

“Med klump i halsen?”

*En kvantitativ undersøkelse om norske logopeders erfaring
med dysfagi*

Anne Veronica Jacobsen



Masteroppgave i spesialpedagogikk ved
Det utdanningsvitenskaplige fakultet,
Institutt for spesialpedagogikk

UNIVERSITETET I OSLO

Høst 2008

Sammendrag

Tittel

Oppgavens tittel er: ” Med klump i halsen?” En kvantitativ undersøkelse om norske logopeders erfaring med dysfagi.

Bakgrunn og formål

Min hensikt med denne undersøkelsen er først og fremst å kartlegge norske logopeders erfaring med dysfagi, og deres opplevelse av kunnskap og mestring på feltet. I tillegg er jeg opptatt av å rette fokus mot fagfeltet, slik at barn og voksne som opplever slike vansker skal oppdages og få tilstrekkelig hjelp. Mens nyere teknologi stadig redder yngre menneskeliv, og populasjonen av eldre mennesker stadig øker, vil også dysfagi opptre i større grad. Riktig diagnostiseringsarbeid og kunnskap om vanskene, blir således et viktig tema innen logopedisk virksomhet.

Problemstilling

I denne oppgaven ønsker jeg å undersøke hvilken plass dysfagi har i norske logopeders arbeid. Som hovedproblemstilling stilles følgende spørsmål:

Hvilke erfaringer har norske logopeder med dysfagi?

For å avgrense begrepet erfaringer velger jeg å operasjonalisere hovedproblemstillingen i følgende fem forskningsspørsmål:

- 1) I hvor stor grad arbeider norske logopeder med spise og svelgevansker?*
- 2) Hvilke kartleggings- og behandlingsformer benytter logopedene?*
- 3) Hvordan vurderer logopedene sin kunnskap om spise- og svelgevansker?*
- 4) Hvordan vurderer logopedene sin trygghet på egne avgjørelser ved spise- og svelgevansker?*
- 5) Mener logopedene at dysfagi er et logopedisk ansvarsområde?*

Metode

For å belyse hva logopeder flest erfarer i forhold til arbeid med dysfagi, har jeg valgt å gjøre en kvantitativ undersøkelse og samler inn opplysninger i bredden, snarere enn dybden. Forskningsdesignet er survey, i form av postenquete. Informantene er medlemmer av Norsk Logopedlag (NLL), som består av totalt 1324 medlemmer fordelt på 12 lokale lag. For å oppnå best mulig representativitet når det gjelder ulike arbeidssteder og målgrupper, har jeg valgt Oslo- og Bu-Te-Ve lokallag. Utvalget består av 226 informanter, og svarprosenten er på 72 %.

Dataanalyse

Det innsamlede materialet blir bearbeidet ved hjelp av dataprogrammet Statistical Package for the Social Sciences 14.0 (SPSS). I analysen legges det hovedsakelig vekt på deskriptiv statistikk. Cronbach's Alpha og TIC vil vurdere indre konsistens og reliabilitet for indikatorsettet på en indeks. Om resultatene er signifikante vil vises ved: t-test, One-way analysis of variance (ANOVA) og khikvadrattesten.

Resultater og konklusjon

Resultatene viser at det er 40,5 % av informantene som arbeider med dysfagi. Det er store variasjoner når det gjelder arbeidets omfang. Antall vurderinger blant logopedene det siste året varierer fra 1-250, og det viser seg at det arbeides langt oftere med voksne, enn med barn. Når det gjelder kartleggingen, er det også individuelle forskjeller. Litt over halvparten benytter skjema som er utviklet ved arbeidsstedet. Andre baserer sine nedtegnelser på erfaring, eller tidligere vurdering av logoped ved sykehus. På en skala fra 1-7, der høyeste tallet angir svært god kunnskap, viser hele utvalget en gjennomsnittsskåre på 3,3. Ved en sammenlikning av gruppene *med* erfaring (M= 4,32) og *uten* erfaring (M=2,52), er det store variasjoner. Signifikanstesting viser også at logopeder som har liten tillit til egen kunnskap, i mindre grad ønsker å påta seg arbeid med dysfagi. Det fremkommer klart at informantene ønsker samarbeid med andre yrkesgrupper, og flere setter dette som et kriterium for arbeid i feltet.

Forord

I likhet med flere av undersøkelsens logopeder, startet også mitt dysfagiarbeid med en ”klump i halsen”. Oppgavens tittel gjenspeiler således erfaringen som flere logopeder ser ut til å ha i forhold til arbeidsoppgaver innen dysfagifeltet, samt opplevelsen av ubehag i halsen som flere mennesker med svelgevansker opplever.

Takket være dyktige kollegaer og et stort engasjement ved Aker sykehus, har jeg nå overvunnet klumpfølelsen og fått øynene opp for dette viktige området. Det er et takknemlig arbeid å hjelpe mennesker som strever med mat og drikke, og gleden er stor når målet nås.

For å nå målet i forbindelse med denne oppgaven er jeg takknemlig for at så mange logopeder tok seg tid til å besvare spørreskjemaet mitt. Flere av deres spontane tilbakemeldingene har også vært en inspirasjon på veien.

Jeg vil også takke veilederen min Inger- Lise Sæther som har vært tålmodig og vist engasjement gjennom hele prosessen, og Dagfinn Øyen, min sjef, som har gitt meg både tid og støtte til studien. Alle kollegaer og venninner- spesielt Melanie som alltid tar seg tid, lytter og gir gode tilbakemeldinger- fortjener også en stor takk.

Tilslutt vil jeg takke Steinar for at du har vært så tålmodig på denne lange reisen, og ikke minst Oda vår lille solstråle. Nå er mamma ferdig med å ”jobbe litt”, og kan nyte søndagene med deg og pappa.

Oslo, august 2008

Veronica Jacobsen

Innhold

SAMMENDRAG	2
FORORD	4
INNHold	5
1. INNLEDNING	8
1.1 BAGRUNN FOR VALG AV TEMA	8
1.2 ANNEN EMPIRI OM TEMA	9
1.3 PROBLEMSTILLING	10
1.4 OPPGAVENS OPPBYGNING	11
2. TEORETISK UTGANGSPUNKT	12
2.1 HVA ER DYSFAGI?	12
2.2 ÅRSAKER OG FOREKOMST	12
2.3 DEN NORMALE SVELGINGEN	13
2.3.1 <i>Spising og svelging hos barn- utvikling, utbredelse og vansker</i>	16
2.3.2 <i>Spising og svelging hos voksne og eldre mennesker-utvikling, utbredelse og vansker</i>	18
2.4 KARTLEGGING AV SPISE- OG SVELGEVANSKER	20
2.5 BEHANDLING AV SPISE- OG SVELGEVANSKER	22
3. LOGOPEDENS UTGANGSPUNKT FOR ARBEID MED DYSFAGI	25
3.1 LOGOPEDLAGETS FORSKRIFTER	25
3.2 UTDANNING	26
3.3 LITTERATUR OG KURSVIRKSOMHET	27
4. METODE	28
4.1 SURVEY	28

4.2	UNDERSØKELSENS POPULASJON OG UTVALG.....	29
4.3	UTARBEIDING AV SPØRRESKJEMA	30
4.3.1	<i>Spørsmålstyper og oppbygning av spørreskjema.....</i>	<i>31</i>
4.4	GJENNOMFØRING AV UNDERSØKELSEN OG SVARPROSENT.....	34
4.5	VALIDITET.....	34
4.6	RELIABILITET	36
4.6.1	<i>Konstruksjon av indeks</i>	<i>36</i>
4.7	ETISKE HENSYN.....	37
4.8	BEARBEIDING AV DATAMATERIALET.....	38
5.	VITENSKAPSTEORETISK TILNÆRMING	40
6.	PRESENTASJON OG DRØFTING AV RESULTATER	41
6.1	BAKGRUNNSVARIABLER.....	41
6.2	HVOR STOR DEL AV LOGOPEDENES ARBEID BESTÅR AV KARTLEGGING OG BEHANDLING AV SPISE- OG SVELGEVANSKER?	44
6.3	HVILKE KARTLEGGINGS- OG BEHANDLINGSFORMER BENYTTES?.....	48
6.3.1	<i>Kartlegging</i>	<i>49</i>
6.3.2	<i>Hvilke kartleggingskjema benyttes?.....</i>	<i>50</i>
6.3.3	<i>Faktorer I den kliniske undersøkelsen</i>	<i>51</i>
6.3.4	<i>Behandling</i>	<i>54</i>
6.4	HVORDAN VURDERER LOGOPEDENE SIN KUNNSKAP OM SPISE OG SVELGEVANSKER?	59
6.4.1	<i>Utdannelse</i>	<i>59</i>
6.4.2	<i>Kurs.....</i>	<i>60</i>
6.4.3	<i>Vil du påta deg arbeid med dysfagi?.....</i>	<i>60</i>
6.4.4	<i>Synspunkter på egen kunnskap og mestring.....</i>	<i>62</i>

6.5	HVORDAN VURDERER LOGOPEDENE SIN TRYGGHET PÅ EGNE AVGJØRELSER VED SPISE- OG SVELGEVANSKER?	65
6.5.1	<i>Samarbeid</i>	67
6.6	MENER LOGOPEDENE AT DYSFAGI ER ET LOGOPEDISK ANSVARSOMRÅDE?	67
7.	OPPSUMMERING	71
7.1	SVAR PÅ PROBLEMSTILLINGEN.....	71
7.2	KRITISKE BLIKK TIL EGEN FORSKNING.	74
7.2.1	<i>Spørreskjema</i>	74
7.2.2	<i>Utvalget</i>	75
7.3	FRAMTIDSPERSPEKTIVER	75
8.	AVSLUTNING	78
	KILDELISTE.....	79
	OVERSIKT OVER TABELLER OG FIGURER	89

Vedlegg

1. Innledning

For friske mennesker er det å drikke eller å spise hverdagslige gjøremål man gjerne ikke tenker stort over. Måltidene er for de fleste av oss ikke bare næringstilførsel, men en stor del av vårt sosiale liv og tradisjoner. Mat forbindes gjerne med gjestfrihet, høytider og kulturelle sammenhenger. Dens betydning for det enkelte menneskets identitet er stor, og den er med på å vise både for en selv og andre hvem man er.

Men for noen barn og voksne er imidlertid ikke måltidet så lystbetont og gledelig. For noen, er det å spise og svelge ikke så naturlig og selvfølgelig. For disse menneskene er hver dag en utfordring, hvert måltid en anstrengelse, og de er avhengig av mennesker rundt som kan forstå og har kunnskap om vanskene.

1.1 Bagrunn for valg av tema

Formålet med denne undersøkelsen er todelt. Jeg ønsker først og fremst å undersøke norske logopeders erfaring med spise- og svelgevansker (dysfagi), og deres opplevelse av kunnskap og mestring på feltet. I tillegg er jeg opptatt av at dysfagi blir satt på dagsordenen, og at mennesker som opplever disse vanskene skal oppdages og få tilstrekkelig utredning og behandling. Mens ny teknologi oftere redder yngre menneskeliv, og populasjonen av eldre mennesker stadig øker (Statistisk Sentralbyrå 2008 a), vil også tilfeller med dysfagi opptre i større grad. Riktig diagnostiseringsarbeid og kunnskap om vanskene, blir således et viktig tema innen logopedisk virksomhet.

Det er ikke før gjennom de siste 10-15 år, at feltet og kunnskapen om dysfagi har vokst. Behandling og vurdering av spise- og svelgevansker antas nå å være det største økende arbeidsfeltet innen logopedfaget (Pownall 2004). Rapporten fra American Speech-Language Association (ASHA) antyder også at 47 % av alle logopeder nå arbeider med disse vanskene, og ved sykehus og rehabiliteringssentra øker denne

andelen opp mot 100 % (Reilly 2004). Som sykehuslogoped opplever jeg også at stadig flere henvisninger gjelder vurdering av spise- og svelgevansker. Inntrykket er at dette skyldes en stadig økende kunnskap og bevisstgjøring hos blant annet helsepersonell. Men til tross for økende etterspørsel som nevnt, er det for øyeblikket svært få undersøkelser som har satt fokus på dokumentasjon og praksisformer. Reilly (2004) påpeker også at det ikke finnes noen felles standardiserte former for klinisk evaluering, men at det nesten er like mange versjoner som det er voksne og barn med dysfagi. Med tanke på nåtidens og fremtidens utfordringer, opplever jeg det som interessant å undersøke hvilken plass dysfagi har i norske logopeders arbeid

1.2 Annen empiri om tema

Håndtering av svelgevansker har vært beskrevet i litteraturen fra 70-tallet, men har hatt en stor vekst i litteratur med henblikk på behandling siden tidlig 90-årene (Langmore & Miller 1994). Det har også vært en endring i håndtering av dysfagiproblematikken i denne tidsrammen. I starten besto svelgeterapeutene av sykepleiere og ergoterapeuter og det er bare siden tidlig 80-tallet at logopeder har hatt en sterkere rolle i feltet (ibid). Det er svært få publiserte undersøkelser som tar for seg logopeders praksisutøvelse. I 1999 ble det sendt ut en surveyundersøkelse til 300 logopeder i USA som omhandlet vurdering av spise- og svelgevansker (McCullough m.fl. 1999). Resultatene viste at logopedenes kartlegging og metoder var varierende. Individuelle oppfatninger og preferanser spilte en stor rolle i praksisutøvelsen, selv når det ikke var forskning som støttet bruken av de bestemte tiltakene. Forskerne konkluderte med at logopedene foretrakk og praktiserte en rekke kliniske målinger og vurderinger som ikke har støtte i forskning. Mathers-Schmidt & Kurlinski (2003) oppnådde liknende resultat i sin undersøkelse av logopeders praksisutøvelse i staten Washington, USA. Studien avdekket store variasjoner med hensyn til kliniske avgjørelser og kartleggingsmåter, noe som forskerne fremhever som bekymringsfullt. I 2005 ble det så utført to surveyundersøkelser i Irland og Irland/UK, basert på studien til Mathers-Schmidt & Kurlinski (Pettigrew & O'Toole 2007, Bateman m.fl. 2007). Funnene her viste også store forskjeller når det gjaldt kartlegging og vurdering

av dysfagi. Svarprosenten på henholdsvis 54 % og 28 % svekker riktignok validiteten, men funnene kan likevel sies å være interessante da de viser logopedenes ulike tilnæringsmåter. Det er per i dag ikke gjennomført noen studier i Norge som omhandler logopedenes praksisutøvelse i dysfagifeltet. Våren 2000 fullførte imidlertid Norsk Logopedlag en undersøkelse blant medlemmer om ansettelsesforhold og arbeid (Kunnskapsdepartementet 2000). Med en svarprosent på 63,3 % for hele populasjonen, viste denne at 16,7 % av logopedene gav hjelp i forhold til dysfagi. Ut fra en arrangering av logopediske tjenester, var dette det området som færrest logopeder arbeidet med. Den prosentvise fordelingen av den totale arbeidsmengden viste at logopedene i gjennomsnitt benyttet 10 % av sin arbeidstid på dysfagi. Om dette arbeidet nå har økt i likhet med internasjonale standarder, og på hvilken måte logopeder utøver sin praksis i dysfagifeltet, vil således bli interessant å undersøke i denne studien.

