

MASTEROPPGAVE

Emnekode: PE323L

Navn på kandidat: Ida Morgenstjerne

Kandidatnummer: 7

Master i logopedi:

Logopedbehov og -tilgang, i lys av logopedrelaterte vansker. En kvantitativ undersøkelse vedrørende parkinsonisme.

Dato: 14.05.2018

Totalt antall sider: 90

Sammendrag

Parkinson sykdom og parkinsonisme er diagnoser som kjennetegnes av vansker med bevegelse. En del av sykdomsbildet omhandler logopedrelaterte vansker, som dysartri og dysfagi. Formålet med dette prosjektet er å finne ut hvilken tilgang personer med parkinsonisme har til logoped, og hvordan personene selv vurderer sine logopedrelaterte vansker. I tillegg skal det undersøkes i hvilken grad personer med parkinsonisme rapporterer behov for logopedisk hjelp.

Ved hjelp av et elektronisk spørreskjema, fikk medlemmer av Norges Parkinsonforbund mulighet til å rapportere sin tilgang til logoped, sine logopedrelaterte vansker og sitt behov for logopedhjelp. Totalt responderte 622 personer på undersøkelsen, og 594 rapporterte at de har en form for parkinsonisme. Resultatene blir presentert ved hjelp av deskriptiv statistikk og statistisk hypotesetesting.

Det er en større andel respondenter som opplever dysartri enn dysfagi. Resultatene viser at 20,4% av respondentene mottar hjelp fra logoped. Totalt er det 35,5% som mottar eller har mottatt slik hjelp. Av de som ikke mottar hjelp fra logoped, rapporterte 34,5% at de ønsker logopedhjelp og 28,3% vet ikke om de ønsker det. Av de 177 respondentene som ikke ønsker hjelp fra logoped, rapporterte 76,3% at de ikke har vansker som en logoped kan hjelpe de med. Over 50% av alle respondentene rapporterte at de ikke kjenner til sin lovfestede rett til logopedhjelp.

Nøkkelord: Parkinsonisme, Parkinson sykdom, dysartri, dysfagi, logopedtilgang, logopedtilbud.

Abstract

Parkinson's disease and parkinsonism are related to difficulties in movement. Difficulties with speech and swallowing are important parts of these diagnoses. The aim of this study is to discover what kind of access to speech and language therapy people with parkinsonism have, as well as analyzing how they assess their own difficulties with speech and swallowing. This project also seeks to discover how many people with parkinsonism wishes to receive speech and language therapy.

An electronic survey was sent to the members of Norges Parkinsonforbund. Through the survey, respondents described their access to speech therapy and their difficulties with dysarthria and dysphagia. In total, 622 people responded to the survey, and 594 of these respondents had parkinsonism. The results are presented through descriptive statistics and statistical tests.

The results show that dysarthria is more often reported to occur than dysphagia. In total, 35,5% of respondents receive, or have received, help from a speech and language therapist. At the time of the survey, 20,4% received speech and language therapy. Of the respondents that do not receive that kind of help, 34,5% say they would like to, while 28,3% are not sure. Of the 177 respondents who are not interested in receiving speech and language therapy, 76,3% say they have no difficulties a speech and language therapist can help with. In total, over 50% of respondents say they don't know about their right to speech and language therapy

Keywords: Parkinsonism, Parkinson's Disease, dysarthria, dysphagia, access to speech and language therapy

Forord

Etter to spennende år ved logopediutdanningen ved Nord Universitet, har det vært utrolig interessant å kunne fordype seg i ett tema. Gjennom oppgaven har jeg fått mulighet til å undersøke logopedtilgangen til personer med parkinsonisme, samt undersøke hvilke logopedrelaterte vansker som rapporteres hyppigst. Det har vært en stor motivasjonsfaktor å kunne bidra med forskning som *kan ha* innvirkning på den fremtidige logopedtilgangen til personer med parkinsonisme.

En stor takk går til alle de som har tatt seg tid til å svare på spørreundersøkelsen, og som har bidratt til å belyse logopedtilbudet til personer med parkinsonisme. Jeg ønsker også å rette en stor takk til Norges Parkinsonforbund. Det hadde ikke vært mulig å gjennomføre dette prosjektet uten deres støtte og hjelp.

En spesiell takk går til mine veiledere, Karianne Berg og Øyvind Jacobsen Bjørkås. Jeg setter stor pris på deres positive holdning til prosjektet, fra dag én. Dere har gitt meg gode og konstruktive tilbakemeldinger, som har vært av essensiell betydning for prosjektets sluttresultat.

Til slutt ønsker jeg å gi en stor takk til verdens beste familie. Takk for kjøring, boplass, lynkurs i engelsk og mye omsorg, i to travle år. Eirik og mamma, mine største kritikere og samtidig mine aller beste støttespillere. Dere har vært mer tålmodig enn det som kan forventes, og jeg setter utrolig stor pris på dere.

Tromsø, mai 2018

Ida

Innholdsfortegnelse

Sammendrag.....	ii
Abstract	iii
Forord	iv
Innholdsfortegnelse	vi
Tabell.....	ix
Figur	ix
Tekstboks	ix
1. Innledning.....	1
1.1 Formål	1
1.2 Problemstilling	1
1.3 Presisering og avgrensing av oppgaven	3
2. Teoretisk bakgrunn.....	4
2.1 Begrepsavklaring.....	4
2.1.1 Parkinson sykdom	4
2.1.2 Parkinsonisme	5
2.2 Parkinson sykdom og logopedrelaterte vansker.....	5
2.2.1 Dysartri.....	6
2.2.2 Dysfagi	7
2.3 Hvordan vurderer personer med Parkinson sykdom sine logopedrelaterte vansker?	8
2.4 Hvilken tilgang til logoped har personer med Parkinson sykdom?	8
2.5 Lovverk tilknyttet Parkinson sykdom og logopedhjelp	9
3. Metode.....	11
3.1 Vitenskapelig tilnærming	11
3.2 Design: Deskriptiv tverrsnittundersøkelse.....	12
3.3 Utvalg	12
3.3.1 Utvalgsriterier.....	13
3.3.2 Utvalgsprosedyre og bortfall	13
3.4 Datainnsamling.....	14
3.4.1 Utforming av hypoteser.....	14
3.4.2 Spørreundersøkelse	14

3.4.3	Utforming av spørreskjema	15
3.4.4	Samtykke og lagring av datamaterialet	16
3.5	Analyse av data	16
3.5.1	Hypotesetesting og statistisk analyse	16
3.5.2	Bearbeiding av datamaterialet	17
3.5.3	Koding av variabler	17
3.6	Reliabilitet	18
3.7	Validitet	19
3.7.1	Begrepsvaliditet	19
3.7.2	Konklusjonsvaliditet	21
3.7.3	Intern og ekstern validitet	21
3.8	Etiske betraktninger	22
4.	Resultater	23
4.1	Deskriptiv statistikk	23
4.1.1	Utvalget	23
4.1.2	Motta og ønske om logopedhjelp	25
4.1.3	Ikke ønske om logopedhjelp	30
4.1.4	Lovfestet rett til hjelp fra logoped	31
4.2	Hypotesetesting	31
4.3	Åpne spørsmål	37
4.4	Sammenfatning av resultater	40
5.	Drøfting	42
5.1	Innledende refleksjoner	42
5.2	Utvalget	43
5.3	Logopedrelaterte vansker	43
5.4	Motta og ønske om logopedhjelp	45
5.4.1	Mottar logopedhjelp	45
5.4.2	Ønske om logopedhjelp	46
5.4.3	Hypotesetesting for «mottar logopedhjelp» og «ønsker logopedhjelp»	47
5.6	Ikke ønske om logopedhjelp	51

5.7 Lovfestet rett til hjelp fra logoped.....	52
5.7.1 Hypotesetesting for «mottar logopedhjelp» og «kjenne til sin lovfestede rett».....	53
5.8 Resultatenes overførbarhet og nytteverdi.....	54
6. Avslutning	56
Litteraturliste	57
Vedlegg	61

Tabell

Tabell 1. Alder og antall år siden parkinsonismediagnose.....	24
Tabell 2. Logopedrelaterte vansker 1	25
Tabell 3. Logopedrelaterte vansker 2.....	25
Tabell 4. Mottar hjelp fra logoped og antall innbyggere i bostedskommunen	27
Tabell 5. Ønsker hjelp fra logoped og antall innbyggere i bostedskommunen.....	27
Tabell 6. Mottar hjelp fra logoped og bostedsfylke	28
Tabell 7. Ønsker hjelp fra logoped og bostedsfylke.....	29
Tabell 8. Ingen vansker som logoped kan hjelpe med og antall år siden parkinsonismediagnose	30
Tabell 9. Kjenne til lovfestet rett til logoped	31
Tabell 10. Hypotesetesting 1	31
Tabell 11. Hypotesetesting 2.....	32
Tabell 12. Hypotesetesting 3.....	32
Tabell 13. Hypotesetesting 4.....	33
Tabell 14. Hypotesetesting 5	35
Tabell 15. Hypotesetesting 6.....	36
Tabell 16. Hypotesetesting 7.....	37

Figur

Figur 1. Utvalgets kjønnsfordeling.....	23
Figur 2. Frekvens for «mottar hjelp fra logoped»	26
Figur 3. Frekvens for «Ønsker du hjelp fra logoped per i dag?»	26

Tekstboks

Tekstboks 1. Logopedhjelp til andre vansker.....	37
Tekstboks 2. Andre årsaker til at det ikke ønskes hjelp fra logoped.....	38
Tekstboks 3. Informasjon om den lovfestede retten til logopedhjelp.	39
Tekstboks 4. Logopedhjelpens påvirkning på individet.....	40

1. Innledning

Parkinson sykdom og parkinsonisme er diagnoser som kan preges av flere logopedrelaterte vansker. Forskning viser at et flertall av disse personene vil oppleve vansker med dysartri og/eller dysfagi (Hartelius, 2008, s. 403; Schulz, 2002, s. 1359; Ho et al., 1999, s. 134; Miller et al., 2009, s. 1049). Hvor mange av disse som mottar hjelp fra logoped er fortsatt uklart. I andre land har flere studier vist at alt fra 3% til 20% av personer med Parkinson sykdom har mottatt hjelp fra logoped (Hartelius & Svensson, 1994, s. 9; Noble et al., 2006, s. 324). Med tanke på at slike studier ikke har blitt utført i Norge, er det vanskelig å si noe om hvilken tilgang til logoped, personer med parkinsonisme har til. Det som er essensielt å finne ut av, er om de som ikke mottar hjelp fra logoped, likevel ønsker slik hjelp.

Som logopedstudent har jeg ofte hørt «det er alt for få logopeder!». På bakgrunn av denne påstanden, ønsker jeg å finne mer ut om personer med parkinsonisme sine logopedrelaterte vansker, i hvilken grad de ønsker hjelp til disse vanskene og om de har tilgang på denne hjelpen.

1.1 Formål

Formålet med dette prosjektet er å finne ut hvilken tilgang personer med parkinsonisme har til logoped og hvordan personene selv vurderer sine logopedrelaterte vansker. I tillegg skal det undersøkes i hvilken grad personer med parkinsonisme rapporterer behov for logopedhjelp.

1.2 Problemstilling

Med utgangspunkt i prosjektets formål, ble oppgavens primære problemstilling som følger:

1. Hvilket logopedtilbud har personer med parkinsonisme tilgang til, og hvordan vurderer de sine logopedrelaterte vansker og behovet for logopedhjelp?

For å kunne besvare problemstillingen best mulig, har jeg formulert fire forskningsspørsmål:

- Hvilken tilgang til logopedisk hjelp har personer med parkinsonisme?
- Hvor stor andel av personer med parkinsonisme mottar eller ønsker å motta logopedisk hjelp?
- Hvordan vurderes logopedhjelpen som mottas?
- Hvilke logopedrelaterte vansker opplever personer med parkinsonisme?
- I hvilken grad har de behov for logopedrelatert hjelp?

Med utgangspunkt i problemstillingen og forskningsspørsmålene har jeg utformet følgende hypoteser:

1. Nullhypotese: Det er ikke en større andel personer som mottar logopedisk hjelp i fylker sør for Sør-Trøndelag, enn i resten av landet.

Alternativ hypotese: Det er en større andel personer som mottar logopedisk hjelp i fylker sør for Sør-Trøndelag, enn i resten av landet.

2. Nullhypotese: Det er ikke en større andel personer som ønsker logopedisk hjelp i Sør-Trøndelag eller fylker nord for Sør-Trøndelag, enn i resten av landet.

Alternativ hypotese: Det er en større andel personer som ønsker logopedisk hjelp i Sør-Trøndelag eller fylker nord for Sør-Trøndelag, enn i resten av landet.

3. Nullhypotese: Det er ikke en større andel personer som mottar logopedisk hjelp i kommuner med 5000 eller flere innbyggere, enn i kommuner med færre innbyggere.

Alternativ hypotese: Det er en større andel personer som mottar logopedisk hjelp i kommuner med 5000 eller flere innbyggere, enn i kommuner med færre innbyggere.

4. Nullhypotese: Det er ikke en større andel personer som ønsker logopedisk hjelp i kommuner med mindre enn 5000 innbyggere, enn i kommuner med 5000 eller flere innbyggere.

Alternativ hypotese: Det er en større andel personer som ønsker logopedisk hjelp i kommuner med mindre enn 5000 innbyggere, enn i kommuner med 5000 eller flere innbyggere.

5. Nullhypotese: Det er ikke en større andel personer som mottar logopedisk hjelp når de graderer logopedrelaterte vansker til å opptre «ofte, svært ofte eller alltid», enn når de graderer vanskene til å opptre «aldri eller av og til».

Alternativ hypotese: Det er en større andel personer som mottar logopedisk hjelp når de graderer logopedrelaterte vansker til å opptre «ofte, svært ofte eller alltid», enn når de graderer vanskene til å opptre «aldri eller av og til».

6. Nullhypotese: Det er ikke en større andel personer som ønsker logopedisk hjelp når de graderer logopedrelaterte vansker til å opptre «ofte, svært ofte eller alltid», enn når de graderer vanskene til å opptre «aldri eller av og til».

Alternativ hypotese: Det er en større andel personer som ønsker logopedisk hjelp når de graderer logopedrelaterte vansker til å opptre «ofte, svært ofte eller alltid», enn når de graderer vanskene til å opptre «aldri eller av og til».

7. Nullhypotese: Det er ikke en større andel personer som mottar logopedhjelp når de kjenner til sin lovfestede rett til logoped, enn når de ikke kjenner til sin lovfestede rett.

Alternativ hypotese: Det er en større andel personer som mottar logopedhjelp når de kjenner til sin lovfestede rett til logoped, enn når de ikke kjenner til sin lovfestede rett.

1.3 Presisering og avgrensing av oppgaven

Det finnes lite forskning på fellesbetegnelsen parkinsonisme, i tilknytning til logopedrelaterte vansker. Denne oppgaven vil derfor i hovedsak ta for seg forskning og teori tilknyttet Parkinson sykdom. Parkinson sykdom er årsak til flest tilfeller av parkinsonisme (Dawson, 2000, s. 263), og det kan derfor tenkes at forskning på denne sykdommen vil kunne gjenspeile en stor andel av personer med parkinsonisme.

Hvert kapittel i denne oppgaven vil ha en kort innledning. Oppgaven vil redegjøre for de logopedrelaterte vanskene tilknyttet parkinsonisme. Den vil også redegjøre for hvilken tilgang personer med parkinsonisme har til logoped, samt om de har behov for logoped. Foreliggende teori og undersøkelsens resultater, blir drøftet i siste del av oppgaven.

Oppgaven skal omhandle i hvilken grad personer med parkinsonisme har tilgang til logoped, og hvordan de vurderer sine logopedrelaterte vansker og behov. Utvalget og hypotesene omhandler *personer med parkinsonisme som er medlemmer av Norges Parkinsonforbund*. Videre i teksten vil begrepet *parkinsonisme* bli brukt som en betegnelse for disse medlemmene. Det som menes med logopedtilgang, er i hvilken grad de kjenner til sin rett til logoped og i hvilken grad de mottar logopedhjelp. Når det gjelder hvordan de vurderer sine vansker og behov, vil det ta utgangspunkt i deres egne vurderinger av vanskenes hyppighet og i hvilken grad de ønsker hjelp fra logoped. For å avgrense oppgaven vil det ikke bli gjort rede for årsaksforklaringer til Parkinson sykdom og de ulike logopedrelaterte vanskene. Det blir heller ikke gjort rede for logopedrelaterte tiltak rettet mot de aktuelle vanskene og denne klientgruppen.

2. Teoretisk bakgrunn

Dette kapittelet gir et innblikk i relevant teori vedrørende parkinsonisme og logopedrelaterte vansker. Jeg skal se nærmere på definisjonen av Parkinson sykdom og parkinsonisme, samt gjennomgå relevant litteratur vedrørende vanskene dysartri og dysfagi. Hvordan slike vansker kan påvirke livskvalitet og hvordan personer med Parkinson sykdom vurderer sine vansker, vil tematiseres i kapittelet. I de siste delkapitlene skal det ses nærmere på tilgangen til logoped for personer med Parkinson sykdom, samt hvilket lovverk som kan være gjeldene for personer med parkinsonisme og logopedi.

2.1 Begrepsavklaring

I innledningen av denne oppgaven har begrepene *parkinsonisme* og *Parkinson sykdom* blitt nevnt opptil flere ganger. I dagligtale og i litteratur kan vi finne ulike begrep som minner om disse begrepene. *Parkinson*, *idiopatisk parkinson sykdom*, *parkinson sykdom*, *parkinsons*, *Parkinson Disease* og *parkinsonisme* er blant disse begrepene. I denne oppgaven skal vi forholde oss til to begrep; *Parkinson sykdom* og *parkinsonisme*.

2.1.1 Parkinson sykdom

Parkinson sykdom blir ut i fra ICD-10 (internasjonal klassifikasjon av sykdommer) klassifisert som en sykdom i nervesystemet, nærmere spesifisert under *ekstrapyramidale tilstander og bevegelsesforstyrrelser* (Helsedirektoratet, 2015). Parkinson sykdom kjennetegnes ved fire typiske symptomer; tremor (ufrivillig skjelving), rigiditet (stive muskler), bradykinesi (sakte kroppslige bevegelser), samt dårlig balanse (Chou&Hurtig, 2012, s. 191).

I følge Lees, Hardy og Revesz (2009, s. 2057) kan det ta flere år fra sykdommen oppstår, til personen blir diagnostisert med Parkinson sykdom. Symptomene på sykdommen fremkommer gradvis, blant annet ved at personen kan ha en følelse av å være utmattet, oppleve stivhet i muskler og at personen bruker lengre tid på å bevege seg (Lees, Hardy&Revesz, 2009, s. 2056-2057). Det er rapportert om flere menn enn kvinner, som opplever Parkinson sykdom (Van Den Eden et al., referert i Korell & Tanner, 2013, s. 34). Det er sjeldent at Parkinson sykdom oppstår før 50 års alder (Korell&Tanner, 2013, s. 32), og symptomene kan derfor i begynnelsen av sykdomsforløpet bli forklart som begynnende alderdom.

Selv om det finnes hypoteser og forskning vedrørende årsaker til utviklingen av Parkinson sykdom, finnes det fortsatt ikke én forklaring som sier noe om hvem som utvikler denne sykdommen. I følge Korell og Tanner (2013, s. 36) er det sannsynlig at Parkinson sykdom oppstår som en følge av flere faktorer tilknyttet arv og miljø.

2.1.2 Parkinsonisme

Parkinsonisme er en fellesbetegnelse for sykdommer som preges av fire sentrale symptomer (Hartelius, 2008, s. 403). Disse symptomene er tremor (skjelving), bradykinesi (trege bevegelser), rigiditet (stivhet) og dårlig balanse (Hartelius, 2008, s. 403). I følge Dawson (2000, s. 263) utgjør Parkinson sykdom over 75% av tilfellene av parkinsonisme. Chou og Hurtig (2012, s. 191) beskriver flere ulike årsaksforklaringer til parkinsonisme, og Parkinson sykdom er én av disse (Hartelius, 2008, s. 403).

Videre vil begrepet *parkinsonisme* bli brukt om utvalget i undersøkelsen, mens *Parkinson sykdom* vil bli brukt der det fremkommer i litteratur.

2.2 Parkinson sykdom og logopedrelaterte vansker

Med utgangspunkt i de gitte definisjonene av Parkinson sykdom og parkinsonisme, skal oppgaven videre ta for seg logopedrelaterte vansker tilknyttet disse diagnosene.

Logopedrelaterte vansker kan defineres som vansker som påvirker ens evne til å kommunisere. Det kan dreie seg om vansker tilknyttet språk, stemme og/eller tale. Lese- og skrivevansker og dysfagi kan også regnes som logopedrelaterte vansker (Hartelius, Nettelbladt&Hammarberg, 2008). For mange personer med Parkinson sykdom er dysartri og dysfagi sentrale vansker (Hartelius, 2008, s. 403; Schulz, 2002, s. 1359; Ho et al., 1999, s. 134; Miller et al., 2009, s. 1049). Når slike vansker opptrer vil det kunne være nødvendig å søke logopedhjelp. Det som her menes med logopedhjelp er *rådgivning, øvelser* tilknyttet

tale, stemme og svelgfunksjon, eller implementering av *kommunikasjonshjelpemiddel* (Hartelius, 2008, s. 409).

2.2.1 Dysartri

Dysartri er en taleforstyrrelse som oppstår på grunn av nevrologiske utfordringer som påvirker ens kontroll av talemuskulaturen (Hartelius, 2008, s. 401). Talemuskulaturen fungerer langsommere, musklene kan være svakere og fungere upresist. Det medfører at talen dermed kan bli «treger» og utydelig, samt at det kan vise seg endringer i stemme og prosodi (Hartelius, 2008, s. 401). Det kan vise seg gjennom hes stemme, svak/lav stemme, mumling under tale og vansker med å uttale ord (Atarashi & Uchida, Ludlow & Bassich, Moreau et al., Plowman-Prine et al., Sapir et al., Skodda & Schelgel, referert i Sapir, Ramig & Fox, 2013, s. 946). I oppgavens spørreundersøkelse kunne respondentene rapportere dysartri ved å krysse av for en eller flere av disse vanskene.

