

## Forord

*Hvis du vil samtale,  
må du ikke stille deg selv opp  
som den ene, uerstattelige.*

*Du er bare en del...*

*(D.H.Camar)*

*Rømmekollen, mai 2019*

«Fire år går fort!» sa min kollega på 67 da jeg fortalte at jeg ville ta utdanning som logoped. Studiet er nå ved veis ende, og selv om det til tider har føltes som et langt og krevende lerret å bleke, har det vært spennende og utviklende å ta fatt på fagfeltet logopedi. Nå er det tid for å sette punktum.

Møter med medstudenter har vært givende og inspirerende. Takk for godt samhold, mye latter og hyggelige middager på *Graffi* og *Sabrura*! Og takk til deg, Stina, for ditt humør, optimisme og trivelige selskap på Vandrerrhjemmet.

Takk til Heidi, Åse, Nina, Inger Marie og Turid som ga godt innblikk i praksisfeltet.

Takk også til Monica og Ingvild for kloke råd og verdifulle innspill til oppgaven.

I arbeidet med masteroppgaven skylder jeg ikke minst en stor takk til informantene som sa ja til å delta, og var åpne og ærlige og delte sin dyrebare tid med meg.

## Sammendrag

Tema i denne masteroppgaven er dysfagi knyttet opp mot den geriatrike slagpasient og hvordan helsepersonell opplever det tverrfaglige samarbeidet rundt pasientgruppen.

Faggrupper som kan være involvert i arbeidet rundt dysfagi skisseres, og jeg ser på forholdet som berører sømløse overganger mellom 1. og 2. linjetjenesten, og hvordan det samarbeides.

Jeg ser på hva som kjennetegner en tverrfaglig tilnærming, og forholdet mellom teoretisk kunnskap og praktisk kunnskap med utgangspunkt i et sosiokulturelt syn. Empirien fortolkes ikke primært ut fra en bestemt teoretiker eller teori, men funn blir belyst og sett i sammenheng med Nonaka og Takeuchi sin modell for taus og eksplisitt kunnskap, og Liv Helene Jensens modell om Kunnskapsbasert praksis.

Det kvalitative forskningsintervju er benyttet som metode, for å besvare forskningsspørsmålet der informantenes opplevelse er det sentrale. Empiri er avgrenset til tre fokusintervjuer med to deltakere i hvert av dem. Utvalget ble begrenset til helsepersonell som i utgangspunktet hadde erfaring og kunnskap både klinisk og teoretisk med dysfagi. Dette er valgt for å oppnå den mest effektive form for datagenerering, gi trygghet til deltakerne og skape rammer for interaksjon og en spontanitet i intervjusituasjonen. For å utvide kunnskapen min og få svar på forskningsspørsmålet, er metoden stegvis deduktiv-induktiv – metode benyttet (A. H. Tjora, 2018). Materialet som fremkom ble transkribert, og er utgangspunkt for drøftingen av resultatene.

Resultatene kan peke i retning av at ulike rammer har innvirkning på hvordan arbeidet med dysfagi blir håndtert, og i hvilken grad informantene opplever en tverrfaglig tilnærming til pasientene med dysfagi. Det finnes kunnskap om dysfagi i 1. og 2. linjetjenesten, både taus og eksplisitt, dog i varierende grad. Tverrfaglig tilnærming til dysfagi synes å bli bedre ivaretatt der rehabilitering er en uttalt målsetning for institusjonen.

## Abstract

The main subject in this thesis is dysphagia linked to geriatric stroke patients. How does the Health Personnel experience interdisciplinary cooperation with this group of patient. Professions that may be involved in the work on dysphagia are outlined, and I look at the relationship that affects seamless transitions between the 1st and 2 line services, and how they work together.

I look at what characterizes an interdisciplinary approach, and the relationship between theoretical knowledge and practical knowledge based on a socio-cultural view. The empiry is not primarily interpreted from a specific theorist or theory, but findings are illuminated and seen in the context of Nonaka and Takeuchi's model for silent and explicit knowledge, and Liv Helene Jensen's model on Knowledge-based practice.

The study is based on a qualitative design. The material is built on findings from three focus interviews with two participants in each of them. The qualitative research interview is used as a method, to answer the research question where the informants' experience is central. It was limited to a one hour period per interview, and one interview was made with each group. The group of informants were limited to health personnel who initially had experience and knowledge both clinically and theoretically with dysphagia. This has been chosen to achieve the most effective form of data generation, providing security to the participants and creating a framework for interaction and spontaneity in the interview situation. Focus group interviews were analysed by a stepwise deductive-inductive method. The material that came out was transcribed, and is the basis for the discussion of the results.

The results may point to the fact that different kinds of frameworks frames have an impact on how the work with dysphagia is in focus, and to what extent the informants experience an interdisciplinary approach to the patients with dysphagia. There is knowledge of dysphagia in all three institutions included in the study, both formal and tacit, though to varying degrees, and interdisciplinary approach to dysphagia is more focused on where rehabilitation is a stated goal for the institution.

## Innhold

Forord .....	I
Sammendrag .....	II
Abstract .....	III
1 Innledning.....	4
1.1 Formål med oppgaven og problemformulering .....	4
1.1.1 Forskningsspørsmål / problemstilling .....	4
1.2 Motivasjon .....	4
1.3 Presentasjon av prosjektet –teori, metode, resultater og drøfting.....	5
2 Teoridel .....	7
2.1 Dysfagi som logopedisk fagfelt .....	7
2.1.1 Hva er dysfagi?.....	8
2.1.2 Dysfagi og den eldre slagpasient.....	8
2.1.3 Dysfagi og ernæring .....	9
2.1.4 Dysfagi og lungebetennelse .....	10
2.2 Tverrprofesjonalitet .....	10
2.2.1 Lovverk og etiske retningslinjer.....	10
2.2.2 Faggrupper som kan sikre god «dysfagiomsorg» .....	12
2.3 To ulike forvaltningsnivåer .....	13
2.3.1 Specialisthelsetjenesten .....	13
2.3.2 Kommunehelsetjenesten.....	14
2.3.3 Forholdet mellom spesialister og generalister.....	14
2.4 Kunnskap - Læring .....	16
2.4.1 Teoretisk og praktisk kunnskap.....	16
2.4.2 Bro mellom to verdener - nødvendigheten av å kombinere teori og praksis .....	18
3 Metodeavsnitt .....	19
3.1 Forskningsdesign .....	19

3.2	Utvikling av intervjuguide.....	19
3.3	Valg av type intervju .....	20
3.4	Kriterier for utvalg av informanter .....	20
3.5	Rekruttering av informanter .....	21
3.6	Empiri .....	21
3.7	Intervjuprosedyre og bruk av lydopptak.....	22
3.8	Transkripsjon .....	22
3.9	Analysemetode - Stegvis deduktiv -induktiv metode.....	23
3.10	Prosessen med utvikling av tematiske kategorier .....	24
3.11	Eksempel på råmateriale - Helheter utleda av kodingen.....	24
3.12	Reliabilitet og validitet.....	25
3.13	Pålitelighet .....	26
3.14	Etiske betraktninger Forskningsetikk .....	27
4	Resultat.....	28
4.1	Presentasjon av funn.....	28
4.1.1	Kategorier av funn.....	28
4.2	Tverrfaglig tilnærming .....	28
4.2.1	Tverrfaglige arenaer .....	29
4.2.2	Ansvarsfordeling .....	30
4.3	Rammer – tilgjengelige ressurser .....	31
4.3.1	Fysiske rammer .....	31
4.3.2	Ulike rammer gir ulike utfordringer.....	32
4.3.3	Informasjonsflyt og samarbeid på tvers av tjenestenivåer .....	33
4.3.4	Samarbeid og matfaglig kompetanse .....	34
4.3.5	Screening og kartlegging – Felles rutiner.....	35
4.4	Læring/opplæring .....	36
4.5	Oppsummere av de viktigste resultatene før drøftingen.....	38

5	Diskusjon.....	39
5.1	Formålet.....	39
5.2	Rammer for godt samarbeid .....	39
5.2.1	Tverrfaglig tilnærming .....	40
5.2.2	Samarbeid – monofaglig eller tverrfaglig .....	41
5.2.3	Informasjonsflyt og samarbeid mellom tjenestenivåer .....	42
5.2.4	Samarbeid og matfaglig kompetanse .....	43
5.3	Læring/opplæring- mer kunnskap ja takk! .....	43
5.4	Konklusjon og veien videre .....	45
6	Kilder.....	46
7	Vedlegg .....	49
	Vedlegg 1 .....	49
	Vedlegg 2 .....	51

# 1 Innledning

*Fra tallerken til magesekk – Tverrfaglig samarbeid rundt dysfagi til pasientens beste*

## 1.1 Formål med oppgaven og problemformulering

Formålet med oppgaven er å se på hvordan ulike grupper av helsepersonell som til daglig jobber med eldre, erfarer å arbeide med pasienter med dysfagi. Som del av forskningsspørsmålet vil jeg se på hvordan dysfagi ivaretas, hvordan det involverer tverrfaglighet mellom ulike helsefaglige grupper, og hvordan de opplever å ha kunnskap og erfaring med dysfagi. Hvordan det legges til rette for tverrfaglighet, og hvordan de opplever samarbeidet på tvers av tjenestenivåer mellom 1. og 2. linje tjenesten, vil også inngå.

Dysfagi er også et viktig fagfelt å løfte frem. Dette forsøker jeg å gjøre ved å gi innsyn i informantenes livsverden, og løfte fram erfaringer helsepersonell har på området.

### 1.1.1 *Forskningsspørsmål / problemstilling*

**HVORDAN OPPLEVER HELSEPERSONELL I 1. OG 2. LINJETJENESTEN  
TVERRFAGLIG SAMARBEID RUNDT SLAGPASIENTER MED DYSFAGI?**

## 1.2 Motivasjon

Da dysfagi og svelgevansker er et viktig område innen logopedien, og fagmiljøet for sykehuslogopedi er lite, er det som logopedstudent interessant å se på hvor vidt det rundt i kommunen er behov for å bygge opp tverrprofesjonelt samarbeid og kunnskap om dysfagi. Det er blitt hevdet at «Dysphagia management is a ‘team event’» (Sura, Madhavan, Carnaby & Crary, 2012) Det er derfor spennende å se på hvordan helsepersonell i ulike ledd av behandlingsskjeden samarbeider rundt den eldre dysfagipasienten, og hvordan de opplever egen kompetanse på dysfagi, som gruppe, individuelt, eller teambasert i samspill med andre faggrupper.

Et tverrfaglig samarbeid kan optimalisere behandling av dysfagi. Her kan logopedien komme med viktige bidrag, og slik sett er tema for min oppgave av interesse for eget fagfelt.

Forekomsten av dysfagi er stor i forbindelse med slag, og pasienten kan oppleve alvorlige komplikasjoner som aspirasjonspneumoni, underernæringstilstander, feilernæring,

dehydrering og isolasjon. Det å svelge i seg selv er komplekst, og bare det å svelge en munnfull krever 28 muskler og 7 hjernenerver (Kjærsgaard, 2005). Men dysfagi handler om mer enn selve svelgeprosessen, og om at mat og drikke tilfører kroppen væske og næringsstoffer. De alvorlige følgene ved aspirasjon er et viktig område for intervensjon, men måltidene representerer så mye mer. Det handler også om å kunne nyte maten, og glede seg over mat i et fellesskap. Statens ernæringsråds gir retningslinjer for kostholdet ved helseinstitusjonene gjennom Kosthåndboken (Arsky et al., 2012). Samhandlingsreformen legger vekt på at kommunene skal ha helsetjenester innenfor rehabilitering (Samhandlingsreformen, 2009). Det pekes på behov for større tverrfaglig bredde i omsorgstjenesten, systematisk ernæringsarbeid og kartlegging i forhold til ernæringsstatus. Behov for større rom for ulike faggrupper trekkes ofte frem i politiske dokumenter, og det er grunn til å tenke at logopedifeltet også har noe å bidra med.

Når evnen til å innta mat og drikke reduseres, handler dysfagi også om opplevelsen av måltidets sosiale funksjon og dette samlet blir en grunn til å sette dysfagi på dagsorden.

I forbindelse med hjerneslag involveres ofte mange ulike profesjoner, som med ulikt blikk sammen kan gi et helhetlig tilbud til pasientens beste. Et tverrfaglig samarbeid kan optimalisere arbeidet også rundt dysfagi. Kompetanse er viktig, og handler både om teoretisk og klinisk kompetanse.

Utgangspunktet for denne oppgaven er at dysfagi er et så komplekst område at det ikke er et felt en faggruppe kan dekke alene. Det er også høstet erfaringer på at det i god dysfagihåndtering optimalt bør inngå en form for samarbeid eller team. Tanken bak denne oppgaven var at den skulle kunne gi en pekepinn på om logopedfaglig kompetanse vil kunne være en ressurs og tilskudd til tverrfaglig tenkning rundt dysfagi også innen geriatrien og kommunale omsorgstjenester.

### 1.3 Presentasjon av prosjektet –teori, metode, resultater og drøfting

Kapittel 2 starter med en teoretisk redegjørelse om dysfagi som logopedisk fagfelt knyttet opp mot den geriatriske slagpasient.

Siste del av kapittel 2 handler om tverrfaglighet, og forholdet mellom teoretisk kunnskap og praktisk kunnskap med utgangspunkt i et sosiokulturelt syn.

Metodeavsnittet følger i kapittel 3. Hvilken metode jeg valgte for å utvide kunnskapen min og få svar på forskningsspørsmålet, blir belyst her.



Materialet som fremkom ble transkribert, og metoden som ble brukt er en såkalt stegvis deduktiv-induktiv – metode, SDI- metoden (Tjora, 2018). Denne ble utgangspunkt for presentasjon av funn i kapittel 4 og drøftingen av resultatene i kapittel 5.

## 2 Teoridel

### 2.1 Dysfagi som logopedisk fagfelt

Logopeden har en utdanningsbakgrunn som er «flervitenskapelig» satt sammen av medisin, pedagogikk og lingvistikk, og gir profesjonen innsikt i ulike former for kommunikasjonsvansker, stemmevansker, språk- og talevansker, taleflytvansker som stamming eller løpsk tale og dysfagi/svelgevansker. Det logopediske fagfeltene har altså sterke grensesnitt mot flere fagdisipliner. Logopedens rolle i arbeidet med svelgevansker, er derimot ganske ny, og har først vokst frem i løpet av de siste 25 årene (Svensson, 2010). Dysfagi forekommer ofte sammen med kommunikasjonsproblemer som afasi og blir på denne måten en del av logopedens arbeidsfelt, i tillegg til at logopeden gjennom sitt fagområde bør ha kunnskap knyttet til anatomi og fysiologi ved svelging.

Hva er så et fag? Medisin er for eksempel et felt der forskningen er blitt den viktigste basis, men bare et lite felt av den medisinske forskningen ligger innenfor medisinen som fag i tradisjonell forstand. Er fag å regne som en akademisk disiplin eller profesjonell subspecialitet? Et fag er ifølge Willumsen ikke alltid entydig, men består av flere disipliner (Willumsen & Ødegård, 2016). Fagene som inngår i en tverrfaglig samarbeid vil også ha flere overlappende fagområder. (Lauvås & Lauvås, 2004) Logopedien har sitt utspring i det spesialpedagogiske feltet på linje med audiopedagogikk og synspedagogikk.

I følge Svensson ser man innen logopedifeltet en utvikling i USA og Canada der stadig flere logopeder arbeider med dysfagi, og denne pasientgruppen er i ferd med å bli den gruppen logopeden arbeider mest med (Svensson, 2010, s. 144). Selv om det er begrenset norsk forskning på dette, hentyder en ti år gammel masteroppgave, «Med klump i halsen» at 40,5 % av de spurte logopedene jobbet med dysfagi, men med stor variasjon med henhold til omfang (Jacobsen, 2008). Å finne tall fra SSB på i hvilket omfang logopeden er involvert i dysfagiarbeid er vanskelig, da logopeder kan være plasserte både i helse- og omsorgstjenesten og i skolesektoren i ulike kommuner. Flere rapporter, blant annet «Kompetanseløft 2020» som er regjeringens plan for kompetanseheving og fagutvikling i de kommunale helse- og omsorgstjenestene, peker på et økt behov for tverrfaglighet og behov for ulike yrkesgrupper, deriblant logopeder (Helsedirektoratet, 2019b).