1.3 Problemstilling

I denne oppgaven ønsker jeg å undersøke hvilken plass dysfagi har i norske logopeders arbeid, og som hovedproblemstilling stilles følgende spørsmål:

Hvilke erfaringer har norske logopeder med dysfagi?

Erfaring er et vidt begrep, og en fellesbetegnelse på den informasjon individet erverver gjennom sansning og handling (Aschehoug og Gyldendals Store Norske Leksikon 2008). Erfaring kan skje gjennom undervisning, selvopplevde minner, tillærte ferdigheter, vaner og holdningsmønstre. Samlet ser vi at begrepet vil favne både informantenes selvopplevde praksis, teoretisk materiale og formidlede handlingsmønstre i arbeidsfeltet dysfagi. Når det gjelder uttrykket *norske logopeder*, menes det at man arbeider i Norge. Noen av informantene kommer opprinnelig fra andre land, samt har sin utdanning fra ulike steder. Dette har ingen avgjørende betydning for oppgaven. Begrepet er kun med på å understreke og begrense undersøkelsen til å gjelde norsk praksisutøvelse. Betegnelsen *dysfagi* vil utdypes

nærmere nedenfor, men termen vil i oppgavene benyttes synonymt med begrepet; spise- og svelgevansker.

For å avgrense begrepet erfaringer velger jeg å operasjonalisere hovedproblemstillingen i følgende fem forskningsspørsmål:

- 1) I hvor stor grad arbeider norske logopedere med spise og svelgevansker?
- 2) Hvilke kartleggings- og behandlingsformer benytter logopedene?
- 3) Hvordan vurderer logopedene sin kunnskap om spise- og svelgevansker?
- 4) Hvordan vurderer logopedene sin trygghet på egne avgjørelser ved spise- og svelgevansker?
- 5) Mener logopedene at dysfagi er et logopedisk ansvarsområde?

1.4 Oppgavens oppbygning

Oppgaven er delt inn i åtte kapitler. I første kapittel har jeg gjort rede for oppgavens bakgrunn, empiriske utgangspunkt, problemstilling og oppbygning. Kapittel to inneholder det teoretiske grunnlaget for oppgaven. Her finner man en kort presentasjon av dysfagi, årsaker og forekomst. Videre får man en kort innføring i den normale svelgeprosessen, og utvikling, utbredelse og vansker hos barn og voksne. Kapittel to avsluttes med en orientering om kartlegging og behandling av dysfagi. I kapittel tre ønsker jeg å gi en beskrivelse av logopedenes utgangspunkt for arbeid med dysfagi. Her kommer jeg inn på hva Logopedlagets forskrifter sier om arbeid med dysfagi og fakta om utdanning, litteratur og kursvirksomhet. I kapittel fire gjør jeg rede for valg av metode, samt at undersøkelsens validitet og reliabilitet blir vurdert. Ethiske hensyn og bearbeiding av datamaterialet avslutter kapittelet. I femte kapittel ønsker jeg å si noen få ord om vitenskapsteoretisk tilnærming. Presentasjon og drøfting av resultatene kommer så i kapittel seks. I syvende kapittel vil jeg forsøke å samle trådene ved å svare på problemstillingen, summere opp funnene og reflektere rundt egen forskning. Så langt som mulig vil jeg våge å komme med innspill til fremtidig forskningsarbeid. Oppgaven avsluttes i kapittel åtte.

2. Teoretisk utgangspunkt

2.1 Hva er dysfagi?

Dysfagi, kommer av det greske ordet dys ('med vansker') og phagia ('å spise'), og er betegnelsen som benyttes for vanskeligheter med å spise og svelge (Reilly 2004). Dysfagi blir nå ansett som en egen lidelse, samtidig som problemene ofte er forbundet med flere sykdommer og tilstander (Cichero 2006). Dysfagi kan opptre som en medfødt eller ervervet tilstand. Problemene kan skyldes skade i musklene og nervene som styrer normal svelging, anatomiske forandringer, psykiske vansker (Stensvold 1999), eller en kombinasjon av disse. Barn og voksne deler noen av den samme underliggende etiologien knyttet til dysfagi, men har ulike anatomiske forutsetninger for svelging. Konsekvenser som kan oppstå uten riktig behandling, er svært alvorlige. Det kan blant annet være dehydrering, underernæring, aspirasjon (når mat og drikke kommer ned i luftveiene), sosial isolasjon, og i ytterste konsekvens død. Et av de mest klare signalene på dysfagi er gjentatte lungebetennelser (pneumoni) (Rivelsrud 1999), og det rapporteres om at ca. 3- 14 % av alle sykehusinnleggelse som skyldes pneumoni, er relatert til aspirasjon ved dysfagi (Marrie 1998).

2.2 Årsaker og forekomst

Det kan være vanskelig å dele inn årsakene til dysfagi i klare definerte grupper. Dette skyldes i stor grad flere sammenfallende og overlappende trekk mellom ulike sykdommer og tilstander. Noen vansker som faller inn under den vide klassifiseringen av tilstander, er forbundet med: hjerneslag/hodeskade, nevrologiske og degenerative sykdommer, infeksjon og respirasjonsvansker (Cichero 2006). Selv om en stor del av populasjonen av barn og voksne (opp mot 10 millioner i USA), sies å være rammet av dysfagi (Skriung 2004), er det svært vanskelig å anslå et eksakt tall

for mennesker som opplever disse vanskene. Dette skyldes flere årsaker. Definisjonen av dysfagi varierer, og diagnostiseringsmetoder er ikke konsekvente (Reilly 2004). Et eksempel på dette er forekomst av dysfagi hos mennesker med hjerneslag og parkinson sykdom. Ved en gjennomgang av ulike studier i tidsrommet 1989-1998, viser Reilly (2004) en variasjon på 19 -80 % hos hjerneslagrammede, og 18 -81 % hos personer med parkinson sykdom. Variasjonen skyldes i stor grad diagnostiserings- og kartleggingsmetodene. For eksempel benytter Nilsson m.fl. (1998) kun et selvrapporteringskjema for dysfagi hos slagrammede og oppnår en forekomst på 19 %, mens Daniels m.fl. (1997) benytter både en klinisk og instrumentell undersøkelse, og rapporterer om en forekomst på mellom 65 -80 %. Selv der to studier benytter de samme kartleggingsmetodene, viser det seg å være en variasjon på 29 % (Reilly 2004). Forekomst og utbredelse av svelgevansker, vil presenteres mer utfyllende under beskrivelse av spising og svelging hos barn (kapittel 2.3.1) og voksne og eldre mennesker (kapittel 2.3.2).

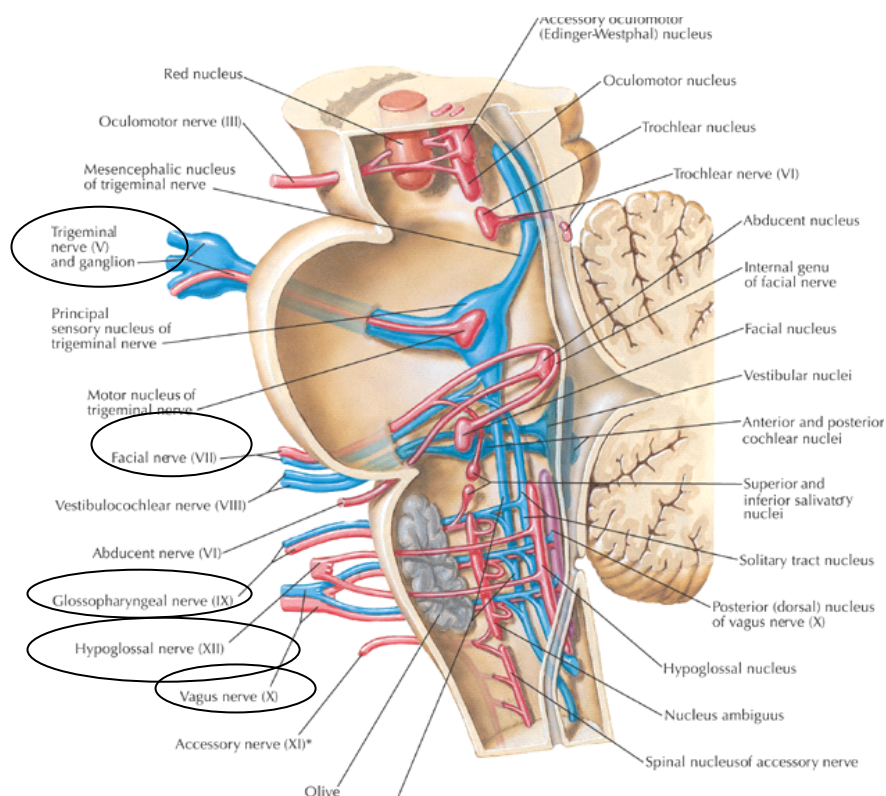
2.3 Den normale svelgingen

For å vite at noe er galt, må man først ha kunnskap om den normale spise- og svelgefunksjonen. Jeg vil nå kort presentere anatomiske forutsetninger for svelging og svelgeprosessens faser, da dette danner grunnlaget for både kartleggings- og behandlingsmetoder.

Den normale svelgfunksjonen settes i gang, og er i stor grad styrt av områder innen hjernestammen (Cichero 2006, Ekberg 2008). Flere sentrale hjernenerver som berører tale og svelging passerer her, og disse er svært sentrale for stimulering og koordinasjon av muskulaturen som styrer normal svelging (Ekberg 2008). Figur 1. illustrerer kranienervene som er involvert i svelgeprosessen. Trigeminius nerven (V) er i hovedsak den generelle sensoriske nerven for hodet, med en motorisk komponent for tyggemusklene og flere mindre muskler som blant annet bidrar til heving av ganeseil (Cichero 2006). Facialis nerven (VII) styrer blant annet ansikts- og kjevemuskulatur, og regulerer spyttproduksjon. Den sensoriske komponenten bidrar

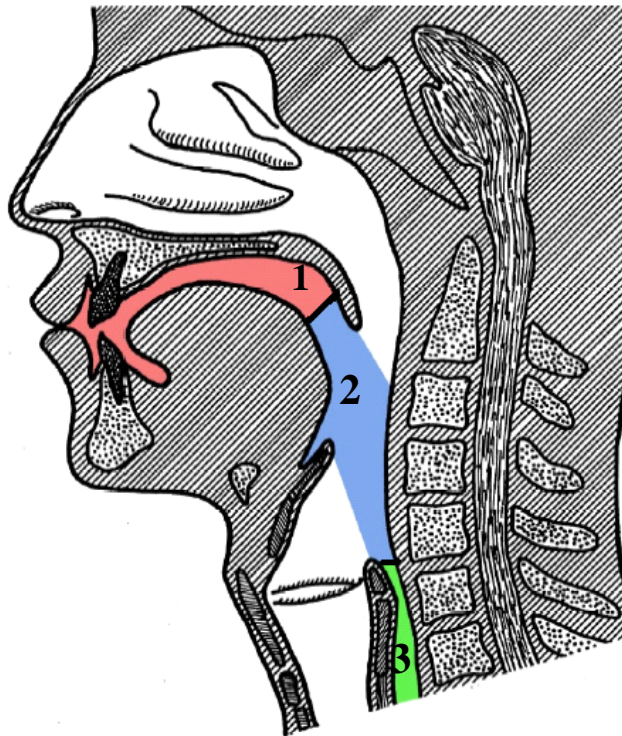
til smak i fremre 2/3 del av tungen (ibid). Når det gjelder smakssans for bakre del av tungen, samt berøring, smerte og temperatur, er det glossofaryngeus nerven (IX) som gir disse impulsene. Spyttproduksjon styres også av denne nerven. Den motoriske komponenten forsyner i hovedsak stylofaryngeus muskelen som løfter strupehodet og utvider svelget (Rørbech 1999). I likhet med glossofaryngeus nerven, styrer vagus (X) også smak, berøring og smerte. Den motoriske komponenten forsyner flere muskler i den bløte gane, svelg og strupe. Det er tre vagusgrener som har betydning for svelgingen. En av disse er recurrens nerven som innnerverer alle de indre larynksmuskulene, og sender informasjon fra området nedenfor stemmebåndene og hele øsofagus (Ekberg 2008). Skade her kan føre til nedsatt adduksjon i stemmebånd med symptomer som hes stemmekvalitet (Colton & Caspar 1996). Organiske stemmevansker som recurrens parese, kan ofte være gjenstand for logopedisk behandling. Tungens betydning for svelgefunksjonen er også grunnleggende, og hypoglossus nerven (XII) sender signaler til alle de indre- og ytre (- palatoglossus) tungemusklene. Nedsatt og manglende evne til å bevege tungen vil ha en merkbar virkning på artikuleringen og gi en dysartrisk artikulering.