Parkinson sykdom er en av de vanligste nevrologiske sykdommene der dysartri fremkommer (Hartelius, 2008, s. 403). Vansker tilknyttet dysartri kan framtre på ulike tidspunkt i utviklingen av Parkinson sykdom (Theodoros, 2011, s. 55). Hartelius (2008, s. 403) viser til at cirka 70% av de som har Parkinson sykdom vil oppleve hypokinetisk dysartri. Samtidig viser hun til at opp mot 90% kan oppleve vansker med dysartri, spesielt med innvirkning på stemmefunksjonen. Dette samsvarer med beskrivelser av Schulz (2002, s. 1359) som viser til at ca. 80% av personer med Parkinson sykdom kan utvikle en form for dysartri. I en undersøkelse gjennomført av Ho et al. (1999, s. 134), fremkommer det at 73,5% av utvalget (200 personer) hadde en grad av dysartri.

Hvordan kan dysartri påvirke individet?

Dysartri, eller taleforstyrrelser, kan i ulik grad påvirke hverdagen til de det gjelder. Miller et al. (2006, s. 236) gjennomførte en undersøkelse, der 27 personer med Parkinson sykdom ble intervjuet. Intervjuene undersøkte hvordan endringer i kommunikasjon hos personer med Parkinson sykdom, kunne påvirke livet og hverdagen. Sentrale bekymringer som flere av deltagerne uttrykte, var ikke tilknyttet spesifikke endringer tilknyttet tale og stemme. Bekymringene gjaldt derimot hvordan endringene påvirket deres selvbilde og deres evne til å kommunisere med andre (Miller et al., 2006, s. 237-238). Utfordringer i kommunikasjon kunne være vansker med å finne ord, minsket oppmerksomhetsspenn, lettere distraherbar og utfordringer med å initiere talebevegelser. Disse utfordringene medførte vansker med å komme inn i samtaler, samt opprettholde sin tilstedeværelse i samtaler over tid. Som en

konsekvens ville ofte personene med Parkinson sykdom trekke seg tilbake, og heller innta rollen som «lytter» i samtale med andre (Miller et al., 2006, s. 236-237). I en senere spørreundersøkelse, var et av hovedfunnene til Miller et al. (2008, s. 18-19) at Parkinson sykdom, uavhengig av kjønn og alder, som regel har en negativ innvirkning på kommunikasjon.

2.2.2 Dysfagi

Andre symptomer som kan vise seg hos personer med Parkinson sykdom, er vansker med dysfagi (svelgvansker) (Newman, 2013, s. 960). Hvis en person har dysfagi, vil det si at han eller hun har utfordringer i en (eller flere) av de tre fasene som svelgprosessen består av. Svensson (2010, s. 11-12) beskriver svelgprosessen som bestående av tre faser. Den første fasen kalles den orale fasen. Her bearbeides mat og drikke, før det transporteres videre bak til svelget. Denne fasen er viljestyrt. De neste fasene kalles den faryngeale fasen og den esofageale fasen. I den faryngeale fasen transporteres mat og drikke gjennom svelget til spiserøret, i en ikke-viljestyrt prosess. Når mat og drikke føres ned spiserøret, er den esofageale fasen i gang. Her føres maten gjennom spiserøret fram til magesekken, i en ikke-viljestyrt prosess. I følge Svensson (2010, s. 12) er det viktig å anerkjenne disse fasene som én helhetlig og integrert prosess, der de er dynamiske i forhold til hverandre.

En person som har dysfagi vil ha vansker med én eller flere deler av svelgprosessen. Det kan vise seg ved at den det gjelder har vansker med å tygge, plages med sikling eller munntørrehet, har rester av mat i munnen, hoster ved måltid eller har nedsatt appetitt (Svensson, 2010, s. 33). Hos personer med Parkinson sykdom vil vansker med dysfagi ofte vise seg sent i sykdomsutviklingen av Parkinson sykdom (Muller et al., referert i Newman, 2013, s. 961). I oppgavens spørreundersøkelse kunne respondentene rapportere svelgvansker ved å krysse av for vansker med å svelge mat, vansker med å svelge drikke, vansker med å sikle når våken eller vansker med å hoste under/etter måltid.

I en studie vedrørende svelgvansker og parkinson sykdom, skulle 137 deltakere drikke 150ml vann så raskt de kunne (Miller et al., 2009, s. 1047). Alle deltakerne hadde parkinson sykdom og skulle ikke være medisinert under forsøket. Totalt i denne studien ble det vurdert at 32% av deltakerne hadde signifikante vansker med svelging. I følge Miller et al. (2009, s. 1049) gir denne studien grunnlag for å si at cirka 30% av personer med parkinson sykdom vil ha behov for intensiv og aktiv håndtering av svelgvanskene sine. Samtidig vil opp mot 80% av personer med parkinson sykdom ha behov for tett oppfølging og rådgivning vedrørende svelgvanskene.

Hvordan kan dysfagi påvirke det aktuelle individet?

I en studie gjennomført av Plowman-Prine et al. (2009) ble det blant annet undersøkt hvordan svelgvansker hos personer med parkinson sykdom påvirket livskvalitet. I undersøkelsen var deltagerne delt i to grupper; de som hadde svelgvansker og de som ikke hadde svelgvansker. Deltagerne som hadde svelgvansker, opplevde at mulighetene til å delta i sosiale aktiviteter, fritidsaktiviteter og spise ute, var reduserte. De rapporterte også at de opplevde at sin rolle i venne- og familiekretsen var endret (Plowman-Prine et al., 2009, s. 1356).

Dysfagi kan ha store konsekvenser for den som opplever det. Både Svensson (2010, s. 35-36) og Newman (2013, s. 960) viser til at dysfagi kan påvirke nærings- og væskeopptaket, noe kroppen er avhengig av for å overleve. I tillegg vil dysfagi kunne medføre aspirasjon der rester av mat, drikke og sikkell går ned i luftrøret. Hvis en person aspirerer, vil det kunne føre til infeksjoner og alvorlig sykdom, som for eksempel lungebetennelse.

Som nevnt tidligere viser svelgvansker seg ofte sent i sykdomsutviklingen av Parkinson sykdom. En mulig årsak kan være at slike vansker ikke blir rapportert tidlig i sykdomsforløpet av personene selv (Muller et al., referert i Newman, 2013, s. 961). Svensson (2010, s. 34-35) viser til en mulig diskrepans mellom opplevd dysfagi og objektivt vurdert dysfagi, hos ulike sykdomsgrupper. Denne diskrepansen kan vise seg ved at en person opplever å ha svelgvansker, selv om det ikke vises gjennom objektive målinger. Det kan også vise seg ved at en person ikke opplever svelgvansker, men objektive målinger viser at personen har slike vansker.

2.3 Hvordan vurderer personer med Parkinson sykdom sine logopedrelaterte vansker?

I en studie gjennomført av Miller et al. (2007, s. 1189) deltok 125 personer med Parkinson sykdom, for å undersøke om talespråket deres var forståelig for andre. I samme studie vurderte deltagerne selv sin egen stemme. 76% av personene med Parkinson sykdom følte at stemmen var dårligere nå enn den hadde vært tidligere, mens 4,2% uttrykte at de ikke hadde vansker med tale eller språk. 18% av respondentene var fornøyde med hvordan de snakket. Over 50% av personene med Parkinson sykdom ble vurdert til å ha et talespråk som var vanskelig å forstå.

2.4 Hvilken tilgang til logoped har personer med Parkinson sykdom?

Det finnes ulike studier som undersøker hvilken tilgang personer med Parkinson sykdom har til logoped. Det som her menes med tilgang til logoped, er i hvilken grad logoped er

tilgjengelig for de det gjelder, knyttet opp mot hvor mange som ønsker logopedhjelp og hvor mange som mottar slik hjelp. Personer med Parkinson sykdom har tidligere uttrykt at det er viktig å få mest mulig hjelp fra støtteapparat, derav også logopedhjelpen (Noble et al., 2006, s. 325).

I en spørreundersøkelse gjennomført av Hartelius og Svensson (1994, s. 9) uttrykte 3% av personene med Parkinson sykdom at de hadde mottatt logopedhjelp. I en nyere studie tilknyttet Parkinson sykdom, fant Noble et al. (2006, s. 324) at 20% (25 personer) av respondentene hadde vært i kontakt med logoped. Det var 94 respondenter som ikke hadde vært henvist til logoped. Av disse var det 12% (11 personer) som ønsket å bli satt i kontakt med logoped (Noble et al., 2006, s. 324). Flere av respondentene uttrykte ønske om at informasjon vedrørende logopedhjelp skulle gis samtidig med diagnosen *Parkinson sykdom*. En større andel respondenter mente at det ville være best å få informasjon om logopedhjelp når logopedrelaterte vansker viste seg. Samtidig var det noen som ikke ønsket å tenke på sine mulige framtidige problemer. Av de som hadde vært i kontakt med logoped, var cirka 50% henvist via lege ved sykehuset, mens 26% hadde funnet ut av logopedtilbudet selv eller med hjelp fra familie (Noble et al., 2006, s. 324-325).

I sin masteroppgave vedrørende afasi, viser Oraviita (2008, s. 81) til resultater for kommunenes logopedkapasitet. Diskrepansen mellom kommunens logopedfaglige kapasitet og behovet for logopedfaglig hjelp, er størst i mellomstore og store kommuner. Denne undersøkelsen tok utgangspunkt i logopedtilgang, i tilknytning til afasi.¹

2.5 Lovverk tilknyttet Parkinson sykdom og logopedhjelp

Opplæringsloven kapittel 4A § 4A-1 og 4A-2 omhandler henholdsvis *grunnskoleopplæring for voksne* og *spesialundervisning for voksne* (Opplæringsloven, 1998). Paragrafene omfatter vansker med grunnleggende ferdigheter hos personer med parkinsonisme, som dysfagi og dysartri kan være. § 4A-1 (Opplæringsloven, 1998) sier at «Dei som er over opplæringspliktig alder, og som treng grunnskoleopplæring, har rett til slik opplæring [...]». Det gjelder blant annet muntlig kommunikasjon, som er et av hovedmålene i grunnskolen. § 4A-2 (Opplæringsloven, 1998) sier at «Vaksne som ikkje har eller som ikkje kan få tilfredsstillande utbytte av det ordinære opplæringstilbodet for vaksne, har rett til spesialundervisning.» Det

¹ Det finnes minimalt med publisert forskning vedrørende logopedtilgang i kommuner og fylker, for personer med parkinsonisme eller andre logopedrelaterte vansker. Derfor er det relevant å trekke inn den forskningen som finnes vedrørende logopedtilgang og kommuner/fylker, selv om det dreier seg om en annen del av logopedfeltet (les: afasi).

innbefatter «Voksne som har særlege behov for opplæring for å kunne utvikle eller halde ved like grunnleggjande dugleik [...]» (Opplæringsloven, 1998). Rundskrivet til kapittel 4A i Opplæringsloven viser til tre vilkår som må oppfylles for å ha rett på spesialundervisning etter § 4A-2.

- «Behovet må være knyttet til grunnleggende ferdigheter.»
- «Det må være opplæring for å vedlikeholde eller utvikle de grunnleggende ferdighetene.»
- «Den voksne må ha et særlig behov.»

(Utdanningsdirektoratet, 2012, s. 21)

At behovet er tilknyttet grunnleggende ferdigheter, omfatter blant annet behov for grunnleggende kommunikasjonsferdigheter. For å vurdere om den voksne har et særlig behov for spesialundervisning, må kommunen utøve skjønn. Hvis den voksne ikke mestrer samfunnet og dagliglivet på grunn av vansker med grunnleggende ferdigheter, kan det vurderes at han eller hun har et særlig behov for spesialundervisning. Det *særlige behovet* kan ha oppstått som en følge av sykdom eller skade (Utdanningsdirektoratet, 2012).

Folketrygdloven § 5-10 *Behandling for språk- og taledefekter (Folketrygdloven, 1997)*, omfatter blant annet personer med en form for parkinsonisme. Paragrafen sier:

«Trygden yter stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling for språk- og taledefekter hos logoped og audiopedagog. Det er et vilkår for rett til stønad at medlemmet er henvist fra lege. Behandlingen må være av vesentlig betydning for medlemmets sykdom og funksjonsevne.»

I rundskrivet til § 5-10 står det blant annet at diagnoser som dysartri og dysfagi kan føre til behov for logopedhjelp. Paragrafen trer i kraft når den det gjelder ikke kan få et slikt tilbud gjennom annen lovgivning (Helsedirektoratet, 1997).

Kommunen har gjennom Opplæringsloven et ansvar for å forvalte retten til spesialundervisning, som kan skje ved hjelp av logoped. I tilfeller der de nevnte vilkårene ikke er oppfylt, vil det fortsatt være mulig å motta stønad gjennom Folketrygdlovens § 5-10 for å motta logopedhjelp.

3. Metode

Dette kapittelet beskriver hvordan prosjektet har blitt gjennomført metodisk og praktisk. Det vitenskapsteoretiske grunnlaget for prosjektet vil bli gjort rede for, samt en gjennomgang av forskningsdesign og prosjektets utvalg. Datainnsamlingen skal gjennomgås, i tillegg til en redegjørelse for prosjektets reliabilitet, validitet og etiske betraktninger.

Flermetodedesign

Med utgangspunkt i prosjektets problemstilling, ble kvantitativ metode valgt som fremgangsmåte. Kvantitativ metode tar utgangspunkt i store utvalg, og undersøker tema i et stort omfang (ringdal 92). Kvalitativ metode ble også tatt i bruk i dette prosjektet, for å kunne undersøke hva respondentene selv ønsket å uttrykke. Kvalitative tilnærminger tar utgangspunkt i et mindre antall analyseenheter, og har fokus på en dypere informasjonsinnhenting, enn kvantitative tilnærminger (ringdal 92). Problemstillingen vil derfor bli besvart ved hjelp av flermetodedesign (Ringdal side 96-97).

Jeg tar i størst grad utgangspunkt i kvantitativ metode. Bakgrunnen for dette valget, er at jeg ønsker å undersøke et større omfang av parkinsonisme og logopedi, enn det kvalitativ metode tillater. Videre vil det bli redegjort for kritisk rasjonalisme og hypotetisk deduktiv metode, som er tilknyttet kvantitativ metode. Det vil også kort redegjøres for hermeneutikken, som er nærmere knyttet kvalitativ metode.

3.1 Vitenskapelig tilnærming

Som vitenskapelig fundament, vil den kritiske rasjonalismen være sentral i dette prosjektet. I følge den kritiske rasjonalismen er det nødvendig å ha definisjoner av det som skal observeres i forkant av observasjonen, og det må derfor tas utgangspunkt i foreliggende teori. I motsetning til tidligere vitenskapsteoretiske tanker, mente de kritiske rasjonalistene at det ikke er mulig å si om en teori er sann, men at det er mulig å forkaste teorier gjennom falsifisering (Ringdal, 2007, s. 35-36). Hypotetisk deduktiv metode er et tankesett som er tilknyttet den kritiske rasjonalismen, og er en måte å teste hypoteser på deduktivt. Det vil si at man gjør en slutning fra det generelle til det spesielle (Nordbø, 2017). I dette prosjektet har sentrale aspekter vært å ta utgangspunkt i foreliggende teori, utforme hypoteser, samle inn data og gjennomføre hypotesetesting, noe som samsvarer med kritisk rasjonalisme og hypotetisk deduktiv metode.

Prosjektet vil til en viss grad også preges av hermeneutisk vitenskapsteori. Forskning som baseres på hermeneutiske ideer, undersøker ikke harde fakta, men ser på meningsfenomener (Nyeng, 2017, s. 196). Svarene på de åpne spørsmålene i spørreundersøkelsen, har blitt fortolket. Jeg som forsker har mine tidligere erfaringer, og min forståelse av virkeligheten, med inn i fortolkningen av svarene (Nyeng, 2017, s. 196). Samtidig er det viktig å tolke svarene ut i fra respondentenes ståsted, slik at drøftingen av disse resultatene tar utgangspunkt i svarenes faktiske mening.

3.2 Design: Deskriptiv tverrsnittsundersøkelse

I følge Ringdal (2007, s. 91) er designet en plan forskeren har for den undersøkelsen som skal gjøres. Jeg har valgt å ta utgangspunkt i en kvantitativ tilnærming til problemstillingen ved hjelp av et deskriptivt tverrsnittdesign. Undersøkelsen har tatt form som en spørreundersøkelse, som ble sendt til personer med parkinsonisme i Norges Parkinsonforbund. Ved hjelp av dataverktøyet Questback ble spørreundersøkelsen sendt ut, over en gitt periode på 2 måneder. Tverrsnittsdesign tar utgangspunkt i at undersøkelsen skal gjennomføres på et gitt tidspunkt eller over en avgrenset periode (Johannessen, Christoffersen&Tuft, 2010, s. 74), slik at undersøkelsen sier noe om her-og-nå situasjonen. Undersøkelsen skal kunne beskrive personer med parkinsonisme sin opplevelse av logopedtilgang og logopedrelaterte vansker, og er derfor deskriptiv. Selv om resultatene fra en slik undersøkelse er mindre aktuelle om 10 år, samt lite overførbare til andre land, vil de likevel være aktuelle å bruke til sammenligning med andre undersøkelser på andre steder og andre tidspunkt (Johannessen, Christoffersen&Tuft, 2010, s. 74).

3.3 Utvalg

Gjennom spørreundersøkelsen, ga utvalget et bilde av logopedtilgangen til personer med parkinsonisme. Samtidig viste de hvordan personer med parkinsonisme kan vurdere egne logopedrelaterte vansker og logopedbehov. Den aktuelle populasjonen som ble undersøkt i dette prosjektet, er personer med parkinsonisme, og som er medlem av Norges Parkinsonforbund. Bakgrunnen for at populasjonen ikke ble *personer med parkinsonisme i Norge*, er fordi det var utfordrende å finne informasjon om personer med parkinsonisme, blant annet på grunn av personvern og andre yrkesgruppers taushetsplikt. Når spørreundersøkelser skal brukes på «sjeldne populasjoner», slik som *personer med parkinsonisme*, vil det å sende undersøkelsen ut via interesseorganisasjoner være en løsning for å nå ut til populasjonen og utvalget (Ringdal, 2007, s. 191).

Totalt ble undersøkelsen sendt til 2274 personer. Hvis resultatene fra undersøkelsen skal kunne brukes til statistisk generalisering til populasjonen, er det essensielt at utvalget er størst mulig (Ringdal, 2007, s. 191). Av de 2274 personene som mottok spørreundersøkelsen på epost, var det 622 respondenter. Av disse var det 594 som oppfylte utvalgskriteriene. Hele populasjonen mottok spørreundersøkelsen på epost og det var dermed ikke aktiv «utvelging» av deltagere til undersøkelsen. Utvalget besto av personer som valgte å svare på undersøkelsen. Alle hadde derfor like stor sannsynlighet til å komme med i utvalget, slik det skal være i sannsynlighetsutvelging (Ringdal, 2007, s. 187). Svakheter tilknyttet validitet for dette utvalget vil bli drøftet i senere avsnitt.

3.3.1 Utvalgskriterier

For å kunne delta i spørreundersøkelsen måtte de aktuelle respondentene oppfylle tre utvalgskriterier. Siden undersøkelsen ble sendt ut til Norges Parkinsonforbund sine medlemmer, var derfor ett av kriteriene at respondentene måtte være medlem av Parkinsonforbundet. Det neste kriteriet for å kunne delta i spørreundersøkelsen var at respondentene hadde en form for parkinsonisme. Det første spørsmålet i undersøkelsen tok for seg dette. De som svarte at de ikke hadde en form for parkinsonisme, ble automatisk sendt videre til spørreundersøkelsens avsluttende side. Det siste utvalgskriteriet var at respondentene måtte være bosatt i Norge, da to spørsmål i undersøkelsen tok for seg bostedsfylke og kommunestørrelse.

Utvalgskriterier

- Må være medlem av Norges Parkinsonforbund og ha registrert mailadresse
- Må ha en form for parkinsonisme
- Må være bosatt i Norge

3.3.2 Utvalgsprosedyre og bortfall

I en av de tidligste fasene av prosjektet ble det tatt kontakt med Norges Parkinsonforbund per epost, for å undersøke muligheten for å sende ut spørreundersøkelsen via deres kanaler. Parkinsonforbundet kunne sende ut undersøkelsen via epost, til alle sine medlemmer med Parkinson sykdom eller parkinsonisme (vedlegg 1). Alle medlemmene i Parkinsonforbundet har ikke registrert epostadresse, noe som betyr at det ble et naturlig bortfall av respondenter fra undersøkelsen.

Sammen med spørreundersøkelsen ble det sendt ut et informasjonsskriv (vedlegg 2) for å informere respondentene om prosjektet. Informasjonsskrivet skulle også forebygge et

potensielt bortfall av respondenter, slik at utvalget ble størst mulig. Det ble blant annet informert om at spørreundersøkelsen omhandlet logopedtilbud og parkinsonisme, men at personer som ikke hadde mottatt logopedhjelp også ble oppfordret til å svare. Det ble informert om at respondentene kunne trekke seg fra spørreundersøkelsen til enhver tid. Datainnsamleren Questback lagrer ikke denne type informasjon, og det er derfor uvisst om hvor mange mulige respondenter som har falt fra underveis i undersøkelsen. I følge Parkinsonforbundet, var det noen respondenter som opplevde problemer med å svare på undersøkelsen. De som opplevde slike utfordringer, utgjør også et uvisst bortfall av respondenter.

3.4 Datainnsamling

Ved prosjektstart ble tema og problemstilling avklart, samtidig som at Norges Parkinsonforbund ble involvert i prosjektet. Prosjektet ble meldt til Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste (NSD), for godkjenning (se delkapittel 3.8). Med utgangspunkt i problemstillingen ble det utviklet flere hypoteser og forskningsspørsmål. Deretter ble det avgjort at spørreundersøkelse skulle brukes som metode for å innhente data. I den videre teksten vil det redegjøres for hvordan hypotesene og spørreskjema ble utformet, samt hvordan samtykke har blitt innhentet og hvordan lagring av data har foregått.

3.4.1 Utforming av hypoteser

I utformingen av prosjektets hypoteser ble hypotetisk deduktiv metode brukt som et vitenskapelig rammeverk (Ringdal, 2007, s. 40-41). Fra begynnelsen, hadde jeg som forsker et tema jeg ville undersøke. Ut i fra temaet ble det utledet flere hypoteser (Nyeng, 2017, s. 40-41), som heretter kalles nullhypoteser. Samtidig ble det utledet alternative hypoteser, som sier det motsatte av nullhypotesen. Den alternative hypotesen styrkes hvis nullhypotesen blir falsifisert (Skog, 2004, s. 178). Nullhypotesene kan bli falsifisert ved hjelp av datasettet fra spørreundersøkelsen, og dermed styrke den alternative hypotesen. Spørreskjema ble utformet med grunnlag i hypotesene og prosjektets problemstilling.

