass vann	Pasienten får så et glass vann og får beskjed fra logoped om å drikke det så fort som det er behagelig for han å drikke det. Logopeden tar tiden. Stemmen blir grøtete og tynn/svak. Pasienten heller hodet litt mot venstre og kaster med hodet bakover i det han skal svelge. Han sier: «ser ikke så godt på venstre øye». Han hoster ikke og kremter ikke. Han bruker rundt fem slurker på ett glass vann.
Strekking av tunga	Logopeden ber pasienten strekke tunga ut og logopeden legger gassbind på tunga for å få et grep om tungen. Pasienten kjenner til undersøkelsen fra før. Logopeden tar med et fast og trykt grep rundt tunga og drar den nedover og slipper opp igjen. Dette gjør logopeden fem ganger etter hverandre. Pasienten forteller at han følte at «restene» av pepperkaka gikk ned etter at logopeden strakk tunga.
Observering pust	Pasienten får beskjed om å telle til 20 på én utpust. Dette klarer pasienten greit, med litt streving. Logopeden ser på om pasientens ansikt er symmetrisk. Logopeden ber pasienten blåse opp kinnene og holde de oppblåst i femten sekunder. Logopeden forteller at pasienten har et «passelig bra» leppelukke og legger til at «dette kan vi trene mer på».

Eksempel på en del av et observasjonsnotat jeg brukte under analysen av datamaterialet.

3.9 Vitenskapelig forståelse og forskerrolle

Under intervjuene og observasjonene forsøkte jeg å være åpen for ny informasjon, uten å sette for store begrensninger. Denne åpne, induktive, tilnærmingen gjorde at datamaterialet var med på å forme studien. I forkant av datainnsamlingen hadde jeg mange forventninger til hva jeg kom til å se, høre og oppleve. De implisitte forventningene ga innslag av deduktiv tilnærming til forskningsprosjektet (Jacobsen, 2005, s. 29; Thagaard, 2013, s. 187). Oppgaven bærer preg av en individualistisk tilnærming da det var den enkelte logopeden som var den viktigste datakilden gjennom det han eller hun sa eller gjorde (Jacobsen, 2005, s. 29).

Forforståelse er ofte ubevisst og har betydning for vår måte å se virkeligheten på. Allerede fra barndommen av formes vi inn i en måte å oppfatte omverdenen på, men det hindrer ikke at forforståelsen kan være rimelig. Riktig forforståelse kan kalles for forkunnskap og feilaktig forforståelse for fordom (Thurén, Gjerpe, & Gjestland, 2009, s. 70). Jeg har valgt å bruke en

hermeneutisk tilnærming i arbeidet med dette prosjektet. Dalland (2007, s. 88) skriver i sin bok at resultatene i et forskningsarbeid vil bli farget av forskerens bakgrunn. Under arbeidet med denne prosjektoppgaven har jeg lest utallige forskningsartikler og litteratur om dysfagi. Ved å være i praksis som sykepleierstudent og logopedstudent har jeg fått økt forforståelse rundt oppgavens tema: Orofaryngeal dysfagi hos voksne. Jeg har møtt pasienter med dysfagiproblematikk på jobb og hørt deres historie om hvordan det oppleves å ha dysfagi. I arbeidet med dette masterprosjektet har jeg forstått og målt logopedenes undersøkelsesmetoder ut fra min egen virkelighetsoppfatning. Siden jeg har arbeidserfaring med dysfagipasienter som sykepleier, er det naturlig og kanskje ikke til å unngå, at jeg har tilnærmet meg materiale med «sykepleier-brillene» på.

I Norge har vi mange forskjellige dialekter, og ved intervju kan dette for eksempel føre til misforståelser. Jeg som intervjuer har prøvd å sikre at informantene har forstått meg og omvendt. I tillegg er det den faglige erfaringen som kan virke inn på det jeg er oppmerksom på og hva jeg skriver ned. Innholdet i intervjuet er naturligvis påvirket av bakgrunnen min. Personlighet er en menneskelig faktor som preger resultatet. Ved å prøve å få perspektiv samt å se seg selv utenfra hjelper forskeren seg selv til å se hvordan han eller hun har påvirket informantene under datainnsamlingen (Dalland, 2007, s. 88).

3.10 Ethiske refleksjoner og prinsipper

Det finnes etiske prinsipper og juridiske retningslinjer som forskning er underordnet. Prosjektet er meldt inn til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS (NSD). Informantene har fått informasjonsbrev med opplysninger om prosjektet, informantenes anonymitet og mulighet for å trekke seg fra prosjektet når de måtte ønske det uten å måtte oppgi noe begrunnelse (Dalland, 2007, s. 240-241), se vedlegg.

I intervjuene spurte jeg ikke om navn eller arbeidsplass slik at logopedenes anonymitet ble sikret. Jeg spurte heller ikke om utdanningssted eller om opplysninger som kunne kobles til logopedene. Under observasjonen tok jeg kun egne notater, og noterte ikke ned tid, sted, eller noen opplysninger som kan kobles til pasientene eller logopedene. Det ble ikke gjort videoopptak. Før jeg observerte forsikret jeg meg om at pasientene som logopeden undersøkte var samtykkekompetente. Pasientene ga muntlig samtykke før jeg observerte logopeden utrede dem. Jeg noterte ikke ned personopplysninger om pasientene. Fokuset i observasjonen lå på logopedens metode og ikke på pasientene (Dalland, 2007, s. 242-245).

4 RESULTATER OG DISKUSJON

4.1 Verdifull tverrfaglig diskusjon

Under observasjonene kom det ofte ulike fagpersoner innom kontoret til logopedene, samtidig som logopedene ofte tok kontakt med andre faggrupper for å diskutere pasienter. Logopedene konfererte ofte eller diskuterte med andre faggrupper. Logopeden Ida, forklarte:

Da jeg pratet med fysioterapeuten om en ny pasient i dag, spurte jeg om hva han syntes i forhold til om pasienten var stiv i nakken. Da fysioterapeuten begynte å snakke om hans vurdering av pasientens tonus og så videre, da tenkte jeg at jeg var så glad for at fysioterapeuten var her, fordi jeg ikke har den forståelsen for musklene som de har.

Ett annet sitat som også viser verdien av tverrfaglig samarbeid er:

Når jeg prater med fysioterapeuten om hva som er utfordringene til pasienten blir de ofte forbauset over at de ikke har lært noe særlig om musklene i ansiktet og tunga. Da lurer jeg på hvorfor dette området er utelatt?