Figur 1. Illustrasjon av kranienervene involvert i svelging. Utklipp fra GI -Motility online



Svelgeprosessen er en svært sammensatt nevromuskulær aktivitet, og er styrt av både viljestyrte bevegelser og reflekser (Stensvold 1999). Den deles gjerne inn i tre steg: oral-, faryngeal- og øsofagal fase (figur 2.). I den orale fasen (1) kan bevegelsene startes og stoppes når det er ønskelig. Man bearbeider og former maten, og frakter denne bakover. Her er oralmotorikk og opplevelse av smak, temperatur og konsistens svært viktig. I den faryngeale fasen (2) utløses svelgereflexen og fysiologiske prosesser inntreffer. Den bløte gane løftes og stenger for neshulen. Strupehodet løftes opp og frem, og strupelokket tippes nedover og stenger for åpningen til luftrøret. Både stemmelepper og strupelokket beskytter luftveiene, og sikrer penetrasjon av mat og drikke. Kontraksjon i svelgsnørene fører maten nedover til lukkemuskelen som åpner seg. Når maten passerer denne inngangen til spiserøret, starter neste steg. I den øsofagale svelgefasen (3) føres maten i en bølgeliknende bevegelse ned mot magesekken og passerer det nederste øsofagale sfinkter.

Figur 2. Illustrasjon av svelgeprosessen. Oral- faryngeal- og øsofagal fase. Utklipp fra prosjekt ved Hammel Neurocenter. (Bildet er endret noe for denne oppgaven).



Denne tredelingen av svelgeprosessen baserer seg på anatomiske strukturer, og mindre på forhold rundt et måltid- det være seg psykiske og fysiske forberedelser. Leopold & Kagel (1997) er to forskere som har fremhevet betydningen av det å legge til rette for god svelging, og føyer til en preoral fase. I denne fasen tillegges både syn og lukt en stor betydning. Dersom maten er delikat tilbredt, vil dette øke både appetitt og spyttproduksjon. Dette er igjen med på å hjelpe både bearbeiding og transport av bolus. I tillegg til spyttproduksjon påpeker Leopold og Kagel (1997) at måltidets forberedelse gir viktig stimulus til hypoglossus (fig 1.), og fremhever betydningen av sensorisk stimulering før maten inntas. Både temperatur, smak, konsistens og mengde, vil ha innvirkning på spiseprosessen. Når det gjelder den fysiske og kognitive håndteringen av spisesituasjonen, er denne også inkludert i den preorale fasen. Både hodets stilling, armens bevegelse og personens innsikt i egne vansker, vil ha innvirkning på hvor optimal svelgingen blir.

2.3.1 Spising og svelging hos barn- utvikling, utbredelse og vansker

Utviklingen av dysfagi som fagfelt har i stor grad tatt utgangspunkt i vansker hos voksne. Etter hvert har man blitt mer klar over at spise- og svelgevansker kan opptre hos barn helt fra nyfødtstadiet og tidlig småbarnsalder. Spise- og svelgutvikling hos barn er basert på både medisinske og psykososiale forutsetninger. De medisinske forutsetningene er blant annet at søke-, suge- og svelgereflexene fungerer normalt etter fødselen, og at fordøyelsessystemet er i orden. Gjennom måltider øver barnet opp ferdighetene, og går gradvis fra flytende til fastere føde. Utviklingen fra å mestre morsmelk til mat der tyggefunksjonen tas i bruk, er en avansert prosess. Utvikling av munnmotorisk kontroll og gjenkjennelse av smak og konsistens er sentrale betingelser for sikker svelging. De psykososiale forutsetningen blir så til ved å tilegne seg en matkultur, måltidsrytme, smakspreferanser og sosiale ferdigheter. Måltidet handler også om praktiske sider ved spisesituasjonen som plassering, hode- og sittestilling og valg av spiseredskaper. Ut fra alle disse faktorene kan man se at spise og svelgevansker hos barn således kan vise seg på mange måter. Noen vansker kan være forbigående, mens for andre vedvarer de over tid, i enkelte tilfeller gjennom

hele livet. Ofte foreligger det en kjent årsak til vanskene, men hos noen kan det også være vanskelig å vite opphavet til problemene (Sørensen 2007). Noen barn har klare tegn og symptomer på vansker med matinntak, mens andre har svært små eller minimale symptomer (Morgan & Reilly 2006).

Dysfagi er hyppig representert hos barn med utviklingsmessige- og nevrologiske vansker (ibid). Premature barn har ofte en risiko for å få spise- og svelgevansker. Med nedsatt tungebevegelighet, redusert leppelukke og underutviklede sugeputer i kinnene, kan disse barna ha vanskeligheter med å ta til seg næring via munnen (Knappenforeningen 2008). I tillegg har de oftere vansker med pusten, og blir raskere trette enn andre spedbarn. Etter hvert når barna blir større, kan evnen til å mestre ulike matkonsistenser bli påvirket både fysisk og psykisk (ibid). Redusert allmenntilstand i lengre tid kan begrense utviklingen av spiseferdigheter (Sørensen 2007). Boyhan (2007) påpeker også at noen barn blir hyper- eller hyposensitive i munnområdet på grunn av negative opplevelser knyttet til tidligere medisinsk behandling. Matens konsistens og tidligere erfaringer med stressfulle måltidssituasjoner, kan blant annet være årsaksfaktorer til at disse barna ikke spiser (ibid).

Når det gjelder barn med cerebral parese (CP) har disse ofte spise- og svelgevansker av flere årsaker. Oral motorisk dysfunksjon, vansker i den faryngeale fasen og kommunikasjonsvansker som reduserer deres evne til å be om- og avvise mat, er noen av disse. Stadig vurdering og overvåking av svelgefunksjonen er svært viktig for mennesker med CP. Barn med denne diagnosen kan ha god svelgefunksjon i mange år, før de utvikler dysfagi. Det anslås at mellom 27- 40 % av alle barn med CP har dysfagi (Sheppard 2006), og at flere forventes å ha spise og svelgeproblemer senere i livet (Reilly m.fl. 1996).

Hos barn med Down syndrom er hypoton muskulatur i kjeve, lepper og tunge, en utfordring med hensyn til spising og svelging. Undersøkelser viser også at de bruker lengre tid på å bearbeide maten (Sheppard 2006) og ofte har munnen åpen på grunn av trangere forhold i nesesvelget. Selektivitet med hensyn til matkonsistens er også

hyppig rapportert (Field m.fl. 2003). Aversjon mot hard matkonsistens antas har en sammenheng med både vansker med tygging samt uheldige opplevelser med ubearbeidet mat. Oralmotoriske- og ernæringsmessige vansker er mest rapportert hos barn fra ni mnd til tre år (Sheppard 2006). Med mindre grad av fysiske funksjonsvansker som hypotoni og hjertesykdom, samt veiledning av foreldre, rapporteres det imidlertid om god spiseutvikling (ibid).

Når det gjelder informasjon og data om dysfagi ved flere andre syndromer og nevrologiske vansker hos barn, fremhever litteraturen dette som mangelfullt (Reilly 2004). Leslie m.fl. (2008) slår fast at: "There are no reliable reports on the prevalence of dysphagia in children or adults with learning disabilities". I Storbritannia ble det nylig slått fast av National Patient Safety Agency at dysfagi er en av fem risikofaktorer for mennesker med utviklingshemming (ibid). I tillegg påpekes det at svelgevansker hos disse personene oftere kan misforstås og underdiagnostiseres.

2.3.2 Spising og svelging hos voksne og eldre mennesker- utvikling, utbredelse og vansker

Med stigende alder forandres mange forhold ved spisingen - lukt, smak, utholdenhet og koordinasjon av muskulatur, er noen av disse (Ekberg 2008). Hva som er normalt eller patologisk ved denne forandringen utgjør i blant en gråsoner der det ikke er enkelt å skille det ene fra det andre. Et overblikk i litteraturen viser begrenset informasjon om hva som utgjør normal svelging, inkludert utviklingen av orale- og faryngeale funksjoner fra fødsel til eldre alder (Reilly 2004). Det påpekes også at den mest hyppige refererte studien om normal utvikling av oral funksjon, er basert på observasjoner av kun tre barn (Evans- Morris and Dunn Klein 1987, i Reilly 2004). Det finnes flere aldersrelaterte forandringer i munnhule, svelg og spiserør, men disse variasjonene påvirker ofte ikke svelgeprosessen (Ekberg 2008). Ofte oppdager man svelgevansker hos pasienter ved sykehusinnleggelse eller andre institusjoner. Blant ca. 15 000 mennesker som hvert år rammes av hjerneslag i Norge (Ellekjær og Selmer 2007), anslås det at hele 41- 47 % av disse opplever vansker med å spise og svelge (Skriung 2004). De vanligste symptomene på dysfagi ved hjerneslag kan være

forsinket eller bortfall av svelgerefleks, nedsatt tungekontroll og redusert heving av strupen og/eller redusert kontraksjon i svelgesnørrer (Cichero 2006). Ofte opptrer disse symptomene i en kombinasjon. Hos de fleste hjerneslagrammende vil svelgefunksjonen bli bedre innen kort tid, men det ser ut til at ca 6- 8 % fortsatt vil ha vansker etter seks måneder (ibid). I en studie om omsorgsbehov hos hjerneslagrammede etter utskrivelse fra sykehuset, hadde 67 % av dem som ble overflyttet til sykehjem, behov for hjelp i spisesituasjonen. Svelgevansker forekom hos 42 % av disse, og nedsatt matlyst og matinntak hos 60 % (Kumlien 2003). Forekomst av dysfagi innen eldreomsorgen beregnes også i andre studier til å opptre svært hyppig. Gjennom de siste årene har flere studier undersøkt forekomst av underernæring hos institusjonaliserte eldre mennesker. Basert på en gjennomgang av ulike artikler som tar for seg ernæring og ernæringsrelaterte vansker som blant annet svelgevansker, viser Pauly m.fl. (2007) at ernæringsvansker er et utbredt problem for eldre på institusjon. I Skriung (2004) rapporteres det også at opp mot 50 % av alle sykehjemsbeboere opplever vansker med spising- og svelging.

En stor utfordring for både personale ved sykehjem og pårørende, kan være ernæring hos mennesker med demens. Etersom sykdommen progredierer, vil ofte dysfagi komme til syne, og Ekberg (2008) hevder at ca. 70 % av pasienter med demens har en eller annen form for oral dysfunksjon. Apraksi i forbindelse med spising og svelging blir beskrevet som vansker for mange av disse personene. Dette innebærer problemer i den orale voluntære delen av svelgeprosessen- å initiere og håndtere maten i munnhulen før svelging. Noen vil også utvikle agnosi for mat, både når det gjelder å tolke synsinntrykket (at det er mat som plasseres foran dem) og å akseptere mat i munnen (Logeman 1998). Utredning og behandling av disse menneskene beskrives ofte som svært vanskelig da de kognitive funksjonene er nedsatt.

Både konsentrasjon og mulighet for ro, er svært viktig i matsituasjonen for mennesker med parkinson sykdom. I en undersøkelse nylig utført av Gross m.fl. (2008) antydes det at den høye forekomsten av dysfagi blant disse personene, blant annet skyldes nedsatt koordinasjon av pust og svelging. Mens flere studier viser at friske voksne oftest svelger under utpust, og at utpust vanligvis følger etter svelging,

viser det seg at personer med parkinson sykdom oftere svelger i forbindelse med innpust noe som øker faren for aspirasjon Redusert tyggebevegelighet og oral bearbeiding av maten, er også hyppige vansker hos disse menneskene (Cichero 2006).