3.4.2 Spørreundersøkelse

Spørreundersøkelse er en metode for å innhente data på en systematisk måte. Det tar utgangspunkt i utformede spørreskjema som sendes ut til en populasjon eller et utvalg. Spørreskjema kan ha ulik grad av strukturering. Man kan ha et skjema hvor spørsmålene har oppgitte svaralternativer, da kalles det for et prestrukturert spørreskjema. Et spørreskjema kan

også ha helt åpne spørsmål, uten noen svaralternativer. Det finnes også en blanding av disse to, som kalles semistrukturerte spørreskjema (Johannessen, Christoffersen&Tuft, 2010, s. 261-262). På grunn av spørreskjemaets mulighet for varierende grad av struktur, kan spørreundersøkelse ses på som et redskap både i kvantitativ og kvalitativ metode.

Dette prosjektet tar utgangspunkt i en kvantitativ tilnærming, med noen innspill fra kvalitativ forskning. I følge Jacobsen (2010, s. 80) er det mulig å kombinere kvantitative og kvalitative undersøkelser, i det han kaller data-triangulering. I praksis kan det vise seg som et i hovedsak kvantitativt spørreskjema, men som også består av noen åpne kvalitative spørsmål. Dette kaller Johannessen, Christoffersen og Tuft (2010, s. 261) for semistrukturerte spørreskjemaer. Denne typen spørreskjema er brukt i prosjektet.

Det er flere fordeler med spørreskjema og spørreundersøkelse. Hvis man bruker faste spørsmål med oppgitte svaralternativer, vil det være mulig å se på likheter og ulikheter i respondentens svar. I tillegg kan man undersøke om det er sammenhenger mellom ulike fenomener ved hjelp av statistiske analyser. En annen fordel med spørreskjema er at forskeren kan samle inn informasjon fra mange respondenter på relativt kort tid (Johannessen, Christoffersen&Tuft, 2010, s. 259).

Det er også flere ulemper med spørreundersøkelse som metode. Forskeren må for eksempel forberede alle spørsmålene på forhånd. Dette er i kontrast til kvalitative intervju, der du kan legge til eller endre spørsmål underveis. Når spørreskjema er prestrukturert, som i den aktuelle spørreundersøkelsen, er det viktig at forskeren nøye vurderer hvilke svaralternativer som skal være med (Johannessen, Christoffersen&Tuft, 2010, s. 260). I tillegg er det viktig med begrepsvaliditet når spørsmålene i spørreskjemaet utformes. Dette kommer vi tilbake til i avsnittene om reliabilitet og validitet.

3.4.3 Utforming av spørreskjema

I utformingen av spørreskjema ble spørsmål skrevet, ordlyd ble revurdert og spørsmål ble revidert i en kontinuerlig prosess. Det ble lagt stor vekt på hvilken ordlyd spørsmålene hadde, om de var enkle å forstå og at det var samsvar mellom spørsmål og svaralternativer. Denne operasjonaliseringen vil bli drøftet nærmere i delkapittelet vedrørende validitet. I etterkant av operasjonaliseringen ble det gjort flere prøvetestinger av spørreskjemaet, for i større grad å sikre valide spørsmål og valide svar (Johannessen, Christoffersen&Tuft, 2010, s. 274). Disse prøvetestingene ble gjennomført av personer som ikke hadde kjennskap til tema, samt veilederne tilknyttet masteroppgaven.

I databehandleren Questback ble spørsmålene organisert etter en bestemt rekkefølge. På flere av spørsmålene var det slik at om respondenten svarte «ja», ville han bli sendt videre til bestemte spørsmål, og om han svarte «nei», ville han bli sendt videre til andre relevante spørsmål. Respondenter som svarte at de ikke ønsker logopedhjelp, ville for eksempel ikke måtte svare på spørsmål vedrørende hvilke vansker de ønsker hjelp til. Felles for respondentene som hadde parkinsonisme, var spørsmål om kjønn, alder, kommunestørrelse, fylke, tid siden diagnose, om han eller hun opplevde noen av de nevnte vanskene, samt om de kjente til sin lovfestede rett til logoped i forkant av spørreundersøkelsen. For å sikre at respondentene ga svar på sentrale spørsmål, ble Questback programmert slik at alle spørsmål måtte besvares før respondenten kunne gå videre i undersøkelsen. Unntaket var de åpne spørsmålene, der respondenten kunne gi svar i form av selvskreven tekst.

3.4.4 Samtykke og lagring av datamaterialet

Spørreundersøkelsen ble sendt ut via et databehandlingsprogram (Questback), noe som betyr at respondenten automatisk samtykker til å delta i undersøkelsen når han eller hun besvarer den (Ringdal, 2007, s. 428-429).

Datamaterialet ble lagret og arkivert med passordbeskyttelse, på privat dataområde. Parkinsonforbundet fungerte som mellomledd mellom undertegnede og de potensielle respondentene, og det ble derfor ikke samlet inn direkte personopplysninger. Ved prosjektslutt ble indirekte personopplysninger enten anonymisert eller slettet. Prosjektets datasett ble slettet og ligger ikke ved denne oppgaven.

3.5 Analyse av data

Undertegnede analyserte datamaterialet deskriptivt og statistisk, ved hjelp av et statistikkprogram. Analysen ble utført i sammenheng med de gitte hypotesene og problemstillingen.

3.5.1 Hypotesetesting og statistisk analyse

For å prøve å falsifisere nullhypotesen, ble det utført statistiske analyser som skulle undersøke om det kunne være en korrelasjon mellom avhengig variabel og uavhengig variabel (Ringdal, 2007, s. 238-239). Ifølge Øhrn (2005, s. 9) er variabler en egenskap som varierer blant enhetene (respondentene). En avhengig variabel er den egenskapen som blir påvirket. En uavhengig variabel er den som påvirker den avhengige variabelen (Skog, 2004, s. 214). I denne analysen er «Mottar du logopedhjelp?» en avhengig variabel, mens «I hvilket fylke bor du i?» er en uavhengig variabel. For å gjennomføre hypotesetestingen ble rådata (spørsmål og

svar) fra spørreundersøkelsen overført fra Questback til statistikkprogrammet SPSS (Statistical Package for the Social Sciences, versjon 24). Alle spørsmålene og svarene fra spørreundersøkelsen ble automatisk omkodet til tall i overføringen til SPSS.

3.5.2 Bearbeiding av datamaterialet

Tabellanalyse ble brukt for å analysere ulike variabler opp mot hverandre, i det som kalles krysstabell. I dette prosjektet vil noen krysstabeller beskrive resultatene fra spørreundersøkelsen, mens andre vil analysere sammenhengen mellom variablene (Ringdal, 2007, s. 271-272). Endimensjonale frekvenstabeller, samt grafer, har blitt tatt i bruk for å beskrive svarfrekvensen for flere av spørreundersøkelsens spørsmål.

Kji-kvadratstest ble brukt for å undersøke sammenhengen (korrelasjon) mellom ulike variabler. Kji-kvadratstesten undersøker om det er en statistisk signifikant korrelasjon mellom nullhypotesens variabler (Ringdal, 2007, s. 239). Hvis det er en statistisk signifikant korrelasjon mellom avhengig og uavhengig variabel, vil det si at korrelasjonen kan generaliseres fra utvalg til populasjon (Ringdal, 2007, s. 271). Signifikansnivået i kji-kvadratstestene ble satt til 0,05 eller 5% nivå. Hvis kji-kvadratstesten indikerer et signifikansnivå på 0,05 eller lavere, vil det si at den aktuelle nullhypotesen kan forkastes. Et signifikansnivå på 0,05 vil si at det er 5% eller mindre sannsynlighet for å forkaste en sann nullhypotese (Ringdal, 2007, s. 239). Hvis frekvensen i en eller flere av tabellens celler er lavere enn 5, vil det være en større sannsynlighet for Type 1 feil (Howell, referert i VanVoorhis & Morgan, 2007, s. 48-49). Det redegjøres for Type 1 og Type 2 feil, i delkapittel vedrørende validitet.

Selv om det er en statistisk signifikant korrelasjon mellom to variabler, gir det likevel lite informasjon om hvilken type sammenheng det er mellom variablene og hvor sterk denne sammenhengen er. Når utvalget er stort, vil testingen bli mer presis. Da vil svake korrelasjoner kunne oppdages. Det kan diskuteres i hvilken grad svake korrelasjoner har substansiell betydning. Det vil si at to variabler som har statistisk signifikant sammenheng, ikke trenger å være av betydning, selv om de rapporteres å være statistisk signifikante (Ringdal, 2007, s. 286).

3.5.3 Koding av variabler

For å gjennomføre flere av krysstabellanalysene, var det nødvendig å manuelt omkode noen av variablene. Det ble tatt i bruk syntax-funksjonen i SPSS, hvor kommandoer skrives for å direkte manipulere variablene (Field, 2013, s. 113). For å besvare antagelsene tilknyttet

hypotesene, ble det gjort omkodinger slik at flere verdier innenfor én variabel ble gruppert sammen. Variabelen «Hvilket fylke bor du i?» ble delt opp i *nordlige fylker* og *sørlige fylker*. «Hvor mange innbyggere er det i kommunen du bor i?» ble delt opp i *under 5000 innbyggere* og *5000 eller flere innbyggere*. Variabelen «Hvor lenge siden er det du fikk diagnosen parkinsonisme?» ble delt opp i *under ett år siden* og *ett år eller lengre siden*. De siste variablene som ble omkodet var «Opplever du noen av disse vanskene?». Hver vanskevariabel ble omkodet til to verdier: *verdi 1* som inkluderte svaret «aldri», samt *verdi 2* som inkluderte svarene «av og til», «ofte», «svært ofte» og «alltid». Det ble gjort enda en omkoding av disse variablene, der *verdi 1* inkluderte svarene «aldri» og «av og til», samt *verdi 2* som inkluderte svarene «ofte», «svært ofte» og «alltid». Til slutt ble alle de omkodede variablene fra den siste omkodingen av *verdi 1* og *2*, samlet i én tabell. Tabellen skilte mellom de som hadde svart «aldri» eller «av og til» på alle variablene, og de som hadde svart «ofte», «svært ofte» eller «alltid» på én eller flere av variablene.

3.6 Reliabilitet

Reliabilitet kan knyttes opp mot det engelske begrepet *reliability* som oversatt til norsk betyr *pålitelighet*. At prosjektet er reliabelt vil si at det vil gi samme resultat hvis det etterprøves. Ved etterprøving er det gitt at måleinstrumentene for undersøkelsen må være like som ved den originale undersøkelsen (Ringdal, 2007, s. 86). Når en undersøkelse anses som lite reliabel, vil den i mindre grad være troverdig og det er usikkert i hvilken grad sammenhengene som fremstilles er reelle (Ringdal, 2007, s. 90). Tilfeldige målefeil kan påvirke undersøkelsens reliabilitet (Ringdal, 2007, s. 86). Slike målefeil kan oppstå ved at de som svarer husker feil, eller gjennom feiltrykk under besvarelsen av spørreundersøkelsen (Ringdal, 2007, s. 86). Det vil være vanskelig å hindre at tilfeldige målefeil oppstår. Det er reelt å tenke at slike målefeil kan ha oppstått i denne undersøkelsen. Tilfeldige målefeil vil også kunne oppstå hvis undersøkelsen repliseres. Dermed vil tilfeldige målefeil ikke nødvendigvis påvirke undersøkelsens reliabilitet i nevneverdig grad.

Noe som i stor grad påvirker undersøkelsens reliabilitet, er at utvalget er relativt stort. Siden utvalget er stort, vil det være større sannsynlighet for at populasjonen er representert på en nøyaktig måte (Cronbach et al.; Marcoulides, referert i VanVoorhis & Morgan, 2007). Det vil si at et mindre utvalg vil kunne representere populasjonen mindre nøyaktig, enn et stort utvalg. En replikasjon av en undersøkelse med et lite utvalg, vil på grunn av mindre nøyaktighet kunne oppnå andre resultater enn den originale undersøkelsen. Slike

reliabilitetsfeil er mindre sannsynlige i masteroppgavens undersøkelse, da utvalget er relativt stort.

For i størst mulig grad å sikre at undersøkelsen er reliabel, har mye tid blitt brukt i planlegging av fremgangsmåte. I koding av nye variabler har det blitt lagt vekt på nøyaktighet, feilsøking og retting av feil (Ringdal, 2007, s. 86-87). Nøyaktighet i planlegging og gjennomføring, vil påvirke i hvilken grad det er mulig å replisere undersøkelsen på en god måte og oppnå tilsvarende resultater.

3.7 Validitet

Validitet kan knyttes opp mot det engelske begrepet *validity*, som oversatt til norsk betyr *gyldighet*. At en undersøkelse er valid betyr at undersøkelsen måler det som var meningen å måle. Systematisk målefeil påvirker undersøkelsens validitet (Ringdal, 2007, s. 86). Eksempel på slik målefeil kan være at det stilles to spørsmål i ett; «Ønsker du tilbud om logoped individuelt og i gruppe?». Det blir vanskelig å vurdere respondentenes svar, da «ja» kan bety «ja, begge deler», «ja, individuelt» eller «ja, i gruppe». Videre vil det bli gjort rede for begrepsvaliditet, konklusjonsvaliditet, samt intern og ekstern validitet.

3.7.1 Begrepsvaliditet

Begrepsvaliditet kan omfatte operasjonalisering av spørsmål og svar i undersøkelsen. Det kan også omfatte om undersøkelsens utvalg er tilstrekkelig og trukket ut på en god måte (Skog, 2004, s. 89-90).

Operasjonalisering betyr i denne sammenheng å konkretisere undersøkelsens spørsmål og svar, slik at forsker og respondent har lik forståelse av de ulike begrepene (Dahlum, 2015). Hvis spørsmål og svaralternativer ikke er operasjonalisert på en tilstrekkelig måte, vil undersøkelsens validitet svekkes (Johannessen, Christoffersen&Tuft, 2010, s. 70-71). I det første utkastet av spørreskjema ble det stilt et spørsmål om respondenten opplevde stemmevansker. Den logopedfaglige definisjonen av stemmevansker kan være ulik fra respondentenes forståelse av stemmevansker. Spørsmålet ble derfor revidert og delt opp til «Får du kommentarer fra andre på at du snakker lavt?» og «Opplever å ha hes stemme når du snakker?». På denne måte har spørsmålenes validitet blitt styrket. Selv om spørsmål og svaralternativer er operasjonaliserte, vil det fortsatt være mulighet for at respondentene oppfatter innholdet på en annen måte enn forskerens intensjon. For i størst mulig grad å forhindre at slik differanse skulle oppstå, ble undersøkelsen prøvetestet av flere utenforstående personer som ikke hadde kjennskap til tema. Gjennom prøvetesting ble

dårlig operasjonaliserte begrep oppdaget og endret, slik at begrepsvaliditeten ble styrket (Johannessen, Christoffersen&Tuft, 2010, s. 274).

Svekket validitet kan også oppstå på bakgrunn av undersøkelsens utvalg. Det betyr at utvalget av respondenter ikke er statistisk representativt for populasjonen (Skog, 2004, s. 99-100).

Utvalgsmetode og frafall av respondenter i utvalget vil kunne skape skjevheter i det endelige utvalget, og medføre svekket validitet. En måte å kontrollere for validitet i utvalget, er å sammenligne respondentenes svar med de sanne verdiene (Skog, 2004, s. 90-95). I

undersøkelsen ble dette umulig, da det ikke finnes et register for personer med parkinsonisme sin vurdering av egne vansker og eget logopedtilbud. Det vil si at undertegnede må godta at det er færre indikasjoner på undersøkelsens validitet (Skog, 2004, s. 94).

Selv om det er vanskelig å gjennomføre en grundig validitetssjekk av utvalget, kan det redegjøres for potensielle «validitetsfeller». Slike «feller» vil kunne skape skjevheter i utvalget og dermed påvirke validitet. Et eksempel på en potensiell «validitetsfelle» i undersøkelsen, er at den ble sendt ut per epost. Spørreskjema ble sendt ut til medlemmer med parkinsonisme, i Norges Parkinsonforbund. Et ukjent antall personer i gruppen «uten epost» har derfor ikke mottatt spørreundersøkelsen. Det kan stilles spørsmål med hvorfor denne gruppa ikke har registrert epostadresse. En forklaring kan være at det er på grunn av tilfeldige årsaker. En annen mulig årsak er at det gjelder personer som ikke har smarttelefon eller datamaskin tilgjengelig. En annen utfordring for validiteten, er at spørreskjemaet ble sendt ut elektronisk. Selv om over 2000 personer i Norges Parkinsonforbund har registrert sin epostadresse, er ikke det ensbetydende med at de tar den i bruk. En årsak til at mulige respondenter ikke svarer, er at de ikke vet hvordan de skal gjøre det. En annen årsak kan være at de ikke sjekker epost-innboksen for ny innkommet epost. Det kan også være fordi sykdommen er kommet langt i sin utvikling, og at de ikke ser betydningen av å svare.

Når spørreundersøkelsen ble sendt ut via epost, ble det poengtert at personer som ikke mottar hjelp fra logoped også oppfordres til å svare. Tema for undersøkelsen kan oppfattes som uinteressant hos personer som ikke opplever, eller i liten grad opplever, logopedrelaterte vansker. Som tidligere forskning har dokumentert (Noble et al., 2006, s. 324-325), er det også noen personer med Parkinson sykdom som ikke ønsker å tenke på hvordan sykdommen kan utvikle seg.

De overnevnte faktorene kan medføre et systematisk skjevt utvalg, en type validitetsfelle det er vanskelig å kontrollere for i undersøkelsen.

3.7.2 Konklusjonsvaliditet

Konklusjonsvaliditet kan også hete statistisk konklusjonsvaliditet. Det dreier seg om konklusjonene som trekkes fra undersøkelsens resultater og i hvilken grad disse konklusjonene er reelle eller ikke (Skog, 2004, s. 101). I statistiske undersøkelser er det to sentrale typer feil som kan oppstå. Type 1 feil vil si at det konkluderes med at det er en sammenheng, når det ikke er det. Type 2 feil vil si at det konkluderes med at det ikke er en sammenheng, når det egentlig er det (Skog, 2004, s. 103). Nullhypotesen i kji-kvadratstester er alltid at det ikke er sammenheng mellom variablene, mens alternativ hypotese er at det er sammenheng (Ringdal, 2007, s. 239). Det defineres som type 1 feil hvis en sann nullhypotese forkastes. Hvis en falsk nullhypotese godtas, vil det defineres som type 2 feil.

I undersøkelsen ble det utført statistisk signifikanstesting for å vurdere om datamaterialet var et resultat av tilfeldigheter eller ikke (Skog, 2004, s. 103). Hypotesene ble undersøkt og signifikansnivå ble satt til 0,05. Nullhypotesen ble ikke forkastet hvis signifikansnivået ble registrert som høyere enn 0,05 (Ringdal, 2007, s. 239). Selv om nullhypotesen i flere tilfeller ikke ble forkastet, var det ikke ensbetydende med at nullhypotesen ble ansett som korrekt (Skog, 2004, s. 103). I flere av kji-kvadratstestene ble det rapportert om statistisk signifikante sammenhenger, selv om verdien i én eller flere celler var under 5. I disse tilfellene ble dataene ikke registrert som statistisk signifikante, på grunn av fare for Type 1 feil (se avsnitt om dataanalyse). Denne avgjørelsen ble tatt for å styrke undersøkelsens validitet.

3.7.3 Intern og ekstern validitet

Intern validitet vurderes ofte i forskning med eksperimentdesign og sier noe om årsakssammenhenger. Det er derfor lite relevant å vurdere intern validitet ved en tverrsnittsundersøkelse, som beskriver data og undersøker korrelasjon mellom variabler (Johannessen, Christoffersen&Tuft, 2010, s. 310).

Ekstern validitet handler om overførbarhet av resultatene i tid og rom (Skog, 2004, s. 113-114). Kan resultatene generaliseres fra utvalg til populasjon? Kan resultatene være gyldige om 10 år? Om resultatene kan generaliseres til den aktuelle populasjonen, er i stor grad avhengig av utvalgsmetode og frafall fra utvalget, som beskrevet tidligere. Om resultatene er gyldige om 10 år eller i andre land, vil være mindre relevant for dette prosjektet. I undersøkelsen ble det spurt om respondentenes opplevelse av situasjonen «her-og-nå», med utgangspunkt i at de bor i Norge og er medlem i Norges Parkinsonforbund. Målet med

undersøkelsen er ikke å generalisere resultatene i tid og rom, men det er å kunne gi en beskrivelse av resultatene og se på signifikante sammenhenger i utvalg og populasjon.

3.8 Etiske betraktninger

Prosjektet tar utgangspunkt i informasjon som personer med parkinsonisme har rapportert. Deler av informasjonen er indirekte personidentifiserende opplysninger (har parkinsonisme, bostedsfylke, kommunestørrelse, kjønn, aldersgruppe, lenge siden diagnose), som samlet kan gjøre respondentene gjenkjennelig. Anonymisering av datamaterialet og sikker oppbevaring av datasettet har derfor vært en sentral del av prosjektet. Datasettet ble oppbevart på en passordbeskyttet enhet. Dataanalysene har ikke undersøkt variabler som sammen kan være personidentifiserende og har til enhver tid vært anonymisert. Undertegnede mottok ingen direkte personopplysninger, da all direkte korrespondanse (utsending av spørreundersøkelsen) foregikk mellom Parkinsonforbundet og deres medlemmer.

Norsk forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora (NESH) viser til flere punkter som dreier seg om hvordan personer som deltar i forskning blir beskyttet (Ringdal, 2007, s. 426). Flere av disse punktene har blitt tematisert tidligere i oppgaven, blant annet vedrørende informert og fritt samtykke. Et punkt som har vært særlig relevant, er vedrørende hensyn til individers privatliv. Respekt for respondentene og deres svar, samt anerkjenne at datasettet består av reelle svar fra reelle personer, har vært sentralt i arbeidet med å analysere datamaterialet.

Prosjektet ble meldt til Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste (NSD) høsten 2017. Personopplysningsloven sier at forskningsprosjekt «[...] som innebærer behandling av personopplysninger [...]» skal meldes til NSD (Ringdal, 2007, s. 429). Den 31.10.2017 gav NSD godkjenning til å sette i gang prosjektet, og meddelte at prosjektet er regulert av §7-27 i personopplysningsforskriften (vedlegg 3).