Sitatet viser hvorfor det er viktig at de ulike faggruppene samarbeider da de utfyller hverandre med kunnskap. Ved spørsmål om det tverrfaglige er verdifullt, svarer Trude: «Det er jo ekstremt viktig. Du kan ikke jobbe sånn som dette uten å være i et tverrfaglig team. Det blir hvert fall veldig tungvint da». Sitatene over underbygger min tolkning av at logopedene anser den tverrfaglige diskusjonen som verdifull.

4.2 Screening og anamnese

Fra intervjuene kom det frem at logopedene fikk pasienter som allerede var screenet for dysfagi av annet helsepersonell. Jeg observerte logopedene da de skaffet seg informasjon og lagde anamnesen. De startet med en uformell samtale. Jeg fikk inntrykk av at den uformelle samtalen var for å skape god pasientkontakt og viktig før man undersøkte ansikt og munn som er intime soner. Samtalene gled over i en anamnese og innhenting av informasjon; en uformell utredning. Den ene logoped, Ida, fortalte i intervjuet at de enkle spørsmålene ga mye informasjon. Hun sa:

De enkle spørsmålene forteller egentlig ganske mye, både med tanke på mobilitet og andre ting. Jeg observerer samtidig som jeg skriver notater om sittestilling og hodestilling. Jeg kjenner også på muskulaturen; tonus i nakke og svelg. Bevegeligheten i selve svelget, altså.

Den andre logopeden, Trude, ga uttrykk for at henvisning fra legen ga mye forhåndsinformasjon. Dette viser hun med å si:

Også selvfølgelig det du får i henvisningen. I og med at jeg jobber på et sykehus får jeg henvisningen direkte fra legen som da har sett at det er noe, gjerne Øre-nese-hals-legen.

I kapittel 2.5 «Anamnese», kommer det frem at anamnesen kan være verdifull når pasienten for eksempel får til å peke på det stedet der han eller hun kjenner at svelgevanskene sitter. Peker pasienten på halsen i larynxhøyde vil dette ofte bety retensjon i laryngofarynx eller en sent initiert faryngeal svelging. Dette trekker også en av logopedene frem i intervjuet ved å si: «Hvis pasienten sier han har en klumpfølelse i halsen, spør jeg om pasienten kan peke på hvor klumpen er. Ofte er det der klumpfølelsen ligger at dysfagien er». I kapittel 2.5 «Anamnese», kommer det også frem at det er viktig med riktig tilnærming til pasientene slik at vi kan skille mellom nevrologiske skader med forbedringspotensiale, som for eksempel hjerneslag og progressive sykdommer, som for eksempel MS. Ida forteller at når det gjelder progressive sykdommer handler det om hvordan pasienten kan opprettholde funksjon eller forebygge for eksempel med trening, bevegelse og svelgeøvelser. Disse pasientene blir ikke bedre mot for eksempel en slagpasient som ofte har rask spontan bedring etter et hjerneslag.

Pasientens kognitive funksjon, tale, stemme og språk kan påvirke den kliniske undersøkelsen (se kapittel 2.6 «Klinisk undersøkelse»). Undersøkelsens dybde avhenger altså av pasientens kognitive og kommunikative funksjoner. Jeg observerte at logopedene gjorde en uformell vurdering av pasientens kognisjon og kommunikasjon basert på pasientens evne til å svare på spørsmål, instruksjoner og om pasienten klarte å opprettholde oppmerksomhet. Trude fortalte at hun gjorde den uformelle vurderingen allerede når hun hentet pasientene inn til seg; når hun samlet inn informasjon til anamnesen og utførte svelgeundersøkelse. Hun påpekte at det er slike ferdigheter og erfaringer som kommer etter å ha jobbet en del år.

4.3 Frenchay dysartritest og MASA

Etter anamnesen startet logopedene med Frenchay dysartritest. De brukte denne da den var lett å administrere og de uttrykte at de fikk ut god informasjon. Ida forklarte det slik:

Jeg stiller en del spørsmål for så å starte med dysartritesten, Frenchay. Jeg bruker den fordi jeg syntes den er enkel og grei å gjennomføre egentlig. ... Jeg får informasjon om pasienten har problemer med sikling, om han svelger. Under testen får jeg pasienten til å spise en kjeks og deretter drikke et glass vann. Da tar jeg tiden, mens jeg observerer. Ofte tar jeg også opptak av selve situasjonen.

Dette så jeg også i observasjonene. Ida forklarte at Frenchay blir brukt siden det er en sammenheng mellom dårlig ansikts- og munnmuskulatur og muskulatur brukt i svelgeprosessen. Ida forklarte at hun brukte MASA allerede, men i observasjonene jeg deltok i var det kun Frenchay hun brukte. Trude sa at hun brukte Frenchay fordi MASA ikke var kommet ut på norsk enda. Hun ga uttrykk for et ønske om å bruke MASA nå som den snart blir oversatt til norsk. Trude uttrykte det slik:

Nei, jeg har ikke brukt den (MASA) enda. Den er akkurat kommet ut på norsk. Jeg har sett på den, så det er sikkert noe jeg kommer til å bruke etter hvert... Frenchayen er jo det eneste verktøyet vi har hatt. Så nå kan vi jo si at når MASA og disse her kommer, så kan man jo se på de om de er bedre, eller mer nyansert.

Det kom frem i intervjuet at Frenchay dysartritest hadde noen svakheter. Svakheter innebar at det var elementer som avdekket andre nedsatte funksjoner enn selve svelgefunksjonen, naturlig nok, siden testen heter Frenchay dysartritest og ikke dysfagitest. Frenchay dysartritest har noen svakheter og er ikke laget spesifikt for dysfagi, men heller dysartri. Jeg ser det som naturlig at MASA tar over for Frenchay som kartleggingsverktøy i dysfagiutredningen. Siden MASA også er det eneste standardiserte kartleggingsverktøyet som har gjennomgått streng psykomotorisk testing, og som oppfyller kravene til sensitivitet og spesifisitet (se kapittel 2.6 «Klinisk svelgeundersøkelse»), ser jeg det som hensiktsmessig å ta i bruk denne når den nå kommer ut på norsk.

4.4 Test av relevante hjernenerver

En av logopedene, Ida, testet relevante hjernenervefunksjoner til pasienten under observasjonen. Ida stimulerte pasientens munnhule for å se om pasienten merket hvor hun stimulerte. Dette forklarte hun at hun inkluderte i utredningen slik at hun kunne få oversikt over hvor pasienten hadde følesans i munnhulen.