2.4 Kartlegging av spise- og svelgevansker

I den vitenskaplige litteraturen finnes det flere kartleggingsmetoder for å vurdere, og oppdage dysfagi. Kartlegging av svelgefunksjonen kan gjerne deles inn i to grupper: *Den ikke-instrumentelle og den instrumentelle undersøkelsen* (Reilly 2004). Den ikke-instrumentelle undersøkelsen kan gjerne være: Å samle bakgrunnsopplysninger, samtale med person/pårørende, klinisk undersøkelse og måltidsobservasjon. Den instrumentelle undersøkelsen kan bestå av: fiberendoskopi, og/eller videofluoroskopi (undersøkelsene beskrives nærmere nedenfor).

Man starter ofte opp med å samle medisinske bakgrunnsopplysninger om vedkommende. Det er flere sentrale komponenter her, som kan gi god informasjon om hvordan vanskene arter seg. Ulike diagnoser har sine kjennetegn, og ved å kjenne til disse, kan man lettere forberede seg på den kliniske undersøkelsen. Flere medisiner kan ha innvirkning på spise og svelgefunksjonen. Både nedsatt våkenhet, munntørrhet, kvalme og endret smaksopplevelse, er noen medisinske bivirkninger som kan påvirke spisingen (Stefanakos 2004). Som nevnt innledningsvis er også gjentatte lungebetennelser, et av de sikreste tegn på dysfagi, og det er blitt anslått at 10 % av alle tilfeller av pneumoni i samfunnet er relatert til aspirasjon (Brockett 2006). Å samle opplysninger om tidligere sykehistorie, samt ernæringstilstand blir således viktige faktorer i anamnesen. Spieker (2000) påpeker også betydningen av å fremskaffe bakgrunnsopplysninger, og fastslår at ved å kartlegge personens bakgrunn vil man kunne identifisere årsaken til vanskene i opp mot 80- 85 % av tilfellene. Gjennom videre samtale med personen og observasjon under måltidet, vil man så få et mer helhetlig bilde, og kunne danne seg et inntrykk av pasientens opplevelse av

vanskene. For mer utfyllende informasjon og forslag til observasjon og velegnede spørsmål, anbefales boken *Dysfagi* (Stensvold og Utne 1999).

Det finnes svært mange skjema med forslag til undersøkelse av svelgefunksjonen, og flere av disse baserer seg blant annet på vannsvelgingstester. *Standardised bedside Swallowing Assessment (SSA)*, er en av metodene som litteraturen fremhever som et egnet screeningverktøy (Perry 2001). Denne metoden innebærer en trinnvis utførelse av vannsvelging, basert på enkelte kriterier. Fremgangsmåten er svært enkel å følge, og har vist seg å ha god effekt på kvaliteten i behandlingen til blant annet mennesker med hjerneslag (ibid). Raskere vurdering og igangsetting av alternativ ernæring, kortere sykehusinnleggelse, samt færre episoder med infeksjoner i ettertid, er noen av resultatene. Ved akutte og kritiske tilfeller, blir fokuseringen i starten ofte rettet mot det å få tilstrekkelig væske og ernæring. Med redusert våkenhet og nedsatt allmenntilstand hos personene, er det ikke alltid mulig å gjennomføre en omfattende kartlegging, og den første screeningen foretas da ofte ved sengekant av pleiepersonell. For dem kan en enkel metode som vannsvelgingstesten være anvendelig som en førstegangsvurdering.

I 2003 startet Sykehuset Buskerud HF med et utviklingsarbeid, hvor hensikten var å utvikle en slik svelgetest. Basert på tverrfaglige erfaringer, kunnskap og anbefalinger i forskningslitteraturen, er denne nå utviklet og tatt i bruk ved Slagenheten på sykehuset (Bjørn m.fl. 2007). Det fremheves spesielt at antallet aspirasjonspneumonier er redusert, og at personalgruppen lettere kan identifisere risikopasienter. Logopedene er sentrale personer i dette arbeidet. Dersom det avdekkes svelgevansker ved utprøvingen, henvises personen videre til en logoped med erfaring, eller andre yrkesgrupper som er spesialisert innen feltet. Når det gjelder slike vannsvelgingstester kan disse avdekke om personen aspirerer mat og drikke, men forteller ikke noe om *hvorfor* dette skjer (Logeman 1998). Slike screeninger ser på symptomer, mens kartleggingstester tar for seg mer om anatomi og fysiologi. En grundig kartlegging kreves derfor, når personene viser seg å ha vansker. I kapittelet som omhandler presentasjon og drøfting av resultater, vil det sees nærmere på hvilke komponenter logopedene benytter i sin kartlegging, og drøfte dette opp mot relevant

forskning. Det er per dag ingen standardiserte felles skjema for vurdering av svelgefunksjonen her i landet, men det pågår et samarbeid mellom Høgskolen i Buskerud og flere sentrale sykehus i Østlandsområdet, for å få til dette.

Både fiberendoskopi og videofluoroskopi er instrumentelle metoder som krever både mer spesifikk fagkunnskap og tilgang til bestemt utstyr. I fiberendoskopisk undersøkelse benytter man et laryngoskop til å studere laryngeale strukturer og den faryngeale fasen i svelgeprosessen (Logeman 1998). Teknikken gir mulighet til å observere svelg, strupe og strupelokket rett før, og etter faryngeal svelging. I motsetning til videofluoroskopi viser denne metoden *ikke* interaksjonen mellom de ulike svelgefasene og anatomiske strukturer i den faktiske svelgingen.

Videofluoroskopi er en dynamisk radiologisk måling av svelgefunksjonen, og har ofte blitt definert som ”The gold standard”. Betegnelsen har imidlertid blitt gjenstand for flere diskusjoner, og enkelte forskere fremhever at begge teknikker er like effektive når det gjelder avdekking av aspirasjon og penetrasjon (lekkasje til luftveiene) (Colodny 2002).

Å benytte flere komponenter i kartleggingen, ser imidlertid ut til å gi en mer helhetlig og riktig vurdering av spise- og svelgevansker. Logeman (2008) påpeker i en av sine siste undersøkelser at det av og til kan være lite samsvar mellom pasientenes egne subjektive opplevelser og terapeutenes vurdering av problemene. Korrelasjonen ser ut til å variere med hensyn til medisinsk diagnose hos pasienten. Både mennesker med dysfagi etter hjerneslag og personer med parkinson sykdom, har ikke alltid innsikt i sine svelgeproblemer (Leopold & Kagel 1997, Parker m.fl. 2004). Slik ser man blant annet at kun samtale ikke bør benyttes som kun ett av kriteriene, ved vurdering av spise og svelgevansker.

2.5 Behandling av spise- og svelgevansker

Både kompenserende- og rehabiliterende tiltak benyttes for å bedre svelgefunksjonen. Mens kompenserende tiltak opptrer i form av erstatninger for nedsatt funksjon, vil rehabiliterende metoder ha som mål å forbedre- eller helst gjenopprette normal

svelgefunksjon. Behandling av svelgefunksjon er relativt nytt (Reilly 2004), og slikt sett er man i en prosess for å utvikle evidensbasert behandling for det man gjør.

Klovning (2001) definerer evidensbasert praksis som:

“Samvittighetsfull, punktlig og fornuftig bruk av beste, tilgjengelige informasjon, når det skal tas beslutninger om hvordan den enkelte pasient skal håndteres”.

I evidensbasert praksis ønsker man å lage gapet mellom forskning og praksis mindre. Studier og dokumentasjon som viser effekt av tiltak, skal være retningsgivende for praksis (Haaland-Johansen 2007). Flere metoder innen dysfagifeltet, har vært gjenstand for diskusjon med den begrunnelse at tiltakene ikke bygger på solid forskningsbasert kunnskap. Ved flere studier kan det stilles spørsmål om metodiske valg, som små gruppestørrelser og mangel på kontrollgrupper (Reilly 2004). I praksisfeltet kan det også være vanskelig å skille det som skjer som et resultat av behandling, og det som skyldes andre faktorer. Både spontan bedring, normalutvikling hos barn og egenbevissthet hos voksne, kan være eksempler på medvirkende elementer i behandlingen (Logeman 2006). Haynes og Haines (1998) er to av forskerne som har satt søkelys på forskningsresultaters anvendelse i hverdagen. De fremhever at det ofte kan være vanskelig å finne, tolke og anskaffe seg best mulig praksis. Å vurdere kvaliteten både på undersøkelser og metoder, er både tidkrevende og forutsetter spesifikke kunnskaper. I en hektisk logopedisk hverdag, er det også ofte liten tid til å fordype seg i litteratur og oppdatere seg daglig. Innen fagområdet dysfagi, har det internasjonale tidsskriftet *Dysphagia*, en såkalt review artikkel i hvert nummer. Overskriften er: *Comments on selected recent dysphagia literature*, og forfatteren gir en gjennomgang av tilgjengelig litteratur og studier innenfor fagfeltet. Dette kan være en hjelp til å sortere informasjon med hensyn til effekt av tiltak, samt gi ideer til nye tilnæringsmåter. Når det gjelder spise- og svelgevansker versus andre kommunikasjonsvansker, har man imidlertid mulighet for å studere effekt av behandlingen ved hjelp av VFSS eller andre instrumentelle undersøkelser. Både diettmodifisering, endring av hode- og kroppskontroll og ulike svelgeteknikker kan introduseres under disse undersøkelsene, og resultater kan oppnås umiddelbart. Et eksempel på dette kan være at personen med svelgevansker gis 3 eller 5 ml tynn

drikke som et utgangspunkt. Deretter tilbys samme mengde drikke, men personen blir bedt om å utføre en spesifikk svelgemanøver. Et positivt resultat kan oppnås øyeblikkelig. Logeman (2006) fremhever riktignok at denne effekten ikke alltid indikerer at prosedyren på lang sikt vil være hensiktsmessig for pasienten. Likevel gir den et tenkelig bilde av nåværende svelgefunksjon. I kapittelet som omhandler undersøkelsens resultater, vil enkelte av informantenes behandlingsmetoder presenteres og drøftes opp mot gjeldende forskning.

3. Logopedens utgangspunkt for arbeid med dysfagi

3.1 Logopedlagets forskrifter

I 1990 kan det sies at dysfagien ble introdusert for det logopediske arbeidsfeltet i Norge. På Logopedlagets vinterkurs i 1990 holdt Helen Stensvold, den gang rektor ved Sunnaas Sykehus Skole, de første forelesningene i emnet dysfagi for norske logopeder (Sandmo 2003). Seks år senere på Norsk Logopedlags landsmøte på Sola 1996, ble så feltet tatt med i de yrkesetiske retningslinjene (Haukeland 2002). En debatt om begrepet Logopedi, samt ønske om tilpasning til internasjonale normer, vedtok Landsmøtet dette fremlegget (Norsk Logopedlag 1996).

”Norsk Logopedlag er en organisasjon for logopeder, og arbeider i samsvar med de lover og regler som gjelder for ”The International Association of Logopedics and Phoniatics (IALP).

Etter dette skal lagets medlemmer, gjennom undervisning og behandling, arbeide til beste for mennesker som har vansker med tale, språk, språklige symboluttrykk, stemme eller svelging.

Faget logopedi er studiet av disse områdene, herunder studiet av kommunikative prosesser, forebyggende arbeid, diagnostisering og forsknings- og utviklingsarbeid.

Den som er medlem av Norsk Logopedlag kan betegne seg som logoped MNLL, og er utøver av logopedi.”

I boka *Troll I ord* (2002), utgitt av NLL, kan man lese at dysfagi er et eksempel på et tidligere ukjent område for logopedien, men som nærmest har ”sprengt” seg inn i fagfeltet de siste årene. Logopedlagets utfordringer når det gjelder dette fagområdet, beskrives som store, og ”medlemmene må følgelig beherske disiplinen” (Karlstad og Sørland 2002). Det er flere faktorer som tilsier at behovet for logopeder med kunnskap innen dysfagifeltet vil øke. Endringer i levevis og kosthold, fører blant annet til flere tilfeller av hjerte og karsykdommer. Når det gjelder utviklingen innen

medisin, stiger også antall overlevende etter trafikkulykker og det fødes stadig flere premature barn. Mange av disse menneskene vil også ha behov for logopedoppfølging. Ut fra dette ser vi at faget logopedi er nært knyttet til samfunnsutviklingen, og krever stadig engasjement og nytenkning. Når ny kunnskap utvikles, vil dette følgelig utfordre tradisjoner både i praksisfeltet og utdanningen.

3.2 Utdanning

I over 60 år som vi har hatt en logopedutdanning her i landet, har denne endret seg i takt med økende kunnskap (Rygvold 2005). Fra begynnelsen var det kun lærere i folkeskolen som tok utdanningen. I dag kan man derimot utdanne seg til logoped uten å ha en pedagogisk grunnutdanning, og logopedstudiet er nå et mastergradsstudium. Det er tre utdanningssteder innen logopedi: Universitetet i Oslo (UIO) og Høgskolen i Sogn og Fjordane (HSF) tilbyr Master i Spesialpedagogikk med fordypning i Logopedi, og Universitetet i Bergen (UIB) gir Master i Logopedi.

Språkvansker hos barn, stemmevansker, afasi og taleflytvansker, er fagområdene som tradisjonelt sett blir sett på som sentrale i logopedstudiet (Andreassen 2002). Hvert enkelt av disse fagfeltene er svært omfattende, og av den grunn har studiet alltid vært preget av faglig trengsel (ibid). I 1999 ble så dysfagi en del av pensumlitteraturen på logopedutdanningen ved UIO. Undervisningsplanen for Spesialpedagogikk-fordypning Logopedi (vår/høst 2007) viser at 1 ½ dag, er tilegnet spise- og svelgevansker. I studentenes praksisperiode over 7 uker, vil noen ha mulighet til å tilegne seg mer kunnskap, men det stilles ingen krav til praksisstedene om arbeid med fagfeltet.