Det er likevel ett felt der logopeden svært ofte går inn i et tett tverrfaglig teamsamarbeid, og det er i arbeidet rundt rehabilitering og slagpasienter. Om ikke som deltaker i rene «dysfagiteam», så er i alle fall logopeden ofte en viktig bidragsyter i forhold til utredning svelgefunksjon og behandling etter slag.

### *2.1.1 Hva er dysfagi?*

Å ha problemer med å spise og å svelge er ikke i seg selv en sykdom, men et symptom på mange ulike tilstander og sykdommer som på fagspråket kalles dysfagi. Dysfagi kan defineres som motoriske, sensoriske og kognitive problemer med å spise, drikke og svelge (Kjærsgaard, 2005). Det er derfor et svært komplekst område, men tradisjonelt har en delt svelgingen inn i flere faser, og dysfagi kan forekomme i alle (Svensson, 2010 s. 11). En snakker om tre faser: 1. Orale vansker: Kontroll, bearbeiding og transport av bolus («matbit») -fra munn til svelg. 2. Faryngeale vansker: Beskyttelse av luftveiene under faryngal fase og transport av bolus gjennom farynx - i nedre del av svelget. 3. Øsofageale vansker: Transport av bolus gjennom spiserøret -fra spiserør til magesekk. I tillegg er det også vanlig å snakke om en preoral fase (Kjærsgaard, 2005 s.44) som det som skjer før maten når munnen - fra tallerken til munn. Det er en kompleksitet i dette som gjør det krevende å ha oversikt, vite hvilken intervensjon eller hvilke tiltak som bør settes inn, og hvilke faggrupper som gir best behandling.

Dysfagi kan knyttes til en tyvetalls ulike tilstander og det blir ofte sagt at det gjør at tverrfaglighet er nødvendig for å kunne ivareta pasientens komplekse behov, alt utfra hvilken fase av svelgingen problemene er knyttet til, og hva som er årsaken til dysfagivansken.

### *2.1.2 Dysfagi og den eldre slagpasient*

Dysfagi er et vanlig symptom etter hjerneslag. Opp mot 80 % av slagpasienten får svelgevansker, selv om tallene varierer fra 37 -78 % (Martino et al., 2005). Den store variasjonen skyldes både variasjon i hvordan en definerer svelgevansker og hvilke kartleggingsmetoder som brukes. Det er også vanlig at svært mange gjenvinner svelgeevnen i løpet av kort tid etter akutfasen. Hvilke deler av hjernen som er skadet, er utslagsgivende for pasientens spise- og svelgevansker. Dysfagi oppstår også ofte som en følge av naturlig aldring, men disse endringer blir spesielt fremtredende dersom det oppstår sykdomsrelaterte endringer i tillegg (Svensson, 2010 s.24).

Innen geriatrien kan årsaken til dysfagi være sammensatt. Hos den eldre slagpasienten vil bildet derfor være ganske komplekst og preget av komorbiditet med hensyn hva som er årsaken til dysfagi. Årsaken kan være sekvele etter slag i form av redusert svelgerespons, munntørrehet som følge av medisinbruk og naturlig aldring. Med økt alder følger også ofte vansker som nedsatt følelse av lukt og smak, nedsatt følelse av tørst som gjør at den eldre drikker mindre, og det tar lengre tid å fullføre oral fase ved at den eldre tygger lenger og får nedsatt evne til å flytte maten/bolus bakover. Vansker med leppelukke kan oppstå, og mat kan ha en tendens til å samle seg opp i munnen etter måltidet. Pasienter som har hatt slag kan ha

problemer med at mat lekker ut av munnen, og vansker med å forflytte bolus i spiserøret. Neglekt, der pasienten ignorerer den ene siden, kan også bli en utfordring ved måltidet.

Et hjerneslag kan føre til begrensinger både av sosialt, kognitivt og fysisk. Dysfagi kan være forbundet med økt risiko for en rekke tilstander med konsekvenser som aspirasjonspneumoni, underernæringstilstander, feilernæring, dehydrering og isolasjon. Å spise handler også om kultur og sosial aktivitet. Det engelske ordet *company* og svenske *kompis*, stammer begge fra latin; *panis*, som betyr brød, og *com-*, en handling man gjør sammen, altså «Brødfellesskap».

I en studie av omsorgsbehov hos hjerneslagsrammede etter utskrivelse fra sykehuset, hadde 67 % av dem som ble overflyttet til sykehjem behov for hjelp i spisesituasjonen.

Svelgevansker forekom hos 42 % av disse, og nedsatt matlyst og matinntak hos 60 % (Kumlien, Axelsson, Ljunggren & Winblad, 1999). Å opprettholde god ernæringsstatus hos eldre er essensielt for god helse og beskytter kroppen mot sykdom og skader (Brodtkorb, 2008; Ha, Iversen & Hauge, 2008).

Med de mange mulige etiologiene av dysfagi i denne aldersgruppen, er det flere som peker på at dysfagi bør legges til listen over geriatiske syndromer, eller de såkalte geriatiske giganter (Baijens et al., 2016; Smithard, 2015). Baijens et al. peker på at det også vil være nødvendig med en annen diagnostisering og tilnærming til dysfagi hos den geriatiske pasient, og at dysfagi hos denne gruppen er atypisk og preget av stor kompleksitet.

### *2.1.3 Dysfagi og ernæring*

Vektnedgang og feilernæring kan være både en konsekvens av, og et symptom på dysfagi. Vektnedgang og feilernæring er svært vanlig innen helse- og omsorgstjenesten. Brodtkorb skriver at kartlegging av ernæringsstatus bør være en etablert rutine i institusjoner som arbeider med eldre pasienter (Brodtkorb, 2008). Det er også klare retningslinjer (Helsedirektoratet, 2009) om at personer innskrevet i hjemmesykepleien vurderes for ernæringsmessig risiko ved innleggelse og deretter får et opplegg for månedlig eller et annet faglig begrunnet individuelt opplegg. I spesialisthelsetjenesten gjøres det ved innleggelse og deretter ukentlig. Slagpasienters ernæringsstatus er viktig å kartlegge da de underernærte vil ha høyere risiko for pneumoni og andre infeksjoner enn dem som ikke er underernærte (Ha et al., 2008).

#### 2.1.4 *Dysfagi og lungebetennelse*

Orofaryngeal dysfagi er en vanlig og sannsynligvis underdiagnostisert lidelse hos eldre pasienter. Faren for potensielt livstruende komplikasjoner er stor. Eksempler på dette er underernæring, dehydrering og aspirasjonslungebetennelse (Forster, Samaras, Gold & Samaras, 2011). Aspirasjonslungebetennelse er en alvorlig komplikasjon med økt risiko for død. Det er økt risiko for dette hos pasienter med dysfagi eller aspirasjon (Martino et al., 2005). Hos pasienter som har hatt hjerneslag, er det viktig å være oppmerksom på faren for stille aspirasjon. Et tegn på stille aspirasjon er at en ved svelgeundersøking ikke får en adekvat reaksjon som hoste eller harking. Det gjør stille aspirasjon lett å overse, og stille aspirasjon forekommer hos ca. hver femte slagpasient (Svensson, 2010 s. 42). Derfor bruker man også ved screening, små mengder vann, da dette får minst alvorlige følger ved feilsvelging. Dette er den såkalte «Vanntesten» (Jensen, 2009b). Aspirasjonslungebetennelse kan få alvorlige konsekvenser og medfører høy dødelighet hos eldre pasienter. Internasjonale studier konkluderer med at omtrent ett av ti dødsfall, som er forårsaket av lungebetennelse hos sykehjemspasienter, kunne vært unngått ved å ha forbedret munnhygien (Sjögren, Nilsson, Forsell, Johansson & Hoogstraate, 2008). Når eldre beboere ved sykehjem har tilleggsproblemer som dysfagi, øker dødsrisiko, og særlig hvis munnhygien ikke er optimal.

## 2.2 *Tverrprofesjonalitet*

### 2.2.1 *Lovverk og etiske retningslinjer*

Willumsen beskriver tverrprofesjonalitet som et symfoniorkester der hvert instrument har sitt uttrykk og bidrar til samklang på samme måte som når profesjoner jobber sammen for å identifisere og gi svar på det pasienten trenger av hjelp (Willumsen & Ødegård, 2016, s.43). Tverrfaglighet er et positivt ladet ord som rommer forhåpninger og forventninger om at det skal skapes synergi (Just & Nordentoft, 2012 s. 25). Hensikten med tverrfaglighet er å bedre kunne ta vare på pasienten ved en tettere dialog i arbeidet rundt og mot brukeren ved for eksempel en slagpost. Det at mange faggrupper er representert behøver ikke å bety at dette skjer. Hvis en ikke får dette tette dialogiske tilnæringsmåten snakker en om flerfaglighet, ikke tverrfaglighet (Lauvås & Lauvås, 2004).

I Norge brukes også begrepet tverretattlig samarbeid i forbindelse med samarbeid på organisasjonsnivå, altså samarbeid mellom tjenester eller etater (Willumsen, 2016). Utbedring og behandling av dysfagi krever ofte behandling av flere profesjoner. Det krever forståelse for flere yrkesgruppers perspektiv og et felles vokabular for at innsatsen for pasienten skal kunne samordnes på en meningsfull måte (Svensson, 2010). I helsetjenesten

har det vært tradisjon at ulike profesjoner har samarbeidet. Likevel har Verdens helseorganisasjon (WHO) lenge hatt oppmerksomheten rettet mot å styrke tverrfaglig samarbeid. Samhandlingsreformen, som trådte i kraft i 2012, hadde som målsetning å etablere og organisere et sømløst samarbeid mellom yrkesgrupper og profesjoner for å oppnå en effektivitetsgevinst (Willumsen, 2016).

Det er også et såkalt *Pakkeforløp for hjerneslag* på trappene som også vil inkludere dysfagi. Andre fase av dette pakkeforløpet, som handler om rehabilitering og oppfølging, er ute på høring frem til 5. mai 2019. Godt organiserte, helhetlige og forutsigbare pasientforløp er hensikten med pakkeforløp (Helsedirektoratet, 2019a).

I helsepersonelloven er forsvarlighet nedfelt på denne måten: «Helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og skal innhente bistand eller henvise pasienter videre der dette er nødvendig og mulig. Dersom pasientens behov tilsier det, skal yrkesutøvelsen skje ved samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell» (Helsepersonelloven, 1999).

I Yrkesetiske retningslinjer for hvordan sykepleiere forholder seg til medarbeidere står det:

«Sykepleieren fremmer åpenhet og gode tverrfaglige samarbeidsforhold i alle deler av helsetjenesten (Norsk sykepleierforbund, 2016). Likeledes står det i Yrkesetiske retningslinjer for Norsk logopedlag om forhold til kolleger og andre at: «Et medlem bør vise lojalitet overfor kolleger og bør søke å etablere et godt samarbeid med dem og med representanter for andre yrkesgrupper» (Norsk Logopedlag).

Både ut fra et etisk perspektiv og gjennom det de politiske føringer legger opp til gjennom Samhandlingsreformen og Pakkeforløp for hjerneslag, vil en overordnet målsetning være å tenke mer tverrprofesjonelt, også rundt dysfagi. En helhetlig tilnærming ved ulike profesjoner trekkes frem som det beste for pasienten, og et slikt tverrprofesjonelt samarbeid forbedrer pasientsikkerhet og kvaliteten på omsorgen (Olsson, Friden, Nilsson-Wikmar & Rydwick, 2015).

Flere fremholder at det fremover ikke lenger er tilstrekkelig å arbeide parallelt, men at en innen rehabilitering fremover må samarbeide mer på tvers (Kvilhaugsvik & Husøy, 2017).

«Ett adekvat omhändertagande av patienter med dysfagi kräver samordning av flera olika specialisters kompetanser» (Svensson, 2010 s.9). Et tverrfaglig samarbeid og kompetanse i helsevesenet forutsetter både relasjonelle rammer og individuell kompetanse (Rosenvinge, Larsen, Skårderud & Thune-Larsen, 2004). Tverrprofesjonelt samarbeid kan preges av et likeverdig samarbeid uten hierarkisk struktur, og har kunnet bidra til å bedre både pasientsikkerhet og kvalitet på omsorgen (Olsson et al., 2015). Flere ulike faggrupper kan sikre god omsorg for pasienten med dysfagi.

### 2.2.2 Faggrupper som kan sikre god «dysfagiomsorg»

For å ivareta pasienten i kompleksiteten rundt dysfagi, er det mange faggrupper som kan delta. «Et dysfagiteam kan bestå av lege, sykepleier, helsefagarbeider, logoped, ernæringsfysiolog, ergoterapeut, fysioterapeut, tannlege med flere» (Svensson, 2010). Hvilke profesjoner som deltar, og hvordan de bidrar til god dysfagiomsorg kan variere.

Logopeden utfører undersøkelse av munn og svelg, og utreder svelgevansker ved hjelp av måltidsobservasjoner eller testmåltider og foretar en helhetsvurdering av pasientens spise – og svelgevanske. I etterkant utarbeider hun/han en spiseinformasjon, og sørger for riktig, konsistentstilpasset kost.. En logoped har også ansvar for stemme- og taletrening, ettersom stemme og tale ofte påvirkes dersom pasienten har en oral eller faryngeal dysfagi.

Sykepleierne fungerer ofte som kontaktperson til andre lenker i behandlingsskjeden, ser til pasientens almenntilstand, og har ansvar for stell av sonder og ordinering av næring. Bivirkninger av legemidler rapporteres og utbedres. Sammen med hjelpepleier tilses den daglige mat- og måltidsituasjonen. Avdelingssykepleiere har ofte ansvaret for tannstellet og munnhygien på sykehjem i det daglige, mens det ofte er pleiepersonellet som sørger for at det blir utført i praksis (Carlsen, 2016).

Ergoterapeuten anbefaler og prøver ut hjelpemidler for å gjøre det lettere for pasienten i spisesituasjonen og kan trene spesielle spiseteknikker. Ergoterapeuten kan også se på pasientens konsentrasjon i spisesituasjonen og eliminere forstyrrende stimuli for å lette spisingen.

Fysioterapeut trener opp svake muskler som har betydning for spise- og svelgeevnen, for åndedrettet og støtte for hoste. Slagrammede pasienter kan ha lammelse i en kroppshalvdel og i forbindelse med dysfagi er det viktig at fysioterapeuten bidrar inn mot det tverrfaglige teamet. Fysioterapeuten kan sørge for at pasienten er mobilisert og kan hjelpe med korrekt stilling i nakke og truncus i forkant av svelgetesting (Kjærsgaard, 2005).

Legen stiller den medisinske diagnosen og foreslår adekvat behandling (Svensson, 2010 s. 145). Medisiner som gir munntørrhet og derigjennom oral dysfagi må eventuelt byttes ut, og flytende medisin kan gis i stedet for tablett. Kirurgen opererer inn en PEG slik at næringen kan føres direkte inn i magesekken. Øre- nese -halslegen gjør undersøkelse av munnhulen,

svelget og spiserøret, hvis det er behov for en fiberoptisk undersøkelse i forbindelse med svelging (FUS).

Ernæringsfysiologen har en sentral oppgave ved beregne næringsbehov hos pasienten, og kan gi råd om konsistenstilpasninger og beriket kost.

Tannlegen skal se til at proteser og broer fungerer, hjelpe pasienten å holde tannkjøtt og slimhinner friske og tungen fri for belegg samt gi gode råd ved munntørrehet.