Under observasjonen med Trude spurte jeg om hun pleide å undersøke hjernenervene. Hun svarte nei, men hun la til at det absolutt burde være noe en logoped kan gjøre i utredningen av dysfagipasienter. Trude fikk mye informasjon i epikrisene siden hun jobbet på sykehus og det ofte var legene som henviste til logopeden. Derfor tolker jeg det slik at Trude ikke hadde behov for å teste hjernenervenes funksjon selv, siden mye av informasjonen allerede lå i epikrisen. Som det står i kapittel 2.7 «Test av relevante hjernenerver», kan logopedene få unik informasjon om det de ikke kan se med det blotte øyet ved svelgefunksjonen, ved å teste hjernenervenes funksjon.

Under observasjonen så jeg Trude utrede en pasient som hadde en progressiv lidelse og som ga uttrykk for at det var ubehagelig å svelge piller. Pasienten fortalte om angsten for å svelge feil, og lurte selv på om det var psykisk siden hun ikke hadde noen forklaring på det. Pasienten hadde ingen artikulasjonsvansker og fremsto ellers som upåfallende på alle punkter gjennom den kliniske undersøkelsen. Da Trude undersøkte pasientens munnhule så hun at ganeseglet ikke løftet seg så mye som ved normal funksjon. Det løftet seg, men Trude kunne ikke se drøvelen da pasienten gapte og hun undersøkte munnen. Pasienten artikulerte alle lyder og hørtes ikke nasal ut. Trude spurte seg selv: «Hvilke nerver er det som styrer ganeseglet da?» Med denne situasjonen i bakhodet tolker jeg testingen av hjernenerver og kunnskap om hvilke nerver som styrer ulike funksjoner som vesentlig og viktig når logopedene utreder dysfagipasienter.

4.5 Leppelukke

Både Ida og Trude forklarte at pasienter kan ha dysfagi uten å aspirere, for eksempel ved nedsatt leppelukke. Det kom frem at nedsatt leppelukke kunne føre til at pasienten mistet mat ut fra munnen og derfor stod i fare for å ikke få i seg nok næring. Dette kunne igjen lede til underernæring eller dehydrering over tid. Manglende leppelukke viste seg som et symptom, og å få til leppelukke var et mål i behandlingen. Logopedene fortalte under observasjonen at et funksjonelt leppelukke ofte ble prioritert i behandlingen av dysfagipasienter. Under observasjonen med Trude forklarte hun at de jobbet med leppelukke blant annet av estetiske og sosiale hensyn. Hun fortalte at det å sikle kunne gjøre at både medpasienter, pårørende og pasientens nærpersoner trakk seg litt tilbake, siden det kunne oppfattes ekkelt eller uhygienisk. Dette kunne være veldig sårt for pasientene. I en rehabiliteringssituasjon er det uhensiktsmessig når pasienten opplever at folk trekker seg unna heller enn å ta kontakt. Under intervjuet av Ida sa hun dette:

Han forrige pasienten hadde store problemer med at han siklet, og da er det ikke vits å jobbe med halsen. Da er det først og fremst å jobbe med siklingen. De første årene med denne pasienten hadde vi hovedsakelig fokus på leppelukke.

Ved spørsmål om det var vanlig at hun prioriterte leppelukke først, svarte hun:

Ja, ofte er det det. Fordi hvis du lukker munnen og hvis du klarer å suge inn her (peker på kinnene). Da har du allerede mobilisert svelgeprosessen. Det skjer ikke alltid, altså, men veldig ofte. Det er derfor vi svelger bedre hvis vi suger, fordi vi er aktive i hele munnen.

Ida fortalte også at leppelukke var en funksjon i svelgeprosessen. Man trenger leppelukke for å lukke munnen og presse bolus opp og bakover for å sette i gang svelgeprosessen. I kapittel 2.7 «Test av relevante hjernenerver», kommer det frem at ved skade på N. Facialis vil det være vanskelig for pasienten å få til leppelukke. Det innebærer at luft, vann og mat kan lekke ut fra munnen. Jeg tolker det som at leppelukke er et symptom på dysfagi som potensielt kan føre til dehydrering eller underernæring, og som gjør det viktig å prioritere, samtidig som det er et estetisk og sosialt aspekt. Etter både intervju og observasjon forstod jeg det som at det var det etiske og sosiale aspektet som logopedene la mest vekt på i prioriteringen av mål i utredningen og behandlingen.

4.6 Ønske om mer kunnskap

Under intervjuet ga Ida uttrykk for et ønske om mer kunnskap i anatomi og treningsfysikk. Trude svarte at hun kunne tenke seg å kunne mer om «Alt!» da hun fikk spørsmål om hva hun skulle ønske hun kunne mer om i forhold til utredning av dysfagipasienter. Det følgende sitatet fra intervjuet med Ida, tolker jeg slik at hun savner mer kunnskap om dysfagi og behandling i logopedutdanningen:

Det er så lite man lærer i utdanningen i forhold til behandling. Behandling av dysfagi er over femti prosent av mitt arbeid. Da jeg begynte for åtte år siden etter å ha hatt en annen jobb, var det så lite (om behandling) at jeg så på Youtube filmer for å skaffe meg oversikt over hva de gjør i USA osv. Og det syntes jeg egentlig er ganske svakt, for vi har jo mange pasienter med dysfagi. Så på de åtte årene har det faktisk skjedd en endring, når jeg snakker med kolleger osv. Ikke stor nok endring etter mitt syn, men en endring.

Ida ytret ønske om en endret holdning hos logopeder, i tillegg til ønske om mer kunnskap. Hun ønsket mer fokus på behandling og mindre fokus på utredning. Dette er et spørsmål som dreier seg om prioritering av ressurser. Ida forteller:

I dag høres det ut som om utredning er veldig viktig. Dette er jeg enig i, men det jeg stiller et stort spørsmålstegn ved, er om det ikke er meningen at vi skal gjøre noe med disse vanskene? Det finnes så lite litteratur på norsk i forhold til behandling. Når jeg prater med andre logopeder om hva man gjør av behandling blir jeg litt overasket over at man gjør så lite.