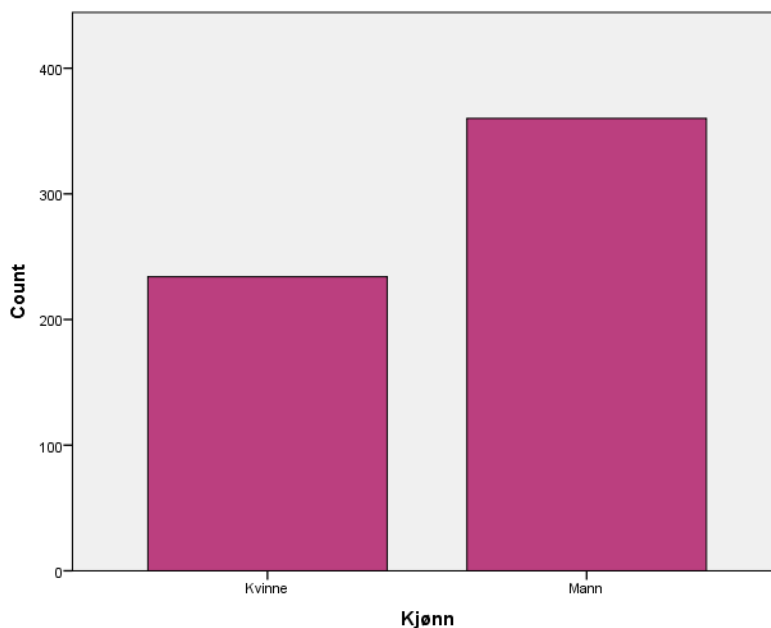
4. Resultater

I dette kapitlet vil resultatene fra dataanalysen bli gjort rede for. Det første delkapitlet beskriver utvalget gjennom grafer og tabeller. Videre redegjøres det for statistikk tilknyttet det å *motta logopedhjelp, å ønske logopedhjelp, logopedrelaterte vansker, samt statistikk for de som ikke ønsker logopedhjelp.*

4.1 Deskriptiv statistikk

4.1.1 Utvalget

Til sammen er det 622 personer som har respondert på spørreundersøkelsen. I undersøkelsens første spørsmål rapporterte 28 av respondentene at de ikke har en form for parkinsonisme, og ble derfor videresendt til undersøkelsens avsluttende side (vedlegg 4, T-1). I figur 1 ser vi fordelingen av kjønn i utvalget, med en høyest andel av mannlige respondenter (60,6%). De fleste respondentene er i aldersgruppen 61-70 år og 71-80 år, og utgjør over 70% av utvalget (tabell 1). En stor andel av disse respondentene har hatt diagnosen i 10 år, eller kortere enn 10 år.



Figur 1. Utvalgets kjønnsfordeling.

Tabell 1. Alder og antall år siden parkinsonismediagnose.

		Alder					Over 80	
		Under 40 år	40 - 50 år	51-60 år	61 - 70 år	71 - 80 år	år	
		Count	Count	Count	Count	Count	Count	
Hvor lenge siden er det du fikk diagnosen parkinsonisme?	Under 1 år siden	1	1	9	21	14	2	
	1 år	0	0	6	15	14	1	
	2 år	0	3	10	29	21	3	
	3 år	0	6	4	26	30	3	
	4 år	0	2	9	23	18	5	
	5 år	0	1	12	27	20	2	
	6 år	0	3	5	17	22	3	
	7 år	1	0	6	7	17	2	
	8 år	0	2	3	11	16	2	
	9 år	0	0	2	11	13	2	
	10 år	0	1	4	11	9	0	
	Mer enn 10 år siden	0	0	15	33	30	8	
	Total		2	19	85	231	224	33

For å undersøke frekvensen av ulike logopedrelaterte vansker, ble det konstruert to tabeller (tabell 2 og 3). Tabell 2 viser i hvilken grad det rapporteres om vansker «aldri» eller «av og til, ofte, svært ofte, alltid». Vansken som er rapportert til å opptre minst, er «vansker med å svelge drikke». Lignende resultat fremkommer i Tabell 3, som viser i hvilken grad det rapporteres om vansker «aldri, av og til» og «ofte, svært ofte, alltid». Vansken som er rapportert til å opptre i størst grad er «hes stemme» (tabell 2). Av vansker som rapporteres til å opptre «ofte, svært ofte, alltid», er *hes stemme* den vansken som rapporteres i størst grad (tabell 3).

Tabell 2. Logopedrelaterte vansker 1

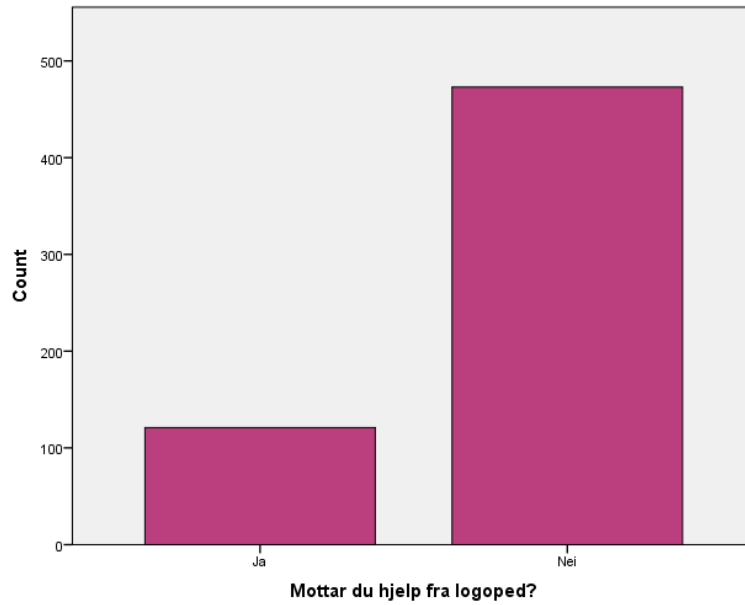
	Vansker med å svelge mat	Vansker med å svelge drikke	Sikler når våken	Hoste under/etter måltid	Har hes stemme	Snakker lavt	Mumler	Vansker med å uttale ord
Aldri	347 (58,4%)	426 (71,7%)	256 (43,1%)	309 (52,0%)	118 (19,9%)	135 (22,7%)	181 (30,5%)	160 (26,9%)
Av og til, Ofte, Svært ofte, Alltid	247 (41,6%)	168 (28,3%)	338 (56,9%)	285 (48,0%)	476 (80,1%)	459 (77,3%)	413 (69,5%)	434 (73,1%)
TOTAL	594	594	594	594	594	594	594	594

Tabell 3. Logopedrelaterte vansker 2

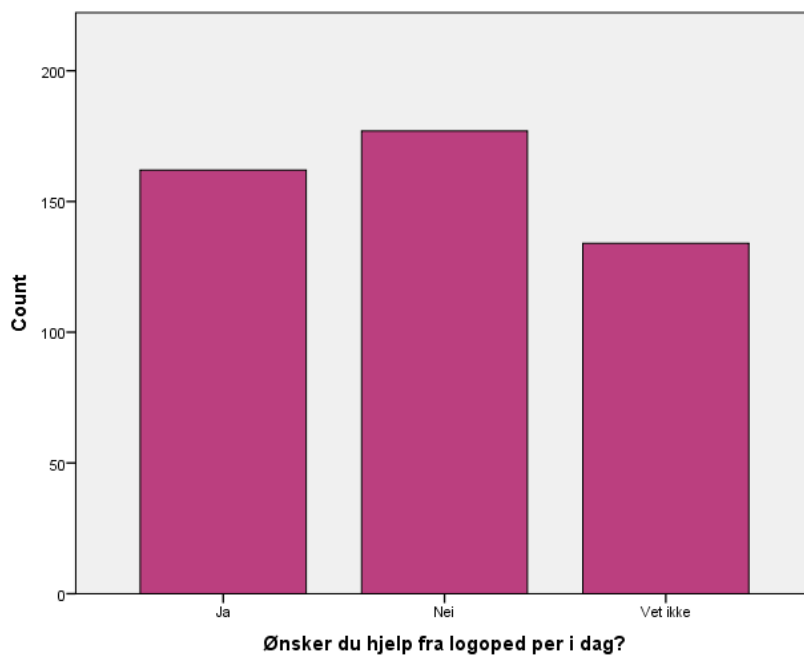
	Svelge mat	Svelge drikke	Sikle når våken	Hoste under/etter måltid	Hes stemme	Snakke lavt	Mumler	Vansker med å uttale ord
Aldri, Av og til	541 (91,1%)	565 (95,1%)	506 (85,2%)	538 (90,6%)	378 (63,6%)	382 (64,3%)	437 (73,6%)	457 (76,9%)
Ofte, Svært ofte, Alltid	53 (8,9%)	29 (4,9%)	88 (14,8%)	56 (9,4%)	216 (36,4%)	212 (35,7%)	157 (26,4%)	137 (23,1%)
TOTAL	594	594	594	594	594	594	594	594

4.1.2 Motta og ønske om logopedhjelp

Av 594 respondentene var det 121 (20,4%) som rapporterte at de mottar hjelp fra logoped. (figur 2). Totalt 35,5% av respondentene var mottaker, eller hadde vært mottaker tidligere, av logopedhjelp (vedlegg 4, T-2). Av de som ikke mottar hjelp fra logoped (473), rapporterte 162 (34,2%) respondenter at de ønsker slik hjelp. 134 (28,3%) rapporterte at de ikke vet om de ønsker logopedhjelp (figur 3).



Figur 2. Frekvens for «mottar hjelp fra logoped»



Figur 3. Frekvens for «Ønsker du hjelp fra logoped per i dag?»

Krysstabellen for «Mottar du hjelp fra logoped?» og «Hvor mange innbyggere er det i kommunen du bor i?», viser frekvensen av respondentene som mottar logopedhjelp, sammen med bostedskommunens innbyggertall (tabell 4). Resultatene viser at kommuner med mindre enn 5000 innbyggere, er de kommunene hvor minst andel respondenter mottar logopedhjelp. Kommuner med 20 000 til 39 999 innbygger, og kommuner med 40 000 til 79 999 innbyggere, er de kommunene hvor størst andel respondenter mottar logopedhjelp.

Tabell 4. Mottar hjelp fra logoped og antall innbyggere i bostedskommunen

		Mottar du hjelp fra logoped?					
		Ja		Nei		Total	
		Count	Row N %	Count	Row N %	Count	Row N %
Hvor mange innbyggere er det i kommunen du bor i?	Under 5000	5	10,4%	43	89,6%	48	100,0%
	5000 – 9 999	15	22,4%	52	77,6%	67	100,0%
	10 000 – 19 999	10	11,6%	76	88,4%	86	100,0%
	20 000 – 39 999	34	24,8%	103	75,2%	137	100,0%
	40 000 – 79 999	24	24,0%	76	76,0%	100	100,0%
	Over 80 000	33	21,2%	123	78,8%	156	100,0%
	Total	121	20,4%	473	79,6%	594	100,0%

Krysstabellen for «Ønsker du hjelp fra logoped per i dag?» og «Hvor mange innbyggere er det i kommunen du bor i?», viser frekvensen av respondentene som ønsker logopedhjelp, sammen med bostedskommunens innbyggertall (tabell 5). Kommunene hvor størst andel respondenter ønsker hjelp fra logoped, er i kommuner med mindre enn 5000 innbyggere. Kommuner med 40 000 til 79 999 innbyggere, er kommunene hvor minst andel respondenter ønsker logopedhjelp.

Tabell 5. Ønsker hjelp fra logoped og antall innbyggere i bostedskommunen

		Ønsker du hjelp fra logoped per i dag?							
		Ja		Nei		Vet ikke		Total	
		Count	Row N %	Count	Row N %	Count	Row N %	Count	Row N %
Hvor mange innbygger e er det i kommune n du bor i?	Under 5000	19	44,2%	16	37,2%	8	18,6%	43	100,0%
	5000 – 9 999	19	36,5%	20	38,5%	13	25,0%	52	100,0%
	10 000 – 19 999	24	31,6%	29	38,2%	23	30,3%	76	100,0%
	20 000 – 39 999	32	31,1%	43	41,7%	28	27,2%	103	100,0%
	40 000 – 79 999	21	27,6%	36	47,4%	19	25,0%	76	100,0%
	Over 80 000	47	38,2%	33	26,8%	43	35,0%	123	100,0%
	Total	162	34,2%	177	37,4%	134	28,3%	473	100,0%

Krysstabellen for «Mottar du hjelp fra logoped?» og «Hvilket fylke bor du i?» viser frekvensen av respondentene som mottar logopedhjelp, sammen med bostedsfylke. Ytterpunktene her viser seg i Vestfold der 41% av respondentene mottar hjelp fra logoped, samt Telemark, Vest-Agder, Hordaland og Finnmark der under 10% av respondentene i hvert fylke mottar hjelp fra logoped. I Finnmark er det 0% av respondentene som mottar slik hjelp (tabell 6).²

Tabell 6. Mottar hjelp fra logoped og bostedsfylke

		Mottar du hjelp fra logoped?					
		Ja		Nei		Total	
		Count	Row N %	Count	Row N %	Count	Row N %
Hvilket fylke bor du i?	Østfold	5	11,6%	38	88,4%	43	100,0%
	Akershus	18	22,8%	61	77,2%	79	100,0%
	Oslo	18	25,0%	54	75,0%	72	100,0%
	Hedmark	4	20,0%	16	80,0%	20	100,0%
	Oppland	2	11,1%	16	88,9%	18	100,0%
	Buskerud	3	11,5%	23	88,5%	26	100,0%
	Vestfold	15	41,7%	21	58,3%	36	100,0%
	Telemark	2	6,7%	28	93,3%	30	100,0%
	Aust-Agder	3	21,4%	11	78,6%	14	100,0%
	Vest-Agder	2	8,3%	22	91,7%	24	100,0%
	Rogaland	8	22,9%	27	77,1%	35	100,0%
	Hordaland	3	7,5%	37	92,5%	40	100,0%
	Sogn og fjordane	2	16,7%	10	83,3%	12	100,0%
	Møre og Romsdal	8	27,6%	21	72,4%	29	100,0%
	Sør-Trøndelag	10	26,3%	28	73,7%	38	100,0%
	Nord-Trøndelag	7	30,4%	16	69,6%	23	100,0%
	Nordland	8	26,7%	22	73,3%	30	100,0%
	Troms	3	20,0%	12	80,0%	15	100,0%
	Finnmark	0	0,0%	10	100,0%	10	100,0%
	Total	121	20,4%	473	79,6%	594	100,0%

² Spørreundersøkelsen ble utformet i forkant av fylkessammenslåingen. Derfor vil de tidligere 19 fylkene være representert i dette prosjektet.

Krysstabellen for «Ønsker du hjelp fra logoped per i dag?» og «Hvilket fylke bor du i?» viser frekvensen av respondentene som ønsker logopedhjelp, sammen med bostedsfylke.

Ytterpunktene viser seg i Aust-Agder og Nord-Trøndelag der under 10% av respondentene i hvert fylke har rapportert at de ønsker logoped. På den andre ytterkant er Sogn og Fjordane og Finnmark, der 70% av respondentene i hvert fylke ønsker hjelp fra logoped. Det er store prosentandeler på tvers av fylkene som ikke vet om de ønsker hjelp fra logoped (tabell 7).

Tabell 7. Ønsker hjelp fra logoped og bostedsfylke

		Ønsker du hjelp fra logoped per i dag?						Total	
		Ja		Nei		Vet ikke			
Hvilket fylke bor du i?	Østfold	12	31,6%	16	42,1%	10	26,3%	38	100,0%
	Akershus	26	42,6%	19	31,1%	16	26,2%	61	100,0%
	Oslo	22	40,7%	14	25,9%	18	33,3%	54	100,0%
	Hedmark	2	12,5%	10	62,5%	4	25,0%	16	100,0%
	Oppland	4	25,0%	8	50,0%	4	25,0%	16	100,0%
	Buskerud	6	26,1%	11	47,8%	6	26,1%	23	100,0%
	Vestfold	4	19,0%	12	57,1%	5	23,8%	21	100,0%
	Telemark	13	46,4%	5	17,9%	10	35,7%	28	100,0%
	Aust-Agder	1	9,1%	8	72,7%	2	18,2%	11	100,0%
	Vest-Agder	5	22,7%	8	36,4%	9	40,9%	22	100,0%
	Rogaland	13	48,1%	7	25,9%	7	25,9%	27	100,0%
	Hordaland	11	29,7%	12	32,4%	14	37,8%	37	100,0%
	Sogn og fjordane	7	70,0%	1	10,0%	2	20,0%	10	100,0%
	Møre og Romsdal	5	23,8%	10	47,6%	6	28,6%	21	100,0%
	Sør-Trøndelag	9	32,1%	11	39,3%	8	28,6%	28	100,0%
	Nord-Trøndelag	1	6,3%	11	68,8%	4	25,0%	16	100,0%
	Nordland	9	40,9%	9	40,9%	4	18,2%	22	100,0%
	Troms	5	41,7%	2	16,7%	5	41,7%	12	100,0%
	Finnmark	7	70,0%	3	30,0%	0	0,0%	10	100,0%
	Total		162	34,2%	177	37,4%	134	28,3%	473

4.1.3 Ikke ønske om logopedhjelp

Spørsmålet «Hvorfor ønsker du ikke hjelp fra logoped?» skal belyse hvorfor flere respondenter ikke ønsker hjelp fra logoped. Av de 177 respondentene som ikke ønsket slik hjelp, rapporterte 135 (76,3%) at de ikke har vansker som en logoped kunne hjelpe dem med (vedlegg 4, T-3). Totalt 15,2% rapporterte at de ikke ønsker hjelp fra logoped, enten fordi det ikke finnes logoped i nærområdet, at det er vanskelig å finne logoped med ledige timer eller fordi det er for dyrt med logopedhjelp. «Andre årsaker» ble rapportert av 21,5% av respondentene.

På bakgrunn av stor respons på den ene variabelen, ble det gjort en tabellanalyse av «Jeg har ingen vansker som en logoped kan hjelpe meg med» og «Hvor lenge siden er det du fikk diagnosen parkinsonisme?». Den største andelen av de som ikke hadde vansker som en logoped kunne hjelpe dem med, hadde fått diagnosen for under ett år siden (11,9%), for tre år siden (14,1%) eller fem år siden (11,1%) (tabell 8).

Tabell 8. Ingen vansker som logoped kan hjelpe med og antall år siden parkinsonismediagnose

Hvis du ikke ønsker logopedhjelp: Hva er grunnen til at du ikke ønsker hjelp fra logoped? Det er mulig å krysse av for flere alternativer. :Jeg har ingen vansker som en logoped kan hjelpe meg med

		false		true		Total	
		Count	Column N %	Count	Column N %	Count	Column N %
Hvor lenge siden er det du fikk diagnosen parkinsonisme?	Under 1 år siden	5	11,9%	16	11,9%	21	11,9%
	1 år	3	7,1%	11	8,1%	14	7,9%
	2 år	3	7,1%	12	8,9%	15	8,5%
	3 år	4	9,5%	19	14,1%	23	13,0%
	4 år	6	14,3%	10	7,4%	16	9,0%
	5 år	3	7,1%	15	11,1%	18	10,2%
	6 år	4	9,5%	9	6,7%	13	7,3%
	7 år	2	4,8%	7	5,2%	9	5,1%
	8 år	0	0,0%	11	8,1%	11	6,2%
	9 år	3	7,1%	5	3,7%	8	4,5%
	10 år	0	0,0%	6	4,4%	6	3,4%
	Mer enn 10 år siden	9	21,4%	14	10,4%	23	13,0%
	Total	42	100,0%	135	100,0%	177	100,0%

4.1.4 Lovfestet rett til hjelp fra logoped

Av de 594 respondentene i undersøkelsen, hadde 253 kjennskap til sin lovfestede rett til logopedhjelp (tabell 9). De som svarte at de hadde kjennskap til denne retten, fikk videre spørsmål om hvem som informerte dem om det. Det var mulig å krysse av på flere svaralternativer. Det oftest rapporterte svaralternativet var Norges Parkinsonforbund, der 49% av de 253 respondentene, hadde registrert sitt svar (vedlegg 4, T-4). 28,1% fant ut av den lovfestede retten selv. Noen respondenter rapporterte at de hadde mottatt informasjon fra fastlege, fysioterapeut, ergoterapeut, familiemedlem eller annen person med parkinsonisme. 19,4% fant ut av den lovfestede retten til logopedhjelp gjennom andre, enn de overnevnte.

Tabell 9. Kjenne til lovfestet rett til logoped

I forkant av denne undersøkelsen, visste du om at du har lovfestet rett til logoped?						
Ja		Nei		Total		
Count	Row N %	Count	Row N %	Count	Row N %	
253	42,6%	341	57,4%	594	100,0%	

4.2 Hypotesetesting

1. **Nullhypotese:** Det er ikke en større andel personer som mottar logopedisk hjelp i fylker sør for Sør-Trøndelag, enn i resten av landet.

Alternativ hypotese: Det er større en andel personer som mottar logopedisk hjelp i fylker sør for Sør-Trøndelag, enn i resten av landet.

Resultatene fra kji-kvadratstesten er ikke statistisk signifikante på 5% nivå og nullhypotesen beholdes (vedlegg 5, K-1). Tabellen viser at det er en mindre andel respondenter som mottar hjelp fra logoped i fylker sør for Sør-Trøndelag, enn i de nordligere fylkene (tabell 10).

Tabell 10. Hypotesetesting 1

		I hvilket fylke bor du?					
		Fylker sør for Sør-Trøndelag		I Sør-Trøndelag eller fylker nordover		Total	
Mottar du hjelp fra logoped?	Ja	93	19,5%	28	24,1%	121	20,4%
	Nei	385	80,5%	88	75,9%	473	79,6%
	Total	478	100,0%	116	100,0%	594	100,0%

2. **Nullhypotese:** Det er ikke en større andel personer som ønsker logopedisk hjelp i Sør-Trøndelag eller fylker nord for Sør-Trøndelag, enn i resten av landet.

Alternativ hypotese: Det er en større andel personer som ønsker logopedisk hjelp i Sør-Trøndelag eller fylker nord for Sør-Trøndelag, enn i resten av landet.

Resultatene fra kji-kvadratstesten er ikke statistisk signifikante på 5% nivå og nullhypotesen beholdes (vedlegg 5, K-2). Tabellen viser at det er en litt større andel respondenter som ønsker hjelp fra logoped når de bor i Sør-Trøndelag eller fylke nord for Sør-Trøndelag, enn hvis de bor i sørligere fylker (tabell 11).

Tabell 11. Hypotesetesting 2

		I hvilket fylke bor du?					
		Fylker sør for Sør-Trøndelag		I Sør-Trøndelag eller fylker nordover		Total	
Ønsker du hjelp fra logoped per i dag?	Ja	131	34,0%	31	35,2%	162	34,2%
	Nei	141	36,6%	36	40,9%	177	37,4%
	Vet ikke	113	29,4%	21	23,9%	134	28,3%
	Total	385	100,0%	88	100,0%	473	100,0%

3. **Nullhypotese:** Det er ikke en større andel personer som mottar logopedisk hjelp i kommuner med 5000 eller flere innbyggere, enn i kommuner med færre innbyggere.