Grensene mellom oppgaver som naturlig går inn under de ulike profesjonene er ikke absolutte og vil kunne variere. Som del av denne profesjonaliteten inngår også evnen til å utøve klinisk skjønn og å ta funderte valg

### 2.3 To ulike forvaltningsnivåer

En utvikling og forskyving av oppgaver mellom 1. - og 2. linjetjenesten, har fått konsekvenser for ansatte i helsesektoren og endret rammer og behov for samarbeid. Spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten, som i min oppgave omhandler kommunehelsetjenesten og sykehuset - som ligger under de regionale helseforetakene (statlig), er regulert av hvert sitt lovverk og er styrt og finansiert ulikt. Både i forhold til eierskap og ansvar er det en tydelig ulik oppgavefordeling dem imellom. Denne delingen av eierskap og ansvar er for å tydeliggjøre oppgavefordelingen mellom de to forvaltningsnivåene.

Selv om enkelte logopediske tjenester nå kjøpes fra private logopedtjenester via HELFO, er det via den offentlige helse- og omsorgstjenesten dysfagipasienten mottar tjenester.

#### 2.3.1 Spesialisthelsetjenesten

Rundt slagrehabilitering ligger det nasjonale føringer for standardiserte pasientforløp. En har vært opptatt av et helhetlig pasientforløp med høy faglig kvalitet i behandlingen og effektive tjenester, bedret kvalitet på tjenestene, bedret pasientsikkerhet samt en styrket brukerrolle, styrket samhandling og sikker, kunnskapsbasert praksis. (Indredavik, 2010). Logopeden her har ved flere sykehus/rehabiliteringsavdelinger en sentral rolle.

Det bør foreligge et samarbeid mellom 1.- og 2. linjetjenesten om oppfølging av slagpasientene, og en bør ha en systematisk planlegging av utskrivning og vurdering av behov etter utskrivningen. Alle slagpasientene bør vurderes for poliklinisk oppfølging (Ronning, Thommassen & Russell, 2007). Etter et slag må pasienten videre der hvor han best kan bli ivaretatt. I mange tilfeller er dette institusjon. Et mål for god overgangen mellom disse to, mellom 2. og 1.linjetjenesten, er såkalte sømløse overganger. Slagpasienten har først en



forholdsvis kort, begrenset periode der pasienten følges opp av et tverrfaglig team innen Specialisthelsetjenesten for best mulig behandling og rehabilitering. Siden følger en lang periode med rehabilitering ivaretatt av kommunehelsetjenesten. Eldre slagpasient skal sikres god oppfølging ved overføring til sykehjem, også i forhold til behandling og sikring rundt dysfagi. I de nasjonale retningslinjene for behandling og rehabilitering ved hjerneslag ligger det klare anbefalinger om at svelgevansker bør følges opp tverrfaglig med tanke på komplikasjoner, ernæring og trening. Det gis i de samme retningslinjene også føringer for hvordan slagenheten ved utskriving skal sørge for at neste ledd kan følge opp på en god måte. Videre utredning, trening og kostjustering skal sikres. Svelgevanskene skal beskrives på en slik måte at neste ledd i behandlingsskjeden kan overta ansvaret

### *2.3.2 Kommunehelsetjenesten*

Sirnes og Willumsen (2014) peker på at kommunene står overfor hva han betegner som et samfunnsoppdrag, når omsorgs- og velferdstjenester skal utformes i tråd med demografisk utfordringer og derav sikre gode, håndterbare samarbeidsløsninger for blant annet omsorgstjenesten. Det er gjennom Samhandlingsreform og omsorgsmeldingen gjort politiske veivalg som endrer oppgavefordelingen mellom sykehusene og kommunene (Willumsen & Sirnes, 2014). Tidligere forskning peker på at det er viktig å sikre fortsatt tilstrekkelig omsorg og rehabilitering for eldre pasienter med alvorlig funksjonsnedsettelse etter hjerneslag, som tidlig blir overført fra sykehus, da forskning viste at de eldste pasientene med alvorlig hjerneslag hadde den korteste gjennomsnittlige lengden på oppholdet før de ble overført til sykehjem, hvor ressursene for langsiktig rehabilitering og hjerneslag omsorg varierer (Kumlien, Axelsson, Ljunggren & Winblad, 1999). Når kommunene tillegges større ansvar for individuell pasientoppfølging, forutsetter dette også at det i kommunene finnes gode helsepolitiske løsninger og effektiv rehabilitering etter utskriving fra sykehus (Willumsen 2016).

### *2.3.3 Forholdet mellom spesialister og generalister*

Det finnes i kjølevannet av samhandlingsreformen en del forskning på overgang mellom 1. og 2. linjetjenesten, og hvordan videre rehabilitering ivaretas, om ikke spesifikt i forhold til dysfagi. Hvor vidt dette skjer på en tilfredsstillende måte er det heller ikke mulig å søke å finne svar på innenfor rammen av denne oppgaven, da det ville krevd en litt annen forskningsdesign. Utenlandske studier vil heller ikke uten videre være enkle «å oversette» til norske forhold. Mye litteratur underbygger derimot at vansken er kompleks og bør ses som et

tverrfaglig anliggende (Miles, Friary, Jackson, Sekula & Braakhuis, 2016; Morris, 2006; Svensson, 2010). Spørsmålet om dette følges opp på alle nivåer i behandlingsskjeden kan likevel stilles, da det kan se ut som en innenfor institusjonene i 1. linjetjenesten har langt færre faggrupper å spille på enn den spesialiserte 2. linjetjenesten. En årsak til logopedens fraværende rolle i rehabiliterende kommunehelsetjeneste, kan henge sammen med at yrkesgruppen, i motsetning til flere andre som naturlig inngår i dysfagiteamet innen spesialisthelsetjenesten, ikke har autorisasjon som helsepersonell (Storvik, 2015). Mange kommuner har kun tilsatt logopeder med ansvarsområde språk- og talevansker blant barn og unge. En utenlandsk studie av Smith-Tamaray (Smith-Tamaray, Wilson & McAllister, 2011) har sett på hva som skal til for å skape et godt samarbeid om dysfagipasienten, og denne viser at logopeder som er fysisk tilstede fungerer som en påminnelse for øvrig personale om at de er en ressurs som kan benyttes. Tilstedeværelse i seg selv vil også, naturlig nok, kunne supplere annen kommunikasjon som telefonsamtaler, e-varsling, eller hvilke andre mer tidkrevende kommunikasjonssystemer som benyttes. Dette er i seg selv ikke overraskende. Dess større avstand mellom avdeling/sykehjem og logoped, desto mindre innflytelse kan profesjonen ha på «det store bildet» av hvordan en administrerer slagpasienter eller andre pasienter med dysfagi. Undersøkelsen gjort av Smith-Tamaray et al er ikke umiddelbart overførbart til norske forhold, men kan likevel indikere problemene en har i norsk kommunehelsetjeneste ved at faggrupper blir usynliggjort ved at de ikke fysisk er til stede i institusjonene. Det blir også mindre tillit, viser undersøkelsen, når yrkesgruppen ikke representerer et kjent ansikt å henvise til (Smith-Tamaray et al., 2011).

Det kan være flere barrierer for at logopeden ikke inngår naturlig i et tverrfaglig team også innen 1.linjetjenesten. Det pekes på at sykepleierne som yrkesgruppe føler seg ensomme på ernæringsområdet, og at dette område blir lavt prioritert blant annet ved at for få ernæringsfysiologer tilsettes. Det pekes også på mangler ved utdanningsprogrammene på dette område (Eide, Halvorsen & Almendingen, 2015). Dysfagi og ernæring er nærliggende områder, og det kan være grunn til å anta at logopeden i likhet med ernæringsfysiologen, ville kunne bidra inn mot feltet. Tor Atle Rosness (2016) skriver i *Tidsskrift for den norske legeforening* om den ensomme sykehjemslegen som mangler et godt kollegialt samarbeid. «Eldre i sykehjem trenger nemlig dedikerte, fagsterke og engasjerte leger- som de trenger god kompetanse hos alle faggrupper» (Rosness, 2016). Skal sykepleier alene stå for og ivareta både pasientenes grunnleggende behov, spise- og svelgevanske, verdighet og integritet, samt være alene om å sette i gang terapeutiske tiltak, vil dette være svært krevende.

## 2.4 Kunnskap - Læring

Jeg ønsker å se på hvordan informantene opplever at det tverrfaglige samarbeid og kunnskap om dysfagi sikrer at pasienten både i 1. og 2. linjetjenesten ivaretas på en god måte. I den sammenheng er det nødvendig å se på selve kunnskapsbegrepet. Hva slags perspektiv har man på læring? Både generelt innenfor helse som lærende organisasjon, og sett i forhold til hva slags oppmerksomhet som rettes mot god og sikker dysfagihåndtering. Diskusjonen rundt læring kan ofte være todelt; læring som kognitiv informasjonsbehandlingsprosess på den ene siden, og en læring som deltaker i det sosiale fellesskap på den andre (Blåka, 2007).

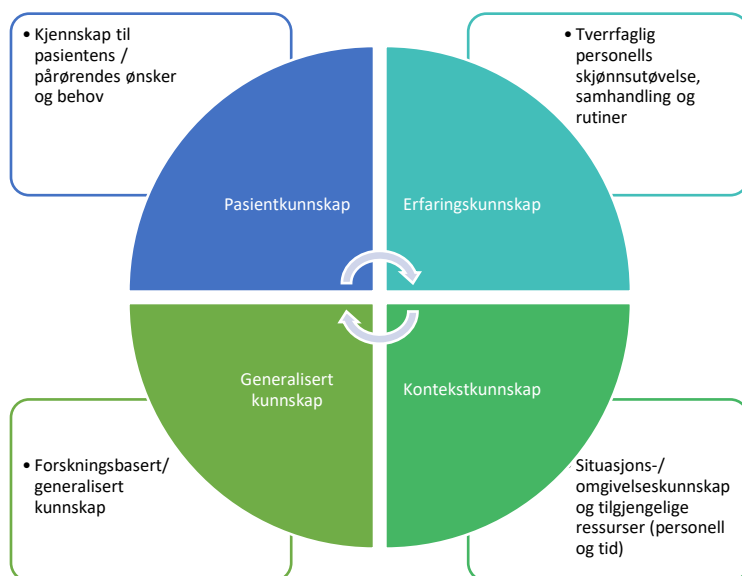
Tverrfaglighet vil kunne gi økt læring og helhetsforståelse for dysfagi. Som Bjor et al. skriver, er svelgeproblemer et område som krever tverrfaglig kunnskap der det ikke er nok at en logoped og noen få pleiere har kunnskap og erfaring i kartlegging og vurdering (Bjor, 2007).

### 2.4.1 Teoretisk og praktisk kunnskap

Utgangspunktet for resonnementet er at dysfagi er et så komplekst område innen logopedien at det ikke er et felt én faggruppe kan dekke alene. Det er også høstet erfaringer på at god dysfagihåndtering optimalt bør ivaretas av en form for tverrfaglig samarbeid eller team.

Det er relevant å se på noen teoretiske betraktninger som kan sette det tverrfaglige arbeidet rundt dysfagi litt i relieff og som empirien min tar utgangspunkt i for senere drøfting.

Jeg velger å ta utgangspunkt i et såkalt sosiokulturelt syn, som legger vekt på at kunnskap blir skapt gjennom handling. Læring og kunnskap blir uatskillelige prosesser og kunnskap erfares, deles og overføres mellom kolleger (Blåka & Filstad, 2007). Rammen for oppgaven tilsier at jeg ikke kan gå innpå komplekse modeller for samarbeid i organisasjoner, som for eksempel PINCOM (- Perception of Interprofessional Collaboration Model) eller andre fortolkningsmodeller som forsøker å systematisere kjennetegn ved samarbeid. Men det er likevel viktig å si litt om læring, da konteksten for læring, læringsarenaen de ulike informantgruppene i oppgaven er en del av, er ulik.



Figur 1 Kunnskapsbasert praksis gjengitt med tillatelse fra Jensen, Universitetet i Sørøst-Norge

Liv Helene Jensen (Jensen referert i Juul, 2010) har en modell/sirkel der hun benevner fire ulike typer kunnskap; erfaringskunnskap, kontekstkunnskap, generalisert kunnskap og pasientkunnskap. Ved å vurdere og anvende disse fire, snakker en om en såkalt kunnskapsbasert praksis.

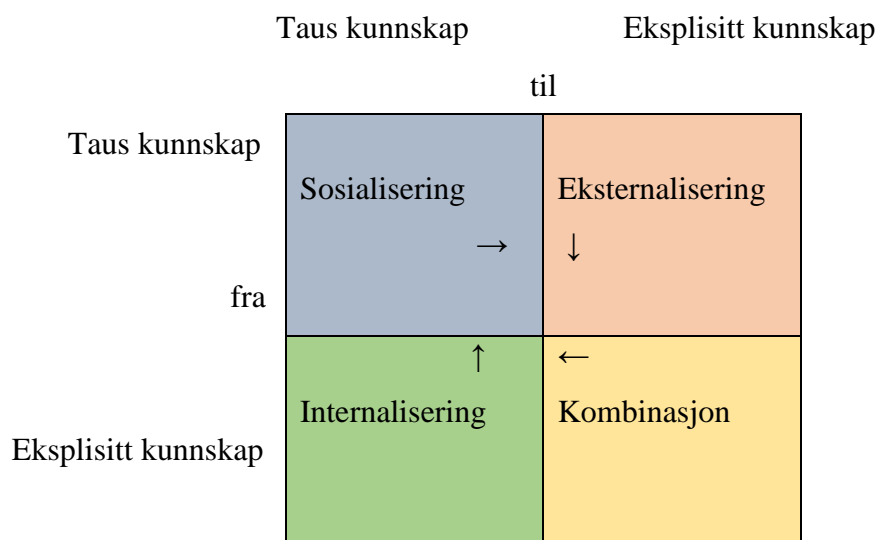
Læringsynet, hvis en tar utgangspunkt i et sosiokulturelt kunnskapssyn, handler ikke enten om individet som mottaker av kunnskap gjennom teori, eller utøving av praksis, der man på den ene side vet hva og hvorfor, og på den annen side via praktisk erfaring vet hvordan gjøre det, og hvem som har kunnskap til å gjøre det. Læringsynet som fremkommer i en sosiokulturell tradisjonen sier at det ikke er noe gap mellom teori og praksis, men at læring er relasjonelt og kommunikativt. En modell som ofte vises til er Nonaka og Takeuchi der taus og eksplisitt kunnskap ikke er atskilt, men komplementære enheter (Nonaka og Takeuchi, referert i Blåka & Filstad, 2007, s 89). I en tverrfaglig tankegang vil en derfor kunne forvente en annen synergi, der en lærer relasjonelt og kommunikativt i såkalte «lærende» fellesskap. En mer monofaglig tilnærming har tradisjoner innenfor helsevesenet, der en profesjon får status som kunnskapbase og selvsagt grunnlag for de andre fagenes bidrag. I et sykehus kan det være medisinen som får en slik status (Lauvås & Lauvås, 2004, s.46). I såkalt flerfaglig arbeider yrkesgrupper parallelt og sektordelt. Dette fører ikke til større integrering og faglig innsikt fra alle fagområdene (Lauvås & Lauvås, 2004, s 48).

### 2.4.2 Bro mellom to verdener - nødvendigheten av å kombinere teori og praksis

Blåka og Filstad (2007) viser blant annet til en modell utviklet av Nonaka og Takeuchi som handler om fire ulike måter å skape en kunnskapsnorm på. Dette er gjennom å:

- Sosialisere – Dele taus kunnskap
- Eksternalisere – Tydeliggjøring (utforme «konsept») gjennom dialog/samtale
- Kombinasjon – Kunnskap omdannes til eksplisitte former
- Internaliserer – Eksplisitt kunnskap gjøres taus igjen

Slik tenker en seg en interaksjon i en kunnskapsspiral.



Figur 2 Kilde Nonak og Takeuchi som vist i Blåka og Filstad, s. 81

For at denne kunnskapsspiralen skal kunne fungere og gode kunnskapsprosesser kan oppstå, er det en forutsetning at det finnes en arena for læring. Den kliniske erfaring må være tilstede og deles. Eksternaliseringsprosessen fører til at taus kunnskap blir artikulert, og kunnskapen, som er gjort eksplisitt kan igjen kombineres med teoretisk kunnskap. De står altså i et avhengighetsforhold til hverandre.