På spørsmål om Trude behandlet pasientene hun utredet, svarte hun: «Veldig sjeldent.» Hun forklarte at andre fagpersoner behandlet pasientene etter veiledning fra henne. Trude var alene som logoped på et stort sykehus, så det var klart at hun ikke hadde hatt tid til å behandle alle pasientene hun utredet. Det var ikke alltid pasientene rakk å få behandling før de ble utskrevet. Når logopedressursene er så knappe lurer jeg på om det er av pasientenes interesse å få en utredning hvis de ikke får behandling? Mine tanker er at man ikke burde utrede hvis man ikke har mulighet til å behandle. Samtidig forklarte logopedene at pasientene har rett på en utredning.

4.7 Undersøkelse av munnhulen

Jeg tolket det å rense munnen som et estetisk aspekt både i forhold til logopeden som arbeider med pasientene og pasienten selv. «For å kunne jobbe med pasienten er det altså helt avgjørende å ha rensset munnen først. Hvis jeg skal jobbe med noen kan det ikke være matrester i munnen» forklarte Ida i intervjuet. Det var også et sikkerhetsaspekt i det å rense munnen. Ida sa videre: «Du kan ikke jobbe med svelget hvis det er brødsmuler i munnen. Hvis pasienten ikke kjenner at det er noe der, vil han ikke oppdage at det ramler ned i luftrøret». Under observasjonen forklarte Ida at det var derfor hun testet sensibilitet og jobbet med isstimulering med forskjellige smaker; for å sikre luftveier.

Begge logopedene så etter om strukturene i pasientenes munnhuler var symmetriske og hvordan slimhinnene så ut. De påpekte begge viktigheten av munnstell. Den ene logopedene, Ida, strakk ut pasientens tunge ved å legge gasbind over, for å få bedre tak i tungeryggen med tommelen, for så å trekke tunga ut og nedover. En av pasientene påpekte at en klumpfølelse forsvant ved å si «nå datt resten av maten ned» etter at logopedene utførte manøveren. Logopedene forklarte at dette var en manøver som ikke finnes i litteraturen.

Logopedene ga instruks til pasientene om å utføre munnmotoriske øvelser for å sjekke om pasientenes tungebevegelser var intakte. Jeg observerte logopedene sjekke pasientenes artikulering og kjevebevegelser. Ida utførte også isstimulering og munnstimulering med kalde sitronpinner. Hun fortalte at det i den orale fasen er vesentlig at tennene og tunga fungerer som det skal, derfor er tannstatus og munnhygiene viktig. Bolus skal bearbeides og en viss mengde spytt er nødvendig.

Under observasjonen forklarte logopedene at de så etter om munnhulen så «normal» ut. I kapittel 2.8 «Undersøkelse av munnhulen» skal en normal munnhule ha rosa farge, være uten sår og ikke for mye spytt. I teorien skal også logopedene telle tennene eller finne ut om pasientene har proteser. Logopedene jeg observerte spurte ikke pasientene om de hadde proteser, men de forklarte at dette var viktig. De så hvordan oralmotorikken fungerte ved å se på munnen og tunga mens pasienten sa «kala-kala». Trude forklarte at dette «er det vanskeligste du kan gjøre» når det gjelder tungemotorikk. Logopedene testet også tungas hurtighet ved å be pasienten om å forflytte tunga fra side til side så fort hun/han klarte.

4.8 Svelgetest

Under observasjonene forklarte logopedene at ved svelgetesten så de etter symptomer og tegn på dysfagi ved å teste hvordan pasienten svelget vann, og i noen tilfeller spiste en kjeks. De ønsket å finne ut om pasienten aspirerte. Som beskrevet i kapittel 2.2 «Dysfagi» og kapittel 2.3 «Aspirasjon og stille aspirasjon», kan aspirasjon være et symptom på dysfagi. Det er altså aspirasjonen logopedene først og fremst er ute etter for å avdekke når pasienten har orofaryngeal dysfagi. Jeg tolker det at det er aspirasjonen det er kritisk viktig å finne ut av, rett og slett fordi aspirasjon kan medføre at pasienten utvikler aspirasjonspneumoni. Ida fortalte om viktigheten av at det ikke var bakterier i munnen da det økte sannsynligheten for aspirasjonspneumoni. Hun forklarte at pasienter med sonde kan ha reflux som også kan føre til aspirasjonspneumoni. Trude ga uttrykk for at svelgetesten ga gode indikasjoner på svelgefunksjonen til pasienten. Hun forklarte det slik:

Ved svelgetesten får du en klar indikasjon på hvordan svelgefunksjonen er med tanke på svelgetid, og hvor mange sekunder pasienten bruker fra tungebeinet initierer svelgingen til det hever (henviser til larynx). Og det vi så på den siste pasienten, var jo da at det var to ettersvelg på hvert eneste svelg. Og det gir jo en indikasjon på at det er noe galt. Derfor gikk vi også videre på å si: ok, her må vi kjøre en videofluoroskopi for ellers blir det ren kvalifisert gjetting fra yttersiden. Du kan ikke, fra yttersiden, si hva som er årsaken til to ettersvelg på hver eneste svelging.

Logopeden trekker frem at det må til en videofluoroskopi, siden man ikke kan se hva som skjer på innsiden av svelget uten instrumentelle undersøkelsesmetoder. Jeg observerte logopedene be pasientene om å drikke eller spise en kjeks mens de observerte pasienten og tok tiden. De fortalte at de også observerte pustemønstre og forklarte at tidsaspektet var en pekepinn på om pasienten hadde dysfagi. Ved å følge med på symptomer mens pasientene spiste/drakk så logopedene etter om pasientene viste tegn til dysfagi. Symptomene er listet opp i kapittel 2.2 «Dysfagi». I kapittelet er smerte listet opp som et symptom. En av logopedene nevnte smerte som et kriterium for å henvise videre til videofluoroskopi. «Jeg henviser pasienter til videofluoroskopi i de tilfellene hvor folk føler smerte. Når vi ikke finner ut hva det er som egentlig er problemet». Jeg tolker ikke dette sitatet som at logopeden kun har smerte som et kriterium, men forstår det som at hvis pasienten har smertefull svelging henviser hun videre til videofluoroskopi.

4.9 Tidsaspekt på svelgeprosessen

Fra kapittel 2.5 «Anamnese», kommer det frem at tidsaspektet på svelgingen kan være veiledende i forhold til dysfagi. Et svelgeproblem innen to sekunder samsvarer med en orofaryngeal vanske, mens et problem som merkes først etter flere sekunder vanligvis peker mot en øsofagal dysfagi. Ida forklarer at hvor fort svelgeprosessen skjer er viktig. Videre forklarer hun at den orale prosessen for eksempel kan skje for fort eller for sakte, og at tidsaspektet også er viktig med tanke på pust. Under svelgeprosessen lukkes luftveiene og dersom prosessen tar for lang tid vil pasienten måtte puste underveis.