Alternativ hypotese: Det er en større andel personer som mottar logopedisk hjelp i kommuner med 5000 eller flere innbyggere, enn i kommuner med færre innbyggere.

Resultatene fra kji-kvadratstesten er ikke statistisk signifikante på 5% nivå og nullhypotesen beholdes (vedlegg 5, K-3). Tabellen viser at det er en større andel respondenter som mottar hjelp fra logoped i kommuner med 5000 eller flere innbyggere, enn i kommuner med under 5000 innbyggere (tabell 12).

Tabell 12. Hypotesetesting 3.

		Hvor mange innbyggere er det i kommunen du bor i?					
		Under 5000 innbyggere		5000 eller flere innbyggere		Total	
Mottar du hjelp fra logoped?	Ja	5	10,4%	116	21,2%	121	20,4%
	Nei	43	89,6%	430	78,8%	473	79,6%
	Total	48	100,0%	546	100,0%	594	100,0%

4. **Nullhypotese:** Det er ikke en større andel personer som ønsker logopedisk hjelp i kommuner med mindre enn 5000 innbyggere, enn i kommuner med 5000 eller flere innbyggere.

Alternativ hypotese: Det er en større andel personer som ønsker logopedisk hjelp i kommuner med mindre enn 5000 innbyggere, enn i kommuner med 5000 eller flere innbyggere.

Resultatene fra kji-kvadratstesten er ikke statistisk signifikante på 5% nivå og nullhypotesen beholdes (vedlegg 5, K-4). Tabellen viser at det er en større andel respondenter som ønsker hjelp fra logoped når de bor i kommuner med mindre enn 5000 innbyggere, enn i kommuner med 5000 eller flere innbyggere (tabell 13).

Tabell 13. Hypotesetesting 4

		Hvor mange innbyggere er det i kommunen du bor i?					
		Under 5000 innbyggere		5000 eller flere innbyggere		Total	
Ønsker du hjelp fra logoped per i dag?	Ja	19	44,2%	143	33,3%	162	34,2%
	Nei	16	37,2%	161	37,4%	177	37,4%
	Vet ikke	8	18,6%	126	29,3%	134	28,3%
	Total	43	100,0%	430	100,0%	473	100,0%

5. **Nullhypotese:** Det er ikke en større andel personer som mottar logopedisk hjelp når de graderer logopedrelaterte vansker til å opptre «ofte, svært ofte eller alltid», enn når de graderer vanskene til å opptre «aldri eller av og til».

Alternativ hypotese: Det er en større andel personer som mottar logopedisk hjelp når de graderer logopedrelaterte vansker til å opptre «ofte, svært ofte eller alltid», enn når de graderer vanskene til å opptre «aldri eller av og til».

Vanskene som ble rapportert i spørreundersøkelsen ble analysert i hver sine tabeller og i én samlet tabell. Det ble målt statistisk signifikante sammenhenger på 5% nivå mellom «Mottar du hjelp fra logoped?» og «Hvor ofte har du vansker med å svelge mat», «Hvor ofte har du vansker med å være hes», «Hvor ofte har du vansker med at andre sier at du snakker lavt?», «Hvor ofte opplever du at du selv mumler?», «Hvor ofte har du vansker med å uttale ord?» (vedlegg 6, V-1a, V-1e, V-1f, V-1g, V-1h). Det vil si at det er under 5% sannsynlighet for å forkaste en sann nullhypotese. Nullhypotesen tilknyttet de overnevnte variablene kan forkastes og den alternative hypotesen blir styrket. For hver av de nevnte variablene, var det

en større andel respondenter som rapporterte at de mottar hjelp fra logoped, samtidig som at de opplever logopedrelaterte vansker «ofte, svært ofte eller alltid», enn andelen av de som mottar hjelp fra logoped og rapporterte vanskene «aldri eller av og til».

Det ble ikke registrert statistisk signifikante sammenhenger mellom «Mottar du hjelp fra logoped?» og «Hvor ofte har du vansker med å svelge drikke?», «Hvor ofte har du vansker med hosting under eller etter måltid?», «Hvor ofte har du vansker med å sikle når våken?» (vedlegg 6, V-1b, V-1c, V-1d). Selv om variablene ikke hadde signifikante sammenhenger, var det en større andel som rapporterte vanskene til å opptre «ofte, svært ofte eller alltid» og som samtidig mottok hjelp fra logoped, enn de som rapporterte vanskene til å opptre «aldri eller av og til».

Til slutt ble de logopedrelaterte vanskene kategorisert som én variabel med tittelen «Hvor ofte opplever du én eller flere av de logopedrelaterte vanskene?». Bakgrunnen for å undersøke vanskene som én samlet variabel, var for å finne ut hvor mange av respondentene som opplever vansker «ofte, svært ofte eller alltid» på én eller flere logopedrelaterte vansker. Alle respondentene som registrerte én eller flere vansker til å opptre «ofte», «svært ofte» eller «alltid» er registrert i den samlede verdien «ofte, svært ofte, alltid». Respondentene som har respondert «aldri» eller «av og til» på alle vanskene, er registrert i den samlede verdien «aldri, av og til». I en krysstabell med variablene «Mottar du hjelp fra logoped?» og «Hvor ofte opplever du én eller flere av de logopedrelaterte vanskene?», rapporterte 353 av de 594 respondentene at de opplever én eller flere logopedrelaterte vansker «ofte, svært ofte eller alltid». Av de 353 respondentene er det 88 (24,9%) personer som mottar hjelp fra logoped og 265 (75,1%) personer som ikke mottar hjelp fra logoped. Av de som har svart «ofte, svært ofte, alltid» er det prosentvis flere som mottar hjelp fra logoped, enn det er av de som har svart «aldri, av og til» (tabell 14). Kji-kvadratet ble testet for å undersøke om det var en statistisk sammenheng mellom variablene. Testen viste at det var en statistisk signifikant sammenheng mellom variablene, og nullhypotesen kan forkastes (vedlegg 5, K-5).

Tabell 14. Hypotesetesting 5

		Hvor ofte opplever du én eller flere av de logopedrelaterte vanskene?					
		Ofte, Svært ofte, Alltid		Aldri, Av og til		Total	
		Count	Column N %	Count	Column N %	Count	Column Sum %
Mottar du hjelp fra logoped?	Ja	88	24,9%	33	13,7%	121	13,7%
	Nei	265	75,1%	208	86,3%	473	86,3%
	Total	353	100,0%	241	100,0%	594	100,0%

6. **Nullhypotese:** Det er ikke en større andel personer som ønsker logopedisk hjelp når de graderer logopedrelaterte vansker til å opptre «ofte, svært ofte eller alltid», enn når de graderer vanskene til å opptre «aldri eller av og til».

Alternativ hypotese: Det er en større andel personer som ønsker logopedisk hjelp når de graderer logopedrelaterte vansker til å opptre «ofte, svært ofte eller alltid», enn når de graderer vanskene til å opptre «aldri eller av og til».

Det ble målt statistisk signifikante sammenhenger på 5% nivå mellom «Ønsker du hjelp fra logoped per i dag?» og «Hvor ofte har du vansker med å svelge mat», «Hvor ofte har du vansker med å svelge drikke?», «Hvor ofte har du vansker med hosting under eller etter måltid?», «Hvor ofte har du vansker med å sikle når våken?», «Hvor ofte har du vansker med å være hes», «Hvor ofte har du vansker med at andre sier at du snakker lavt?», «Hvor ofte opplever du at du selv mumler?» og «Hvor ofte har du vansker med å uttale ord?» (vedlegg 6, tabell V-2a, V-2b, V-2c, V-2d, V-2e, V-2f, V-2g, V-2h). Det vil si at det er under 5% sannsynlighet for å forkaste en sann nullhypotese. Nullhypotesen tilknyttet de overnevnte variablene kan forkastes og den alternative hypotesen styrkes. For hver av de nevnte variablene, var det en større andel respondenter som rapporterte at de ønsker hjelp fra logoped, samtidig som at de opplever logopedrelaterte vansker «ofte, svært ofte eller alltid», enn andelen av de som ønsker hjelp fra logoped og rapporterte vanskene «aldri» eller «av og til».

Til slutt ble de logopedrelaterte vanskene kategorisert som én variabel med tittelen «Hvor ofte opplever du én eller flere av de logopedrelaterte vanskene?». Variabelen ble konstruert for å finne ut av hvor stor andel av respondentene som opplever vansker «ofte, svært ofte eller alltid» på én eller flere logopedrelaterte vansker. Alle respondentene som registrerte én eller

flere vansker til å opptre «ofte», «svært ofte» eller «alltid» ble registrert i den samlede verdien «ofte, svært ofte, alltid». Respondentene som har rapportert «aldri» eller «av og til» på alle vanskene, ble registrert i den samlede verdien «aldri, av og til». I en krysstabell med variablene «Ønsker du hjelp fra logoped per i dag?» og «Hvor ofte opplever du én eller flere av de logopedrelaterte vanskene?», rapporterte 265 av de 473 respondentene at de opplever én eller flere logopedrelaterte vansker «ofte, svært ofte eller alltid». Av de 265 respondentene er det 128 (48,3%) personer som ønsker hjelp fra logoped per i dag, 56 (21,1%) personer som ikke ønsker slik hjelp og 81 (30,6%) som ikke vet om de ønsker slik hjelp. Av de som har svart «ofte, svært ofte, alltid» er det prosentvis flere som mottar hjelp fra logoped, enn det er av de som har svart «aldri, av og til» (tabell 15). Kji-kvadratet ble testet for å undersøke om det var en statistisk sammenheng mellom variablene. Testen viste at det var en statistisk signifikant sammenheng mellom variablene, og nullhypotesen kan forkastes (vedlegg 5, K-6).

Tabell 15. Hypotesetesting 6

		Hvor ofte opplever du én eller flere av de logopedrelaterte vanskene?					
		Ofte, Svært ofte, Alltid		Aldri, Av og til		Total	
		Count	Column N %	Count	Column N %	Count	Column Sum %
Ønsker du hjelp fra logoped per i dag?	Ja	128	48,3%	34	16,3%	162	16,3%
	Nei	56	21,1%	121	58,2%	177	58,2%
	Vet ikke	81	30,6%	53	25,5%	134	25,5%
	Total	265	100,0%	208	100,0%	473	100,0%

7. **Nullhypotese:** Det er ikke en større andel personer som mottar logopedhjelp når de kjenner til sin lovfestede rett til logoped, enn hvis de ikke kjenner til sin lovfestede rett.

Alternativ hypotese: Det er en større andel personer som mottar logopedhjelp når de kjenner til sin lovfestede rett til logoped, enn hvis de ikke kjenner til sin lovfestede rett.

Resultatene fra kji-kvadratstesten er statistisk signifikante på 5% nivå og nullhypotesen forkastes (vedlegg 5, K-7). Den alternative hypotesen styrkes. Tabellen viser at det er en større andel respondenter som mottar hjelp fra logoped når de kjenner til sin lovfestede rett til logoped, enn de som ikke kjenner til denne retten (tabell 16). Resultatet kan generaliseres fra utvalg til populasjon.

Tabell 16. Hypotesetesting 7

		I forkant av denne undersøkelsen, visste du om at du har lovfestet rett til logoped?					
		Ja		Nei		Total	
Mottar du hjelp fra logoped?	Ja	87	34,4%	34	10,0%	121	20,4%
	Nei	166	65,6%	307	90,0%	473	79,6%
	Total	253	100,0%	341	100,0%	594	100,0%

4.3 Åpne spørsmål

Dette delkapittelet vil vise utdrag fra undersøkelsens åpne spørsmål. Disse spørsmålene var valgfrie å svare på. Respondentene måtte krysse på spesifikke svaralternativer, for å bli videresendt til disse spørsmålene. Deler av utvalget har derfor ikke hatt mulighet til å svare på disse.³

I Tekstboks 1 presenteres noen av responsene fra spørsmålet om hvilke andre vansker som han/hun mottar logopedhjelp for. Få respondenter svarte på dette spørsmålet. Svarene som er presentert, var de eneste svarene som var tilknyttet respondentens vansker.

Hvis du krysset av for at du har logopedhjelp til andre vansker, hvilke vansker gjelder det?

- Stotring
- Tempo og rytmeproblemer
- Dysleksi
- Stamming

Tekstboks 1. Logopedhjelp til andre vansker.

³ Rettskrivingsfeil er korrigert i svarene som er presentert i tekstboksene. Det er for øvrig ikke gjort grammatiske, syntaktiske eller semantiske endringer.

I Tekstboks 2 presenteres noen av responsene fra spørsmålet om hvorfor han/hun ikke ønsker hjelp fra logoped. Flere av respondentene uttrykte at de logopedrelaterte problemene ikke var store nok til å prioritere, og at de kjente til øvelser de kunne gjøre hjemme. Noen rapporterte at de hadde avtale om logopedhjelp i løpet av 2018, og derfor ikke ønsket logopedhjelp per i dag.

Utdyp gjerne, hvis du satt kryss for andre årsaker: (hvorfor ønsker du ikke hjelp fra logoped)

- «Har utstyr som jeg fikk og bruker på rehabilitering»
- «If it is not a problem, dont make it a problem!»
- «Ikke så hemmet at det betyr noe fra eller til å få korreksjoner»
- «Har prioritert fysisk trening så langt, men regner med å kontakte logoped i 2018.»
- «Den siste logopeden mente hun ikke kunne hjelpe meg mer.»
- «Føler ikke behov nå»
- «Jeg har allerede diverse trening/fysioterapi 3 ganger i uken, ønsker pt. ikke flere faste avtaler»
- «Vet vel ikke nok om forebyggende logopedhjelp, om slik finnes. Foreløpig er det et lite problem. Men selvsagt interessant å få det undersøkt.»
- «Jeg er noe usikker på hva en logoped kan hjelpe meg med og om det finnes noen i mitt nærområde?»
- «Problemene ikke store nok.»

Tekstboks 2. Andre årsaker til at det ikke ønskes hjelp fra logoped.

På det åpne spørsmålet vedrørende hvem som informerte respondentene om sin lovfestede rett til logopedhjelp, var det to svar som i stor grad ble repetert. Både nevrologen, og ulike rehabiliteringssenter, hadde gitt slik informasjon til flere personer med parkinsonisme (tekstboks 3).

Hvis du krysset av for at andre informerte deg om din rett til logoped, hvem gjelder det?

- «Parkinsonsykepleieren ved nevrologisk poliklinikk.»
- «Husker ikke»
- «Logoped på rehabilitering»
- «Logopeder»
- «Parkinsonsykepleier på SIV i forbindelse med «Parkinsonskolen».»
- «Foredrag på parkinsonmøte»
- «Nevrolog»
- «Rehabiliteringssenter»

Tekstboks 3. Informasjon om den lovfestede retten til logopedhjelp.

I spørreundersøkelsens siste spørsmål, ble respondentene spurt om de kunne utdype hvordan den nåværende hjelpen fra logoped hadde påvirket dem. Flere rapporterte at de hadde lært om viktigheten av egentrening og blitt informert om forebyggende øvelser. Andre uttrykte at det hadde hatt positiv innvirkning på det sosiale aspektet, for eksempel ved at det var lettere å føre en samtale. Samtidig uttrykker noen at de er mindre fornøyde med logopedhjelpen, og at de hadde forventet større virkning (tekstboks 4).

Avsluttende spørsmål: Ønsker du å utdype om hvordan den nåværende hjelpen fra logoped har påvirket deg?

- «Hjulpet med bedring av artikulasjon»
- «Det er for tidlig å si noe om»
- «Den virker passe, ikke noe tydelig bedring. Er foreløpig moderat imponert av hva logopeder kan gjøre»
- «Jeg har ikke nevnt at jeg trenger hjelp til annet enn svak stemme/mumling/hes. Men jeg får mye hjelp til noe som mangler i undersøkelsen, nemlig manglende mimikk. Logopeden har et helhetssyn på mine utfordringer og vet at fx manglende mimikk kan gå ut over...»
- «Helt nødvendig for å bruke stemmen.»
- «Nei. Brukt logoped for kort tid»
- «Har stort utbytte av treningen, redd jeg hadde hatt mange flere, hva sa du, uten»
- «Lettere hverdag, mer sosial»
- «Snakker høyere og tydeligere»
- «Forventet større virkning...»
- «Holder stemmen på det nivå jeg hadde før jeg ble syk.»

Tekstboks 4. Logopedhjelpens påvirkning på individet.

4.4 Sammenfatning av resultater

Utvalget består av respondenter fra hele Norge. Det er en større andel menn, enn kvinner, som har respondert. Aldersspennet er fra under 40 år, til over 80 år.

Det er en større andel respondenter som opplever dysartri, enn dysfagi. Totalt er det 353 respondenter som rapporterer én, eller flere vansker, til å opptre «ofte, svært ofte, alltid». Totalt rapporterte 35,5% av alle respondentene, at de mottar eller har mottatt hjelp fra logoped. 20,4% mottok hjelp fra logoped på undersøkelsens tidspunkt. Av de som ikke mottar slik hjelp, rapporterte 34,5% at de ønsker hjelp fra logoped. Samtidig rapporterte 28,3% at de ikke vet om de ønsker slik hjelp. En stor andel av de som ikke ønsker hjelp, rapporterte at de ikke har vansker som en logoped kan hjelpe de med. I forkant av undersøkelsen, kjente 49% av respondentene til sin lovfestede rett til logopedhjelp.

Gjennom åpne spørsmål, fikk respondentene mulighet til å konstruere egne svar til deler av undersøkelsen. Flere respondenter rapporterte at de logopedrelaterte vanskene ikke var omfattende nok, til at de ønsket kontakt med logoped. Andre rapporterte at nevrolog og rehabiliteringssentre, hadde gitt informasjon om retten til logopedhjelp. Det var også noen som rapporterte om andre logopedrelaterte vansker, som ikke var inkludert i undersøkelsens lukkede spørsmål.

5. Drøfting

I dette kapitlet vil resultatene drøftes sammen med foreliggende teori. Drøftingen tar stort sett utgangspunkt i resultatenes rekkefølge. Hypotesetestingens resultater inkluderes i delkapitlet «5.4 Motta og ønske om logopedhjelp». Resultatenes overførbarhet til utvalgets populasjon og resultatenes nytteverdi vil bli drøftet. Det teoretiske grunnlaget for undersøkelsen tar i stor grad utgangspunkt i Parkinson sykdom, sykdommen som er årsak til over 75% av tilfellene av parkinsonisme (Dawson, 2000, s. 263). Utvalget i spørreundersøkelsen er personer med parkinsonisme, som er medlemmer av Norges Parkinsonforbund. Forskningen som tar utgangspunkt i Parkinson sykdom vil kunne gjenspeile en stor andel av personer med parkinsonisme.

5.1 Innledende refleksjoner

Noen utfordringer har fremkommet i drøftingskapitlet. En av utfordringene er at det har vært vanskelig å finne god og relevant teori tilknyttet parkinsonisme og logopedi. Det var også begrenset med tilgang til teori tilknyttet Parkinson sykdom. Det er minimalt med forskning på Parkinson sykdom/parkinsonisme og logopedi, i Norge. Noe relevant forskning stammer blant annet fra Storbritannia, Australia og Sverige.

En annen utfordring er om den foreliggende teorien er aktuell for dette prosjektets resultater, siden mye av forskningen er internasjonalt forankret. Resultatene kan preges av hvor man bor, blant annet på grunn av forskjellig lovverk for logopedhjelp og kulturelle ulikheter. I Norge er det slik at man har rett på hjelp fra logoped hvis vanskene er av en viss grad (Opplæringsloven, 1998). I andre land kan det være andre lover, eller ingen lover, som fastslår rett til hjelp. Kjennskap til logopedens rolle og virke vil også kunne påvirke om det mottas eller ønskes hjelp. De to nevnte utfordringene er spesielt aktuelle for spørsmål relatert til tilgang til logoped. Litteratur vedrørende logopedrelaterte vansker er i større grad relevant på tvers av landegrensene, selv om det er en risiko for skjevrapporing av vansker på grunn av kulturelle faktorer. Totalt er det mer forskning på Parkinson sykdom og logopedi i utlandet, enn det er i Norge. Av den grunn vil resultatene kunne avvike noe fra det teoretiske fundamentet til oppgaven, uten at det trenger å ha noe å si for resultatenes validitet.

5.2 Utvalget

I dette delkapitlet vil informasjon vedrørende utvalget bli undersøkt i samsvar med foreliggende teori. Som rapportert tidligere, var det 622 personer som svarte på undersøkelsen. Av disse er det 594 som har en form for parkinsonisme og som vil utgjøre det valide utvalg av respondenter i drøftingen (vedlegg 4, T-1).

Resultatene fra undersøkelsen viser at 39,4% av respondentene er kvinner, mens 60,6% er menn (figur 1). Teori på fagfeltet samsvarer med disse resultatene og viser til større forekomst av Parkinson sykdom hos menn, enn hos kvinner (Van Den Eden et al., referert i Korell & Tanner, 2013, s. 34). Parkinson sykdom oppstår sjeldent før fylte 50 år (Korell&Tanner, 2013, s. 32). Respondentene i denne undersøkelsen rapporterte at de er i aldersgruppen 51-60 år, 61-70 år eller 71-80 år (tabell 1). Det varierer hvor lenge respondentene har hatt parkinsonisme-diagnosen, men flesteparten er i aldersgruppen 61-80 år og har hatt diagnosen i 10 år eller mindre (tabell 1). Det kan ta flere år fra sykdommen oppstår til diagnosen Parkinson sykdom blir satt. Det er derfor vanskelig å vite eksakt når sykdommen oppstår hos hvert individ (Lees, Hardy&Revesz, 2009, s. 2056-2057). De nevnte resultatene kan reflektere et representativt og reliabelt utvalg, slik at lignende resultater vil kunne fremkomme i andre undersøkelser av personer med Parkinson sykdom eller parkinsonisme.

5.3 Logopedrelaterte vansker

I første del av spørreundersøkelsen ble det stilt spørsmål om i hvilken grad respondentene opplever ulike vansker. Hver av de foreslåtte vanskene er symptomer på en av de logopedrelaterte vanskene *dysartri* eller *dysfagi*. I graderingen av vansker ble dysartri delt opp i vansker med *hes stemme, å snakke lavt, mumler når man snakker og uttale av ord*. Dysfagi ble delt opp i vansker med å *svelge mat, svelge drikke, sikle i våken tilstand og hoste under/etter måltid*. Når respondentene svarte på spørsmålet om i hvilken grad de opplever de ulike vanskene, var svaralternativene «aldri», «av og til», «ofte», «svært ofte» og «alltid». Resultatene har i etterkant blitt klassifisert som to kategorier, der «aldri» er i én kategori, mens «av og til, ofte, svært ofte og alltid» er i én kategori. Hvis en person opplever en eller flere av disse vanskene «ofte, svært ofte eller alltid», kan det tenkes at personen vil ha behov for hjelp fra logoped. Det ble derfor satt opp to variabler som kunne reflektere dette skillet (tabell 2 og 3). Verdien av forebygging og tidlig innsats for de som opplever vanskene «aldri» eller «av og til» skal likevel ikke utelukkes. Med tidlig hjelp fra logoped vil personen med parkinsonisme ha best mulig utgangspunkt for å håndtere mulige framtidige vansker.