## 3 Metodeavsnitt

### 3.1 Forskningsdesign

Det kvalitative forskningsintervjuet har som formål å genere kunnskap ved å sikte mot nyanserte beskrivelser av den intervjuedes livsverden gjennom ord og ikke tall (Kvale, 2015). For å få en god sammenheng mellom studiens målsetning, som var å danne et bilde av helsepersonells erfaring med samarbeid rundt dysfagipasienter, både internt i institusjonen og på tvers av tjenestenivåene, valgte jeg å benytte et kvalitativt forskningsdesign. Designet som ble benyttet er kvalitativt beskrivende, og ble valgt da det var vesentlig å få frem helsepersonell, både i 1. og 2. linjetjenesten sin opplevelse av egen livsverden der målet ikke var å kvantifisere som for eksempel i retning av å finne ut i hvilken grad de hadde kunnskap på feltet eller andre kvantitative mål. Intervjuet var et middel for å diskutere og konkretisere tema fremfor å innhente faktisk informasjon; «dette visste de om dysfagi».

### 3.2 Utvikling av intervjuguide

Jeg valgte å utarbeide en intervjuguide der jeg satt opp strukturen, gangen i intervjuet i stikkordsform (Vedlegg 1). Denne rammen var i utgangspunktet lik for alle tre intervjuene jeg gjennomførte; et ved rehabiliteringsavdeling sykehus (2. linje), og de to andre ved henholdsvis rehabiliteringsavdeling kommune og sykehjem kommune (begge 1.linje).

Som del av planleggingsfasen inngikk også et mindre pilotintervju tidlig i prosessen, som ga retning til utarbeiding av intervjuguide. Dette førte til noen endringer og justeringer rundt spørsmålene, og at jeg også laget en mer detaljert intervjuguide til støtte. Disse spørsmålene ble tilpasset variasjoner som kunne være mellom de tre planlagte fokusgruppene. Denne ble kun en rettesnor til eget bruk og en støtte ved behov for å stille eventuelle oppfølgingsspørsmål, og for å kunne holde oversikt ettersom samtalen utviklet seg.

Intervjuguiden som ble delt ut til informantene i forkant, var mer generelt utformet. I samsvar med Forespørsel om deltakelse (Vedlegg 2), der det ble vektlagt at jeg søkte etter personell som gjennom sin yrkesutøving hadde erfaring knyttet til spise- og svelgevansker/dysfagi, ble det ikke gjort tilpasninger i intervjuguide med tanke på spesifikk yrkestilhørighet.

I tillegg til innledende spørsmål og avsluttende spørsmål som rammet inn intervjuet, delte jeg det opp i tre hovedtema: I. *Kartlegging, screening og overvåking* II. *Samlet tverrprofesjonell kompetanse om dysfagi* III. *Kunnskapsoverføring, opplæring og mestring*. Disse var samsvarende for alle. I arbeidet med å forme spørsmålene gjorde jeg tilpasninger ut fra forskjeller i forhold til at de to ulike tjenestenivåene og institusjonene skal ivareta

pasientgruppen i ulike faser av forløpet. Dette handlet blant annet om at den ene institusjonen overfører pasienter, der den andre står som mottaker, og for å speile den opplevelsen måtte spørsmålene i intervjuguiden følgelig tilpasses.

Intervjuets struktur og oppbygging var rundt en kjerne av på forhånd utarbeida spørsmål, men ikke helt bundet opp av spørsmålene, et såkalt halvfast eller semi- strukturert intervju (A. H. Tjora, 2018).

### 3.3 Valg av type intervju

I min studie var jeg interessert i å fange opp informantperspektivet på tverrfaglig og tverretattlig samarbeid om dysfagi, der møtet med pasientene skjer på litt ulike plasser og tidspunkt i pasientforløpet. Jeg er ute etter det som er informantens livsverden (Kvale, 2015). I utgangspunktet tenkte jeg meg en gruppe på 5 til 6 informanter, men av pragmatiske årsaker som blant annet handlet om vansker med å rekruttere, endte jeg opp med en mini-fokusgruppe som beskrevet av (Tjora, 2017). Dette var ikke tilsiktet, men det var frafall fra alle tre informantgruppene, så jeg endte derfor opp med følgende grupper av informanter:

Tabell 1 Informantgrupper

Tjenestnivå	Organisasjon/institusjon	Informantgruppe	Antall
2.linje (stat)	Rehabiliteringsavdeling sykehus	En sykepleier En logoped	2
1.linje (kommune)	Rehabiliteringsavdeling sykehjem	To sykepleiere	2
	Sykehjem	To sykepleiere	2

Brukt i forskningssammenheng skiller fokusgruppeintervjuet seg fra et gruppeintervju ved at en skape en gruppedynamikk og en interaksjonsprosess. Deltakerne var homogent sammensatt i form av å ha god kunnskap, både på bakgrunn av utdanning og erfaring, om dysfagi. Jeg valgte å intervju informantgruppene hver for seg, slik at intervjuene ble foretatt på trygg grunn på deltakernes respektive arbeidsplasser.

### 3.4 Kriterier for utvalg av informanter

Kriteriene som ble viktigst var at informantene i tråd av sitt fag skulle ha god kompetanse på området, og erfaring med å arbeide med pasienter med dysfagi. I utgangspunktet hadde jeg sett for meg en større bredde av yrkesgrupper, men på grunn av noe frafall i

intervjusituasjonen ble de mindre tverrfaglig sammensatt enn jeg i først hadde ønsket. Et viktig kriterium var også delvis styrt av at jeg ønsket en mulig logopedfaglig vinkling, men det er ikke slik i Norge at én yrkesgruppe synes å ha større grad av spesialisert kunnskap om dysfagi fremfor andre. Sammenlikner vi oss med Danmark, har ergoterapeuter en essensiell rolle i innsatsen ved dysfagi (Ergoterapeutforeningen, 2016).

Gruppene fikk en homogen sammensetning noe som kan være gunstig for at alle skulle kunne uttale seg på en reflektert måte om det aktuelle temaet (Tjora, 2017).

### 3.5 Rekruttering av informanter

I kommunen var det avdelingsleder som fikk forespørsel om deltakelse, og min intensjon var at rekrutteringen skulle gjøres etter de kriteriene jeg hadde satt. Dette kan ha ført til at det var dem avdelingsleder antok hadde best kunnskap om emnet som ble plukket ut til å delta.

Det var enklest å få rekruttert informanter fra rehabiliteringsavdelingen ved sykehus. Arbeidet med å skaffe informanter ble mest krevende når jeg forsøkte å rekruttere fra kommunehelsetjenesten. Jeg sendte ut forespørsel til alle aktuelle institusjoner i tre kommuner i et fylke i Sør Norge, men fikk mange avslag med noe ulik begrunnelse, og noen valgte ikke å svare. I den tredje av kommunene, fikk jeg raskt et positivt svar, og gjennomførte to intervjuer ved to ulike institusjoner.

De tre informantgruppene der jeg fikk gjennomført intervjuene var hentet fra tre forskjellige institusjoner og de representerte ulike avdelinger. Det var kun kvinner som deltok i undersøkelsen, og det var variasjon i forhold til hvor lang ansiennitet de hadde. Den mest erfarne hadde jobbet svært lenge med feltet, mens den yngste kun hadde vært få år i jobb. Det ble noe frafall fra intervjugruppene ved alle tre institusjoner, noe som ikke var avtalt, men påvirket av en hektisk hverdag ved institusjonene og sykefravær. Jeg prioriterte å gjennomføre etter tidsplanen da rekrutteringsarbeidet hadde vist seg å være såpass krevende.

### 3.6 Empiri

For å skaffe informanter som skulle gi grunnlag for empirien i oppgaven, ble det sendt ut henvendelse til alle relevante institusjoner i tre kommuner i Sør-Norge, men det var kun en kommune som ønsket å delta i prosjektet. Jeg kunne selvsagt søkt etter informanter i andre kommuner, men av hensyn til tidsrammen og størrelse på prosjektet, valgte jeg å begrense meg til tre grupper. I større undersøkelser vil empirien kunne trekkes ut fra en helt annen



størrelsesorden, og en kan da snakke om at det etter hvert oppstår en såkalt metning, dvs. at ny empiri ikke synes å generere mer kunnskap og forskningen avsluttes ( Tjora, 2017, s.262). Datametning eller ikke, er muligens av mindre betydning i et prosjekt som mitt. I måten å jobbe på med empirinær koding, blir det viktigere er at empirien som fremkommer kan være et godt utgangspunkt for en slags konseptuell generalisering i mindre format. Men en vil kunne innvende at annen og mer bredspektret empiri kunne kommet opp hvis jeg hadde gjennomført flere intervjuer. På den annen side skulle materiale være håndterbart innenfor rammen av denne oppgaven.

### 3.7 Intervjuprosedyre og bruk av lydopptak

Bruk av lydopptak er ifølge Tjora (2017) en hovedregel i fokusgruppeintervjuer for å sikre at en både får med seg det som blir sagt, får flyt, god kommunikasjon og muligheten til å utdype spørsmål. Opptaket ble tatt på en diktafon som i utforming er liten og diskret. Siden lydopptak av stemme i seg selv er en personopplysning etter retningslinjer for personvern gitt av NSD (Norsk senter for forskningsdata), var bruk av diktafon med på å sikre hensynet til personvern med hensyn til lagring. Å slippe å ta utfyllende notater underveis, ga meg som moderator en frihet til å kunne følge opp temaer som dukker opp med større frihet. Jeg valgte også å benytte hva Tjora (2017) kaller «probes» eller såkalt stimulusmateriale. Jeg benyttet dette i forhold til to tema der utviklingen av samtalen stoppet noe opp. Det ene handlet om hvorvidt informantene kjente til e-læring eller annen opplæring innen dysfagifeltet, der jeg viste til erfaringer fra Hillerød i Danmark i form av en artikkel. Det andre handlet om slagrehabilitering der jeg viste til et sitat av NTNU-professor Bent Indredavik.

Jeg noterte ikke mye underveis, men ved friheten det innebar å bruke lydopptak, kunne jeg bedre observere ikke- verbale uttrykk. Kort tid etter hvert intervju gjorde jeg meg fragmentariske notater for å samle et førsteinntrykk.

### 3.8 Transkripsjon

Etter å ha dannet meg et førsteinntrykk av intervjuene ved ny gjennomlytting, startet arbeidet med å transkribere. Jeg valgte å transkribere hele materialet, da det vil være gunstig i det seinere arbeidet med empirien som fremkommer. Dette var også for å få frem detaljer og andre observasjoner jeg gjorde under intervjuene, som kan si noe eksplisitt utover det som fremkommer ord for ord. Dette kan handle om hvordan trykk, pauser, nøling, latter blir med på å underbygge en semantisk tolkning. For eksempel var det tilfeller der ytringer ble avbrutt, enten av informanten selv eller en annen informant forsøkte å ta over turen. Dette markerte

jeg i transkripsjonen i form av tre punktum. Jeg markerte også pauser der det kunne tilføre annet semantikk med # eller ## ut fra pausens lengde.

Kvale (2015) peker på at det ikke finnes en objektiv oversettelse fra muntlig til skriftlig form. Iakttakelse utover det rent tekstlige som fremkommer ved transkribering er med på å tilføye viktig informasjon og handler om det en også kan «lese mellom linjene». Disse observasjonene spiller også med når empirien skal analyseres og kategoriseres utfra valgt analysemetode. I tråd med metoden jeg valgte, gjorde jeg en fullstendig transkripsjon av materialet. Tjora (2017) peker på at dette kan være formålstjenlig, da en ikke alltid kan vite hva som er gunstig detaljeringsnivå på dette tidspunkt i prosessen og kan medvirke til en fruktbar koding av empirien. I det formatet som en master er, så jeg også det som fordelaktig at jeg hadde med meg visuell informasjon. Et eksempel er der det ble vekslet blick mellom informantene som respons på et av mine spørsmål og som deretter utløste latter. Jeg kom tett på informantene, og selv om jeg i utgangspunktet hadde planlagt og ønsket meg større fokusgrupper, ga minifokusgruppene fin anledning til å fange detaljer jeg tok med meg inn i analysearbeidet.

### 3.9 Analysemetode - Stegvis deduktiv -induktiv metode

I analyse arbeidet der det å starte med helt «tomt hode», slik Tjora (2017) beskriver, det et ideal, men som han understreker er det neppe mulig. Det er likevel viktig i et forskningsprosjekt selv i master størrelse, å skape, som han sier, generisk forståelse for et avgrenset fenomen. I arbeidet med å kode intervjuene valgte jeg å bruke en såkalt empirinær metode, nettopp for å aspirere til en relevans utover de data som ligger i empirimaterialet mitt. (som er studert) Dette hadde jeg som utgangspunkt for prosessen som endte opp i tematiske kategorier. Forut for disse lå en empirinær koding eller hva Tjora (2017) kaller induktiv metode. I arbeidet med materialet ble intervjuene finlest og kodingen forsøkt lagt så tett opp til empirien som mulig i prosessen mot å finne gode holdepunkt som kunne brukes for å utvikle materiale videre. Tjora (Tjora, 2018) snakker om at dette kan bidra til å ivareta forskerens hukommelse rent intuitivt. Samlet sett av de tre intervjuene endte dette opp i mange koder. Bare fra intervjuet ved sykehjemmet fikk jeg i utgangspunktet over 40 koder, men så kom prosessen med å generer empirinære ideer utfra kodene. I arbeidet videre hadde jeg et bevisst øye for at disse kodene ikke skulle være en avspeiling eller blåkopi av de på forhånd utarbeida spørsmåla i intervjuguiden. I denne fasen av kodingen var det viktig å ha mest ha blick for hva informanten sier, ikke hva informantene snakker om. Designet på

hvordan materialet ble kodet ligger tett opp til Grounded theory, eller det Tjora kaller SDI-metoden (Tjora, 2018).

### 3.10 Prosessen med utvikling av tematiske kategorier

I det videre arbeidet ble kodene gruppert tematisk i arbeidet med å forme en struktur som ga materialet en retning, men jeg hadde forsøkt å unngå at denne spissingen i hovedtema ikke var a priori, men derimot hadde tatt retning ut fra referansepunktene som jeg fant «tett på».

### 3.11 Eksempel på råmateriale - Helheter utleda av kodingen

Tabell 2 Helheter utleda av kodingen

Kategorier (råkoder)	Koder – hva sier informantene	Helheter utleda av kodingen
Fokus ved måltider ivaretas både av helsefagarbeidere og sykepleiere. Sykepleier kontaktes av helsefagarbeider ved behov	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ved måltidene, ikke nødvendigvis vi sykepleiere som har fokus, men helsefagarb/assistenter ...</li> <li>Helsefagarbeidere er i matsituasjonen, men tar kontakt med oss sykepleiere</li> </ul>	Samarbeid
Mye basert på observasjon Ser vi at de blir sykere rapporters det til lege. Ingen systematisk screening av svelgevansker. Vanntesten ikke brukt. Måltidsobservasjoner gjøres av sykepleier/helsefagarbeider  Frykter kjemiske pneumoni	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ser vi gradvis forverring, tilpasses kost.</li> <li>Vanntesten er <b>ikke</b> mye brukt, ser vi at de ikke får svelget, tygger og tygger, plukke ut hele korn.</li> <li>Måltidsobservasjon er et delt ansvar mellom sykepleier og helsefagarbeidere.</li> <li>Vi prøver å tilpasse slik at de ikke skal få kjemiske pneumonier. Det er den største frykten. At de skal bli sykere.</li> </ul>	Manglende systematikk i screening
Tilpasset mat mangler kvalitet i forhold til sammensetning, variasjon og det estetiske. Skiller seg negativt fra det de andre får For lang avstand til storkjøkkenet  Mange måltider ivaretas godt pga nærhet til egen institusjonskikk.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Problem mosa mat, måltidet ikke sammensatt nok. Mangler saus, Er bare beige, runde former ligger i frysa, lite utvalg svin- biff – laks – om at og om at...</li> <li>Kosttilpasset ikke likt det de andre pasientene får</li> <li>Dårlig kommunikasjon med storkjøkkenet. Ikke noe vektøy for kommunikasjon (kun telefon)</li> <li>Godt samarbeid om andre måltider pga egen kokk.</li> </ul>	Stor avstand = Kvalitetsreduksjon  Nærhet = økt kvalitet på tjenester

<p>Manglende kjennskap til dysfagi hos pårørende er problematisk da de ikke forstår konsekvensene av at mat kan svelges feil</p> <p>Internt kan manglende språkkunnskap hos personalet være utfordrende og få følger</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utfordrende i forhold til pårørende. Pårørende som ikke forstår hva konsekvensen er av å gi mat som svelges feil.</li> <li>• Opplever det utfordrende med fremmedspråklige pleiere – holdninger, forståelse for tilpasninger, hvorfor man ikke gir mat lenger.</li> </ul>	<p>Pårørende mangler kjennskap til hva dysfagi medfører</p> <p>Manglende språkkunnskap hos personell skaper utfordringer</p>
--	--	--

Siste del av prosessen ble å forsøke å la prosjektet få generell gyldighet. Hvordan kan dette ha betydning for hvordan man tenker rundt ulike ytringer om samarbeid rundt dysfagi som fremkommer i empirien. Målet ifølge Tjora er ved hjelp av teorien å stille spørsmål tilbake: «Retroduksjon skal gi grunnlag for å raffinere konseptet» (Tjora, 2018, s.75). En slags lakmustest for at forskningen går bak de umiddelbart observerte mønstre. Forfatteren beskriver det som en «strategi for å unnsnippe det anekdotiske ved sitat-jaktpregede kvalitetsanalyser». I siste omgang knyttes det trådet til teori som støtter opp under konseptet som empirien fra intervjuene genererte.