4.10 Henvisning til instrumentell undersøkelse

Den «akutte» utredningen går ut på å avdekke aspirasjon. Men hva med da den stille aspirasjonen som man ikke kan se med det blotte øyet? En utfordring vi har i Norge, ifølge nasjonale retningslinjer (se kapittel 2.9), er at instrumentell undersøkelse, som er den eneste undersøkelsen som kan avdekke stille aspirasjon, bare utføres på noen få sykehus.

Logopedene forklarte at det kan være lange avstander og dyrt å sende pasienten for en undersøkelse. I tillegg kan det medføre praktiske utfordringer å reise hvis pasienten for eksempel har hatt slag og trenger assistanse samt rolige omgivelser. På spørsmål om logopedene hadde tilgang på instrumentell undersøkelsesmetode fortalte begge at de ikke hadde tilgang på dette. På spørsmål om de ofte henviste pasienter for instrumentell undersøkelse fikk jeg litt forskjellige svar. For logopeden som arbeidet på sykehus, Trude, virket det som at hun henviste oftere enn Ida, men fortsatt ikke ofte. Sykehuset Trude arbeidet på, tilbød ikke videofluoroskopi. Ida forklarte: «Ofte er jo litt overdrevent. Hvis jeg ikke finner ut hva som er problemstillingen, så henviser jeg videre. Hvis jeg for eksempel henviser en pasient med Parkinson sykdom som aspirerer, hva hjelper det med videofluoroskopi?» Videre forklarte hun, som tidligere nevnt, at hun henviste i de tilfellene hvor pasienten følte smerte ved svelging. I tillegg hvis hun ikke fant ut hva som egentlig var problemet. Det samme gjorde Trude. Trude ga uttrykk for at det hadde vært mye enklere hvis videofluoroskopi var lettere tilgjengelig.

Trude trakk frem at det var et økonomisk aspekt ved det å henvise til videofluoroskopi. «Det er også et økonomisk aspekt. For (de som tar videofluoroskopi) har lagt seg på at du skal ha

tre dagers opphold hvis du først skal ta videofluoroskopi og det koster penger». Trude sa at hun henviste rundt to ganger i måneden og at dette ikke var et stort tall med tanke på alle som hadde dysfagi.

Ida ga uttrykk for at henvisning til videofluoroskopi ikke var prioritert, at hun ikke gjorde det så ofte. Hun sa hun mente at det var viktig med videofluoroskopi, men at det var viktigere å heller bruke ressurser på behandling. Ida så ikke hva som var poenget med å få vite om pasienten aspirerte når hun uansett visste at pasienten gjorde dette.

Trude ga også uttrykk for at videofluoroskopi ikke var prioritert:

Du trenger ikke ta videofluoroskopi på alle. Ofte er det det du allerede vet du får svar på, via videofluoroskopi. Det er de vanskelige pasientene hvor du ikke får sett hvorfor dette skjer og det da igjen blir denne kvalifiserte gjettingen som du kan gjøre på yttersiden som du aldri får gjort på innersiden.

Jeg tolker sitatene som at logopedene anså de praktiske utfordringene som mer tungtveiende enn nyttigheten av informasjonen de ofte fikk av den instrumentelle undersøkelsen. At undersøkelsen ofte kanskje ikke alltid var verdt å ta, siden den er dyr og det er få institusjoner som tilbyr undersøkelsen. Videofluoroskopi er en kostbar undersøkelse, men i teorien er det tydelig at videofluoroskopi er samfunnsøkonomisk i lengden, da behandling av aspirasjonspneumoni er mer kostbart i det store bildet (se kapittel 2.9). Henvisningspraksisen til logopedene kan bli et tankekors hvis stille aspirasjon, som kan medføre aspirasjonspneumoni, ikke blir avdekket ved den kliniske undersøkelsen. Det spiller ingen rolle om du er en erfaren logoped eller ikke. For ifølge teorien kan du rett og slett ikke vite om pasienten aspirer uten den instrumentelle undersøkelsen. Jeg tolker derfor at denne undersøkelsen er viktig å få utført.

Praksisen logopedene her forteller om er ikke unik, da forskningen til Archer et al. (2013) viser det samme (se kapittel 2.10). Her kommer det frem at til tross for at de fleste logopedene som svarte på spørreundersøkelsen hadde tilgang på instrumentelle svelgeundersøkelsesmetoder rapporterte over halvparten at de sjelden eller aldri rekvirerte instrumentell undersøkelsesmetode før de anbefalte øvelser til pasientene.

Er dette av «gammel vane»? Er det press fra logopedenes ledere i forhold til økonomi? Er det mangel på kunnskap om hvor ofte stille aspirasjon forekommer? Siden Trude nevner «den kvalifiserte gjettingen på yttersiden» tolker jeg det ikke som at logopeden har mangel på

kunnskap. De forklarer både under observasjonene og i intervjuene at stille aspirasjon ikke kan utelukkes ved den kliniske undersøkelsen. Ida forteller at stille aspirasjon skjer uten at pasienten reagerer. Hun forklarer at den stille aspirasjonen da kan indikere enten at det har foregått lenge, eller at det er blitt en slags normaltilstand. Hun påpeker at det eneste tegnet på stille aspirasjon kan være våte øyne. Hun forklarte også at siden svelget er et svært sensitivt område, er det problematisk når en pasient ikke kjenner noe, aspirerer eller har matrester liggende i svelget. Ut i fra intervjuene og observasjonene tolker jeg at logopedene har mye kunnskap om stille aspirasjon, og at dette ikke er årsaken til at de ofte utelater å henvise. Kanskje det samfunnsøkonomiske aspektet ikke blir sett av hver enkelt logoped eller hvert enkelt sykehus? At videofluoroskopi tilbys ved så få sykehus er utfordrende, da dette medfører at det blir både dyrt og vanskelig å få gjennomført undersøkelsen. Selv om det ifølge teorien er økonomisk å henvise til videofluoroskopi på samfunnsnivå, er det kanskje ikke økonomisk på individnivå? Hadde det vært flere steder som tilbød videofluoroskopi, hadde det kanskje ikke vært et økonomisk aspekt på individnivå. Det er mulig at logopedene vurderer lang reisevei og lang ventetid opp mot nytteverdien av å få bekreftet noe de har hatt mistanke om.