Resultatene fra spørreundersøkelsen viser at vansker med å *svelge drikke* er vansken som blir rapportert å opptre sjeldnest, mens *hes stemme* er vansken som rapporteres til å opptre oftest. Totalt rapporteres svelgvansker (dysfagi) til å opptre i mindre grad enn vansker med dysartri. En åpenbar forskjell mellom dysfagi og dysartri, er at dysartri i større grad er merkbar for personer rundt den som opplever vansken. Hvis personen med parkinsonisme ikke oppdager vanskene sine selv, vil det være en større sjans for at de blir gjort oppmerksomme på vansker tilknyttet dysartri, enn dysfagi. Utenforstående personer vil kunne si i fra når de ikke forstår hva personen med parkinsonisme sier, men vil ikke nødvendigvis merke at personen har vansker med å svelge mat og hoster hver gang etter han eller hun har spist.

Tilbakemeldingene kan forsterke bekymringer som personen med Parkinson sykdom kan ha, vedrørende sin evne til å kommunisere med andre (Miller et al., 2006, s. 237-238). På den måten kan personen med Parkinson sykdom i stor grad bli bevisstgjort på sine vansker, noe som kan forsterke opplevelsen av vanskene med dysartri. Det kan derfor stilles spørsmål om tilbakemeldinger fra nærpersoner, vil påvirke personen med parkinsonisme sin rapportering av de logopedrelaterte vanskene.

I følge Miller et al. (2009, s. 1049) vil opp mot 80% av personer med Parkinson sykdom ha behov for tett oppfølging og rådgivning for svelgvansker, mens 30% vil ha behov for intensiv og aktiv håndtering av svelgvanskene. Disse prosentene strider mot resultatene fra spørreundersøkelsen, der totalt 28-57% opplever slike vansker «av og til, ofte, svært ofte eller alltid». Det er 4-15% som rapporterer å oppleve slike vansker «ofte, svært ofte eller alltid». En årsak til denne diskrepansen kan være at vansker med dysfagi viser seg sent i sykdomsutviklingen, og derfor ikke er rapportert i oppgavens spørreundersøkelse (Muller et al., referert i Newman, 2013, s. 961). Andre årsaker kan være at personene selv ikke opplever at de har vansker med dysfagi, selv om de gjennom objektive mål har det (Svensson, 2010, s. 34-35). Denne årsaksforklaringen sammenfaller med tidligere forskning vedrørende Parkinson sykdom og livskvalitet. I følge Plowman-Prine et al. (2009, s. 1356), rapporterte respondentene at muligheten til å delta i ulike sosiale aktiviteter var redusert, som en konsekvens av svelgvanskene. Det kan tenkes at slike vansker vil være vanskelig å håndtere, og at respondentene i så fall ville være oppmerksomme på egne svelgvansker, samt rapportere de i spørreundersøkelsen. Det at en mindre andel respondenter har rapportert om slike vansker, kan tyde på at de ikke er oppmerksomme på sine potensielle svelgvansker.

Undersøkelsens resultater viser at respondentene opplever dysartri i større grad enn dysfagi. Totalt rapporterte 69-81% at de opplever dysartri «av og til, ofte, svært ofte eller alltid» (tabell 2). Det er 23-37% som rapporterer å oppleve slike vansker «ofte, svært ofte eller alltid» (tabell 3). Andre studier rapporterer tilsvarende funn, som viser til at 70-90% av personer med Parkinson sykdom vil oppleve en form for dysartri (Hartelius, 2008, s. 403; Schulz, 2002, s. 1359; Ho et al., 1999, s.134). Rapporteringen av dysartri for personer med parkinsonisme (undersøkelsen), samsvarer dermed med rapportering av dysartri for personer med Parkinson sykdom (teori).

5.4 Motta og ønske om logopedhjelp

5.4.1 Mottar logopedhjelp

Forskning vedrørende Parkinson sykdom viser sprikende resultater for hvor stor andel som mottar hjelp fra logoped. I en spørreundersøkelse fra 1994 ble rapporterte 3% av respondentene at de *hadde mottatt hjelp* fra logoped (Hartelius&Svensson, 1994, s. 9), mens det i 2006 ble rapportert at 20% av respondentene *hadde vært i kontakt* med logoped (Noble et al., 2006, s. 324). En naturlig forklaring på disse resultatene er at logopedyrket har blitt videreutviklet og mer fremtredende fra 1994 til 2006. En annen forklaring kan være at undersøkelsene er gjort i ulike befolkninger og land. Det vil også ha betydning om hvordan spørsmålene i undersøkelsene ble stilt. Hvordan resultatene fra de to nevnte undersøkelsene er formulert, tilsier ikke at respondentene på daværende tidspunkt mottok hjelp fra logoped. I denne undersøkelsen ble det stilt spørsmål om respondentene på nåværende tidspunkt mottar hjelp fra logoped. Totalt rapporterte 20,4% (121) at de mottar slik hjelp (figur 2). Hvis alle som har mottatt hjelp fra logoped inkluderes, vil det utgjøre 35,5% (211) av respondentene (vedlegg 4, T-2). Resultatene for hvem som mottar, og har mottatt, logopedhjelp utgjør dermed en større andel i denne undersøkelsen, enn i de to foreliggende studiene. Differansen mellom resultatene kan fortsatt være på grunn av forskjell i tid og sted for gjennomføringen av undersøkelsene. Det er også viktig å ta i betraktning at landets lovverk kan påvirke i hvilken grad personer med parkinsonisme og Parkinson sykdom mottar hjelp fra logoped. Dette vil bli drøftet nærmere i avsnitt 5.7.

For å undersøke hvordan logopedtilbudet er i ulike fylker for personer med parkinsonisme, ble det satt opp en krysstabell for «Mottar du hjelp fra logoped?» og «Hvilket fylke bor du i?». Resultatene viser store variasjoner mellom fylkene. En forklaring på de sprikende resultatene er at kommunene i de fylkene hvor en stor andel mottar hjelp fra logoped, har et

større logopedtilbud enn i kommunene i fylkene hvor en liten andel mottar hjelp fra logoped. Vestfold og Nord-Trøndelag skilte seg ut ved at henholdsvis 41% og 30% mottar hjelp fra logoped. På motsatt side er Telemark, Vest-Agder, Hordaland og Finnmark, hvor under 10% mottar hjelp fra logoped (tabell 6). I Finnmark er det 0% av personer med parkinsonisme som mottar hjelp fra logoped. Hvorfor det er slike variasjoner mellom fylkene finnes det ikke et konkret svar på. En årsak til at ingen av respondentene mottar logopedhjelp i Finnmark kan være tilknyttet størrelse på fylket og det totale antall innbyggere. Det er under 80 000 innbyggere i fylket, og de er fordelt ut over et stort geografisk område. Det kan derfor tenkes at det kan være utfordrende å få tak i logopeder til å arbeide i de ulike kommunene. Hver kommunes logopedtilbud vil påvirke fylkenes totale logopedtilbud. Det vil si at en kommune som i liten grad kan tilby logopedhjelp, vil kunne ha stor innvirkning på den totale andelen personer som mottar logopedhjelp i fylket.

5.4.2 Ønske om logopedhjelp

Av alle respondentene var det 473 personer som rapporterte at de ikke mottar hjelp fra logoped. Av disse, rapporterte 34,2% at de ønsker slik hjelp, mens 28,3% ikke vet om de ønsker det (figur 3). Til sammenligning ble det i undersøkelsen av Noble et al. (2006, s. 324) rapportert at 12% ønsket å bli satt i kontakt med logoped, av de som ikke hadde vært henvist til logoped tidligere. En mulig årsak til denne diskrepansen er at spørsmålet ble stilt til forskjellige deler av utvalgene. I undersøkelsen til Noble et al. (2006, s. 324), ble spørsmålet stilt til de som ikke hadde vært henvist til logoped tidligere. I denne masteroppgaven ble spørsmålet stilt til alle som ikke mottar hjelp fra logoped. Det vil si at personer med parkinsonisme som har mottatt logopedhjelp tidligere, også ble spurt om de ønsket slik hjelp per i dag.

Variabelen «Ønsker du hjelp fra logoped per i dag?» ble analysert sammen med variabelen «Hvilket fylke bor du i?» (tabell 7). Tabellen viser store variasjoner i ønske om logopedhjelp mellom fylkene. I Sogn og Fjordane og Finnmark rapporteres det i stor grad ønske om logoped, mens det i Aust-Agder og Nord-Trøndelag ønskes i liten grad. De resterende svarene ble rapportert som «nei» eller «vet ikke». Finnmark og Nord-Trøndelag representerer ytterpunkter både når det gjelder «mottar du hjelp fra logoped» og «ønsker du hjelp fra logoped». På grunn av svarkategorien «vet ikke», var det flere ytterpunkter fra «mottar du hjelp fra logoped», som ikke ble ytterpunkter i «ønsker du hjelp fra logoped». Totalt var det 134 respondenter som ikke vet om de ønsker slik hjelp. En mulig forklaring er at det er lite kjennskap til logopedens funksjon for personer med parkinsonisme, noe som også kan ha

innvirkning på at flere respondenter uttrykker at de ikke ønsker logopedhjelp. Dette blir drøftet nærmere i delkapittel 5.6 og 5.7.

5.4.3 Hypotesetesting for «mottar logopedhjelp» og «ønsker logopedhjelp»

Fire av undersøkelsens hypoteser er tilknyttet hvordan respondentens geografiske tilhørighet ville kunne påvirke «mottar du logopedhjelp» og «ønsker du logopedhjelp». Den første nullhypotesen er “Det er ikke en større andel personer som mottar logopedisk hjelp i fylker sør for Sør-Trøndelag, enn i resten av landet”. For å undersøke hypotesen ble fylkene omkodet til to kategorier; *nord* og *sør*. Skillet mellom *nord* og *sør*, ble satt slik at *nord* inkluderte Sør-Trøndelag, Nord-Trøndelag, Nordland, Troms og Finnmark. Bakgrunnen for denne oppdelingen var antagelsen om at det er flere logopeder i sørlige fylker som kan tilby hjelp til personer med parkinsonisme, enn det er i nordligere fylker. Resultatene viser en større andel som mottar hjelp fra logoped i Sør-Trøndelag eller fylker nordover, enn i de sørligere fylkene (tabell 10). Disse resultatene er interessante, selv om nullhypotesen ikke kan forkastes. Prosentvis er det altså en større andel som mottar hjelp i nord, noe som strider mot antagelsene. Det som er viktig å ta i betraktning er fylkene som har spesielt høye eller spesielt lave rapporteringer av «mottar logopedhjelp» (tabell 6). Disse ytterlighetene kan påvirke resultatene fra hypotesetestingen. Finnmark har spesielt lave verdier på mottak av logopedhjelp, mens Nord-Trøndelag har spesielt høye verdier. Slike verdier vil påvirke resultatene for gruppekategorien «nord» ved å trekke opp eller ned andelen som mottar hjelp. I kategorien «sør» er det flere fylker som rapporterer spesielt lave verdier, noe som kan ha vært utslagsgivende for resultatene av hypotesetestingen.

Den andre nullhypotesen ser på sammenhengen mellom «ønsker du logopedhjelp» og «bostedsfylke». Nullhypotesen er «Det er ikke en større andel personer som ønsker logopedisk hjelp i Sør-Trøndelag eller fylker nord for Sør-Trøndelag, enn i resten av landet». Variabelen «I hvilket fylke bor du?» ble kodet på samme måte som i den forrige hypotesetestingen. Det er en større andel respondenter i «nord» som ønsker hjelp fra logoped, selv om det er over fire ganger flere respondenter som ønsker logopedhjelp i «sør» enn i «nord». Prosentvis er resultatene fra «nord» og «sør» relativt likt fordelt på «ja», «nei» og «vet ikke». Disse resultatene antyder at ønsket om logopedhjelp er tilnærmet likt i ulike deler av Norge. Likevel er det fortsatt viktig å vurdere hvordan noen fylker kan trekke opp eller ned andelen. Selv om tabell 11 viser relativt like resultater mellom «nord» og «sør», må den ses i lys av tabell 7 som viser store variasjoner mellom enkeltfylkene.

Den tredje nullhypotesen, som tar utgangspunkt i respondentens geografiske tilhørighet, er «Det er ikke en større andel personer som mottar logopedisk hjelp i kommuner med 5000 eller flere innbyggere, enn i kommuner med færre innbyggere». For å undersøke hypotesen ble sammenhengen mellom «motta logopedhjelp» og «antall innbyggere i bostedskommunen» analysert. Variabelen «antall innbyggere i bostedskommunen» ble delt opp i to verdier: «under 5000 innbyggere» og «5000 eller flere innbyggere». I kommuner med 5000 eller flere innbyggere, ble det rapportert om større prosentandel respondenter som mottar logopedhjelp, enn i kommuner med mindre enn 5000 innbyggere (tabell 12). For å undersøke om resultatet kunne være påvirket av ytterkantsverdier, ble det brukt en tabell med oversikt over hver av undersøkelsens kommunegrupper (tabell 4). Det viste seg variasjoner i resultatene, da blant annet kommuner med 10 000 til 19 999 innbyggere, har tilnærmet like lav andel som mottar hjelp fra logoped, som de som bor i kommuner med under 5000 innbyggere. Samtidig er det en større andel som mottar hjelp fra logoped i kommuner med 5000 – 9 999 innbyggere, enn det er i kommuner med over 80 000 innbyggere. Det kan være ulike årsaker til disse resultatene. En kan tenke seg til at kommuner med mindre enn 5000 innbyggere vil kunne ha få personer med parkinsonisme som ønsker hjelp fra logoped. Det kan også tenkes at det er relativt få personer med andre logopedrelaterte vansker som trenger hjelp fra logoped, noe som tilsier at det er et dårlig arbeidsmarked for private logopeder i disse kommunene. Samtidig kan det være at kommunen har vansker med å få ansatt logoped, da kommunen av stor sannsynlighet ligger i et lite sentralt område. I kommunene med 5000 til 9 999 innbyggere, er andelen som mottar hjelp fra logoped doblet. I disse kommunene bor det av stor sannsynlighet flere personer med logopedrelaterte vansker og det er derfor et større arbeidsmarked for logopeder. Samtidig kan det være at kommunen fortsatt har såpass få innbyggere, at etterspørselen etter logopedhjelp ikke nødvendigvis er større enn tilbudet av logopedhjelp. Resultatene fra kommuner med over 80 000 innbyggere viser at andelen som mottar hjelp fra logoped er mindre enn i flere av de andre kommunekategoriene. Oraviita (2008, s. 81) viser til resultater som sier at i forhold til behov for logopedfaglig hjelp, er kommunenes logopedfaglige kapasitet lavest i mellomstore og store kommuner. Disse resultatene dreide seg om personer med afasi, og gjaldt det kommunale tilbudet av logopedhjelp. Resultatene er derfor ikke direkte sammenlignbare med resultatene fra denne oppgavens undersøkelse. I undersøkelsen tilknyttet denne oppgaven, ble det ikke differensiert mellom kommunal og privat logopedhjelp, og resultatene for hvor mange som mottar hjelp fra logoped vil av stor sannsynlighet være høyere enn i Oraviitas undersøkelse. Likevel kan det trekkes mulige paralleller mellom denne og Oraviitas undersøkelse, da det prosentvis er flere

som mottar hjelp i kommuner med 5000 til 9 999 innbyggere, enn i kommuner med over 80 000 innbyggere. Slike resultat kan antyde at det er større etterspørsel etter logopedhjelp, enn det er tilbud av logopedhjelp, i de kommunene med flest innbyggere. Kommuner med mindre enn 5000 innbyggere, er fortsatt den kommunegruppen hvor det prosentvis er minst mottakere av logoped.

Den siste av hypotesene som er tilknyttet respondentenes geografiske tilhørighet undersøker «ønsker du logopedhjelp» og «innbyggere i kommunene din». Nullhypotesen er «Det er ikke en større andel personer som ønsker logopedisk hjelp i kommuner med mindre enn 5000 innbyggere, enn i kommuner med 5000 eller flere innbyggere». Denne hypotesetestingen tok også utgangspunkt i verdiene «under 5000 innbyggere» og «5000 eller flere innbyggere». Det var en større andel respondenter som ønsker logopedhjelp i kommuner med mindre enn 5000 innbyggere, enn i kommuner med 5000 eller flere innbyggere (tabell 13). Disse resultatene avviker fra nullhypotesen og samsvarer med resultatene fra den tredje hypotesetestingen. I en tabell med oversikt over hver enkelt kommunegruppe, viser noen ytterpunkter seg (tabell 5). Andelen som ønsker hjelp fra logoped, er størst i kommuner med mindre enn 5000 innbyggere. De andre kommunegruppene varierer fra 27,6% til 38,2% i ønske om logoped, men ingen har prosentvis like stort ønske om logoped, som de kommunene med færrest innbyggere. Det vil si at ytterpunkter ikke ser ut til å påvirke resultatene fra hypotesetestingen. Det er i de kommunene med færrest innbyggere (44,2%), og i de kommunene med flest innbyggere (38,2%), det er størst andel som ønsker hjelp fra logoped. Det samsvarer delvis med Oraviitas (2008, s. 81) funn, som drøftet i forrige avsnitt. Det kan diskuteres for at det er en større etterspørsel etter logopedhjelp, enn det er tilgang til logopedhjelp, i samtlige kommunegrupper. De minste og de største kommunene, ser ut til å ha størst diskrepans mellom etterspørsel og tilbud.

Gjennom den femte hypotesen ble sammenhengen mellom «motta logopedhjelp» og «logopedrelaterte vansker» vurdert. Nullhypotesen er derfor «Det er ikke en større andel personer som mottar logopedisk hjelp når de graderer logopedrelaterte vansker til å opptre ofte, svært ofte eller alltid, enn når de graderer vanskene til å opptre aldri eller av og til». Hypotesen ble undersøkt på to ulike måter, både ved å se på hver enkelt vanske, og ved å se på alle de ulike vanskene samlet i én kategori. Av de 8 ulike vanskene, ble det rapportert om statistiske sammenhenger mellom 5 av vanskene og «mottar hjelp fra logoped» (vedlegg 6, V-1a, V-1e, V-1f, V-1g, V-1h). Alle vanskene relatert til dysartri hadde statistisk signifikante

sammenhenger. Svarfrekvensen ved de ulike vanskene påvirker den statistiske signifikansen. Hvis svarfrekvensen er lav, vil det påvirke kji-kvadratstesten og det er større sjans for at den ikke blir statistisk signifikant. I delkapittel 4.1.1 ble svarfrekvensen på de ulike vanskene beskrevet. Færre respondenter opplever svelgvansker, enn vansker med dysartri. Disse resultatene er med på å forklare hvorfor dysartri i større grad er signifikant i sammenheng med «mottar du logopedhjelp, enn det svelgvansker er.

Videre ble alle vanskene omkodet til én variabel, som het «Hvor ofte opplever du én eller flere av de logopedrelaterte vanskene?». Alle som svarte «ofte», «svært ofte» eller «alltid» på én eller flere vansker, ble registrert i kategorien «Ofte, Svært ofte, Alltid». Det ble oppdaget statistisk signifikante sammenhenger mellom «mottar logopedhjelp» og «hvor ofte opplever du én eller flere av de logopedrelaterte vanskene? ». Resultatene viser at det er en større andel som mottar logopedhjelp når de opplever vansker «ofte», «svært ofte» eller «alltid», enn de som opplever vansker «av og til» eller «aldri» (tabell 14). Selv om nullhypotesen kan forkastes og den alternative hypotesen styrkes, er det fortsatt viktig å undersøke resultatene nærmere. Tidligere i drøftinga ble det gjort rede for hvorfor de to svarkategoriene ble opprettet. En av årsakene er at det kan tenkes at personer som opplever én eller flere vansker «ofte», «svært ofte» eller «alltid», vil ha behov for logopedhjelp. I følge resultatene fra denne hypotesetestingen, er det fortsatt 75,1% av de som opplever vansker ofte eller oftere, som ikke mottar hjelp fra logoped. Det er altså 75,1% som potensielt hadde hatt behov for logopedhjelp, som ikke mottar det. Det kan være flere forklaringer på hvorfor mange ikke mottar hjelp fra logoped, selv om de opplever vansker ofte.

Den sjettede hypotesen kan belyse resultatene for de som opplever vansker ofte, men som ikke mottar hjelp fra logoped. Nullhypotesen er «Det er ikke en større andel personer som ønsker logopedisk hjelp når de graderer logopedrelaterte vansker til å opptre «ofte», «svært ofte» eller «alltid», enn når de graderer vanskene til å opptre «aldri» eller «av og til». Av de 265 respondentene som opplever logopedrelaterte vansker ofte eller oftere, rapporterte 48,3% og 30,6% at de ønsker eller ikke vet om de ønsker hjelp fra logoped (tabell 15). Det vil si at en stor andel av personer med parkinsonisme som opplever vansker ofte og som ikke mottar hjelp fra logoped, ønsker slik hjelp. Resultatene fra denne hypotesetestingen er statistisk signifikante og kan generaliseres til populasjonen. I praksis betyr disse resultatene at det er en sammenheng mellom hvor ofte de ulike vanskene opptrer, og om det ønskes hjelp fra logoped. Det kan stilles spørsmål ved hvorfor det er så mange som ofte opplever logopedrelaterte vansker, men som ikke mottar hjelp fra logoped. En forklaring kan være at

sakkyndig instans vurderer at vanskene ikke er store nok, eller at lege ikke mener det er rett å henvise til logoped. En annen mulig forklaring kan være at kommunen ikke tilbyr logopedhjelp, noe som strider mot norsk lov (les: Opplæringsloven).