### 3.12 Reliabilitet og validitet

Var den valgte tilnæringsmåten den mest relevante for å utforske det man forsøker å finne svar på? Det er vesentlig å vurdere studiens validitet – om studien representerer den virkelighet som er studert. Datamaterialet var lite og det var få informanter, men likevel ble det et rikt beskrivende materiell, og arbeidet med koding i forhold til å knytte det opp mot teori var spennende. En kan innvende at det kunne vært sikrere ved metodetriangulering, enten ved observasjon av praksisfeltet, for eksempel spisesituasjoner, eller økt validiteten ved i etterkant av koding og bearbeiding gått bredere ut ved et spørreskjema som kunne etterprøve funnene, og dermed avdekket om informantenes uttalelser var representative.

Mine funn er knyttet til et for lite utvalg til at det kan knyttes lit til at de representerer eller er overførbart til liknende institusjoners/helsepersonells opplevelse av arbeidet rundt pasienter

med dysfagi. En kan anta at en vil kunne finne likhetstrekk, men det er ikke nødvendigvis hovedformålet med forskningen at empirien skal være generaliserbar.

Kommunene jeg søkte informanter fra har ingen logoped ansatt i arbeid rettet mot voksne pasienter, og en måtte til en institusjon på fylkesnivå for å kunne rekruttere logopeder som informanter til undersøkelsen.

### 3.13 Pålitelighet

Dysfagi er et tema som har en naturlig plass i logopedifeltet og er verdt å forske på, men samtidig er noe av logopediens egenart, at fagfeltet befinner seg i skjæringspunktet mellom det pedagogiske og det mer helserelaterte fagfelt. Jeg ble utfordret i forhold til at jeg manglet erfaring innenfor det kliniske feltet i helsesektoren, med unntak av en periode på to uker ved en slagrehabiliteringsavdeling. Å utvikle en god intervjuguide som skulle generere kvalitativ god empiri, opplevde jeg krevende. Jeg skulle som moderator inn på et domene, en livsverden, som ut fra egen pedagogbakgrunn var fremmed. Kunnskap om dysfagi er formidlet gjennom pensum, forelesninger og praksis som logopedstudent. Den skulle på den ene siden skape en teoretisk base for forskningsprosjektets videre empiri, og på den annen side legge til rette for god dynamikk mellom meg og informantene for å få en god interaksjon i gruppa. Kunnskapen jeg måtte ha på plass i forkant var også viktig for å sikre at intervju spørsmålene åpnet opp for å belyse temaet dysfagi og tverrprofesjonelt samarbeid fra ulike perspektiv og vinkler. Resultatet av forskningen er i seg selv ikke upåvirket av hvor en som moderator befinner seg på en skala fra «ekspert til novise». Å ha for mye eller for lite kjennskap til det en skal forske på og i hvilken grad en selv står utenfor eller i denne livsverden, kan være en fordel og en ulempe. Tjora snakker om det han kaller «støy eller ressurs» (Tjora, 2018, s.83). Men min egen posisjon i forhold til informantgruppen og deres livsverden var en utfordring i arbeidet med intervjuguide, men samtidig også en ressurs i form av å være lite forutinntatt i møtet med informantene og siden kunne være åpen i arbeidet med å transkribere og kode empirien (Tjora, 2017, s. 236).

### 3.14 Etiske betraktninger Forskningsetikk

Prosjektet ble meldt til Personvernombudet for forskning ved Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (vedlegg 3). Frivillig deltakelse var basert på skriftlig og muntlig informasjon. Anonymisering av opplysninger de enkelte ga i intervjuene er tilstrebet ivaretatt. Illustrerende eksempler på utsagn kan ikke føres tilbake til bestemte enkeltpersoner. Jeg benyttet meg av informert samtykke ved at jeg før intervjuet presiserte at dette ville bli anonymisert. Jeg var åpen og informerte om prosjektet. Informantene ble også informert om at de til enhver tid kunne trekke seg om ønskelig, og opptak og lagring ble gjort i overensstemmelse med forutsetning for godkjenning fra NSD.

## 4 Resultat

### 4.1 Presentasjon av funn

I dette kapittelet vil jeg presentere funn fra empirien med utgangspunkt i de tre fokusgruppeintervjuene. Intervjuene er analysert med henblikk på å belyse informantenes livsverden i hver av de tre kontekstene. Materialet skal illustrere og levendegjøre empirien ved å gjengi sitater der informantene omtaler og reflekterer over ulike sider ved samarbeid rundt dysfagipasienten.

Oversikt over informantene og deres tilhørighet:

Tabell 3 Betegnelser på informantene

Betegnelse på informanter	Tjenestnivå	Avdeling
Logoped = L Spesialsykepleier = SS	Stat	Rehabiliteringsavdeling/sykehus
Gruppesykepleier = GS	Kommune	Rehabiliteringsavdeling/sykehjem
Sykepleier = S	Kommune	Langtidsavdeling/sykehjem

#### 4.1.1 Kategorier av funn

Funnene vil bli presentert under følgende kategorier: 1. Tverrfaglig tilnærming, 2. Rammer 3. Læring og opplæring.

### 4.2 Tverrfaglig tilnærming

Først vil jeg se på sammensetning av deltakere på de forskjellige institusjonene.

Informantene fra Spesialisthelsetjenesten beskriver:

*L: Ja, vi har da fysioterapeut, og ergoterapeut, logoped, sykepleier, hjelpepleier, lege, selvsagt og det er vel så å si de som inngår i det tverrfaglige teamet rundt dysfagi.*

*SS: Ja, på vårt team er det åtte fag...åtte profesjoner*

*L: Vi har også psykologspesialist, men han er ikke implementert i det arbeidet da, ikke rundt dysfagi.*

Når sykepleierne fra rehabiliteringsavdeling sykehjem svarer på hvem som er nøkkelpersoner i arbeidet med dysfagi, er det langt mer begrenset hvilke faggrupper de til daglig har å spille på, og de forteller at institusjonen mangler ernæringsfysiolog.

*GS1: Jeg tenker først og fremst sykepleierne, ..eh tenker jeg, hos oss.*

*GS2: Vi har ikke egen ergoterapeut knyttet til avdelingen for eksempel og heller ikke noen logoped. Så det er mest sykepleierne.*

De sier det tverrfaglige samarbeidet er godt, og de møtes ukentlig i tverrfaglig team. Der er også fysioterapeut og ergoterapeut med i tillegg til grunnbemanning som består av sykepleier, hjelpepleier, helsefagarbeider og lege i tillegg til tjenestekontor og saksbehandler.

Informantene ved sykehjem forteller at sykepleiere og hjelpepleiere er tette på pasienten og har ansvar for måltidet og at de kommuniserer lite med andre faggrupper i forhold til dysfagi:

*S2: Vi har ikke...vi har prøvd å få kontakt med fysio før, men da har vi fått beskjed om at når de har plass her på langtids, så skal vi ikke bruke fysio. ... og ergo blir jo bare koblet inn i forhold til rullestoler og slikt.*

#### *4.2.1 Tverrfaglige arenaer*

Ved spesialisthelsetjenesten forteller de om daglige, tverrfaglige møter med samtale rundt pasientens behov, der alle involverte faggrupper kommer med innspill.

Ved kommunens rehabiliteringsavdeling har de ukentlige teammøter med utvidet tverrfaglig kompetanse. De forteller også om lav terskel for å ta kontakt med sykehuset hvis det er noe som er uklart. Om samarbeidet med legen sier de:

*GS: Det ligger jo under ernæringskartleggingen i forhold til skåre, at lege skal bli kontaktet hvis det er noe med vektreduksjon eller det skulle være noe i forhold til at de har vansker med å innta mat. Så det er jo journalført at du skal kontakte og informerer legen*

Sykehjemets informanter forteller at de bruker *Gerica*, som er et felles journalsystem, hvis det eventuelt skulle være aktuelt å kontakte andre faggrupper. På spørsmål om hvem som sitter med oversikt svarer en av informantene:



*S1 S2:#### Avdelingsleder##[ latter] .men vi sender jo henvisning selv....hvis vi lurert på noe eller tenker at for eksempel ergo hadde vært lurt å koble inn her. Da er det sykepleierne som også skriver henvisning.*

#### *4.2.2 Ansvarsfordeling*

Om organiseringen forteller informantene fra spesialisthelsetjenesten at de har et bredt sammensatt team, der de ulike faggruppene har avklarte arbeidsoppgaver:

*L: Ja, ideelt sett så er det jo sånn at fysioterapeuter de har jo denne leiringskompetansen ... utgangsstilling, leiring. Ergoterapeut har jo den i forhold til guiding,*

*Ss: sansestimulering, hjelpemidler, bestikk, tilpasning...*

*L: ... og sykepleiere og hjelpepleiere de er jo de som er hele dagen i en... S: Hele døgnet.....L:i avdelingen i jobb...*

*L: ... og vi andre yrkesgruppene vi kommer jo inn og ut på våre oppsatte timer, mens sykepleiere og hjelpepleier, det er de som på en måte må følge opp videre.*

Også innen spesialisthelsetjenesten skiller rammene for sykepleierne seg fra de andre i teamet som fysioterapeutene, ergoterapeutene og logopedene ved at de har et døgnkontinuerlig ansvar og tilstedeværelse. Dette har de til felles med både sykehjem og rehabiliteringsavdeling ved sykehjemmet, der sykepleierne vurderer at de har overblikket og støtter seg på journalsystemet og den historikk som finnes i sykehusepikrisen.

*GS2: ...så synes jeg også vi har det store overblikket med å tenke Hvem skal **inn**? Og så har vi jo det ukentlige tverrfaglige som vi diskuterer litt sammen så alle kan komme med innspill. Hjelp hverandre eventuelt med hvem vi kan kontakte. Så eventuelt om det er behov for noe samarbeidsmøte*

Alle tre informantgruppene gir uttrykk for å ha avklarte ansvarsområder. Det er forskjell i antall faggrupper som deler ansvaret. To av institusjonene har navn og gavn som tilsier at de skal ha større rehabiliteringsansvar enn hva som er tilfelle ved den tredje institusjonen, som er et sykehjem. Det er stor diskrepans mellom dem, og særlig til sistnevnte institusjon. Ved sykehjemmet er det kun sykepleier, helsefagarbeider og sykehjemslegen som er involvert, med unntak av at pasientene ved langtidsavdelingen har tannpleier eller tannlege to ganger i

året. De bekrefter at de har samarbeid med tannhelsetjenesten når jeg stiller spørsmål om dette.

*S1 Det har vi jo.....S2: Tannpleier kommer jo to ganger i året.*

#### 4.3 Rammer – tilgjengelige ressurser

Gode rammer for samarbeid kan handle om flere aspekter. Bemanningsnorm, læring, ansvar, sammensetning av deltakere, kunnskap, kultur, identitet, engasjement, felles mål, språk og kommunikasjon, prioritering og ledelse m.fl...

##### 4.3.1 Fysiske rammer

Fysiske rammer varierer mye. I spesialisthelsetjenesten er logopeden og andre yrkesgrupper daglige fysisk tilstede ved institusjonen. De og har faste, oppsatte timer som imøtekommer pasientenes behov for et tverrfaglig tilbud.

Ved rehabilitering på kommunalt nivå er rammene annerledes. Det slås veksler på andre faggrupper ut fra en vurdering fra gruppesykepleierne, anbefalinger i medfølgende epikriser, eller sykepleier i samråd med andre yrkesgrupper i tverrfaglig team. Det er ikke ansatt logoped i kommunen, men anbefalinger kan følge med fra sykehus.

Ved sykehjemmet sier de dette i forhold til pasientens eventuelle krav på tverrfaglige tjenester (ytelser):

*S2: Jeg synes det er litt vanskelig å svare på egentlig, fordi at når de kommer inn til oss så er de så langtkommet syke at som regel så ønsker ikke pårørende at de trenger noe mer av de tjenestene på en måte. S1: Jeg er enig i det S2: Det er snakk om lindrende behandling på en måte. De er jo veldig multisyke og veldig, veldig dårlige når de blir langtidspasienter hos oss S2: Ja...S1: Mange har mistet språk og ja, evnen til det meste.*

De forteller at avstanden er stor til andre aktuelle faggruppene, og involvering fra disse er svært begrenset. Dette gjelder ikke bare i forhold til dysfagi, der tverrfaglig samarbeid ifølge informantene er helt fraværende, men også i forhold til andre områder de som sykepleiere ivaretar. De gir også uttrykk for at avstanden er stor til institusjonssjøskenet som har ansvar for å tilberede konsistenstilpasset mat.

#### 4.3.2 Ulike rammer gir ulike utfordringer

I sin beskrivelse av arbeidskonteksten forteller informantene fra sykehjem om en matsituasjon som kan bli urolig og fremholder spesielt mangel på tid i møtet med pasienter med spise- og svelgevansker. Enkeltpasienter krever tid og skjerming av måltidet. Det er mangel på nok hender til å ivareta roen rundt måltidet, og ikke minst gjør mangel på tid det krevende å godt kunne ivareta dysfagipasienter som ofte bruker svært lang tid ved måltidet. Samarbeid eller tverrfaglighet blir ganske underordnet i denne virkelighetsbeskrivelsen.

*S2: Jeg kan nevne en situasjon på en avdeling som ikke er representert her i dag, der de faktisk håper at pasienten ikke orker ..eh..mer enn en skive pr måltid ...fordi det tar så lang tid..en har rett og slett ikke tid. S1: Ja, det tar mye tid, og jeg opplever også at de får kalde middager ...at man løper litt til og fra og må ta å gi en skje..og så løper man å gjør noe annet.....så er det en skje til også...Det kan bli ganske mye sånn uro, i hvert fall hvis det er sånn at de må mates og at de ikke kan men må assisteres.*

De snakker om utfordringer knyttet til manglende språkferdigheter hos enkelte ansatte. Dette kan medføre manglende forståelse for pasienten med dysfagi og deres utfordring knyttet til mat og faren for å svelge «feil». Også forståelsen for dette hos nære pårørende synes de er krevende.

Rehabilitering kommune fremholder at de opplever, til tross for stor kompleksitet ved avdelingen, god bemanning. De forteller at hos dem oppleves ikke tid som en stor barriere. De har god kontinuitet i oppfølging og evaluering, og lav terskel for å ta kontakt med og få støtte hos andre faggrupper som ergoterapeut eller fysioterapeut.