Stabell- Kulø (2002) påpeker at Logopedutdanningen i Norge, i stor grad kan sies å være rettet mot skoleverket. I tråd med internasjonale retningslinjer, er det imidlertid de senere årene gitt noe mer rom for medisinske fagområder som dysfagi. Stabell- Kulø fremhever at en logopedutdanning med spesialisering innen enkelte fagområder ville være fordelaktig, og viser til våre naboland der dette er praksis. Referat fra den syvende konferansen om logopedutdanningen (Norsk Logopedlag 2007), viser at

både innhold og organisering i logopedstudiet drøftes kontinuerlig. Rygvold (2005) fremstiller også logopedi som et profesjonstudium som alltid vil befinne seg i et sted mellom tradisjon og fornyelse. ”Logopedutdanningen er alltid i støpeskjeen” (ibid).

3.3 Litteratur og kursvirksomhet

Sammenliknet med andre logopediske arbeidsfelt som; språk, stamming, afasi og stemmelidelser, arrangeres det færre kurs og satses mindre på kompetanseutvikling innen dysfagi i Norge. I norske tidsskrifter er det ennå svært få artikler som omhandler dysfagi og ved å ta et enkelt litteratursøk i Bibsys Ask med søkeordet: Dysfagi/dysphagia oppnås kun 11 treff, mens de nevnte arbeidsfelt ovenfor får tresifrede treff. Ved en gjennomgang av artikler i medlemsbladet *Norsk Tidsskrift for Logopedi* (Logopeden) de siste ti år, ser man at det er skrevet fem artikler som omhandler dysfagi. I bladets kursoversikt gjennom ti år, er det fire annonserte dysfagikurs i bladet. At det imidlertid arrangeres tverrfaglige dysfagikurs både ved ulike sykehus, rehabiliteringssentra og kommunale virksomheter, er innlysende. Liten annonsering av slike kurs i det logopediske tidsskriftet, kan skyldes flere årsaksforhold. Både lav interesse, liten informasjonsoverføring om hvilke kurs som arrangeres, eller liten erfaring med emnet, kan være noen av årsakene. Inntrykket er likevel at oppmerksomheten mot feltet nå øker. Afasiforbundets midler fra Helse og Rehabilitering til prosjektet: *Hjelp til eldre med dysfagi*, har vært en god bidragsyter for å spre kunnskap og informasjon. Logopedisk klinikk i Bergen som ledet prosjektet har laget både en kurspakke for helsepersonell på sykehjem og utarbeidet både brosjyrer om dysfagi. Flere sykehus satser også på kompetanseheving og arrangerer både eksterne og interne kurs, med logopeder i sentrale roller.

4. Metode

En problemstilling kan sies å inneholde tre hovedbegreper som er med på å avgjøre forskningsmetode. Disse er: Enheter, variabler og verdier (Hellevik 2002). *Enhetene* som denne undersøkelsen ønsker å si noe om, er populasjonen av norske logopedere. *Variablene* er de egenskapene som logopedene har, og som varierer fra person til person. I denne undersøkelsen vil variablene være logopedenes erfaringer med spise- og svelgevansker. Både arbeidsmengde og kartleggings- og behandlingsmetoder vil variere fra logoped til logoped. Denne variasjonen vil representere *verdiene* i problemstillingen. Et viktig mål for undersøkelsen er også å kartlegge hvordan logopedene opplever sin egen kunnskap og trygghet på feltet. Neste skritt blir derfor å se om det er en sammenheng mellom de opplevelsene logopedene har, og deres erfaring med spise- og svelgevansker. Metoden må derfor kartlegge erfaringsgrunlaget, måle logopedenes opplevelser med dysfagi, samt forsøke å se om det er noen sammenheng mellom disse variablene.

4.1 Survey

For å belyse hva logopedere flest erfarer i forhold til arbeidet med dysfagi, har jeg valgt å gjøre en kvantitativ undersøkelse og samler inn opplysninger i bredden, snarere enn dybden. Forskningsdesignet jeg bruker er survey, i form av postenquete. Survey betyr overblikk (Mordal 2000), og hensikten med undersøkelsen er å få en oversikt over logopeders praksisutøvelse i dysfagifeltet. I følge Befring (2002) er et spørreskjema svært hensiktsmessig når man skal undersøke sosiale fakta, meninger og holdninger i store populasjoner. Survey undersøkelsen består av standardiserte spørsmål som blir utformet på samme måte til alle informantene. Dette gir en mulighet til å gi informasjon til et stort utvalg på samme tidspunkt. Informantene får anledning til å svare i sitt eget tempo og anonymiteten sikres (Haraldsen 1999). Gjennom svarene kan man så for eksempel prøve å måle graden, styrken eller hvor stor en egenskap eller et karaktertrekk er, hos en populasjon (Mordal 2000). I

surveyundersøkelser er det ofte vanlig å søke forståelse og kunnskap om både årsaker og sammenheng mellom fenomen. de Vaus (2002) understreker sterkt at en påvist sammenheng mellom to fenomener ikke nødvendigvis innebærer en kausal sammenheng, det vil si at det ene fenomenet er årsaken til det andre. Målet ved denne undersøkelsen er ikke å finne kausale sammenhenger. En sterk sammenheng mellom to fenomener blir her vurdert som et uttrykk for i hvor stor grad fenomenene forekommer samtidig.

4.2 Undersøkelsens populasjon og utvalg

Befring (2002) påpeker at det er tre faktorer som er viktige for å øke representativiteten i et utvalg: Utvalgsmetoden, homogenitet i populasjonen og størrelsen på utvalget. Dette vil si at alle i populasjonen har like stor mulighet til å bli trukket ut, at det er lite variasjon i populasjonen og at utvalget er tilstrekkelig stort i forhold til populasjonen. I denne oppgaven blir det benyttet en sannsynlighetsutvelging. Informantene er valgt ut i forhold til bestemte kriterier, noe som sikrer et hensiktsmessig utvalg som er typisk for populasjonen (Lund 2002). Informantene i undersøkelsen er medlemmer av Norsk Logopedlag (NLL), som består av totalt 1324 medlemmer (2007). NLL arbeider i samsvar med regler som gjelder for The International Association for Logopedics and Phoniatics (IALP). Dette innebærer at medlemmene skal arbeide til det beste for mennesker som har vansker med tale, språk, språklige symboluttrykk, stemme og svelgevansker. For å oppnå mest mulig representativitet, det vil si at utvalget er typisk eller karakteristisk for hele populasjonen, benyttet jeg klyngeutvelging. NLL er delt inn i tolv lokale lag, fordelt fylkesvis. Jeg har valgt å ta for meg to lokale lag på Østlandsområdet: Oslo- og Buskerud - Telemark - Vestfold (Bu-Te-Ve) lokallag. Ved å gå inn for klyngeutvelging ville jeg finne logopeder som arbeider ved ulike arbeidsplasser og med ulike målgrupper, barn og voksne. Det ville også være en større sannsynlighet for å treffe informanter som arbeider med svelgevansker, i motsetning til ren vilkårlig utvelging. Fordelen vil således være at utvalget i større grad blir representativt, og at resultatene med mer sikkerhet kan generaliseres (Lund 2002). Til sammen

representerer Oslo- og Bu-Te-Ve lokallag store deler av logopedtilbudet i Østlandsområdet. Befolkningstettheten er også høy og fylkene innehar ¼ del Norges befolkning (Statistisk Sentralbyrå 2008, b). Ved å benytte medlemmer både fra Bu-Te-Ve og Oslo lokallag, ville jeg prøve å avspeile mangfoldet i yrkesutøvelsen. Norges karakteristiske natur med lange avstander mellom bebyggelse, små og store tettsteder og større byer, gjør at yrkesutøvelsen og informasjonsutvekslingen kan variere og by på ulike utfordringer.

Medlemslisten fra november -07 viste at Bu-Te-Ve totalt har 124 medlemmer, av dem er det 18 student/pensjonist medlemmer. Når disse ble trukket fra ble det totalt 106 medlemmer som fikk tilsendt spørreskjema. Oslo logopedlag har 170 medlemmer, derav 50 student/pensjonist/støttemedlemmer. Dette utgjør totalt 120 medlemmer som ble med i undersøkelsen. Utvalget ble på til sammen 226 informanter.

4.3 Utarbeiding av spørreskjema

Spørreskjema har blitt til gjennom en lang prosess, med endringer og utprøvinger underveis. Fra å ha mange ideer, til så å konkretisere og gjøre begreper operative og målbare, var et betydelig arbeid. Et par logopeder med solid erfaring innen utredning og behandling, gav meg også nyttige råd og tips.

Det var svært viktig for meg å gjøre budskapet og ordlyden i spørreskjema så klart som mulig. Jeg antok på forhånd at spise og svelgevansker ville være ukjent for mange av informantene, og ønsket å utforme spørsmålene så enkle, meningsfulle og klargjørende som mulig. At begreper som benyttes i et fagmiljø på sykehus, ofte bærer preg av sitt eget språk, gjør også faren for misforståelser større. Begreper som blant annet: *pasient* og *diagnose*, ble bevisst utelatt fra undersøkelsen, da jeg antok at uttrykkene kunne oppfattes som noe perifere i enkelte logopeders hverdag.

At spørreskjema også skulle innby informantene til å delta, så jeg også på som et svært grunnleggende utgangspunkt. Et av målene var at informantene skulle oppleve

at utfyllingen av svarene gikk raskt og enkelt. Spørreskjema ble utformet i Excel og hadde farget bakgrunn med hvite avkryssings- og utfyllingsbokser. Flere av respondentene gav tilbakemelding om at de likte skjemaets layout, og at de benyttet kortere tid til å svare på undersøkelsen enn antatt.

4.3.1 Spørsmålstyper og oppbygning av spørreskjema

Jeg har i stor grad valgt spørsmål med lukkede svaralternativer. Dette ble gjort for å tydeliggjøre og sikre at respondentene forsto spørsmålene likt (Halvorsen 1999). For informanter med liten kjennskap til dysfagi, ønsket jeg gjennom svaralternativene å gi dem mulighet til å gjenkjenne ord og begreper (Hellevik 2002). Det var et mål at forslagene skulle være utømmende, slik at flest mulig skulle få vist sin kunnskap, samt finne et passende svar. Ved å benytte mange svaralternativ, hadde jeg også i tankene at enkelte av informantene kunne oppleve at de hadde liten kunnskap om emnet. Jeg valgte likevel å gi dem mulighet til å gjenoppfriske eller notere seg enkelte uttrykk og metoder, og håpet at dette ville vekke nysgjerrigheten for dysfagifeltet. Ulempen ved å benytte lukkede spørsmålsformuleringer, var derimot at muligheten til å utdype svarene kunne bli vanskelig. Det ble derfor laget flere åpne tilleggsspørsmål, der respondentene kunne kommentere og eventuelt gi utdypende opplysninger. Svært mange av logopedene valgte å benytte seg av dette.

Avslutningsvis fikk man også mulighet til å komme med spontane kommentarer. Disse opplysningene vil beskrives sammen med presentasjonen av resultatene.

Første del av spørreskjema omfattet bakgrunnsinformasjon om den enkelte informant. Dersom man ikke var medlem av Oslo- eller Bu-Te-Ve lokallag, eller ikke arbeidet som logoped, skulle man kun returnere spørreskjemaet. Variablene videre ble knyttet til kjønn, alder, arbeidserfaring, stillingsprosent, målgruppe og vansker hos disse personene. Når det gjaldt svaralternativene som omhandlet vansker hos barn og voksne, var det komplisert å finne alternativer som var gjensidig utelukkende. Selv om respondenten kunne gi flere svar, ville det være overlappende og uklare grenser mellom vanskene. Det ble i stor grad opp til den enkelte å avgjøre hvor grensen mellom alternativene gikk. Neste del av spørreskjema tok for seg arbeid med spise-

og svelgevansker. Informantene skulle først svare på om dysfagi var et aktuelt tema innen deres gjeldende praksisfelt. Deretter skulle man angi hvor mange prosent av det logopediske arbeidet som hadde bestått av kartlegging og behandling av dysfagi de siste tolv månedene, samt hvor mange personer de hadde vurdert. Dersom man ikke hadde arbeidet med dysfagi det siste året, skulle man gå direkte til siste del av skjema. Spørsmål som omhandlet kartlegging, behandling og samarbeid med andre fagpersoner, ble ikke aktuelt for disse informantene.

Som ”nykommere” til feltet for rehabilitering, var det naturlig at også samarbeid med andre yrkesgrupper fikk en plass i undersøkelsen. Litteraturen fremhever også i stor grad tverrfaglig samarbeid for å oppnå en bedre og helhetlig behandling for disse menneskene. Spørsmålene dreide seg derfor om hvilke samarbeidspartnere logopedene hadde, samt samarbeidets karakter og hyppighet.