5.6 Ikke ønske om logopedhjelp

I denne masteroppgavens spørreundersøkelse ble det stilt spørsmål om personer med parkinsonisme, og som er medlemmer av Norges Parkinsonforbund, ønsker hjelp fra logoped. Resultatene viser at en stor andel respondenter ikke ønsker slik hjelp. Av de 177 respondentene som ikke ønsket slik hjelp, hadde 135 (76,3%) rapportert at de ikke hadde vansker som en logoped kunne hjelpe de med (vedlegg 4, T-3). Det er nødvendig å stille spørsmål ved hvorfor så mange respondenter rapporterer å ikke ha vansker som logoped kan hjelpe med, når forskning tilsier at flertallet av personer med Parkinson sykdom vil oppleve både dysfagi og dysartri (Hartelius, 2008, s. 403; Schulz, 2002, s. 1359; Ho et al., 1999, s. 134; Miller et al., 2009, s. 1049). Av alle respondentene i undersøkelsen (594), utgjør denne gruppa 22,7%. Miller et al. (2009, s. 1049) viser at opp mot 80% av personer med Parkinson sykdom vil ha behov for oppfølging vedrørende dysfagi. Flere forskere viser til at dysartri også opptrer i stor grad, hos personer med Parkinson sykdom. Hartelius (2008, s. 403) viser til at mellom 70% og 90% av personer med Parkinson sykdom vil kunne oppleve en form for dysartri. Disse funnene samsvarer med at 22,7% av respondentene i masteroppgavens spørreundersøkelse, ikke har vansker som logoped kan hjelpe de med. I en annen studie rapporterer 76% at de følte at stemmen var dårligere nå enn den hadde vært tidligere, samtidig som at 18% av respondentene var fornøyd med hvordan de snakket (Miller et al., 2007, s. 1189). Resultatene fra masteroppgavens undersøkelse samsvarer med forskning vedrørende utbredelse av dysfagi og dysartri. Selv om resultatene samsvarer med teori, kan det være andre forklaringer som påvirker resultatene. I en undersøkelse av (Noble et al., 2006, s. 324) uttrykte en stor andel av respondentene at de ikke ønsket å bli informert vedrørende logopedrelaterte vansker før disse eventuelt skulle oppstå. En av respondentene i masteroppgaven uttrykte "If it is not a problem, dont make it a problem!" (Tekstboks 2). Hvis personene med parkinsonisme ikke er informert vedrørende hvordan de logopedrelaterte vanskene kan vise seg, vil det være en større sjanse for at de ikke oppdager vanskene når de oppstår. I slike tilfeller, vil det være stor sannsynlighet for at de logopedrelaterte vanskene ikke blir rapportert. Hvis personene med parkinsonisme heller ikke er informert vedrørende logopedens rolle og funksjon, vil det også påvirke i hvilken grad logopedrelaterte vansker

rapporteres. Det vil da være uklart hva logopeden kan hjelpe med, og personen med parkinsonisme vil kunne unngå å rapportere behov for logoped av den grunn.

På bakgrunn av stor respons på variabelen «Jeg har ingen vansker som en logoped kan hjelpe meg med», ble det gjort en tabellanalyse sammen med variabelen «Hvor lenge siden er det du fikk diagnosen parkinsonisme?». I følge Muller et al. (referert i Newman, 2013, s. 961) rapporteres dysfagi ofte sent i sykdomsforløpet til Parkinson sykdom og kan dermed relateres til rapportering av «jeg har ingen vansker som en logoped kan hjelpe meg med». Hvis dette stemmer, vil det være flere som rapporterer «ingen vansker» som har hatt diagnosen i under 1 år enn i 10 år. Den største andelen av de som ikke hadde vansker som logoped kunne hjelpe med, hadde fått diagnosen for under ett år siden (11,9%), for tre år siden (14,1%) eller fem år siden (11,1%) (tabell 8). Det er ingen tydelig trend, selv om det er flere som rapporterer at de ikke har vansker som logoped kan hjelpe med, når de har hatt diagnosen i under 1 år enn i 10 år.

5.7 Lovfestet rett til hjelp fra logoped

I masteroppgavens spørreundersøkelse, ble det stilt spørsmål om respondentene kjente til sin lovfestede rett til logopedhjelp. Lovfestet rett vil her si at personen har rett på hjelp fra logoped, eller rett på stønad for å få hjelp fra logoped. To lovverk er spesielt relevante; Opplæringsloven og Folketrygdloven.

Gjennom Opplæringsloven (1998) skal kommunen forvalte retten til grunnskoleopplæring eller spesialundervisning for voksne. For å ha rett på spesialundervisning, må tre vilkår oppfylles. Vilråene er at den voksne har et behov for opplæring vedrørende grunnleggende ferdigheter, at opplæringen påvirker de grunnleggende ferdighetene positivt og at den voksne har et særlig behov for spesialundervisning (Utdanningsdirektoratet, 2012).

Folketrygdloven (1997) dekker utgifter til undersøkelse og behandling hos logoped eller audiopedagog, gjennom paragraf § 5-10. Loven trer i kraft så lenge logopedhjelpen ikke omfattes av annet lovverk. For å motta slik stønad må behandlingen tilknyttet språk- eller taledefekter være av vesentlig betydning for personens funksjonsevne og sykdom, samt være henvist fra lege.

I den gjennomførte spørreundersøkelsen, rapporterte mindre enn 50% av respondentene at de kjenner til sin rett til logopedhjelp (tabell 9). Det ble ikke klargjort hvilken lov, eller hvilke

lover, respondentene kjente til. Et spørsmål som er nødvendig å stille, er om respondentene kjenner til sine muligheter hos logopeden, når de ikke kjenner til sin lovfestede rett til logopedhjelp. Hvis de verken kjenner til sin rett, eller til logopedens virke, vil det kunne ha innvirkning på om de kommer i kontakt med logoped. Personer som ikke har kjennskap til sin rett til logopedhjelp, kan bli hindret i å ta kontakt med logoped på grunn av pris eller at det er vanskelig å komme i kontakt med logoped. I undersøkelsen svarte 15,2%, av de 177 som ikke ønsket hjelp fra logoped, enten at det ikke finnes logoped i nærområdet, at det er vanskelig å finne logoped med ledige timer, eller at det er for dyrt med logopedhjelp. I denne masteroppgaven ble det ikke undersøkt sammenhengene mellom de som ønsker eller ikke ønsker hjelp fra logoped, i sammenheng med de som kjenner til sin lovfestede rett til logoped. Det er derfor ukjent om de 15,2 prosentene også har svart at de ikke kjenner til sin rett til logopedhjelp. 21,5% svarte at andre årsaker var grunnen til at de ikke ønsker hjelp fra logoped (vedlegg 4, T-3). Av andre årsaker, rapporterte noen at de logopedrelaterte vanskene ikke var omfattende nok. Andre stilte spørsmål rundt hva logopeden kan hjelpe med. Samtidig var det noen som hadde andre vansker de heller prioriterte (Tekstboks 2).

Det kan stilles spørsmål med hvorfor en stor andel personer med parkinsonisme ikke kjenner til denne retten. Basert på svarene fra det lukkede og det åpne spørsmålet vedrørende hvem som har informert om denne retten (Tekstboks 3), tyder det på at det ikke er én instans som har ansvar å informere personer med parkinsonisme om mulighet til logoped. Av de som hadde kjennskap til sin rett til logopedhjelp, rapporterte 49% at Norges Parkinsonforbund hadde gitt informasjon om denne retten (vedlegg 4, T-4). 28,1% hadde funnet ut av den lovfestede retten selv, mens 19,4% hadde blitt informert av andre. Av de 19,4 prosentene, ble blant annet nevrolog og rehabiliteringssentre nevnt flere ganger (Tekstboks 3). Det er tydelig at Norges Parkinsonforbund har en viktig rolle i formidling av parkinsonrelevant informasjon. Likevel er det ikke alle som kommer i kontakt med Parkinsonforbundet. Det vil være av stor relevans å videre undersøke hvordan rutinene er hos fastlegen eller ved sykehuset, vedrørende slik informasjonsdeling. Samtidig som det er ønskelig å opplyse personer med parkinsonisme om deres rettigheter, er det viktig å ha respekt for ønskene deres. Som nevnt tidligere, er det noen som ikke ønsker å motta informasjon om de vanskene de kan oppleve i fremtiden.

5.7.1 Hypotesetesting for «mottar logopedhjelp» og «kjenne til sin lovfestede rett»

Den syvende og siste hypotesetestingen dreier seg om variablene «mottar du logopedhjelp» og «kjenner du din lovfestede rett til logoped» (tabell 16). Nullhypotesen er «det er ikke en

større andel personer som mottar logopedhjelp når de kjenner til sin lovfestede rett til logoped, enn hvis de ikke kjenner til sin lovfestede rett». I tabellanalysen ble kji-kvadratstesten statistisk signifikant, og dermed forkastes nullhypotesen. Det er en større andel som mottar hjelp fra logoped når de kjenner sin lovfestede rett til logoped, enn når de ikke kjenner til retten. Av de som i forkant av undersøkelsen ikke kjente til sin lovfestede rett til logoped, rapporterte 34 personer (10,0%) at de mottar hjelp fra logoped. Til sammenligning rapporterte 87 (34,4%) respondenter at de mottar hjelp fra logoped, samtidig som at de kjente til sin lovfestede rett. Med bakgrunn i disse rapporteringene, gjenoppstår tidligere stilte spørsmål. Hvis man ikke kjenner til sin rett til logoped, og samtidig ikke vet hvilke fagområder en logoped jobber med, vil man da ta kontakt med logoped for å *motta hjelp*? Hvis man verken kjenner til sin rett til logopedhjelp, eller kjenner til innholdet i logopedhjelp, vil man da rapportere et *ønske om logopedhjelp*? Eller er det slik at man heller rapporterer at man ikke har vansker som logoped kan hjelpe med?

5.8 Resultatenes overførbarhet og nytteverdi

Dette prosjektet har tatt utgangspunkt i deskriptiv statistikk og statistisk hypotesetesting. I tillegg gir det delvis et innblikk i respondentenes egne tanker vedrørende logopedrelaterte tema. Den deskriptive statistikken, som beskriver utvalget og deres logopedtilgang, kan ikke generaliseres direkte til populasjonen. Den kan si noe om hvilke tendenser som viser seg, for eksempel hvordan logopedrelaterte vansker *kan* vise seg hos populasjonen. Det kan likevel ikke konkluderes med at resultatene gir et representativt bilde av populasjonen.

Responsen på de åpne spørsmålene, kan heller ikke generaliseres til populasjonen. Dette er den «kvalitative» delen av undersøkelsen. Svarene i seg selv er av interesse, da de gir et mer nyansert bilde av noen av de lukkede spørsmålene. Som eksempel, viser både tekstboks 1 og 2 til flere logopedrelaterte vansker, som ikke var oppført som svaralternativ i de lukkede spørsmålene. Dette er av relevans for undersøkelsen. I undersøkelsen var munntørrhet ikke et alternativ, under graderingen av de logopedrelaterte vanskene. En respondent som opplever munntørrhet som eneste vanske, vil da kunne bli feilplassert i rapporteringen av dysfagi og dysartri, som at han ikke har noen logopedrelaterte vansker. Åpne spørsmål vil dermed kunne øke forskerens bevissthet for andre sammenhenger, slik at det ikke gjøres feilaktige konklusjoner basert på de lukkede og prestrukturerte spørsmålene.

Når det gjelder hypotesetestingen, er resultatenes overførbarhet mer aktuell. Tidligere i oppgaven ble det redegjort for statistisk signifikans, samt hvordan statistisk signifikante resultater kan generaliseres fra utvalg til populasjon. Tre av hypotesetestingene ble statistisk signifikante på 5% nivå. Sammenhengen mellom «logopedrelaterte vansker» og «motta logopedhjelp», «logopedrelaterte vansker» og «ønske logopedhjelp», samt «kjennskap til lovfestet rett til logoped» og «motta logopedhjelp», ble gjennom hypotesetestingen ansett som statistisk signifikante. Det betyr at disse sammenhengene kan generaliseres til populasjon. Med utgangspunkt i de gitte analysene, er det vanskelig å si hva denne sammenhengen betyr og hvor sterk sammenhengen er. Som drøftet i metodekapittelet, trenger ikke variabler som er statistisk signifikante, å være av substansiell betydning (Ringdal, 2007, s. 286). Likevel, tre av hypotesetestingene ble statistisk signifikante. Det vil si at det er en sammenheng mellom variablene, enten den er stor eller liten.

6. Avslutning

I dette prosjektet har jeg undersøkt hvilken logopedtilgang personer med parkinsonisme har. I tillegg har jeg undersøkt hvordan personene selv vurderer sine logopedrelaterte vansker, og hvilket behov de har for logopedhjelp.

Svært mange personer med parkinsonisme har svart på prosjektets spørreundersøkelse. Det tyder på at tema engasjerer populasjonen, og at prosjektets tema er av betydning for de som har en form for parkinsonisme.

I graderingen av sine logopedrelaterte vansker, rapporterte en større andel at de har vansker med dysartri, enn dysfagi. Resultatene strider mot foreliggende teori, som sier at en stor andel personer med Parkinson sykdom, vil ha behov for veiledning vedrørende sine svelgvansker. Det er vanskelig å si hvorfor dysfagi rapporteres i mindre grad, enn dysartri. Det kan være interessant å undersøke disse fenomenene nærmere, for å finne ut mer om hva slags logopedhjelp personer med parkinsonisme kan ha behov for.

Undersøkelsens resultater er nyttige bidrag til informasjon om tilgang til logoped i Norge. Det er en relativt stor andel personer med parkinsonisme som ønsker logopedhjelp, som ikke mottar slik hjelp. Det er også en relativt stor andel som ikke vet om de ønsker slik hjelp. Samtidig er det mange som opplever én eller flere logopedrelaterte vansker «ofte», «svært ofte» eller «alltid», som ikke mottar hjelp fra logoped. Dette er en del av utvalget som vil kunne ha stor nytte av logopedhjelp. Jeg tenker at disse resultatene gir et insentiv til å gjøre en mer dyptgående undersøkelse, som ser på hvorfor de som ønsker hjelp fra logoped, ikke mottar slik hjelp. Årsakene må analyseres og håndteres, slik at de som har logopedrelaterte vansker kan få den logopedhjelpen som de *faktisk* har rett til.

Litteraturliste

- Chou, K. L. & Hurtig, H. I. (2012) Tremor, Rigidity, and Bradykinesia. I: *Parkinson's Disease*. USA, CRC Press, Taylor and Francis group, s. 191-201.
- Dahlum, S. (12.05.2015) *Operasjonalisere*. [Internett]. Tilgjengelig fra: <https://snl.no/operasjonalisere> [Lest 09.11.2017].
- Dawson, T. M. (2000) Parkinson's disease: clinical manifestations and treatment. *International Review of Psychiatry*, 12 (4), s. 263-269.
- Field, A. (2013) *Discovering statistics using SPSS: (and sex and drugs and rock 'n' roll)*. 4th ed. Los Angeles, SAGE.
- Folketrygdloven. (1997) *Lov om folketrygd, Del IV. Ytelser ved sykdom m.m.*
Kapittel 5. Stønad ved helsetjenester av 21. des 2005 nr. 127. Tilgjengelig fra: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1997-02-28-19/KAPITTEL_5-1#%C2%A75-3 [Lest 11.04.2018].
- Hartelius, L. (2008) Neurologisk betingede talstørninger hos vuxna. I: *Logopedi*. Lund, Studentlitteratur, s. 401-411.
- Hartelius, L., Nettelbladt, U. & Hammarberg, B. (2008) Förord. I: *Logopedi*. Lund, Studentlitteratur, s. 17-18.
- Hartelius, L. & Svensson, P. (1994) Speech and Swallowing Symptoms Associated with Parkinson's Disease and Multiple Sclerosis: A Survey. *Folia Phoniatica et Logopaedica*, 46 (1), s. 9-17.
- Helsedirektoratet. (1997) *Logoped/Audiopedagog*. Rundskriv 5-10. Tilgjengelig fra: <https://www.nav.no/rettskildene/Rundskriv/5-10-logoped-audiopedagog> [Lest 11.04.2018].
- Helsedirektoratet. (2015) *ICD-10: Den internasjonale statistiske klassifikasjon av sykdommer og beslektede helseproblemer 2015*. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/743/Icd-10-den-internasjonale-statistiske-klassifikasjonen-av-sykdommer-og-beslektede-helseproblemer-2015-IS-2277.pdf> [Lest 11.04.2018].

- Ho, A. K. et al. (1999) Speech Impairment in a Large Sample of Patients with Parkinson's Disease. *Behavioural Neurology*, 11 (3), s. 131-137.
- Jacobsen, D. I. (2010) *Forståelse, beskrivelse og forklaring: innføring i metode for helse- og sosialfagene*. 2. utg. Kristiansand, Høyskoleforl.
- Johannessen, A., Christoffersen, L. & Tufte, P. A. (2010) *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. 4. utg. Oslo, Abstrakt forlag.
- Korell, M. & Tanner, C. M. (2013) Epidemiology of Parkinson's Disease. An Overview. I: *Parkinson's Disease*. USA, CRC Press, Taylor & Francis Group, s. 31-48.
- Lees, A. J., Hardy, J. & Revesz, T. (2009) Parkinson's disease. *The Lancet*, 373 (9680), s. 2055-2066.
- Miller, N. et al. (2009) Swallowing problems in Parkinson disease: frequency and clinical correlates. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 80 (9), s. 1047-1049.
- Miller, N. et al. (2007) Prevalence and pattern of perceived intelligibility changes in Parkinson's disease. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 78 (11), s. 1188-1190.
- Miller, N. et al. (2008) How do I sound to me? Perceived changes in communication in Parkinson's disease. *Clinical Rehabilitation*, 22 (1), s. 14-22.
- Miller, N. et al. (2006) Life with communication changes in Parkinson's disease. *Age and Ageing*, 35 (3), s. 235-239.
- Newman, L. A. (2013) Dysphagia in Parkinson's Disease. I: *Parkinson's Disease*. USA, CRC Press, Taylor & Francis Group, s. 959-966.
- Noble, E. et al. (2006) Speech and language therapy provision for people with Parkinson's disease. *International Journal of Therapy & Rehabilitation*, 13 (7), s. 323-327.
- Nordbø, B. (18.09.2017) *Deduksjon*. [Internett]. Tilgjengelig fra: <<https://snl.no/deduksjon>> [Lest 09.11.2017].
- Nyeng, F. (2017) *Hva annet er også sant? En innføring i vitenskapsfilosofi*. Bergen, Fagbokforl.

Opplæringsloven. (1998) *Lov om grunnskole og den videregående opplæringa*

Kapittel 4A. Opplæring spesielt organisert for vaksne av 30. jun 2000 nr. 645.

Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1998-07-17-61/KAPITTEL_5#%C2%A74a-7> [Lest 01.05.2018].

Oraviita, I. K. (2008) *Afasirehabilitering i Norge. Kommunale rehabiliteringstilbud til afasirammede. En kvantitativ undersøkelse av de afasirammedes tilgang til logopedisk rehabilitering i hjemkommunen*. Masteroppgave, Universitetet i Oslo.

Plowman-Prine, E. K. et al. (2009) The relationship between quality of life and swallowing in Parkinson's disease. *Movement Disorders*, 24 (9), s. 1352-1358.

Ringdal, K. (2007) *Enhet og mangfold : samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode*. 2. utg. Bergen, Fagbokforl.

Sapir, S., Ramig, L. & Fox, C. (2013) Speech therapy in the treatment of parkinson's disease. I: Pfeiffer, R. F. et al. red. *Parkinson's disease*. Boca Raon, CRC Press.

Schulz, G. M. (2002) The Effects of Speech Therapy and Pharmacological Treatments on Voice and Speech in Parkinsons Disease: A Review of the Literature. *Current Medicinal Chemistry*, 9 (14), s. 1359-1366.

Skog, O.-J. (2004) *Å forklare sosiale fenomener: En regresjonsbasert tilnærming*. 2. utg. [rev. og utvidet]. Oslo, Gyldendal akademisk.

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

Theodoros, D. (2011) Speech Disorder in Parkinson Disease. I: *Communication and Swallowing in Parkinson Disease*. USA og Storbritannia, Plural Publishing, s. 55-88.

Utdanningsdirektoratet. (2012) *Voksnes rett til grunnskoleopplæring etter opplæringsloven kapittel 4A*. Rundskriv Udir - 3 - 2012. Tilgjengelig fra: <https://www.udir.no/Upload/Rundskriv/2012/Udir-3-2012-Voksnes_rett_til_grunnskoleopplaering_opl_4A.pdf?epslanguage=no> [Lest 11.05.2018].

VanVoorhis, C. R. W. & Morgan, B. L. (2007) Understanding Power and Rules of Thumb for Determining Sample Sizes. *Tutorials in Quantitative Methods for Psychology*, 3 (2), s. 43-50.

Øhrn, K. G. (2005) *Hvordan lykkes med metode og statistikk i samfunnsfag?* [Rev. utg.]. Oslo, Universitetsforl.

Vedlegg

Vedlegg 1	Mailtekst til utsending av spørreundersøkelsen	s. 62
Vedlegg 2	Informasjonsskriv til personer med parkinsonisme	s. 63
Vedlegg 3	Godkjenning fra NSD	s. 64
Vedlegg 4	Vedlagte tabeller (<i>T</i>)	s. 68
Vedlegg 5	Vedlagte kji-kvadratstester (<i>K</i>)	s. 70
Vedlegg 6	Tabeller og kji-kvadrat for logopedrelaterte vansker (<i>V</i>)	s. 73

Hei,

Har du Parkinson sykdom, eller en annen form for parkinsonisme? Vil du bidra til å belyse logopedtilbudet for personer med parkinsonisme i Norge?

En masterstudent ved *NORD* universitet har laget en spørreundersøkelse om logopedtilbudet for personer med parkinsonisme. Hensikten med undersøkelsen er å finne ut om personer med parkinsonisme har tilgang til logoped, om de ønsker logopedhjelp og hvordan de vurderer logopedhjelpen de eventuelt mottar. Funnene fra undersøkelsen skal anonymiseres og brukes i studentens masteroppgave i logopedi. Det tar 5-10 minutter å besvare spørreundersøkelsen. For å svare på undersøkelsen trykker du på lenken nedenfor:
LENKE TIL QUESTBACK

For mer informasjon om prosjektet og om anonymitet/personvern kan du lese i det vedlagte infoskrivet.

Vennlig hilsen
Parkinsonforbundet

Deltakelse i forskningsprosjektet *"Parkinsonisme og logopedtilbud"*

Bakgrunn og formål

I denne spørreundersøkelsen skal jeg se nærmere på logopedtilbudet til personer med parkinsonisme. Gjennom undersøkelsen vil jeg innhente informasjon om hvilket logopedtilbud personer med parkinsonisme har tilgang til og hvordan de selv vurderer sitt logopedtilbud. I tillegg skal jeg se på ulikheter/likheter i logopedtilbud mellom sentrale og mindre sentrale strøk. Formålet med denne undersøkelsen er å finne ut hvilket logopedtilbud personer med parkinsonisme verdsetter og finne mer ut om det eksisterende logopedtilbudet i Norge. Jeg ønsker å sette fokus denne saken slik at personer med parkinsonisme i større grad vet hva de har krav på innen logopedhjelp og slik at jeg som framtidig logoped kan være med på å videreutvikle et godt logopedtilbud til mine klienter.