*S2: Jeg ser jo slik som hos oss, vi er jo veldig stor andel sykepleiere. Det er veldig mindretall hos oss av helsefagarbeidere så vi er nesten bare sykepleiere. Og vi er bedre bemannet siden vi er en rehabiliteringsavdeling. Vi skal ha tid til å la pasientene gjøre ting selv. Og jeg synes stort sett vi alltid har en som sitter under måltid. Ikke nødvendigvis en sykepleier. Nå har vi veldig dyktige helsefagarbeidere på avdelingen vår. De er faglærte. Og de vi har, de har også god kunnskap på det med ernæring. Skape hyggelig atmosfære og ro rundt måltidet. Og så har vi kjennskap, hvis det er en pasient som trenger litt ekstra oppfølging så sitter vi gjerne ved siden av dem. Hvis det er en som har veldig store svelgevansker så kanskje de sitter litt for seg selv. ...skjermer dem fra de andre.*

### 4.3.3 Informasjonsflyt og samarbeid på tvers av tjenestenivåer

Jeg har hentet min empiri fra to rehabiliteringsavdelinger som representerer to ulike nivåer i helsekjeden, den ene er helsepersonell i spesialisthelsetjenesten og den andre gruppen er representanter for rehabiliteringspersonell i kommunen. Mellom de to tjenestenivåene av rehabilitering, fylke/kommune, oppleves kontakten som god. Det er godt samsvar i det informantene sier om hvordan kunnskap overføres mellom tjenestenivåene. Oppfølgingen etter utskrivning fra sykehus oppleves begge parter blir godt ivaretatt. Samhandlingsreformen oppleves å ha vært med på sikre sømløse overganger.

*GSI: ...hverdagen er jo annerledes nå enn før samhandlingsreformen, og jeg tenker det med informasjonsflyt er jo blitt mye bedre de siste åra. Det synes jeg i alle fall. Før så var det jo... fikk vi ofte pasienter uten epikriser, uten noen ting ...tatt stilling til på sykehuset. Det har endret seg veldig... til det bedre. Synes jeg.*

Det informantene fra sykehus sier samsvarer med dette:

*SS: Ja, i vår enhet har vi hatt et ambulerende rehabiliteringsteam som nettopp skulle dekke dette da. L: Mmm .. SS: ...for de mest sårbare av pasientene våre. Med hjerneskade som er i arbeidsfør alder og som kanskje skal tilbake til jobb, og de store tunge, komplekse, alvorlige hjerneskadene....så det har vært et ekstra ledd som vi har hatt for å kunne dekke ...sømløse overføringer.*

Videre sier informantene fra kommunens rehabiliteringsavdeling:

*GS2: Er det et problem som har oppstått, er det slag, så har det jo vært mye tverrfaglig team involvert på sykehuset, og de har jo som regel tatt noen vurderinger på om det er nødvendig med videre oppfølging. Ehh, vi får jo kanskje en plan for hva som skal gjøres videre som vi skal følge opp .. og så har du jo noen i kommunen som vi kan ta kontakt med. ... og vi kan også ta kontakt med sykehuset hvis vi er i tvil. Der er det jo veldig mange dyktige folk, så hvis vi ser at vi trenger ernæringsfysiolog eller logoped eller andre, så kan vi ringe.*

*GSI: Og vi henviser gjerne hvis vi ikke kommer i mål med noe..... sykehuset er jo der! Vi samarbeider jo med dem.*

En praksis med å skrive tverrfaglige epikriser er også noe de ved sykehuset mener vil kunne forbedre det tverrfaglige samarbeidet. Det blir noe diskusjon når de snakker om hvordan de ivaretar den eldste pasientgruppen ved overgang til institusjonene i kommunen.

*L: Hvis det er pasienter hos oss som har store svelgeutfordringer, så er det veldig ofte at de kommer på en institusjon. Eh... og kommer de på en institusjon så er det sjeldent at det ambulante teamet følger opp. S: Jo....L: Jo, men litt avhengig av alder og slike ting også. Hvis det er de unge i yrkesaktiv alder, så er de (amb.team,min kommentar) veldig inne, da er det jo epikriser og rapporter herfra som følger de videre og hvor det amb. teamet også har anledning til å gjennomføre egne undervisningsbolker.*

#### *4.3.4 Samarbeid og matfaglig kompetanse*

Gjennom empirien kommer det frem at tverrfaglighet ligger til grunn for mye av arbeidet ved begge rehabiliteringsavdelingene, både ved sykehus og sykehjem.

Informantene fra langtidsavdelingen ved sykehjemmet sier derimot at det stort sett kun er sykepleiere og helsefagarbeidere som samarbeider. Legen bistår noe, men mye av hovedansvaret i det daglige ligger hos sykepleierne alene. Unntaket, forteller de, er samarbeid med det samlokaliserte kjøkkenet om mange av måltidene som også på en god måte ivaretar enkelte pasienters behov for konsistenstilpasning. Eget kjøkken oppleves som godt, og de trekker frem fordeler med selv å kunne handle inn etter behov. Unntaket er middagene som krever konsistenstilpasninger. Disse kommer i frosne former fra et større institusjonskjøkken i kommunen og oppleves som lite varierte og appetittlige.

*S2: Ja, og så plutselig så er det bare veldig beige. Det estetiske forsvinner. Ja, og så får vi det i slike små runde former, og det er ikke veldig stort utvalg. Svin, biff og laks går omat og omat og så samsvarer det heller ikke med hva de andre pasientene spiser. Hvis de andre spiser fisk, kan plutselig de som spiser most mat få biff. Det har jeg savnet. Det henger ikke mye sammen med menyen til det de andre skal spise. Vi har ikke noe kommunikasjonsverktøy der vi enkelt kan legge inn en melding, da må vi fysisk gå å ta en telefon.*

Hos rehabiliteringsavdeling kommune oppleves samarbeidet med kjøkkenet som godt og nært. De sier at kosttiltak er et tverrfaglig anliggende der «kortreist» mat gir stor fleksibilitet.

På sykehuset er det nettopp samarbeid med kjøkkenet som informantene trekker frem som et område med stort forbedringspotensial. De sier at de ofte opplever at det ofte mangler hjerte og kjærlighet i tilberedningen. Matgleden forsvinner, og det går også ut over verdigheten til pasienten.

*S: Det å trene svelgeevne er så mye mer enn det å fokusere på munnen eller svelget. Det er ..*

*L: ...mye mer enn det tekniske. S: Det er mye mer en helhet ...L: Det er mye mer enn bare næring. S: Ja,.. L: Ja, vi vet jo det selv også, blir du invitert til folk er det på en kopp kaffe, kommer du til middag...jeg har bakt en kake...ikke sant. Det er veldig ofte relatert til*

*mat...alle disse invitasjonene..de sosiale samlingspunktene vi har. S: Det å trene pasienter er da så mye mer enn munn og svelg. Det er mer enn det..L: Ja, ja det er det.*

De har et ønske om å bedre samarbeidet med kjøkkenet og snakker også om ernæringsfysiologen som en yrkesgruppe de ønsker et tettere samarbeid med.

#### *4.3.5 Screening og kartlegging – Felles rutiner*

Innen spesialisthelsetjenesten forteller de om at kartleggingen foregår som et felles anliggende i samarbeid mellom sykepleier, ergoterapeut og logoped. Det gjøres alltid en baseline subakutt. Ved mistanke om stille aspirasjon, gjøres dette i Oslo eller Bergen, da de der har det tekniske utstyret (fluoroskopi). Alle sykepleierne kjenner til en enkel screening en såkalt vanntest som man kan gjøre. Når det gjelder bruk av ernæringsfysiolog, gir de uttrykk for at denne er lite involvert. Logopeden ivaretar mer avansert testing, og utarbeider en spiseinformasjon som stadig evalueres og endres fra dag til dag.

Informantene fra rehabiliteringsavdelingen ved sykehjem forteller om behov for rask kartlegging fordi når pasientene skrivers ut skal de ofte hjem. Ved store svelgevansker, kognitiv svikt og manglende språk, følges pasienten tett opp.

*GS: Stort sett så er det veldig avklart på sykehuset. Og hvis det nylig er avsluttet for eksempel noe, for eksempel sondenæring eller de ikke har spist noe vanlig mat per os (gjennom munnen, min kommentar), så vet jo vi at vi må begynne litt forsiktig. Noen ganger så er det en plan fra sykehuset, men stort sett så er vi også litt kjent med det. At du begynner forsiktig med litt fortykningsmiddel i drikke, så kommer det «smakstesting», du ser jo hvordan det går, klarer de å spise det, så kan du gå gradvis*

De forteller at de baserer kartlegging på et klinisk skjønn. Vanntesten eller andre formaliserte tester benytter de ikke.

Ved sykehjemmet brukes heller ingen formaliserte testverktøy for å screene svelgevansker. Det er sykepleiers kliniske skjønn basert på observasjoner ved måltids som er avgjørende for tiltak. Ser de at pasienter blir sykere, rapporteres dette til lege. Kostholdsplan med spiseinformasjon er tilgjengelig, og denne dokumenteres av sykepleier. Legen har i oppgave å sikre at ernæringskartlegging er gjort.

*S1: Nei, vanntesten er ikke brukt mye her. Vi ser mer at de ikke får svelget maten...de bare tygger og tygger...og noen kan for eksempel pille ut hvis de får korn i maten og slikt.. og da tilpasser man.*

En av sykepleierne forteller at de er oppmerksomme på faren for aspirasjon og forteller at de tilpasser for å unngå pneumonier. Endringer rapporteres til lege som er i samme kommunikasjonsystem, i dette tilfellet *Gerica*. Legen må dokumentere at melding er sett. Medisiner er legens ansvar, og sykepleier konsulterer han/hun hvis det er behov for konsistentilpassing av disse på grunn av svelgevansker.

#### 4.4 Læring/opplæring

Informantene ved de tre institusjonen forteller om hvordan de opplever opplæring og kompetanseheving, og eventuelle rutiner for nyansatte og vikarer på arbeidsplassen. Ved sykehjemmet sier informantene dette om opplæring:

*S2: Ikke annet enn i forhold til hver enkelt pasient og hvordan de håndterer måltidet, på en måte. S1: Men det går jo innunder...dokumenteres jo i tiltaksplanen og punktet der og så må en lese seg opp på og der skriver en jo åssen de får måltidet, hvordan det er tilberedt og hva de spiser med eller hvordan og ...men ikke noe mer opplæring enn det.*

Kompetanseheving i form av fagdager, videreutdanning eller kurs kjenner de ikke til. De sier de opplever å ha god nok kompetanse på feltet ut fra den gruppen av pasienter de jobber med, men nevner at det nok er mer aktuelt innenfor rehabiliteringsfeltet. De gir uttrykk for at de ikke har savnet mer kunnskap om dysfagi. Det de peker på som et problemområde er at det kan være vanskelig med pårørende som ikke har forståelse for svelgevansker og de negative konsekvenser det kan ha.

*S1: Vi har ikke så veldig stort fokus på dysfagi...S2: Vi har ikke det, for vi tenker liksom det at de at de kommer så langt i stadiet, så er det kroppens måte å si ifra om at nå har kroppen fått nok, og ikke vil mer. Det er liksom mer det som er vårt fokus.*

*S1: Så har vi jo også slagpasienter eller langtkommen Alzheimer som ikke klarer å ...må ha tilpassa, mossa mat, og da tar vi hensyn til det. Så serverer vi mye grøt og bestiller fra kjøkkenet.*

Kompetansen de har på feltet forteller de kan skyldes både interesse, tidligere arbeidserfaring og praksis. En av informantene forteller om sin utdanningsbakgrunn:

*SI: Jeg kan ikke huske at vi hadde noen forelesninger om det, men jeg var heldig og hadde praksis på slagposten og kom borti det der og slik ble jeg kjent med nivåkost, men jeg hadde ingen oppgaver eller noen forelesninger ...*

En av informantene fra rehabilitering kommune sier at de først og fremst har fått kunnskap om dysfagi gjennom praksis, gjennom å ha arbeidet med blant annet slagpasienter, og gjennom å samarbeide med dyktige kolleger. De gir uttrykk for at de ønsker seg mer kunnskap på området.

*GS2: ... Og noen har mer interesse av det og følge det opp og igangsette tiltak. Så er vi jo flinke til å lære videre... til hverandre.*

En annen av sykepleierne sier at hun er åpen for mer kunnskap.

*GS1: Som med mange ting så kunne vi jo selvfølgelig hatt mye mer kompetanse på alt.*

*Så tenker jeg handler om dysfagi også som for eksempel vanntesten så har vi ikke de redskapene helt konkret for å teste å sann....vi prøver oss fram litt. Så det hadde vært godt å ha. .... Ja, takk til mer kunnskap om alt, egentlig! [..latter..] (min kommenterer: Med mer kunnskap kan en trygge matsituasjonen?) Mmmmm*

Også blant de ansatte ved sykehus/rehabilitering er de opptatt av kunnskap. Interesse for feltet styrer noe, men de forteller at de er blitt mer kunnskapsbaserte i tilnærmingen til dysfagi, og opptatt av forskning og faglig fordypning. Ledelsen ved sykehuset opplever de har positiv innstilling og gir rom for at de kan delta på kurs. Selv om ledelsen ikke er veldig involvert faglig, er den heller ikke en brems. En av sykepleierne opplever å ha fått styrket sin kompetanse gjennom kurs med den danske ergoterapeuten Annette Kjærsgaard.

Hun forteller videre at de følger opp nyansatte ved årlige kurs. Både logoped og sykepleier har tidligere undervist om emnet, sier de. Både rettet mot geriatrien og internt i institusjonen. Sykepleieren sier at hun i medarbeidersamtale nettopp har gitt uttrykk for om hun kan bli brukt mer i undervisningssammenheng og uttrykker «You learn what you have to teach!» De



understreker at kurs må være praksisretta, og for å opprettholde kunnskapen, «fingerspitzfølelsen», må en også jevnlig arbeide med denne gruppen pasienter.

*S: Ja, men dette er kunnskap som er «hands on». Det er ikke noe som du bare kan lese deg opp til.. L: nei S: ..du må praktisere det og bli trygg på det.*

Direkte opplæring, forteller de, foregår også ved hjelp av det ambulerende teamet. De forteller at de har en viktig målsetting om å kunne få til gode møteplasser i forbindelse med utskriving ved overgang til neste nivå, kommunen.

*SS: .....overføringer til kommunale rehabiliteringsavdelinger L:Mmm S: Og så ...så vi prøver å imøtekomme det så langt som mulig.(jeg spør: Fysiske møter?) SS: Fysiske møter (bekreftende) Vi kommer dit, og vi kan samle hele personalet til en sånn halv fagdag hvor vi går gjennom veldig mange relevante temaer og problemstillinger rundt pasient, men også har undervisning om dysfagi.*

#### 4.5 Oppsummere av de viktigste resultatene før drøftingen.

Samarbeid er et viktig stikkord for gjengivelse av det empiriske materialet. Det speiler både hvordan informantene opplever dette internt på arbeidsplassen, og hvordan de opplever å samarbeide med andre institusjoner på tvers av tjenestenivåer. Rom for å skape gode rutiner og rammer for å utvikle kunnskap er ulikt, og ulik opplevelse av tid og bemanning blir også et nøkkelord. Forståelsen av dysfagi og ikke minst målsetningen for hvilken gruppe pasienter som kan være målgruppe for arbeid med dysfagi, er ulikt.

## 5 Diskusjon

### 5.1 Formålet

Formålet med denne oppgaven har vært å undersøke hvordan helsepersonell opplever dysfagi som et tverrfaglig anliggende knyttet til den den eldre slagpasient. Problemstillingen var: «Hvordan opplever helsepersonell i 1. og 2. linjetjenesten tverrprofesjonelt samarbeid rundt slagpasienter med dysfagi?» Tre ulike institusjoner bidro med informanter. Både opplevelsen av arbeidet sammen på avdelingene, og hvordan de opplevde samarbeidet på tvers av tjenestenivåer ble berørt.

### 5.2 Rammer for godt samarbeid

Når jeg sammenlikner empirien i de tre intervjuene, fremkommer det at de opplever tverrfaglighet i arbeidet rundt pasientene svært ulikt og jeg velger å diskutere funnene atskilt. Årsaken til dette kan en finne i rammene, konteksten informantene inngår i. Det kan handle om hvordan det i de ulike institusjonene ligger til rette for såkalt evidensbasert praksis. En praksis som påvirkes både av forskningsbasert og erfaringsbasert kunnskap, samt av brukerkunnskap og brukermedvirkning. Rammebetingelsene som påvirker samarbeidets synergi oppleves også svært ulikt.