Flere av spørsmålene som omhandlet kartlegging og behandling, kan defineres som kunnskapsspørsmål. Haraldsen (1999) påpeker at man skal være forsiktig med denne type spørsmål i postenqueter, fordi man ikke har kontroll over hvem som benytter oppslagsverk eller andre hjelpemiddel. Både på grunn av undersøkelsens anonymitet og vurdering av samtlige spørreskjema, er jeg av den oppfatning at respondentene har gitt oppriktige svar. Det ser også ut som om svaralternativene passet overens med spørsmålsteksten, og at kategoriene var uttømmende. Det er et mindretall av logopedene som har kommet med egne forslag til tiltak/behandling. Når det gjaldt spørsmål om logopedenes kartlegging, valgte jeg å gradere svarkategoriene fra: *aldri, sjelden, ofte* til *alltid*. Et eksempel på dette er:

14. Hvor ofte inkluderer du disse komponentene i din vurdering av svelgevansker?				
	Aldri	Sjelden	Ofte	Alltid
Klinisk undersøkelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

I analysedelen er svarkategoriene aldri og sjelden slått sammen, likeledes ofte og alltid. For å få svar på hvordan logopedene utfører den kliniske undersøkelsen ble 17 forslag (komponenter) presentert i spørreskjema. Informantene ble bedt om å sette

kryss for hver enkelt forslag som de benyttet i sine undersøkelser. Det ble også utformet en tom utfyllingsboks der informantene selv kunne tilføye utelatte faktorer. For å komme fram til de ulike komponentene ble flere norske kartleggingsskjema vurdert, og utenlandske screeningsmetoder studert.

Spørsmålene som handlet om behandling av svelgevansker, besto av en todelt operasjon. Først skulle logopeden krysse av for om hun *kjente til* behandlingsmetoden, deretter om hun *benyttet* denne. På forhånd var jeg klar over at denne oppgaven kunne tolkes ulikt, og instruksjonen til spørsmålene ble svært viktig. Det viste seg at flere av respondentene kun krysset av på *benytter*. I tolkningen ble det derfor naturlig å gå ut fra at de også *kjente til* metoden

Videre skulle informantene svare om de ville påta seg arbeid med spise- og svelgevansker, samt hva slags utdanning og kursvirksomhet de hadde tatt del i. Når det gjaldt spørsmålene som omhandlet logopedenes synspunkter på egen kunnskap og mestring, ble det benyttet en tallskala fra 1-7. Skalaen gikk fra *svært dårlig* til *svært god*, og inneholdt således en vurdering av egne erfaringer og opplevelser. Tallskalaen ble gjenstand for mye tankevirksomhet. At vi mennesker har en tendens til å unngå endepunkter og trekke oss mer mot sentrum, var et argument for å unngå et midtalternativ på skalaen. Jeg valgte likevel å gi respondentene et nøytralt punkt. I følge Haraldsen (1999) har det vist seg at 7 punkt skalaer fungerer godt i det han kaller bipolære skalaer, skalaer som har både positive og negative svaralternativer på hver side av et midtpunkt.

Spørreskjema ble avsluttet med et holdningsspørsmål der respondentene skulle ta stilling til om dysfagi oppleves som et logopedisk ansvarsområde. Haraldsen (1999) skriver at de holdningene vi inntar i et konkret spørsmål, er avhengig av hvilke sympatier og antipatier spørsmålet vekker, og hvor stor praktisk betydning det har for oss. Flere av respondentene gav her utfyllende kommentarer på sine synspunkter. Disse refereres senere i oppgaven. Spørreskjema ble på totalt 28 spørsmål, og er for øvrig lagt ved oppgaven (vedlegg 1).

4.4 Gjennomføring av undersøkelsen og svarprosent

En liten pilotundersøkelse ble gjennomført ved eget arbeidssted. To sykepleiere, en fysioterapeut og to logopedkollegaer med erfaring innen dysfagifeltet, gav god respons og tilbakemeldinger. 6. desember -07 sendte jeg så ut informasjonsbrev og spørreundersøkelsen til 226 logopeder. Spørreskjemaene ble sendt per post fra min arbeidsplass. Da fristen løp ut, var svarprosenten på 47 %. Alle skjema hadde et løpenummer som kunne sammenholdes med adresselisten. 1 1/2 uke etter svarfristen sendte jeg så et nytt informasjonsbrev og spørreskjema til informantene som ikke hadde deltatt. At jeg ventet så lenge med å sende ut purrebrev, skyldtes at alle frankerte konvolutter som ble lagt ved spørreskjema var B-post. Dette ble gjort for å gjøre kostnadene noe rimeligere. Informasjonsbrevet som nå fulgte purrebrevet, ble endret noe. Det ble fremhevet mer tydelig at de som hadde *liten eller ingen* erfaring med spise- og svelgevansker, var viktige respondenter for undersøkelsen. Samtidig ble det nevnt at for dem var spørreskjema også tilrettelagt slik at kartleggings- og behandlingsmetoder ikke skulle besvares.

163 logopeder valgte så å være med i undersøkelsen, noe som gav en svarprosent på 72 %. Det viste seg at det var 37 personer som ikke arbeidet som logoped, og disse ble derfor tatt ut av datamaterialet.

4.5 Validitet

Når kvaliteten på resultatet i undersøkelsen skal vurderes, er validitet og reliabilitet sentrale begrep. Validitet sier noe om måleresultatenes gyldighet og relevans, det vil si om man måler det man vil måle (de Vaus 2002). I denne oppgaven vil dette være knyttet til hvorvidt undersøkelsen måler logopedenes erfaring med dysfagi. Det drøftes spørsmål om validitet i mange metodebøker under en rekke begrepsbetegnelser. Jeg velger her å ta utgangspunkt i Cook og Campell (Lund 2002), og benytte deres validitetstyper ved beskrivelse av validitetsspørsmål i undersøkelsen. Deres system er opprinnelig utformet med tanke på kausale

undersøkelser, men blir også benyttet i beskrivende forskning (Lund 1996). Fordelingen tar for seg fire typer: Statistisk-, begreps-, ytre og indre validitet. Sistnevnte faktor inkluderes ikke her, da denne i hovedsak dreier seg om å påvise årsakssammenhenger. I denne undersøkelsen besto utvalget av 226 informanter, så det er i utgangspunktet lagt til rette for god *statistisk validitet*. Å vurdere om validiteten er god, vil avhenge av signifikansnivå og om dette er oppfylt. I undersøkelsen velges en statistisk signifikans på 0.05 nivå. Dette innebærer at dersom det skal trekkes slutninger til populasjonen av norske logopeder, må det statistiske kravet være oppfylt. Cook og Campell beskriver god statistisk validitet som en nødvendig forutsetning for de andre typene (Lund 2002). Den statistiske styrken vil presenteres sammen med presentasjon og drøfting av resultatene. *Begrepsvaliditet* omfatter så i hvilken grad verktøyet man har utarbeidet for undersøkelsen måler det man mener å måle (ibid). I denne undersøkelsen handler det om kvaliteten på spørreskjema og hvorvidt spørsmålene gir svar på hvilke erfaringer norske logopeder har i dysfagifeltet. En trussel mot begrepsvaliditeten kan være uklare spørsmålsformuleringer, slik at informantene ikke forstår spørsmålene. Temaet dysfagi er nært knyttet opp mot medisinsk terminologi, noe som kan være ukjent for flere. Utfordringen blir således å lage enkle spørsmål på et mer komplekst fenomen og med forklarende tekst foran vanskelige item. At flere av spørsmålene dreier seg om å måle kunnskaper i dysfagifeltet, og at svarene finnes i bøker, kan også svekke begrepsvaliditeten. Dersom informantene har benyttet litteratur til å besvare spørsmålene, vil dette resultere i at undersøkelsen ikke måler deres reelle kunnskap (Lund 2002).

Ytre validitet tar så for seg hvor sikkert det er å generalisere resultatene (Lund 2002). Spørsmålet som kan stilles i denne oppgaven, er om funnene kan overføres til logopeder i andre deler av landet. Undersøkelsen har en ett-trinns utvelgning, det vil si at alle personene i Bu-Te-Ve- og Oslo logopedlag fikk forespørsel om å være med. Dette ble gjort for å sikre at utvalget avspeilet populasjonen av norske logopeder. I surveyundersøkelser som er selvadministrerende, er imidlertid ofte frafall ett problem. For å kunne generalisere resultatene bør en ha en forholdsvis høy

svarprosent. Hva som regnes for å være akseptabel svarprosent avhenger av datainnsamlingsmetode, type respondenter, emnets vanskelighetsgrad og sensitivitet (Ilstad 1989). En svarprosent mellom 60-75 prosent i postale undersøkelser regnes som tilfredsstillende (Haraldsen 1999). I denne undersøkelsen ble svarprosenten 72 %, og det er både logopedier med- og uten erfaring som har svart.

4.6 Reliabilitet

Reliabilitet sier noe om hvor presise, stabile og pålitelige målingene er (Befring 2002). Dette gjelder alt fra nøyaktig koding og registrering av resultatene, til å oppnå tilnærmet likt resultat for uavhengige målinger (Halvorsen 1994). Ideelt sett skal flere forskere kunne foreta individuelle målinger, og komme fram til samme resultat. En måte å gjøre reliabiliteten mer sterk, er å bruke indekser (Theie 1999). Dette gjøres ved å sammenslå flere indikatorer til en samlet variabel, en indeks. Denne indeksen vil således gi et samlet mål på en egenskap. I dataanalysen har det blitt konstruert en indeks som omhandler logopedenes opplevelse av kunnskap og mestring i arbeid med dysfagi. Hvordan denne har blitt konstruert, samt hvordan reliabiliteten er målt, blir beskrevet nedenfor.

4.6.1 Konstruksjon av indeks

Å måle logopedenes opplevelse av kunnskap og mestring i arbeid med dysfagi, er en sammensatt oppgave. De sentrale begrepene *kunnskap* og *mestring*, er både komplekse og sammensatte egenskaper, og kan vanskelig måles ved bruk av kun en variabel. I undersøkelsen har logopedene fått fire spørsmål om synspunkter på ulike ferdigheter innen spise- og svelgevansker, og disse blir i analysen slått sammen til en indeks. Variablene som inngår i indeksen kalles *indikatorer* og disse gir et samlet mål på en egenskap (Hellevik 2002). Fordi svaralternativene i disse spørsmålene var en skala fra 1-7, hadde hver indikator allerede en tallverdi. Informantens indeksskår ble konstruert ved å summere alle tallverdiene, en såkalt additiv indeks (ibid). Når skåren ble summert, gav denne et tallmessig mål. Dersom informantene fikk en samlet skåre

på 4, så ville dette si at vedkommende opplever sin kunnskap som svært dårlig. En totalskåre på 28 ville bety det helt motsatte. For at summen skal gi et riktig inntrykk av informantenes skåring i forhold til indeksen, er det svært sentralt at indikatorene har samme retning. Det vil si at høy tallverdi angir svært god kunnskap, mens lav tallverdi forteller om svært dårlig kunnskap. Valget om å benytte indeks, ble foretatt i forbindelse med analysen. Det var likevel ingen av indikatorene som hadde behov for å snu retning.

I arbeidet med konstruksjon av indeks, er det svært viktig at variablene skal være beslektet, samtidig som de ikke skal måle nøyaktig de samme faktorene (Theie 1999). Dette vil innebære at korrelasjonen mellom variablene bør være høy, men ikke for høy. En svært høy korrelasjon mellom spørsmål, kan tyde på at spørsmålene i praksis måler det samme (ibid). For å vise hvordan de enkelte indikatorene korrelerer mot de andre indikatorene, vil "total item correlation" (TIC) bli benyttet. Med utgangspunkt i denne målingen kan man vurdere i hvilken grad den enkelte indikator forklarer fenomenet som måles. Dersom TIC er for lav, kan man eventuelt utelate indikatoren. Indeksens reliabilitet har blitt vurdert med Cronbach's Alpha, noe som Theie (1999) beskriver som et sentralt mål for å se om et sett av variabler har en indre sammenheng og konsistens. Størrelsen på Cronbach's Alpha varierer fra -1 til +1, og det diskuteres i litteraturen hva som er tilfredsstillende Alpha. Fraenkel og Wallen setter en grense for akseptabel Alpha på 0.70, noe som Theie (1999) påpeker kan være for streng i spesialpedagogisk sammenheng. Nordahl (2000) diskuterer verdier ned mot 0.60, og begrunner dette med at indeksenens innhold og i hvilken grad de dekker fenomenets, også er avgjørende. Ut fra dette ser man at både verdien av Alpha, samt indikatorenes utforming bør være avgjørende i analysen.

4.7 Etske hensyn

I en undersøkelse er det viktig å ta etiske hensyn gjennom hele forskningsprosessen. Både utforming av problemstilling, innhenting av personopplysninger og formidling, er faser i forskningen som kan by på etiske dilemma eller problemer (Hellevik 1994).

Det finnes i lovverket en rekke betingelser for å bruke persondata i forskningssammenheng. En av dem er Lov om Personregistre m.m. av 9. juni 1978, som fastsetter regler om samtykke for visse typer registre (ibid). I denne undersøkelsen samles det inn informasjon som enkeltpersoner i NLL som lagres elektronisk. Undersøkelsen er derfor meldt til Norsk Samfunnsvitenskaplig datatjeneste (NSD), som har godkjent prosjektet.