Tiden er også et aspekt som må drøftes. Begge logopedene ga uttrykk for at de ofte bare fikk møte pasienten én gang. Pasientene var også ofte utskrevet før logopedene rakk å vurdere dem. Er dette et tegn på at det er for få logopeder på sykehuset? Jeg opplevde selv, i observasjonen med Trude, at flere pasienter som skulle utredes var utskrevet da hun hadde mulighet til å utrede dem. Dette innebærer at ansvaret blir overført til logopeden i kommunen, hvis kommunen har logoped. Det er ikke alle kommuner som har logoped og hva skjer da med pasientens dysfagi-problematikk? Ida fortalte at det kan være problematisk hvis du har pasienten hos deg en kort stund og sender en henvisning til videofluoroskopi. På grunn av få steder som utfører undersøkelsen og lang ventetid vil pasienten være utskrevet før tilbud om undersøkelsen er kommet. Dette viser at tiden også er en utfordring.

Jeg tolker mine funn dithen at henvisning til videofluoroskopi byr på flere utfordringer enn det logopedene får ut i nyttig informasjon. Både et økonomisk aspekt, praktiske utfordringer og et tidsaspekt gjør så logopedene ikke ser nytten av å henvise så ofte som de kanskje hadde gjort hvis videofluoroskopi var lettere tilgjengelig. Hvis ikke logopedene henviser, blir pasientene med stille aspirasjon heller ikke avdekket. Da blir ikke viktigheten av videofluoroskopi synliggjort. Behovet for en mer tilgjengelig videofluoroskopi blir heller ikke kartlagt. Kan dette føre til at undersøkelsen blir mer utilgjengelig? Økt etterspørsel burde gi

økt tilbud. Er det viktig å henwise når det er så vanskelig å få det til? Er det at logopedene ikke henviser til instrumentell undersøkelse med på å undergrave svelgevanskenes viktighet? Behovet for instrumentell undersøkelse blir ikke avdekket dersom logopedene fortsetter å lene seg mot kliniske vurderinger. Spørsmålene blir vanskelig å svare på i dette prosjektet, men kan være temaer til fremtidig forskning.

Ifølge våre «nasjonale retningslinjer for behandling og rehabilitering ved hjerneslag» så bør videofluoroskopi bare benyttes ved *alvorlige og langvarige svelgevansker og/eller residiverende pneumonier* (se kapittel 2.9 «Instrumental undersøkelse»). Siden pasientene i dag er så kort tid på sykehus, blir det vanskelig for spesialisthelsetjenesten å avdekke residiverende pneumonier, siden pasienten overflyttes kommunehelsetjenesten relativt fort. Dette er virkelig en utfordring for kommunehelsetjenesten. Siden de fleste pasientene med alvorlige komplikasjoner blir videresendt til kommunen og ofte havner på sykehjem, vil utfordringene med å fortsette observasjon, utredning og behandling for stille aspirasjon være store. Her kan det se ut til at det er behov for klarere retningslinjer fra øverste helsepolitiske hold.

Når man ser viktigheten av en god utredning av pasienter med stille aspirasjon, mener jeg det er et tankekors at det ikke er tydeligere retningslinjer for utredning og behandling av disse pasientene. Hvor blir det av den evidensbaserte praksisen? I dette masterprosjektet var det få logopeder som ønsket å bli intervjuet og observert. Det har kommet frem at det er lite om dysfagi i utdanningen, noe som står i kontrast til det faktum at det er mange med svelgevansker. Logopedene møter pasientene med svelgevansker og prøver å finne en løsning. Noe fungerer hos en pasient, men kanskje de ikke vet helt hvorfor. Neste pasientkasus er annerledes og logopeden må prøve seg frem på nytt. Her igjen ser man behovet for klarere retningslinjer.

5 OPPSUMMERING OG VEIEN VIDERE

Jeg stilte forskningsspørsmålet: Hvordan utreder logopedene voksne pasienter med orofaryngeal dysfagi og hvilke utfordringer innebærer utredningen? De to logopedene jeg fulgte var begge faglig dyktige og hadde spesialisering innenfor dysfagi. Siden instrumental undersøkelse både er kostbart og uhensiktsmessig for pasientene, både med tanke på reisevei og økonomi, var det desto viktigere å fokusere på forebyggende tiltak for aspirasjonspneumoni, som for eksempel å utføre godt munnstell. Logopedene ga uttrykk for at det var vanskelig å gi en «smørbrød-liste» for utredning av dysfagipasienter, siden hver eneste dysfagipasient er så individuell. Pasientene har så forskjellig utgangspunkt at hver utredning må skreddersys og du som logoped må ha god forhåndskunnskap slik at du, som Trude sa: «Kan drive detektivarbeid». Med viktig forhåndskunnskap mener jeg kunnskap om nevrologi og anatomi samt de teknikkene jeg observerte at de brukte. Logopedene ga uttrykk for at de gjorde gode utredninger, men hadde et ønske om videre utvikling i faget og mer evidensbasert kunnskap.

Resultatene i prosjektet viser at en erfaren logoped kan gjøre en vurdering av pasientens kognisjon og kommunikasjon basert på pasientens evne til å svare på spørsmål, ta instruksjoner og om pasienten klarer opprettholde oppmerksomhet. Den uformelle vurderingen kan gjøres når logopedene samler inn informasjon til anamnesen, utfører svelgeundersøkelsen eller tester hjernenervefunksjonene. Det første logopedene starta med var en samtale med pasientene for å bygge en god relasjon. Samtalen gled over til en klinisk undersøkelse hvor de brukte Frenchay dysartritest. Begge logopedene var klar over MASA og hadde planer om å benytte denne testen i fremtiden. Logopedene brukte Frenchay dysartritest fordi den var lett å administrere og det eneste verktøyet de hadde til utredning av dysfagi.

En av logopedene testet hjernenervenes funksjon. Den andre mente man burde gjøre det som logoped, men gjorde det ikke da hun mente at hun fikk informasjonen hun trengte fra epikrisen som legen hadde skrevet. Jeg syntes dette er viktig å få frem fordi test av relevante hjernenerver kan si mye om det vi ikke kan se. Det er også viktig med en helhetlig praksis med sentrale føringer for hvordan en utredning av dysfagi bør foregå.