Forståelse for samarbeidets synergi, som fremkommer i figur 1 (Inger Helene Jensen), viser at informantene innenfor de tre ulike institusjonene i sitt arbeid er styrt av mange faktorer som påvirker samarbeid: erfaringskunnskap, kontekstkunnskap, generalisert kunnskap og pasientkunnskap. Kontekstkunnskap kan handle om personell og tid, men også om kunnskap, altså kontekst som forståelsesramme Dette legger igjen premissene for samarbeidet og informantens mulighet og forutsetning for å ha dysfagi som fokusområde. Og dette reflekterer også de målsetninger de ulike institusjoner har for behandling/omsorg i forhold til dysfagi, og behov og krav til kunnskapsnivå om dysfagi vil være ulikt ved institusjonen. At det er ulike grader av kunnskap om dysfagi, fremgår også av det en av informantene sier i intervjuet. Svensson (Svensson, 2010 s.7) peker på at dysfagi er et så utpreget tverrfaglig området at heller ingen yrkesgruppe alene vil kunne beherske hele fagområdet. Informantene opplevde stor spredning i oppgaver som skulle ivaretas, og mangel på kompetanse, kom til uttrykk ved at ernæringsfysiolog var savnet både ved rehabiliteringsavdelingen ved sykehjemmet og ved sykehuset.

### 5.2.1 Tverrfaglig tilnærming

Informantene ved langtidsavdelingen gir uttrykk for at de ikke har særlig stort fokus på dysfagi ved institusjonen. De grunngir dette med at deres pasienter er så gamle og svake at de vil ha lite utbytte av intervensjoner igangsatt av logoped eller andre faggrupper som ergoterapeut, ernæringsfysiolog eller fysioterapeut. De sier det er mer aktuelt å ha fokus på dysfagi ved rehabiliteringsavdelinger enn hos dem. Dersom de ikke forstår intervensjon og tiltak i forhold til dysfagi bare i retning av rehabilitering, står dette noe i motsetning til at det også fremkommer i intervjuet at de nettopp på en del områder på sykehjemmet **har** en adaptiv tilnærming og iverksetter tiltak. Det fremkommer at tiltakene de iverksetter for sine pasienter med dysfagi handler om å tilpasse omgivelser, kost/væske konsistens, hjelpemidler til leiring og spising og munnhygiene.

Empirien peker i retning av en svært hektisk hverdag med begrensede ressursene for sykehjemmets informanter. Muligens kan informantenes utsagn peke mot at det er for dårlige rammer til at de kan foreta gode måltidsobservasjoner, og ha stor årvåkenhet for dysfagi. At opplevelsen deres er preget av at de ikke har fokus på dysfagi, kan skyldes at de som generalister skal ivareta svært mange funksjoner og har en presset bemanningssituasjon, og tiltakene går muligens bare inn under det de opplever som grunnleggende sykepleie eller også del av den såkalte tause kunnskapen. En kan innvende at det må og bør være forskjell på en langtidsavdeling og en rehabiliteringsavdeling. Rehabilitering etter hjerneslag er krevende, men å stå alene uten tverrfaglig støtte er ytterlig utfordrende, spesielt i situasjoner der pasienter er «multisyke», som S omtalte dem, og man skal ivareta pasientenes grunnleggende behov, spise- og svelgevanske, verdighet og integritet, samt være alene om å sette i gang terapeutiske tiltak. Selv om S i liten grad selv opplever at de setter i gang terapeutiske tiltak, gjør de en rekke tilpasninger uten at de eksplisitt uttrykker at det er det det handler om. Deres pasienter rammes på mange plan, og ofte trenger de hjelp til å få dekket komplekse behov

Empirien i intervjuene kan også peke i retning av at de, forvalter en brukerbasert, langsom og erfaringsbasert kunnskap, fremfor en kunnskapsbasert. Om dette er tilfredsstillende for å ivareta god omsorg ved dysfagi vil bli en diskusjon utfra verdien en legger på klinisk erfaring, også kalt «tause kunnskap», fremfor den evidensbaserte. Blåka og Filstad snakker om en «akademisering» av sykepleien, som kan komme i konflikt når teoretisk kunnskap trumfer klinisk erfaring og kompetanse (Blåka & Filstad, 2007). De er veldig opptatt av, og klar over faren for at pasientene kan bli sykere og pådra seg pneumonier, så en kan spørre seg om hvordan de forstår tiltak i forhold til dysfagi, som adaptive, kompensatorisk eller

rehabiliterende. Noen utsagn kan peke i retning at de tenker det handler om opptrening. Ifølge Baijens (Baijens et al., 2016) er dysfagi fortsatt underdiagnostisert og ubehandlet ved flere institusjoner og er i tillegg svært vanlig på grunn av aldring i seg selv, og diagnoser som blant annet slag og alle former for demens (Baijens, 2016). Fraværet av kartleggingsverktøy kan gi grunn til for det første å stille spørsmål ved om det er grundig nok slik det nå foretas klinisk. For det andre kan en også stille spørsmål ved om dette er tilstrekkelig når de i intervjuet sier at pasientene er lite «flyttbare». Dette vil derfor i tillegg gi begrenset mulighet for eventuelt å gjøre undersøkelse av svelgefunksjon utenfor institusjonen. De uttrykker riktignok at de har større oppmerksomhet rundt vektscreening og underernæring, noe som igjen har sammenheng med og forekommer hyppigere dersom pasienten har dysfagi (Cederholm sitert i Svensson, 2010, s.121).

Innbakt i begrepet spesialist ligger en forventning om å finne spisskompetansen på området. Spisskompetanse er ifølge Willumsen spesialisering utover grunnutdanningen som gir en spesifikk og smal kompetanse. Den kan også skyldes lang erfaring og kompetanse gjennom praksis på området (Willumsen, 2009). Spesialisthelsetjenesten og langtidsavdelingen har ulik sammensetning av pasienter og som følge av dette ulik tilnærming.

Intervensjon med høynet logoped-faglig ekspertise til slagpasienten med dysfagi i spesialisthelsetjenesten vil være både kompenserende og også rehabiliterende og bestå av tiltak som tar sikte på å normalisere motorisk og sensorisk kontroll av svelgemuskulatur i tillegg til den adaptive tilnærmingen.

Informantene innen rehabilitering kommune peker på at de nettopp *skal* ha tid og god bemanning. Det ligger i oppdraget deres som er rehabilitering. De peker på at grunnbemanningen deres er sykepleiere, lege, helsefagarbeidere og assistenter, men at de også har en større andel sykepleiere. De understreker at deres helsefagarbeidere er faglærte og har god kompetanse.

### 5.2.2 Samarbeid – monofaglig eller tverrfaglig

Et hovedfunn, som i og for seg ikke er veldig overraskende, var at informantene på fylkesnivå innenfor rehabilitering beskrev et bredt teambasert samarbeid også rundt pasienten med dysfagi. Teambegrepet har høy kollektivitet og tverrfaglige representanter fra ulike fag eller profesjoner (Lauvås & Lauvås, 2004).

Dette ligger i anbefaling for god slagrehabilitering (Indredavik, 2010). Informantene nevnte åtte ulike faggrupper som var representert i teamet. Representasjon i seg selv trenger ikke å

bety det samme som at de har en tverrfaglig tilnærming. Lauvås og Lauvås (Lauvås, 2004) snakker om en flerfaglig tilnærming som noe annet enn tverrfaglighet. Arbeides det flerfaglig jobber «fagene» side om side og er mindre teambaserte og samstemte i ønsket måloppnåelse. Informantene ved sykehuset trakk frem manglende tverrfaglig epikrise som en utfordring.

Ved at kun sykepleiere og helsefagarbeider jobber sammen ved sykehjemmet, kan det være mindre fokus på dysfagi enn om det var ansatte ved avdelingen som benyttet andre «fagbriller». Mye i informantene ved langtidsavdelingens utsagn kan peke i retning av at de var alene både i ernæringsarbeidet og i forhold dysfagi, og at de opplevde lite involvering fra lege. Istedenfor tverrfaglige team, hadde de en samarbeidsform som kan betegnes som Funksjonsorienterte team (Lauvås og Lauvås, 2004). Disse består utelukkende av aktører fra samme yrkesgruppe eller samme funksjon. En slik monofaglig organisering, der sykepleier og leger arbeider tett sammen, men samtidig er atskilt organisatorisk og fysisk, er det lange tradisjoner for innen helsevesenet og ansettelse av andre mindre «kjente» faggrupper kan utfordre den tradisjonelle tenkning og kultur (Just & Nordentoft, 2012). En innvending er at det tverrfaglige samarbeidet innen geriatrien ivaretas godt nok av samarbeid mellom lege og sykepleier og helsefagarbeider. Deltakelse fra flere faggrupper er heller ingen garanti for at disse har adekvate kvalifikasjoner og kunnskap om dysfagi og kan kartlegge og avlaste kjernen av personell ved sykehjem. Svensson stiller spørsmål ved om ikke kompetanse på dette området bør styrkes ved flere av profesjonenes grunnutdanning (Svensson, 2010 s.146).

Svensson peker på at det til tross for manglende store, randomiserte undersøkelser på området er viktig å forebygge og behandle svelgevansker (Svensson, 2010). Det finnes en del undersøkelser som handler om hvordan tannhelse ivaretas innenfor eldreomsorgen som jeg mener kan være verdt å trekke inn da de indikerer at større grad av tverrprofesjonelt samarbeid kan gi gode resultater og bedret helse hos en sårbar gruppe (Karlsen & Brunborg, 2017; Matri, Willumsen & Fjeld, 2015). Matri et al. antyder at involvering av flere helsefaggrupper kan bidra til å opprettholde god oralhelse, som får positive ringvirkninger og fører til en mer helhetlig tenkning rundt pasientens behov for ivaretagelse. Dysfagi og oralhelse har flere krysningspunkter, så det kan være grunn til å anta at en ville kunne finne liknende positiv effekt av at helsepersonell kunne gå bort fra den tradisjonelle monofagligheten til større tverrfaglighet også blant de eldste pasientene.

### *5.2.3 Informasjonsflyt og samarbeid mellom tjenestenivåer*

En finner godt samsvar i uttalelsene mellom rehabilitering kommune og rehabilitering sykehus i forhold til hvordan de oppfatter samarbeidet. Det kunne virke som om informantene

fra 2. linjetjenesten merket mindre til politisk styrte endringer, mens 1. linjetjenesten opplevde at Samhandlingsreformen hadde medført store endringer. Empirien i oppgaven avslører ikke store sprik i hvordan de opplevde informasjonsflyten mellom dem. På kommunenivå ga informantene uttrykk for at de etter samhandlingsreformen hadde opplevd en bedring av rutiner og samarbeid knyttet til sømløse overganger. Fra fylkesnivå var informantene opptatt av å videreformidle god kunnskap, og var seg bevisst at de også hadde et opplæringsansvar gjennom det ambulerende teamet.

Empirien kan peke i retning av at det likevel er en gruppe som stiller svakere ved denne overgangen, og det er de eldste, det vil si dem som ikke er i arbeidsfør alder. Det oppstod noe uenighet blant informantene ved spesialisthelsetjenesten om dette punktet. Utsagn fra sykehjem kan også tyde på at de ikke samarbeider nært med 2. linjetjenesten. De opplyste samtidig at pasientene sjelden kommer direkte til dem, men er innom et annet rehabiliteringstilbud i kommunen først.

#### *5.2.4 Samarbeid og matfaglig kompetanse*

Et område ved det tverrfaglige samarbeidet som var sammenfallende med langtidsavdelingen og rehabiliteringssykehus, var at de begge savnet et nærere samarbeid med kjøkkenet. De mente at dette var et område med stort forbedringspotensial. I forbindelse med samhandlingsreformen fikk vi en revisjon av Statens ernæringsråds retningslinjer for kostholdet ved helseinstitusjoner, og Kosthåndboken ble utgitt med en intensjon om «å forebygge mer og behandle mindre». I innledningen til denne skrives det om at rett mat til rett pasient til rett tid krever kompetanse og samarbeid på flere nivåer. Godt tverrfaglig samarbeid og tydelig ansvarsfordeling er avgjørende for å lykkes med ernæringsarbeidet. Ledelsen har et overordnet ansvar for planlegging og oppfølging (Arsky, 2012, s.3). Spesielt når maten skal tilpasses pasienter med dysfagi, kan det ifølge informantene se ut som om en har en vei å gå før en er i mål med ernæringsarbeidet. Det var likevel én gruppe av informanter som var mer positive, og det var dem innen rehabilitering kommune. Der hadde de eget, samlokalisert kjøkken, og opplevde det de kalte «god, kortreist mat» og et nært tverrfaglig samarbeid.

#### 5.3 [Læring/opplæring- mer kunnskap ja takk!](#)

Informantene i 1. linjetjenesten manglet verktøy for systematisk screening for dysfagi. De kjente heller ikke til at det var arrangert fagdager med dysfagi som tema. Det informantene ved sykehjemmet ga uttrykk for, kan tyde på at det først og fremst foregår læring i det

daglige, kliniske arbeid, gjennom samarbeid med kolleger i arbeidsfellesskap, og i mindre grad genereres kunnskap gjennom deltakelse på fagdager, kurs eller via teori.

Ved rehabilitering kommune brukte de heller ingen formaliserte verktøy for testing av dysfagi, men utsagn peker mot at de var mer evidensbasert, ønsket å utvikle seg, og så nytten av å få tilgang på mer kunnskap på området. Også læring formidlet via en «Kostholdsgruppe» ved arbeidsplassen så de som en mulighet til å få ny kunnskap og læring for personalet.

En utfordring de møtte ved sykehuset var at det til tider ikke var så mange pasienter med alvorlig grad av dysfagi, noe som kunne føre til mindre klinisk arbeid. Arbeidet med dysfagi mente de krevde stadig repetisjon og fornyelse og en «hands-on» tilnærming.

En kan stille spørsmål ved om det i kunnskap om dysfagi er et gap mellom teori og praksis. I daglig, kliniske arbeid er sykepleiere inspirert av og lærer fra sammenhengen, inkludert hverandre, og de er aktive produsenter av kunnskap, ikke bare mottakere av kunnskap. Det fremholdes at det ikke er en kløft «i seg selv» mellom teori og praksisfeltet, men at de er komplementære enheter (Jf. modell Nonoaka og Takeuchi). Det kan tyde på at sykepleierne i praksis «gjorde mye riktig», som ikke bunnet i evidensbasert praksis, som for eksempel utprøving og tilpasning av konsistenser. De ga også uttrykk for at de savnet og ønsket mer kunnskap. Hvordan denne kunnskap skapes og best implementeres, blir et annet spørsmål. Informantene sa at de trodde den tverrfaglige «Kostholdgruppa» kunne være et sted å starte. Jensen (Jensen, 2009a) skriver i sin doktoravhandling om å skape et kommunikativt rom. Et rom der en skaper en norm som kan hjelpe sykepleiere, hjelpepleiere og assistenter å få øye på detaljer av betydning for ny og bedre handling (Jensen, 2009a, s.273). Med en endring i oppmerksomheten hos helsepersonell også på sykehjem, kan en internalisere kunnskapen rundt dysfagi, og de vil utvikle klinisk skjønn og fornemmelse til å se med «(dys)fag(i)brillene» på og øke sin forståelse. Blåka og Filstad (2007) peker på at tenkning og handling er integrerte aktiviteter og kunnskapssamtalen mellom taus og eksplisitt kunnskap utgjør selve essensen i kunnskapsskaping.

Med øye for at dysfagi ofte går under betegnelsen «en skjult vanske», blir nettopp forståelse og kunnskap viktig på alle nivåer i behandlingsskjeden. Informantene ved sykehjem grunngir mangel på oppmerksomhet med at pasientene er multisyke, men ifølge Baijens og kolleger gir dette grunn til å rette ekstra oppmerksomhet mot dysfagi hos denne aldersgruppa, til tross for at det er assosiert med stor komorbiditet og dårlig prognose. Nettopp av den grunn trenges en

flerdimensjonal tilnærming med standardiserte testmetoder og jevnlig overvåking for å hindre komplikasjoner knyttet til dysfagi (Baijens et al., 2016).