4.8 Bearbeiding av datamaterialet

Det innsamlede materialet har blitt bearbeidet ved hjelp av dataprogrammet Statistical Package for the Social Sciences 14.0 (SPSS). Før innkodingen fikk alle skjema et løpenummer, slik at det skulle være enklere å finne tilbake til et bestemt skjema. Etter inntastingen ble alle resultatene kontrollert en gang. Åpne spørsmålene og utfyllende kommentarer ble registrert i datamatriksen med ”kom” (kommentar). Disse svarene ble nedskrevet i Word for å gi en oversikt, og forsøkt kategorisert i etterkant. Svarene presenteres sammen med de kvantitative resultatene.

For å svare på problemstillingen og forskningsspørsmålene vil resultatene fremstilles både deskriptivt og grafisk ved frekvenstabeller, krysstabeller og stolpediagram. For å vurdere indre konsistens og reliabilitet for indikatorsettet på indeksen vil Cronbach's Alpha og TIC gi et uttrykk for dette (kapittel 4.6.1.). Når det gjelder det å beregne usikkerhet knyttet til resultater, og kunne trekke slutninger om fordelinger i populasjon og utvalg, vil noe slutningsstatistikk benyttes (Johannessen 2007). Om resultatene er signifikante vil vises ved: Independent- Samples T-test og One-way analysis of variance, forkortet ANOVA (en beslektet test til t-test) og khikvadrattesten.

Fremgangsmåten når det gjelder t-testen er å forme en hypotese, såkalt nullhypotese om at det *ikke* er noen forskjell mellom populasjonene, og en alternativ hypotese om at det *er* en forskjell mellom gruppene (Johannesen 2007). Det er nullhypotesen som testes, og jo større forskjell det er mellom utvalgene, jo mer sannsynlig er det for at nullhypotesten kan forkastes. Om differansen i gjennomsnitt mellom disse to

utvalgene er signifikant, står svært sentralt i denne testingen. I denne oppgaven velger jeg et signifikansnivå på fem prosent ($P = 0.05$), som uttrykker sannsynligheten for at man forkaster en nullhypotese som er riktig.

Dersom det er flere enn to verdier på den uavhengige variabelen benyttes One-way analysis of variance (ANOVA). Denne testen likner t-testen, men er en signifikanstesting mellom flere grupper.

Khikvadrattesten er den mest brukte testen for å vurdere sammenhenger i kryssfordelte data på nominalt nivå (Bjørndal & Hofoss 2004). Testen forteller ikke noe om styrken i den eventuelle sammenhengen, men beregner forskjellen mellom faktisk og forventet fordeling (Johannesen m.fl. 2007). Utgangspunktet her er også nullhypotesten, at det ikke er forskjell mellom populasjonene (ibid). Khikvadratet gir således et mål for i hvilken grad de tallene man har funnet i krysstabellen, skiller seg fra det man kunne forvente ut fra teoretiske betingelser.

5. Vitenskapsteoretisk tilnærming

Selv om ulike vitenskaplige retninger har sitt særpreg og tolkninger, har alle en spørrende holdning til verden. De anvender vitenskaplige metoder for å studere virkeligheten på en systematisk måte, og har en søken etter sannhet. I denne studien blir sentrale perspektiv i den vitenskaplige retningen, kritisk rasjonalisme, sett på som vesentlig for undersøkelsen. Uttrykket viser til en oppfatning om at kritiske argumenter bør lyttes til, og at man bør være opptatt av eliminering av feil (Wormnæs 1996). Dette vil være i tråd med validitetskriteriene som nevnt tidligere.

Det sies at vitenskap er en induktiv eller deduktiv virksomhet (Kvernbekk 2002). Disse begrepene er overordnet de konkrete metodene, og vil være beskrivelser av hva som er involvert i en spesifisert framgangsmåte. I induktive resonneringer tar man utgangspunkt i eksempler og trekker konklusjoner ut fra dette. Generalisering er derfor en induktiv slutning. Alle slutninger fra utvalg til populasjon er også induktive slutninger (ibid). I deduktiv resonnering starter man med kjente teorier og utvikler hypoteser på teoretisk grunnlag. Så prøver man ut hypotesene i praksis og korrigerer/justerer om de ikke stemmer (ibid). Karl Popper (1902-1994), en av de mest sentrale bidragsyterne til kritisk rasjonalisme, la vekt på betydningen av induksjonsproblemet. Han mente at man ikke kunne gå ut fra ”noen” til ”alle” slik induksjon tilsier, og at forskeren er farget av allerede eksisterende teorier, oppfatninger og egen bakgrunn. Gyldigheten av induktive slutninger er mangesidig. Etter min oppfatning virker våre verdier inn på store deler av forskningsprosessen enten man velger induktiv eller deduktiv tilnærming. Verdier som er en del av vår referanseramme vil virke inn på hvordan problemstillingen og forskningsopplegget blir utformet. I lys av denne oppgaven, er min interesse for dysfagi, skapt gjennom møte med pasienter og fagpersonale ved sykehuset. Min forforståelse og interesse for tema vil således påvirke forskningsprosessen, både når det gjelder utforming av problemstilling og empiriske spørsmål som ønskes besvart.

6. Presentasjon og drøfting av resultater

I denne delen av oppgaven presenteres undersøkelsens resultater. Først vil respondentenes bakgrunnsvariabler omtales. Deretter vil forskningsspørsmålene i innledningen, danne utgangspunkt for videre presentasjon og drøfting.

1) Hvor stor del av logopedenes arbeid består av kartlegging og behandling av spise- og svelgevansker?

2) Hvilke kartleggings- og behandlingsformer benytter logopedene?

3) Hvordan vurderer logopedene sin kunnskap om spise- og svelgevansker?

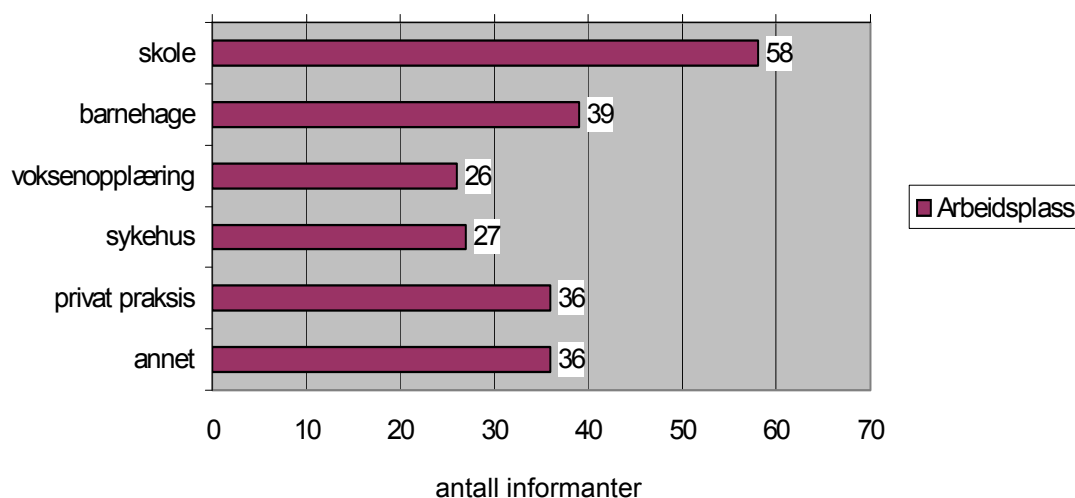
4) Hvordan vurderer logopedene sin trygghet på egne avgjørelser ved spise- og svelgevansker?

5) Mener logopedene at dysfagi er et logopedisk ansvarsområde?

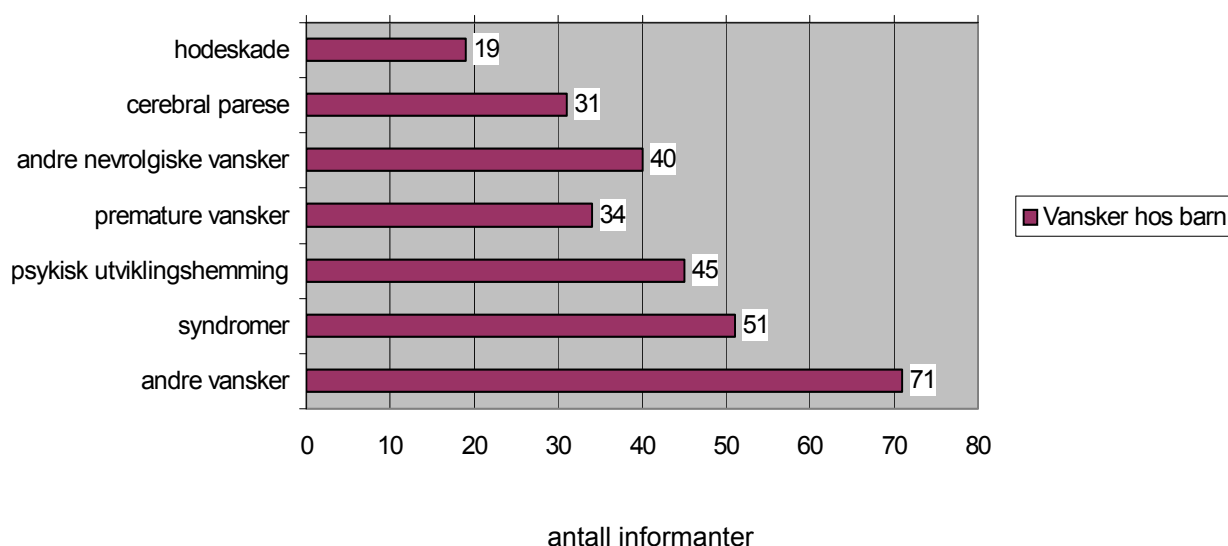
6.1 Bakgrunnsvariabler

Etter at 37 personer oppgav at de ikke arbeidet som logoped, ble utvalget på til sammen 126 logopeder. Av disse var det 108 kvinner og 18 menn. Den geografiske spredningen ble jevn. Resultatene viser at 52 % av respondentene kom fra Oslo lokallag, og henholdsvis 48 % fra Bu-Te-Ve lokallag. Når det gjaldt informantenes alder var det som forventet en stor variasjon. Den yngste logopedene var 25 år, og den eldste 74 år. Gjennomsnittsalderen ble på 52,5 år. Dette avspeiler i stor grad aldersgjennomsnittet i NLL som i 2005 var 57 år (Rygvoid & Rygvoid 2005).

Når man ser på respondentenes logopediske erfaring, var denne naturlig nok også svært forskjellig. Her er det en spredning fra ½ -49 år, med et gjennomsnitt på 10 års arbeidserfaring. Figur 3. viser fordelingen når det gjelder logopedenes arbeidssted. Tallene angir frekvens. Når man legger sammen antall logopeder som arbeider ved de ulike enhetene, ser man også at det er flere personer som har flere arbeidsforhold.

Figur 3. Antall informanter sett i forhold til arbeidssted

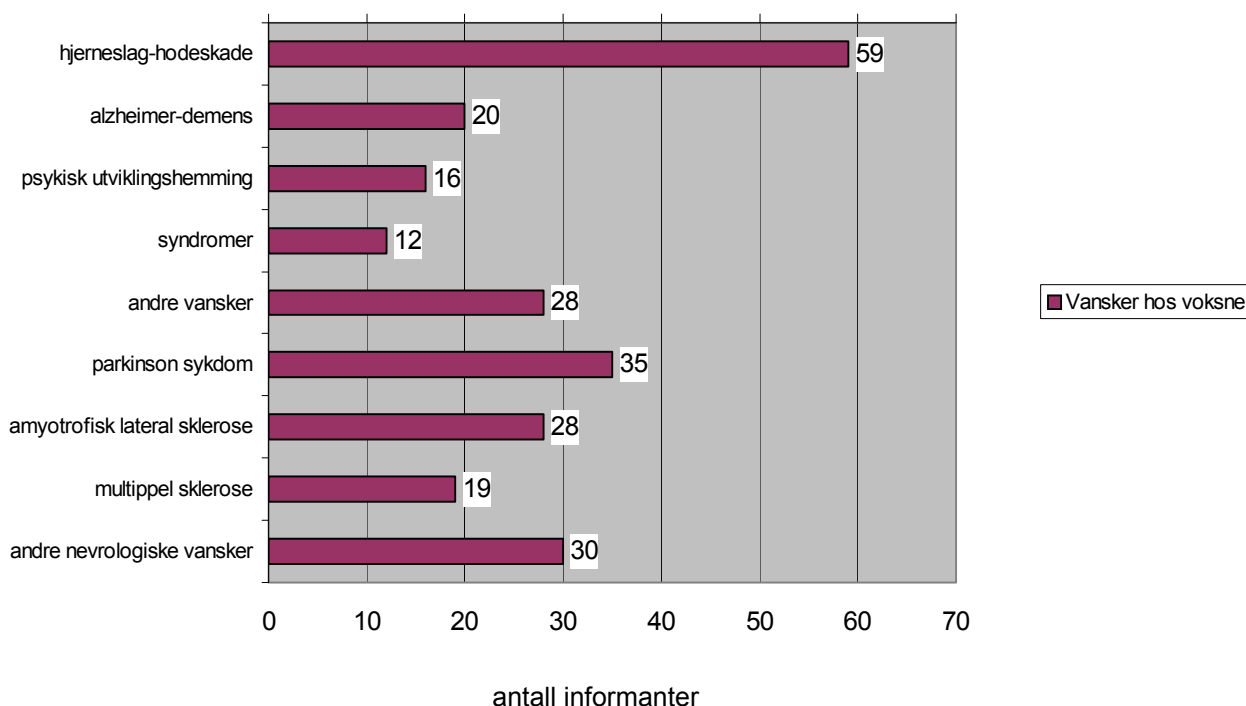
Det er flest logopedier som arbeider innen skoleverket noe som ikke er uventet. Det er innenfor grunnskolen at logopedien kan sies   ha sin forankring (Koss m.fl. 2002). De første logopedstillingene ble opprettet for   hjelpe barn med lese- og skrivevansker, og for mange logopedier utgjør disse elevene fremdeles hovedtyngden av arbeidet (ibid). Dette fremkommer også klart i figur 4. som viser hva slags vansker/diagnoser barna har.