Denne undersøkelsen blir gjort som en del av en masteroppgave i logopedi ved Nord Universitet. Spørreundersøkelsen blir sendt ut via Parkinsonforbundet til deres medlemmer som har parkinsonisme.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Det å delta i studien innebærer at du svarer på spørsmål vedrørende ditt logopedtilbud. Denne undersøkelsen gjelder også for de som ikke mottar logopedtilbud. Svarene fra undersøkelsen vil bli statistisk analysert og drøftet i masteroppgaven i logopedi. Som enkeltindivid vil du ikke kunne gjenkjennes i denne publikasjonen.

Denne undersøkelsen samler kun inn indirekte personopplysninger og i prosjektet vil opplysningene framstilles slik at du som individ ikke vil kunne gjenkjennes. Alle indirekte personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt og lagres midlertidig på passordsikret datamaskin. Av de som vil ha tilgang til datamaterialet fra undersøkelsen er det Ida Morgenstjerne (masterstudent), Karianne Berg og Øyvind Jacobsen Bjørkås (veiledere), i tillegg til datainnsamleren Questback.

Prosjektet skal etter planen avsluttes i juni 2018. Ved prosjektslutt blir alle personopplysninger og epostadresser slettet.

Frivillig deltakelse

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

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

Om dere har noen spørsmål kan dere ta kontakt på epost

XXXXXX



Karlanne Berg
Postboks 1490
8049 BODØ

Vår dato: 31.10.2017

Vår ref: 56162 / 3 / STM

Deres dato:

Deres ref:

Tilråding fra NSD Personvernombudet for forskning § 7-27

Personvernombudet for forskning viser til meldeskjema mottatt 25.09.2017 for prosjektet:

<i>56162</i>	<i>Personer med parkinson sykdom sin vurdering av eget logopedtilbud</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Nord universitet, ved Institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Karlanne Berg</i>
<i>Student</i>	<i>Ida Morgenstjerne</i>

Vurdering

Etter gjennomgang av opplysningene i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon finner vi at prosjektet er unntatt konsesjonsplikt og at personopplysningene som blir samlet inn i dette prosjektet er regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. På den neste siden er vår vurdering av prosjektopplegget slik det er meldt til oss. Du kan nå gå i gang med å behandle personopplysninger.

Vilkår for vår anbefaling

Vår anbefaling forutsetter at du gjennomfører prosjektet i tråd med:

- opplysningene gitt i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon
- vår prosjektvurdering, se side 2
- eventuell korrespondanse med oss

Meld fra hvis du gjør vesentlige endringer i prosjektet

Dersom prosjektet endrer seg, kan det være nødvendig å sende inn endringsmelding. På våre nettsider finner du svar på hvilke [endringer](#) du må melde, samt endringsskjema.

Opplysninger om prosjektet blir lagt ut på våre nettsider og i Meldingsarkivet

Vi har lagt ut opplysninger om prosjektet på nettsidene våre. Alle våre institusjoner har også tilgang til egne prosjekter i [Meldingsarkivet](#).

Vi tar kontakt om status for behandling av personopplysninger ved prosjektslutt

Ved prosjektslutt 14.06.2018 vil vi ta kontakt for å avklare status for behandlingen av personopplysninger.

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

Se våre nettsider eller ta kontakt dersom du har spørsmål. Vi ønsker lykke til med prosjektet!

Vennlig hilsen

Marianne Høgetveit Myhren

Siri Tenden Myklebust

Kontaktperson: Siri Tenden Myklebust tlf: 55 58 22 68 / Siri.Myklebust@nsd.no

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Ida Morgenstjerne, ldavmm@hotmail.com

Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 56162

FORMÅL

Formålet er å undersøke logopedtilbudet for Parkinsonpasienter i Norge, og hvilken type logopedtilbud som blir verdsatt av personer med Parkinson.

UTVALG OG REKRUTTERING

Utvalget består av personer med Parkinson sykdom som er medlemmer i Parkinsonforbundet. En kontaktperson i Parkinsonforbundet vil sende ut lenke til undersøkelsen til medlemmene.

INFORMASJON OG SAMTYKKE

Utvalget informeres skriftlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Informasjonsskrivet er godt utformet, men dere må i tillegg opplyse om at epostadresser slettes ved prosjektslutt.

SENSITIVE OPPLYSNINGER

Det behandles sensitive personopplysninger om helseforhold. Vi vurderer at det ikke skal samles inn sensitive personopplysninger om medlemskap i fagforeninger.

DATASIKKERHET

Personvernombudet legger til grunn at dere etterfølger Nord universitet sine interne rutiner for datasikkerhet. Dersom personopplysninger skal sendes elektronisk eller lagres på mobile enheter, bør opplysningene krypteres tilstrekkelig.

DATABEHANDLER

Questback er databehandler for prosjektet. Nord universitet skal inngå skriftlig avtale med Questback om hvordan personopplysninger skal behandles, jf. personopplysningsloven § 15. For råd om hva databehandleravtalen bør inneholde, se Datatilsynets veileder: <http://www.datatilsynet.no/Sikkerhet-internkontroll/Databehandleravtale/>.

PROSJEKTSLUTT OG ANONYMISERING

Forventet prosjektslutt er 14.06.2018. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å:

- slette direkte personopplysninger (som navn/koblingunøkkel)
- slette/omskrive indirekte personopplysninger (identifiserende sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. bosted/arbeidssted, alder og kjønn)

Vi gjør oppmerksom på at også databehandler (Questback) må slette personopplysninger tilknyttet prosjektet i

sine systemer. Dette inkluderer eventuelle logger og koblinger mellom IP-/postadresser og besvarelser.

T-1

		Count	Column N %
Har du parkinsonisme?	Ja	594	95,5%
(Parkinson sykdom er den vanligste formen for parkinsonisme)	Nei	28	4,5%
Total		622	100,0%

T-2

		Har du mottatt hjelp fra logoped tidligere?								
		Ja			Nei			Total		
		Count	Row N %	Column N %	Count	Row N %	Column N %	Count	Row N %	Column N %
Mottar du hjelp fra logoped?	Ja	22	18,2%	19,6%	99	81,8%	20,5%	121	100,0%	20,4%
	Nei	90	19,0%	80,4%	383	81,0%	79,5%	473	100,0%	79,6%
Total		112	18,9%	100,0%	482	81,1%	100,0%	594	100,0%	100,0%

T-3

Hvis du ikke ønsker logopedhjelp: Hva er grunnen til at du ikke ønsker hjelp fra logoped? Det er mulig å krysse av for flere alternativer. : Jeg har ingen vansker som en logoped kan hjelpe meg med			Hvis du ikke ønsker logopedhjelp: Hva er grunnen til at du ikke ønsker hjelp fra logoped? Det er mulig å krysse av for flere alternativer. : Det er ingen logoped i mitt nærområde			Hvis du ikke ønsker logopedhjelp: Hva er grunnen til at du ikke ønsker hjelp fra logoped? Det er mulig å krysse av for flere alternativer. : Det er vanskelig å finne en logoped som har ledige timer			Hvis du ikke ønsker logopedhjelp: Hva er grunnen til at du ikke ønsker hjelp fra logoped? Det er mulig å krysse av for flere alternativer. : Det er for dyrt med logoped			Hvis du ikke ønsker logopedhjelp: Hva er grunnen til at du ikke ønsker hjelp fra logoped? Det er mulig å krysse av for flere alternativer. : Andre årsaker		
false Count	true Count	Total Count	false Count	true Count	Total Count	false Count	true Count	Total Count	false Count	true Count	Total Count	false Count	true Count	Total Count
42	135	177	162	15	177	172	5	177	170	7	177	139	38	177

T-4

Hvis ja, hvem informerte deg om denne lovfestede retten? Det er mulig å krysse av for flere alternativer. :Fastlegen		Hvis ja, hvem informerte deg om denne lovfestede retten? Det er mulig å krysse av for flere alternativer. :Fysioterapeut		Hvis ja, hvem informerte deg om denne lovfestede retten? Det er mulig å krysse av for flere alternativer. :Ergoterapeut		Hvis ja, hvem informerte deg om denne lovfestede retten? Det er mulig å krysse av for flere alternativer. :Parkinsonforbundet		Hvis ja, hvem informerte deg om denne lovfestede retten? Det er mulig å krysse av for flere alternativer. :Familiemedlem		Hvis ja, hvem informerte deg om denne lovfestede retten? Det er mulig å krysse av for flere alternativer. :Annen person med parkinsonisme		Hvis ja, hvem informerte deg om denne lovfestede retten? Det er mulig å krysse av for flere alternativer. :Du fant ut av det selv		Hvis ja, hvem informerte deg om denne lovfestede retten? Det er mulig å krysse av for flere alternativer. :Andre	
false	true	false	true	false	true	false	true	false	true	false	true	false	true	false	true
Count	Count	Count	Count	Count	Count	Count	Count	Count	Count	Count	Count	Count	Count	Count	Count
229	24	217	36	239	14	129	124	242	11	216	37	182	71	204	49

K-1

Pearson Chi-Square TestsI hvilket fylke bor
du?

Mottar du hjelp fra logoped?	Chi-square	1,261
	df	1
	Sig.	,261

Results are based on nonempty rows and columns in each innermost subtable.

K-2

Pearson Chi-Square TestsI hvilket fylke bor
du?

Ønsker du hjelp fra logoped per i dag?	Chi-square	1,143
	df	2
	Sig.	,565

Results are based on nonempty rows and columns in each innermost subtable.

K-3

Pearson Chi-Square TestsHvor mange
innbyggere er
det i kommunen
du bor i?

Mottar du hjelp fra logoped?	Chi-square	3,190
	df	1
	Sig.	,074

Results are based on nonempty rows and columns in each innermost subtable.

K-4

Pearson Chi-Square Tests

Hvor mange
innbyggere er det
i kommunen du
bor i?

Ønsker du hjelp fra logoped per i dag?	Chi-square	2,943
	df	2
	Sig.	,230

Results are based on nonempty rows and columns in each innermost subtable.

K-5

Pearson Chi-Square Tests

Hvor ofte opplever
du én eller flere av
de
logopedrelaterte
vanskene?

Mottar du hjelp fra logoped?	Chi-square	11,147
	df	1
	Sig.	,001*

Results are based on nonempty rows and columns in each innermost subtable.

*. The Chi-square statistic is significant at the ,05 level.

K-6

Pearson Chi-Square Tests

Hvor ofte opplever
du én eller flere av
de
logopedrelaterte
vanskene?

Ønsker du hjelp fra logoped per i dag?	Chi-square	78,536
	df	2
	Sig.	,000*

Results are based on nonempty rows and columns in each innermost subtable. *. The Chi-square statistic is significant at the ,05 level.

K-7

Pearson Chi-Square Tests

I forkant av denne
undersøkelsen,
visste du om at du
har lovfestet rett til
logoped?

Mottar du hjelp fra logoped?	Chi-square	53,381
	df	1
	Sig.	,000*

Results are based on nonempty rows and columns in each innermost subtable.

*. The Chi-square statistic is significant at the ,05 level.

V-1a

		Hvor ofte har du vansker med å svelge mat				Total	
		Aldri, Av og til		Ofte, Svært ofte, Alltid			
Mottar du hjelp fra logoped?	Ja	103	19,0%	18	34,0%	121	20,4%
	Nei	438	81,0%	35	66,0%	473	79,6%
	Total	541	100,0%	53	100,0%	594	100,0%

Pearson Chi-Square Tests

		Hvor ofte har du vansker med å svelge mat	
Mottar du hjelp fra logoped?	Chi-square	6,628	
	df	1	
	Sig.	,010*	

Results are based on nonempty rows and columns in each innermost subtable.

*. The Chi-square statistic is significant at the ,05 level.

V-1b

		Hvor ofte har du vansker med å svelge drikke				Total	
		Aldri, Av og til		Ofte, Svært ofte, Alltid			
Mottar du hjelp fra logoped?	Ja	114	20,2%	7	24,1%	121	20,4%
	Nei	451	79,8%	22	75,9%	473	79,6%
	Total	565	100,0%	29	100,0%	594	100,0%

Pearson Chi-Square Tests

		Hvor ofte har du vansker med å svelge drikke	
Mottar du hjelp fra logoped?	Chi-square	,267	
	df	1	
	Sig.	,605	

Results are based on nonempty rows and columns in each innermost subtable.

V-1c

Hvor ofte har du vansker med hosting under eller etter måltid

		Aldri, Av og til		Ofte, Svært ofte, Alltid		Total	
Mottar du hjelp fra logoped?	Ja	109	20,3%	12	21,4%	121	20,4%
	Nei	429	79,7%	44	78,6%	473	79,6%
	Tota	538	100,0	56	100,0	594	100,0
	I		%		%		%

Pearson Chi-Square Tests

Hvor ofte har du vansker med hosting under eller etter måltid

Mottar du hjelp fra logoped?	Chi-square	,043
	df	1
	Sig.	,836

Results are based on nonempty rows and columns in each innermost subtable.

V-1d

Hvor ofte har du vansker med å sikle når våken

		Aldri, Av og til		Ofte, Svært ofte, Alltid		Total	
Mottar du hjelp fra logoped?	Ja	103	20,4%	18	20,5%	121	20,4%
	Nei	403	79,6%	70	79,5%	473	79,6%
	Total	506	100,0%	88	100,0%	594	100,0%

Pearson Chi-Square Tests

Hvor ofte har du vansker med å sikle når våken

Mottar du hjelp fra logoped?	Chi-square	,000
	df	1
	Sig.	,983

Results are based on nonempty rows and columns in each innermost subtable.

V-1e

		Hvor ofte har du vansker med å være hes					
		Aldri, Av og til		Ofte, Svært ofte, Alltid		Total	
Mottar du hjelp fra logoped?	Ja	65	17,2%	56	25,9%	121	20,4%
	Nei	313	82,8%	160	74,1%	473	79,6%
	Total	378	100,0%	216	100,0%	594	100,0%

Pearson Chi-Square Tests

		Hvor ofte har du vansker med å være hes	
Mottar du hjelp fra logoped?	Chi-square	6,458	
	df	1	
	Sig.	,011*	

Results are based on nonempty rows and columns in each innermost subtable.

*. The Chi-square statistic is significant at the ,05 level.

V-1f

		Hvor ofte har du vansker med at andre sier at du snakker lavt					
		Aldri, Av og til		Ofte, Svært ofte, Alltid		Total	
Mottar du hjelp fra logoped?	Ja	65	17,0%	56	26,4%	121	20,4%
	Nei	317	83,0%	156	73,6%	473	79,6%
	Total	382	100,0%	212	100,0%	594	100,0%

Pearson Chi-Square Tests

		Hvor ofte har du vansker med at andre sier at du snakker lavt	
Mottar du hjelp fra logoped?	Chi-square	7,426	
	df	1	
	Sig.	,006*	

Results are based on nonempty rows and columns in each innermost subtable.

*. The Chi-square statistic is significant at the ,05 level.

V-1g

		Hvor ofte opplever du at du selv mumler?					
		Aldri, Av og til		Ofte, Svært ofte, Alltid		Total	
Mottar du hjelp fra logoped?	Ja	72	16,5%	49	31,2%	121	20,4%
	Nei	365	83,5%	108	68,8%	473	79,6%
	Total	437	100,0%	157	100,0%	594	100,0%

Pearson Chi-Square Tests

		Hvor ofte opplever du at du selv mumler?	
Mottar du hjelp fra logoped?	Chi-square	15,459	
	df	1	
	Sig.	,000*	

Results are based on nonempty rows and columns in each innermost subtable.

*. The Chi-square statistic is significant at the ,05 level.

V-1h

		Hvor ofte har du vansker med å uttale ord					
		Aldri, Av og til		Ofte, Svært ofte, Alltid		Total	
Mottar du hjelp fra logoped?	Ja	84	18,4%	37	27,0%	121	20,4%
	Nei	373	81,6%	100	73,0%	473	79,6%
	Total	457	100,0%	137	100,0%	594	100,0%

Pearson Chi-Square Tests

		Hvor ofte har du vansker med å uttale ord	
Mottar du hjelp fra logoped?	Chi-square	4,836	
	df	1	
	Sig.	,028*	

Results are based on nonempty rows and columns in each innermost subtable. *. The Chi-square statistic is significant at the ,05 level

V-2a

		Hvor ofte har du vansker med å svelge mat				Total	
		Aldri, Av og til		Ofte, Svært ofte, Alltid			
Ønsker du hjelp fra logoped per i dag?	Ja	142	32,4%	20	57,1%	162	34,2%
	Nei	172	39,3%	5	14,3%	177	37,4%
	Vet ikke	124	28,3%	10	28,6%	134	28,3%
	Total	438	100,0%	35	100,0%	473	100,0%

Pearson Chi-Square Tests

		Hvor ofte har du vansker med å svelge mat	
Ønsker du hjelp fra logoped per i dag?	Chi-square	11,191	
	df	2	
	Sig.	,004*	

Results are based on nonempty rows and columns in each innermost subtable.

*. The Chi-square statistic is significant at the ,05 level.

V-2b

		Hvor ofte har du vansker med å svelge drikke				Total	
		Aldri, Av og til		Ofte, Svært ofte, Alltid			
Ønsker du hjelp fra logoped per i dag?	Ja	148	32,8%	14	63,6%	162	34,2%
	Nei	175	38,8%	2	9,1%	177	37,4%
	Vet ikke	128	28,4%	6	27,3%	134	28,3%
	Total	451	100,0%	22	100,0%	473	100,0%

Pearson Chi-Square Tests

		Hvor ofte har du vansker med å svelge drikke	
Ønsker du hjelp fra logoped per i dag?	Chi-square	10,776	
	df	2	
	Sig.	,005*	

Results are based on nonempty rows and columns in each innermost subtable.

*. The Chi-square statistic is significant at the ,05 level.

V-2c

		Hvor ofte har du vansker med hosting under eller etter måltid					
		Aldri, Av og til		Ofte, Svært ofte, Alltid		Total	
Ønsker du hjelp fra logoped per i dag?	Ja	140	32,6%	22	50,0%	162	34,2%
	Nei	168	39,2%	9	20,5%	177	37,4%
	Vet ikke	121	28,2%	13	29,5%	134	28,3%
	Total	429	100,0%	44	100,0%	473	100,0%

Pearson Chi-Square Tests

		Hvor ofte har du vansker med hosting under eller etter måltid	
Ønsker du hjelp fra logoped per i dag?	Chi-square	7,271	
	df	2	
	Sig.	,026*	

Results are based on nonempty rows and columns in each innermost subtable.

*. The Chi-square statistic is significant at the ,05 level.

V-2d

		Hvor ofte har du vansker med å sikle når våken					
		Aldri, Av og til		Ofte, Svært ofte, Alltid		Total	
Ønsker du hjelp fra logoped per i dag?	Ja	128	31,8%	34	48,6%	162	34,2%
	Nei	159	39,5%	18	25,7%	177	37,4%
	Vet ikke	116	28,8%	18	25,7%	134	28,3%
	Total	403	100,0%	70	100,0%	473	100,0%

Pearson Chi-Square Tests

		Hvor ofte har du vansker med å sikle når våken	
Ønsker du hjelp fra logoped per i dag?	Chi-square	8,128	
	df	2	
	Sig.	,017*	

Results are based on nonempty rows and columns in each innermost subtable.

*. The Chi-square statistic is significant at the ,05 level.

V-2e

		Hvor ofte har du vansker med å være hes				Total	
		Aldri, Av og til		Ofte, Svært ofte, Alltid			
Ønsker du hjelp fra logoped per i dag?	Ja	78	24,9%	84	52,5%	162	34,2%
	Nei	149	47,6%	28	17,5%	177	37,4%
	Vet ikke	86	27,5%	48	30,0%	134	28,3%
	Total	313	100,0%	160	100,0%	473	100,0%

Pearson Chi-Square Tests

		Hvor ofte har du vansker med å være hes	
Ønsker du hjelp fra logoped per i dag?	Chi-square	49,393	
	df	2	
	Sig.	,000*	

Results are based on nonempty rows and columns in each innermost subtable.

*. The Chi-square statistic is significant at the ,05 level.

V-2f

		Hvor ofte har du vansker med at andre sier at du snakker lavt				Total	
		Aldri, Av og til		Ofte, Svært ofte, Alltid			
Ønsker du hjelp fra logoped per i dag?	Ja	75	23,7%	87	55,8%	162	34,2%
	Nei	152	47,9%	25	16,0%	177	37,4%
	Vet ikke	90	28,4%	44	28,2%	134	28,3%
	Total	317	100,0%	156	100,0%	473	100,0%

Pearson Chi-Square Tests

		Hvor ofte har du vansker med at andre sier at du snakker lavt	
Ønsker du hjelp fra logoped per i dag?	Chi-square	59,949	
	df	2	
	Sig.	,000*	

Results are based on nonempty rows and columns in each innermost subtable.

*. The Chi-square statistic is significant at the ,05 level.

V-2g

		Hvor ofte opplever du at du selv mumler?				Total	
		Aldri, Av og til		Ofte, Svært ofte, Alltid			
Ønsker du hjelp fra logoped per i dag?	Ja	100	27,4%	62	57,4%	162	34,2%
	Nei	163	44,7%	14	13,0%	177	37,4%
	Vet ikke	102	27,9%	32	29,6%	134	28,3%
	Total	365	100,0%	108	100,0%	473	100,0%

Pearson Chi-Square Tests

		Hvor ofte opplever du at du selv mumler?	
Ønsker du hjelp fra logoped per i dag?	Chi-square	44,371	
	df	2	
	Sig.	,000*	

Results are based on nonempty rows and columns in each innermost subtable.

*. The Chi-square statistic is significant at the ,05 level.

V-2h

		Hvor ofte har du vansker med å uttale ord				Total	
		Aldri, Av og til		Ofte, Svært ofte, Alltid			
Ønsker du hjelp fra logoped per i dag?	Ja	101	27,1%	61	61,0%	162	34,2%
	Nei	167	44,8%	10	10,0%	177	37,4%
	Vet ikke	105	28,2%	29	29,0%	134	28,3%
	Total	373	100,0%	100	100,0%	473	100,0%

Pearson Chi-Square Tests

		Hvor ofte har du vansker med å uttale ord	
Ønsker du hjelp fra logoped per i dag?	Chi-square	51,995	
	df	2	
	Sig.	,000*	

Results are based on nonempty rows and columns in each innermost subtable.

*. The Chi-square statistic is significant at the ,05 level.