#### 5.4 Konklusjon og veien videre

Empirien som fremkommer i oppgaven viser at det er svært stor diskrepans mellom de ulike institusjonene som deltar i min undersøkelse i forhold til bruk av tverrfaglighet rundt dysfagi. Skal tverrfaglighet realiseres i praksis, og ikke kun bli stående som tomme honnørord, avhenger mye av gode rammer. I forhold til dysfagi kan mye peke i retning av at det også er behov for bedre individuell kompetanse hos helsepersonell som jobber med denne pasientgruppen, særlig i forhold til den eldre slagpasienten og særlig innen 1. linjetjenesten.

Min oppgave peker i retning av at det kunne være ønskelig med større tverrfaglig bredde og samarbeid innen alle deler av behandlingskjeden, ikke bare knyttet til rehabilitering der den tverrfaglige tankegang og arbeidsform er best kjent og implementert.

Dersom en ønsker større kunnskap om dysfagi på alle nivå, blir det viktig at eksplisitt kunnskap og faglig oppdatering går hånd i hånd med praksisnær tilnærming og klinisk erfaring.

Logopedens kompetanse på dysfagi vil, sett i lys av denne oppgaven, kunne gi et viktig bidrag



## 6 Kilder

- Arsky, G., Arntzen, R., Berg, O., Bjørnstad, E., Brantsæter, A. & Bye, A. (2012). *Kosthåndboken-Veileder i ernæringsarbeid i helse-og omsorgstjenesten*. Oslo: Helsedirektoratet, 2012.
- Baijens, L., Clavé, P., Cras, P., Ekberg, O., Forster, A., Kolb, G., . . . Walshe, M. (2016). European Society for Swallowing Disorders - European Union Geriatric Medicine Society white paper: oropharyngeal dysphagia as a geriatric syndrome. *Clinical Interventions in Aging*, 1403-1428.
- Blåka, G. & Filstad, C. (2007). *Læring i helseorganisasjoner*. Oslo: Cappelen.
- Brodtkorb, K. (2008). Ernæring, mat og måltider. *Geriatrisk sykepleie God omsorg til den gamle pasienten, 1*.
- Carlsen, K.E. (2016). Old people become ill because of poor oral hygiene *Eldre blir syke av dårlig tannhelse*.
- Eide, H.D., Halvorsen, K. & Almendingen, K. (2015). Barriers to nutritional care for the undernourished hospitalised elderly: perspectives of nurses. *Journal of clinical nursing*, 24(5-6), 696-706.
- Forster, A., Samaras, N., Gold, G. & Samaras, D. (2011). Oropharyngeal dysphagia in older adults: A review. *European Geriatric Medicine*, 2(6), 356-362. doi:10.1016/j.eurger.2011.08.007
- Ha, L., Iversen, P.O. & Hauge, T. (2008). Ernæring til eldre med akutt hjerneslag. *Tidsskrift for Den norske legeförening*, 128(17), 1946-1950.
- Helsedirektoratet. (2009). Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring. Hentet 20.04, 2019, fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/916/Nasjonal-faglig-retningslinje-for-forebygging-og-behandling-av-underernering-IS-1580.pdf>
- Helsedirektoratet. (2019a). Hjerneslag - pakkeforløp (fase 2). Hentet 30.04, 2019, fra <https://helsedirektoratet.no/horinger/hjerneslag-pakkeforlop-fase-2#h%C3%B8ringsinnspill>
- Helsedirektoratet. (2019b). Kompetanseløft 2020. Hentet 08.05, 2019, fra <https://www.helsedirektoratet.no/om-oss/forsoksordninger-og-prosjekter/kompetanseloft-2020>
- Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell (LOV-1999-07-02-64). fra [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL\\_2#%C2%A74](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_2#%C2%A74)
- Indredavik, B. (2010). *Nasjonal retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag* Nasjonale faglige retningslinjer (Helsedirektoratet),
- Jacobsen, A.V. (2008). *"Med klump i halsen?" : en kvantitativ undersøkelse om norske logopeders erfaring med dysfagi*
- Jensen, L.H. (2009a). Kvalitetsutvikling i pleie-og omsorgstjenestene i sykehjem og hjemmebaserte tjenester–muligheter og begrensninger. Et praktisk deltagende aksjonsforskningsprosjekt.
- Jensen, L.H. (2009b). *Svelgetesting ved akutt hjerneslag : konsensusrapport* Rapporter (Høgskolen i Buskerud : online), Vol. nr 68.
- Juul, H. (2010). *God ernæringspraksis? En kvalitativ studie av forhold som hemmer og fremmer implementeringen av ernæringscreeningverktøyet NRS 2002 i sykehus* (Masteroppgave), Universitetet i Oslo.
- Just, E. & Nordentoft, H.M. (2012). *Tverrfaglig praksis*. København: Hans Reitzel.
- Kjærsgaard, A. (2005). *Ansigt, mund og svelg*: Munksgaard Danmark.

- Kumlien, S., Axelsson, K., Ljunggren, G. & Winblad, B. (1999). Stroke patients ready for discharge from acute care- a multi-dimensional assessment of functions and further care. *Disability and Rehabilitation*, 21(1), 31-38. doi:10.1080/096382899298070
- Kvale, S. (2015). Det kvalitative forskningsintervju (3. utgave). Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Kvale, S. & Brinkmann, S.(2009). *Det kvalitative forskningsintervju*, 2.
- Kvilhaugsvik, B. & Husøy, G. (2017). Må samarbeide mer på tvers. *Tidsskriftet sykepleien*(3), 64-67.
- Lauvås, K. & Lauvås, P. (2004). *Tverrfaglig samarbeid : perspektiv og strategi* (2. utg. utg.). Oslo: Universitetsforl.
- Martino, R., Foley, N., Bhogal, S., Diamant, N., Speechley, M. & Teasell, R. (2005). Dysphagia After Stroke: Incidence, Diagnosis, and Pulmonary Complications. *Stroke*, 36(12), 2756-2763. doi:10.1161/01.STR.0000190056.76543.eb
- Miles, A., Friary, P., Jackson, B., Sekula, J. & Braakhuis, A. (2016). Simulation-Based Dysphagia Training: Teaching Interprofessional Clinical Reasoning in a Hospital Environment. *Dedicated to advancing the art and science of deglutology*, 31(3), 407-415. doi:10.1007/s00455-016-9691-0
- Morris, H. (2006). Dysphagia in the elderly - a management challenge for nurses. *British Journal of Nursing*, 15(10), 558-562. doi:10.12968/bjon.2006.15.10.21132
- Norsk Logopedlag. Yrkesetiske retningslinjer for medlemmer i Norsk Logopedlag. Hentet 30.04, 2019, fra <https://norsklogopedlag.no/yrkesetiske>
- Norsk sykepleierforbund. (2016). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>
- Olsson, C.B., Friden, C., Nilsson-Wikmar, L. & Rydwik, E. (2015). Interprofessional learning in a primary healthcare context. *Physiotherapy*, 101, e1138.
- Ronning, O.M., Thommassen, L. & Russell, D. (2007). MEDISIN OG VITENSKAP-Tema: Hjerneslag-Kvalitetsindikatorer for behandling av akutt hjerneslag. *Tidsskrift for den Norske Laegeforening*, 127(9), 1219-1223.
- Rosvinge, J.H., Larsen, E., Skårderud, F. & Thune-Larsen, K.-B. (2004). Klinisk kompetanse i psykisk helsevern: Hva er det, og hvordan kan det læres? *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 41(9), 706-712.
- Rosness, T.A. (2016). De ensomme legene. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 136(2), 103-103. doi:10.4045/tidsskr.16.0055
- Samhandlingsreformen, H. (2009). Rett behandling–på rett sted-til rett tid, St. meld. nr. 47 (2008-2009). *Helse-og omsorgsdepartementet*.
- Sjögren, P., Nilsson, E., Forsell, M., Johansson, O. & Hoogstraate, J. (2008). A Systematic Review of the Preventive Effect of Oral Hygiene on Pneumonia and Respiratory Tract Infection in Elderly People in Hospitals and Nursing Homes: Effect Estimates and Methodological Quality of Randomized Controlled Trials. *Journal of the American Geriatrics Society*, 56(11), 2124-2130. doi:10.1111/j.1532-5415.2008.01926.x
- Smith-Tamaray, M., Wilson, L. & McAllister, L. (2011). Factors affecting dysphagia management and compliance with recommendations in non-metropolitan healthcare settings. *International journal of speech-language pathology*, 13(3), 268-279.
- Smithard, D. (2015). Dysphagia: prevalence, management and the community nurse. *Community Practitioner*, 88(10), 32-35.
- Storvik, A.G. Disse får ikke autorisasjon som helsepersonell. *Dagens Medisin*. Hentet 08.05, 2019, fra <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2014/07/08/disse-far-ikke-autorisasjon-som-helsepersonell/>
- Sura, L., Madhavan, A., Carnaby, G. & Crary, M.A. (2012). Dysphagia in the elderly: management and nutritional considerations. *Clinical interventions in aging*, 7, 287.

- Svensson, P. (2010). *Dysfagi : utredning och behandling vid sväljningssvårigheter*. Lund: Studentlitteratur.
- Tjora, A. (2017). *Kvalitativ forskningsmetode i praksis*. 3. utgave Oslo. *Gyldendal Akademiske*.
- Tjora, A.H. (2018). *Viten skapt : kvalitativ analyse og teoriutvikling*. Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Willumsen, E. (2009). Tverrprofesjonelt samarbeid i praksis og utdanning i helse-og sosialsektoren. I E. Willumsen (Red.). *Tverrprofesjonelt samarbeid i praksis og utdanning*, 16-32.
- Willumsen, E. & Sirnes, T. (2014). Nye samarbeidsformer-et samfunnsoppdrag. I E. Willumsen & A. Ødegård (red.). *Tverrprofesjonelt samarbeid-et samfunnsoppdrag*, 19-29.
- Willumsen, E. & Ødegård, A. (2016). *Tverrprofesjonelt samarbeid : et samfunnsoppdrag* (2. utg. utg.). Oslo: Universitetsforl.

## 7 Vedlegg

### Vedlegg 1

Forespørsel om å delta i en intervjustudie

*«Fra tallerken til magesekk - tverrprofesjonelt og tverrretatlig samarbeid om dysfagi til pasientens beste»*

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke hvordan det tverrfaglige samarbeidet rundt pasienter med dysfagi oppleves av helsepersonell på sykehus og innen kommunal omsorg. I dette skrevet gir jeg deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

#### ***Bakgrunn og formål***

Jeg studerer logopedi ved NTNU i Trondheim, og holder nå på med den avsluttende masteroppgaven. Tema for oppgaven er knyttet til tverrprofesjonelt samarbeid om dysfagi hos slagrammede innen geriatrien. Jeg ønsker derfor å gjøre intervjuer både innen spesialisthelsetjeneste og kommunal eldreomsorg.

#### ***Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?***

Som masterstudent ved NTNU, står NTNU som ansvarlig for dette prosjektet.

#### ***Hvorfor får du spørsmål om å delta?***

Jeg henvender meg til deg som leder av institusjonen med ønske om at 3- 4 av dine ansatte som gjennom sin yrkesutøving har erfaring knyttet til spise- og svelgevansker/ dysfagi, har mulighet til å bidra til mitt masterprosjekt ved å delta i et intervju om dette tema. Samtalen vil bli tatt opp, for deretter å bli transkribert og analysert.

#### ***Hva innebærer det å delta?***

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at du som deltaker, i form av en samtale med på forhånd utarbeida spørsmålene, kan bidra med å beskrive, ut fra egen opplevelse og erfaringer, dine synspunkter og holdninger rundt tema dysfagi og tverrfaglig samarbeid rundt dette i eget arbeid.

Intervjuet vil vare fra en halv til en klokke, og opplysningene som fremkommer i løpet av samtalen vil bli registrert i form av lydopptak

#### ***Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger***

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Det er kun jeg og mine veiledere som vil ha tilgang til den transkriberte teksten. Personlige opplysninger og transkribert tekst vil bli lagret i egne, passordbeskyttede mapper. Lydopptak gjøres på en separat enhet som ikke er koblet til internett

#### ***Det er frivillig å delta***

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

Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli makulert.

#### ***Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?***

Lydopptak og transkribert tekst vil bli makulert når prosjektet avsluttes i juni 2019.

Hvis jeg i oppgaven refererer til spesifikke utsagn, vil dere som deltakere kunne kjenne igjen innhold og utsagn. Det vil i masteroppgaven likevel ikke være mulig å identifisere hvem som sa hva av andre enn deltakerne som var tilstede under intervjuet.

#### **Dine rettigheter**

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

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

#### **Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?**

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

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

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

- Student Marit Mo Grimdalen, telefon 90985708 e-post: [mgrimdalen@yahoo.no](mailto:mgrimdalen@yahoo.no)
- Veileder Monica Norevik e-post: [monica.norvik@iln.uio.no](mailto:monica.norvik@iln.uio.no)
- Biveileder Ingvild Røste e-post: [ingvild.roste@hotmail.com](mailto:ingvild.roste@hotmail.com)
- Thomas Helgesen, personvernombud NTNU.
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost ([personvernombudet@nsd.no](mailto:personvernombudet@nsd.no)) eller telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Marit Mo Grimdalen

---

#### **Samtykkeerklæring**

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «*Fra tallerken til magesekk - tverrprofesjonelt og tverretattlig samarbeid om dysfagi til pasientens beste*», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i intervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, i juni 2019.

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

## Vedlegg 2

### INTERVJUGUIDE – KOMMUNE /SYKEHUS

#### **I. Innledende spørsmål –bakgrunnsinformasjon**

1. Tittel, stilling, fagbakgrunn/utdannelse, rolle

De som deltar på fokusgruppeintervjuet, vil få informasjon om at jeg ønsket en samtale om følgende temaer:

#### **II. Kartlegging, Screening og overvåking**

#### **III. Samlet tverrprofesjonell kompetanse om dysfagi**

#### **IV. Kunnskapsoverføring, opplæring og mestring**

#### **V. Avslutning/Oppsummering**

Da nærmer vi oss slutten på intervjuet, men før vi avslutter vil jeg bare forsikre meg om:

- Har jeg fått med meg alt - er det noe jeg har glemt å spørre om eller som du tenker jeg burde spurt om?
- Er det noe mer du har lyst til å si?

Tusen takk for at du tok deg tid til å delta i intervjustudien

## Vedlegg 3

4.5.2019

Meldeskjema for behandling av personopplysninger

# NSD NORSK SENTER FOR FORSKNINGSDATA

### NSD sin vurdering

#### Prosjekttittel

Hvordan jobber logopeder og andre helsefagarbeidere tverrprofesjonelt i møtet med pasienter med dysfagi

#### Referansenummer

237715

#### Registrert

07.11.2018 av Marit Mo Grimdalen - maritmg@stud.ntnu.no

#### Behandlingsansvarlig institusjon

NTNU Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet / Det humanistiske fakultet / Institutt for språk og litteratur

#### Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Monica Norvik, monica.norvik@iln.uio.no, tlf: 4722844908

#### Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

#### Kontaktinformasjon, student

Marit Mo Grimdalen, mgrimdalen@yahoo.no, tlf: 90985708

#### Prosjektperiode

01.11.2018 - 01.06.2019

#### Status

22.01.2019 - Vurdert

#### Vurdering (1)

##### 22.01.2019 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 22.01.2019. Behandlingen kan starte.

#### MELD ENDRINGER

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

<https://meldeskjema.nsd.no/vurdering/5be332f1-c459-48b5-b59e-b9c7b29ed9dd>

1/2

**TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET**

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 01.06.2019.

**LOVLIG GRUNNLAG**

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

**PERSONVERNPRINSIPPER**

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

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

**DE REGISTRERTES RETTIGHETER**

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

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

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

**FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER**

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

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

**OPPFØLGING AV PROSJEKTET**

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

Lykke til med prosjektet!

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