Svelgetesten var vesentlig hos begge logopedene. Denne var lett å gjennomføre og ga mye informasjon, både om sittestilling, pustemønster og så videre. Tidsaspektet var en viktig indikator på om svelgeprosessen forløp som normalt. Logopedene observerte pasienten drikke vann eller spise en kjeks for så å ta tiden og se etter symptomer på dysfagi.

Leppelukke var høy prioritet hos logopedene selv om nedsatt leppelukkefunksjon ikke gir fare for aspirasjon. Et funksjonelt leppelukke ble prioritert med tanke på at pasientene fikk i seg nok væske og næring. Det var også et estetisk og sosialt aspekt siden pasientene selv syntes det var sjenerende å sikle, og at andre personer ikke skulle unngå dysfagipasientene som siklet.

Instrumentell undersøkelse ble ikke prioritert på grunn av økonomi, tidsbruk og manglende tilgjengelighet. Mine tanker og spørsmål går da på om det å utelate å henvise til videofluoroskopi svekker nødvendigheten av undersøkelsen? Hvis undersøkelsen skal bli mer tilgjengelig må det komme frem et tydeligere behov for nettopp denne undersøkelsen. I tillegg ga logopedene inntrykk av at den instrumentelle undersøkelsen ikke alltid ga ny informasjon, derfor ble den kanskje ikke prioritert. I teorien kommer det frem hvor viktig det er med den instrumentelle undersøkelsen for å kunne stille en diagnose eller avdekke stille aspirasjon. Det kommer også frem at samfunnskostnadene for å behandle aspirasjonspneumoni er større enn kostnadene ved å avdekke stille aspirasjon. En smertefull svelgeprosess ble trukket frem som en indikator på om logopedene henviste videre, samt hvis logopedene ikke fant ut hva som var problemet i svelgeprosessen. Ut i fra intervjuene og observasjonen tolker jeg det ikke slik at logopedene mangler kunnskap om stille aspirasjon og at mangel på kunnskap var en grunn til at de ikke henviser til videofluoroskopi. Hvis videofluoroskopi hadde blitt tilbudt på flere sykehus, ville da undersøkelsen vært enklere å få gjennomført. Kunne det da ha gitt dysfagipasientene et bedre behandlingsforløp med færre komplikasjoner som aspirasjonspneumoni? Dette kan være et interessant tema for fremtidig forskning.

I tillegg til et ønske om mer kunnskap, så logopedene på det tverrfaglige samarbeidet som et «must» for å få til en utredning av god kvalitet. Ida ga også uttrykk for at det var lite fokus på behandling versus utredning. Dilemmaet Ida viser til om prioritering av ressurser, hadde vært interessant å forske videre på. Jeg ser det som et paradoks at logopedene utreder, men ikke initierer behandling. Hva er poenget med en utredning om pasienten ikke får behandling for det han eller hun sliter med? I fremtiden trenger vi forskning som fokuserer på riktige behandlingsmetoder for ulike typer dysfagi. Vi har kommet et lite stykke på veien, men fortsatt har langt å gå.

6 LITTERATURLISTE

Archer, S. K., Wellwood, I., Smith, C. H., & Newham, D. J. (2013). Dysphagia Therapy in Stroke: A Survey of Speech and Language Therapists. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 48(3), 283-296. doi: 10.1111/1460-6984.12006

Carnaby, Giselle D., & Harenberg, Lindsay. (2013). What is "Usual Care" in Dysphagia Rehabilitation: A Survey of USA Dysphagia Practice Patterns.(Author abstract). *Dysphagia*, 28(4), 567.

Dalland, Olav. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (4. utg. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Daniels, Stephanie K., Brailey, Kevin, Priestly, Daniel H., Herrington, Lisa R., Weisberg, Leon A., & Foundas, Anne L. (1998). Aspiration in patients with acute stroke. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 79(1), 14-19. doi: 10.1016/S0003-9993(98)90200-3

Daniels, Stephanie K., & Huckabee, Maggie-Lee. (2014). *Dysphagia Following Stroke*. San Diego: Plural Publishing, Inc.

Dysthe, Olga, Hoel, Torlaug Løkensgard, & Hertzberg, Frøydis. (2010). *Skrive for å lære : skriving i høyere utdanning* (2. utg. utg.). Oslo: Abstrakt.

Ekberg, Olle, & Ekberg, O. (2012). *Dysphagia : Diagnosis and Treatment*. Dordrecht: Springer.

Guillén - Solà, Anna, Marco Navarro, Ester, & Escalada I Recto, Ferran. (2016). Oropharyngeal dysphagia after stroke: assessment and treatment. Barcelona, Spania: Universitat Autònoma De Barcelona. Departament De, Medicina.

Hoel, Torlaug Løkensgard. (2010). Å skrive for seg sjølv og andre. *Norsk tidsskrift for logopedi*, 4, 19-23.

- Indredavik, Bent. (2010). *Nasjonale retningslinjer for behandling og rehabilitering ved hjerneslag* Nasjonale faglige retningslinjer (Helsedirektoratet),
- Jacobsen, Anne Veronica. (2008). *"Med klump i halsen?" : en kvantitativ undersøkelse om norske logopeders erfaring med dysfagi*. A.V. Jacobsen, Oslo.
- Jacobsen, Dag Ingvar. (2005). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? : innføring i samfunnsvitenskapelig metode* (2. utg. utg.). Kristiansand: Høyskoleforl.
- Kamal, Rahayu Mustaffa, Ward, Elizabeth, & Cornwell, Petrea. (2012). Dysphagia training for speech-language pathologists: Implications for clinical practice. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 2012, Vol.14(6), p.569-576, 14(6), 569-576. doi: 10.3109/17549507.2012.713394
- Kvale, Steinar, & Brinkmann, Svend. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Logemann, J. A., Curro, F. A., Pauloski, B., & Gensler, G. (2013). Aging effects on oropharyngeal swallow and the role of dental care in oropharyngeal dysphagia. *Oral diseases*, 19(8), 733. doi: 10.1111/odi.12104
- Papathanasiou, Ilias, Potagas, Constantin, & Coppens, Patrick. (2013). *Aphasia and related neurogenic communication disorders*. Burlington, Mass: Jones & Bartlett Learning.
- Polanyi, Michael (2009). *The Tacit Dimension*. Chicago og London: The University of Chicago Press.
- Polanyi, Michael, & Ra, Erlend. (2000). *Den tause dimensjonen : en innføring i taus kunnskap* (Vol. nr 5). Oslo: Spartacus.
- Sand, Olav, Sjaastad, Øystein V., Haug, Egil, Bjålie, Jan G., & Toverud, Kari C. (2006). *Menneskekroppen : fysiologi og anatomi* (2. utg. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Skriung, Malin. (2004). *Dysfagi etter hjerneslag : mestring av spise- og svelgevansker etter hjerneslag*. M. Skriung, Oslo.

- Svensson, Per. (2010). *Dysfagi : utredning och behandling vid sväljningssvårigheter*. Lund: Studentlitteratur.
- Thagaard, Tove. (2013). *Systematikk og innlevelse : en innføring i kvalitativ metode* (4. utg. utg.). Bergen: Fagbokforl.
- Thurén, Torsten, Gjerpe, Kristin, & Gjestland, Dag. (2009). *Vitenskapsteori for nybegynnere* (2. utg. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- UiO, nettedaksjon på HF. (2012, 12.04.2017). Frenchay dysartritest. Lastet ned fra <https://www.hf.uio.no/iln/tjenester/kunnskap/sprak/sprakvansker/kartlegging/frenchay/>
- Wilson, Richard D. (2010). Mortality and Cost of Pneumonia After Stroke for Different Risk Groups. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*. doi: 10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2010.05.002
- Wilson, Richard D., & Howe, Evan C. (2012). A Cost-Effectiveness Analysis of Screening Methods for Dysphagia After Stroke. *PM&R*, 4(4), 273-282. doi: 10.1016/j.pmrj.2011.09.006
- Wyller, Vegard Bruun, Toverud, Kari C., & Brodal, Per. (2005a). *Det friske og det syke mennesket : cellebiologi, anatomi, fysiologi : mikrobiologi, patofysiologi, farmakologi, klinisk medisin : 3 : Fordøyelsesorganene, utskillelsesorganene : kapittel 9-11* (Vol. 3). Oslo: Akribe.
- Wyller, Vegard Bruun, Toverud, Kari C., & Brodal, Per. (2005b). *Det friske og det syke mennesket : cellebiologi, anatomi, fysiologi : mikrobiologi, patofysiologi, farmakologi, klinisk medisin : 4 : Hormonsystemet og nervesystemet, bevegelsesapparatet : kapittel 12-16* (Vol. 4). Oslo: Akribe.

7 VEDLEGG

Vedlegg 1

BREV TIL POTENSIELLE LOGOPEDER

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

«Orofaryngeal dysfagi hos voksne»

Hvordan utreder logopeden voksne pasienter med orofaryngeal dysfagi?

- **Bakgrunn og formål**

Bakgrunnen for masteroppgaven jeg skal skrive er å undersøke hvordan logopeder utreder voksne pasienter med dysfagi og hva slags utfordringer utredningen innebærer. Jeg tar et erfaringsbasert masterprogram i Logopedi på NTNU, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet i Trondheim.

- **Hva innebærer deltakelse i studien?**

Jeg ønsker å intervju logopeder som jobber med den aktuelle pasientgruppen. Intervjuet har en tidsramme på rundt 30 min. Spørsmålene jeg vil stille blir levert ut på forhånd, slik at du kan forberede deg på svarene. Spørsmålene handler om utfordringer rundt utredningen av dysfagipasienter. Underveis vil jeg ta lydopptak og notere. Jeg ønsker også å observere dine undersøkelsesmetoder i dysfagiutredningen. Observasjonen vil foregå over én eller to dager slik at jeg får sett de ulike metodene for utredning. Intervju og observasjon gjennomføres en gang mellom januar og mars 2017.

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

Personopplysningene blir behandlet konfidensielt. Det vil si at det kun er jeg som har tilgang på navnene som er med i studien. Mine notater og lydopptak vil oppbevares på en forsvarlig

og sikker måte. Det kan hende masteroppgaven blir publisert, men du vil ikke bli gjenkjent i oppgaven verken i forhold til navn, arbeidsplass eller andre opplysninger. Du vil være anonym.

Etter planen vil forskningsprosjektet være ferdig innen juni 2017, senest desember 2017. Da oppgaven er ferdig vil alle opplysninger, notater og lydopptak bli slettet og makulert.

- **Frivillig deltakelse**

Å delta i forskningsprosjektet er frivillig. Du kan når som helst trekke ditt samtykk uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli anonymisert.

Har du spørsmål knyttet til prosjektet er det bare å kontakte meg, (**Julie**) **Therese B. Ness** på tlf. nr.: 90950116, eller på mail: j.therese.ness@gmail.com . Dersom du har spørsmål til veilederen min på universitetet kan du kontakte: Julie Feilberg tlf. nr.: 91897900 eller på mail: julie.feilberg@ntnu.no .

Samtykke til deltakelse i studien

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

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 2

INTERVJUGUIDE

«Hvordan utreder logopeden voksne pasienter med orofaryngeal dysfagi?»

Spørsmål til informantene:

Hvor mange år har du jobbet med dysfagipasienter?

Hva slags grunnutdanning og eventuelt tilleggsutdanning har du?

Hva syntes du er spennende med denne gruppen pasienter?

Hva slags screening bruker du, eller annet helsepersonell, for å finne ut om pasienten er kandidat for videre kartlegging av dysfagi?

Hvilke undersøkelsesmetoder har du tilgang på?

Hva slags metoder bruker du i kartleggingen. MASA, FEES, Videofluoroskopi?

Beskriv hvordan du utredet forrige dysfagipasient?

- Hva slags informasjon fikk du ved undersøkelsesmetoden?
- Hvordan brukte du informasjonen du fikk?
- Hva gjorde du videre etter undersøkelsesmetoden?
- Hvilke råd ga du etter undersøkelsesmetoden?

- Hvor mye tid brukte du på å behandle etter at du hadde utredet pasienten?

Hvilke utfordringer innebærer metodene du bruker i utredningen?

- Sterke sider ved utredningen?
- Svake sider ved utredningen?

Hva er faren ved at en pasient med dysfagi ikke blir utredet?

Aspirasjonspneumoni?

Hvordan opplever du kvaliteten på utredningen?

Hva opplever du som viktig i møte med dysfagipasienter?

Hva skulle du ønske du kunne mer om i forhold til utredning av dysfagi?

Opplever du at dine kolleger som arbeider med dysfagipasienter i Norge er samstemte i utredningen av dysfagipasienter?

Hvis du er usikker i din vurdering har du andre kolleger du kan konferere med?