Figur 4. Oversikt over vansker hos barn, sett i forhold til logopedenes arbeid

I kategorien *andre vansker*, har logopedene mulighet til   selv utdype svarene og svært mange skriver her at de arbeider med lese- og skrivevansker. I tillegg er spesifikke språkvansker, fonologiske vansker, stamming og stemmevansker,

arbeidsfelt som ofte nevnes. Som figuren viser er det også et stort antall logopedier som arbeider med barn med utviklingsmessige- og nevrologiske vansker. Ut fra kunnskap om årsak og forekomst av dysfagi innenfor de ulike kategoriene, vil det være nærliggende å anta at enkelte av disse barna også opplever spise- og svelgevansker. Når det gjelder arbeid med voksne, ser vi i figur 5, at målgruppen med hjerneslag/hodeskade peker seg klart ut.

Figur 5. Oversikt over vansker hos voksne, sett i forhold til logopedenes arbeid



De logopediske tjenestene innen feltet hjerneslag/hodeskade omfatter i stor grad afasi, et av hovedområdene innenfor logopedien. Det er årlig mellom 3000-5000 mennesker i Norge som opplever språkforstyrrelser i form av afasi (Ringdal 2003). Ved flere sykehus gir logopedier rehabiliterende behandling til inneliggende pasienter. Ved utskrivelse henvises personene til hjemmekommunen, og logopedier der fortsetter med behandlingen. Skolelovgivningen hjemler rett til opplæring etter sykdom og skade (Opplæringsloven § 4A-1 og § 4A-2), og afasirammende har således klare rettigheter til opplæring/behandling. I tillegg til afasi, kan også andre tilleggsvansker som dysartri (nedsatt muskelfunksjon i taleapparatet) og dysfagi, medføre behov for logopedoppfølging etter hjerneslag. Hos flere pasienter opptrer også disse føleltilstandene samtidig.

Når det gjelder mennesker med parkinson sykdom, er dette den målgruppen som nest flest logopeder arbeider med. Med symptomer som skjelving, muskelstivhet og redusert ansiktsmimikk, kan både stemmekvalitet og uttale bli rammet. Å gi økt bevisstgjøring i forhold til kropp, pust og stemme, kan være noen av de logopediske oppgavene her. I tillegg er også økt tremor og nedsatt smidighet i muskulatur, symptomer som kan antyde spise og svelgevansker (Sidenvall 2003). Vi ser videre i figur 5, at fordelingen av logopedtjenester innenfor de resterende vanskene, fordeles nokså jevnt. Flere av disse diagnosene/funksjonsnedsettelsene kan gi symptomer på spise- og svelgevansker.

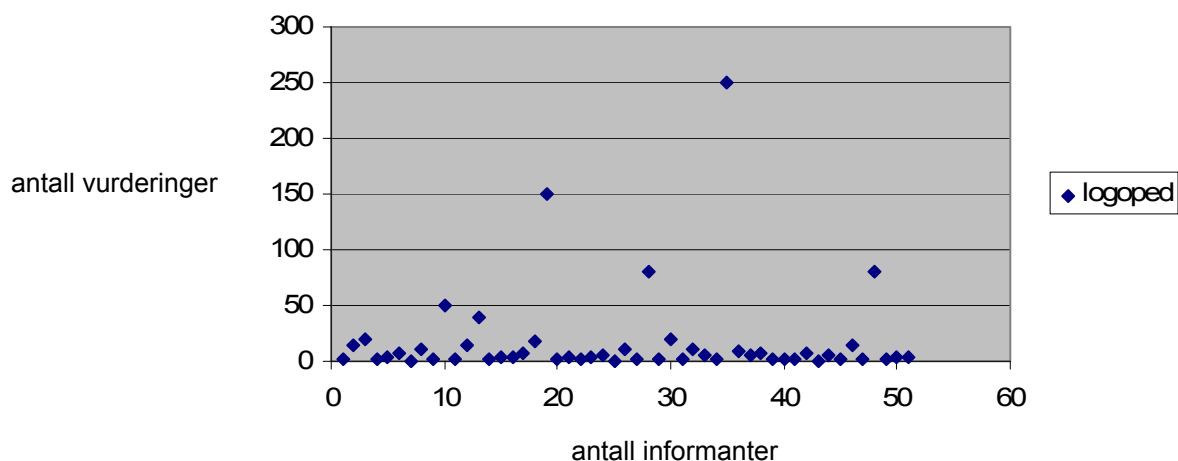
6.2 Hvor stor del av logopedenes arbeid består av kartlegging og behandling av spise- og svelgevansker?

Av totalt 126 logopeder som ble med i det endelige utvalget, var det 51 informanter som hadde arbeidet med dysfagi de siste tolv månedene. Dette utgjør en prosent på 40,5 % som har arbeidet med spise- og svelgevansker i 2007. Ved å sammenlikne resultatene fra ASHA (ca. 47 %), ser det ut til at dysfagi er et arbeidsområde som også stadig flere norske logopeder tar del i. Ved å se på resultatet fra undersøkelsen til NLL i 2000, der 16,7 % av alle logopedene arbeidet med dysfagi, kan man også få inntrykk av at logopedene nå i større grad arbeider med spise og svelgevansker (Kunnskapsdepartementet 2000). Ti respondenter svarer også at de opplever dysfagi som et aktuelt tema innen eget arbeidsfelt, selv om de ikke har arbeidet med vanskene.

Til sammen er det 895 personer som har fått dysfagivurdering av logoped det siste året. Ut fra den grafiske fremstillingen i figur 6, ser vi at det er variasjon når det gjelder antall vurderinger blant logopedene. Spredningen er fra 1-250 vurderinger. Fire sykehuslogopeder har til sammen kartlagt 560 personer, noe som utgjør hele 62,6 % av hele utvalget. Det bør også påpekes at to sykehuslogopeder som arbeider henholdsvis 35 % og 50 % med dysfagi, ikke har besvart spørsmålet. Ut fra

kjennskap til praksisutøvelsen her, kan man så tenke seg at summen av antall vurderinger hadde blitt langt høyere.

Figur 6. Fordeling av antall vurderinger blant logopedene som arbeider med dysfagi



Med en så stor skjevhet i utvalget, benyttes medianen til å gi det beste bilde av midtverdien (Ask 1998). Logopedene som arbeider med dysfagi har i gjennomsnitt vurdert 4,5 personer med spise- og svelgevansker det siste året ($Md = 4,5$). Den skåren som forekommer hyppigst i fordelingen er 2 ($Mo = 2$). Slik ser vi at de fleste logopedene har hatt to dysfagivurderinger i 2007. Når man videre ser på hvor mye tid logopedene ($N=51$) benytter til arbeid med dysfagi, ut fra sin totale arbeidsmengde, er tallet ikke overraskende lavt. Medianen er 10 % av det totale logopediske arbeidet. Med en lengre tradisjon for håndtering og arbeid med dysfagi, viser rapporter fra USA og Canada til et langt høyere tall. Gjennom de siste ti år har det vært en økning på 21 %, og rapporter fra ASHA indikerer at over 50 % av arbeidstiden benyttes til kartlegging og behandling av spise- og svelgevansker (Martino m.fl. 2004).

Når det gjelder hvor mye logopedene arbeider med problematikken, varierer dette med hensyn til arbeidsplass, målgruppens alder og vansker. Det er imidlertid vanskelig å gi en nøyaktig fordeling på hvor mange logoped som arbeider med dysfagi innenfor de ulike enhetene. Dette skyldes at noen av informantene har flere arbeidsforhold, og at spørreskjemaet ikke har knyttet dysfagivurderinger opp mot arbeidssted. Tabell 1. gir derfor kun et inntrykk av hvordan arbeid med dysfagi fordeler seg ved ulike arbeidssteder.

Tabell 1. Arbeid med dysfagi sett i forhold til arbeidssted

		Arbeid med dysfagi		
		ja	nei	total
Arbeidssted	sykehus	26	1	27
	barnehage	7	32	39
	skole	17	41	58
	voksenopplæring	18	8	26
	privat praksis	24	12	36
	annet	13	23	36

Ut fra tabellen ovenfor ser vi at nesten alle logopedene ved sykehus, arbeider med spise- og svelgevansker. Det er færrest logopeder i barnehager som arbeider med dette. Begrunnelsene som logopedene gir, for *ikke* å arbeide med dysfagi, er i hovedsak at de ikke har fått henvist noen. Tiltross for at flere personer har svært lang arbeidserfaring, er det flere som aldri har fått forespørsel om slike tjenester. Svært mange svarer også helt klart at de ikke har barn eller voksne som utviser slike vansker. En rekke informanter begrunner dette med at de arbeider i PPT eller ved en skole der det ikke er aktuelt. På noen arbeidsplasser er man delt inn i ulike team, og andre kollegaer håndterer disse vanskene. Tre av informantene er også svært ærlige og svarer at de har manglende kunnskap og interesse for feltet. Når man ser på arbeid med dysfagi knyttet opp mot aldersgruppe, kan man i tabell 2. se tendenser til hvem som svarer hva. Når målgruppen kun er voksne personer er det hele 71,4 % av de norske logopedene som arbeider med dysfagi. Når det gjelder arbeid med barn, er det 16,4 % av disse som har oppgaver i forbindelse med spise- og svelgevansker. I gruppen som arbeider både med barn og voksne, er det litt over halvparten som arbeider med dysfagi. Om målgruppen da er barn eller voksne, fremkommer ikke i undersøkelsen. Resultatene i tabell 2. er signifikante, noe som tilsier at det er en sammenheng mellom arbeid med dysfagi og logopedenes målgruppe.

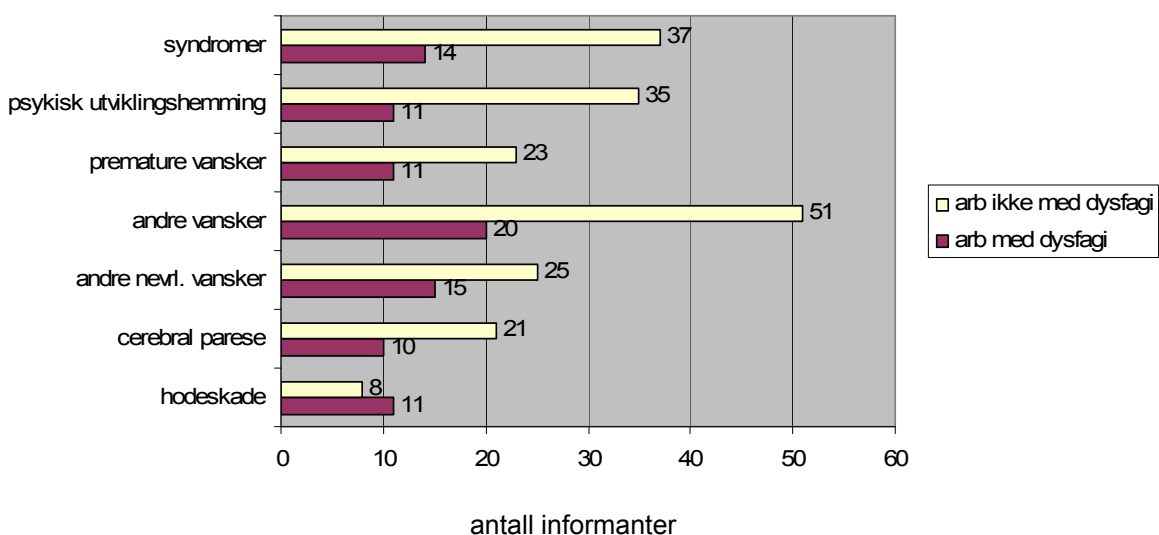
Tabell 2. Arbeid med dysfagi, sett i forhold til aldersgruppe

			Aldersgruppe			total
			barn	voksne	barn & voksne	
Arbeid med dysfagi	nei	frekvens	46	8	21	75
		prosent	83,6 %	28,6 %	48,8 %	59,5 %
	ja	frekvens	9	20	22	51
		prosent	16,4 %	71,4 %	51,2 %	40,5 %
	Total	frekvens	55	28	43	126
		prosent	100 %	100 %	100 %	100 %

Khi²= 26,445a; Df=2; P= .000

Siden svært mange logopedier som arbeider med barn svarer at de ikke arbeider med dysfagi, er det interessant å se hvor mange som arbeider med problematikken innenfor de ulike vanskene/diagnosene. Ut fra figur 7. ser man at det er kun hos barn med hodeskade, at flertallet arbeider med dysfagi. Ved khikvadrattesten viser denne likevel ingen signifikant sammenheng mellom barn med hodeskade og arbeid med dysfagi.

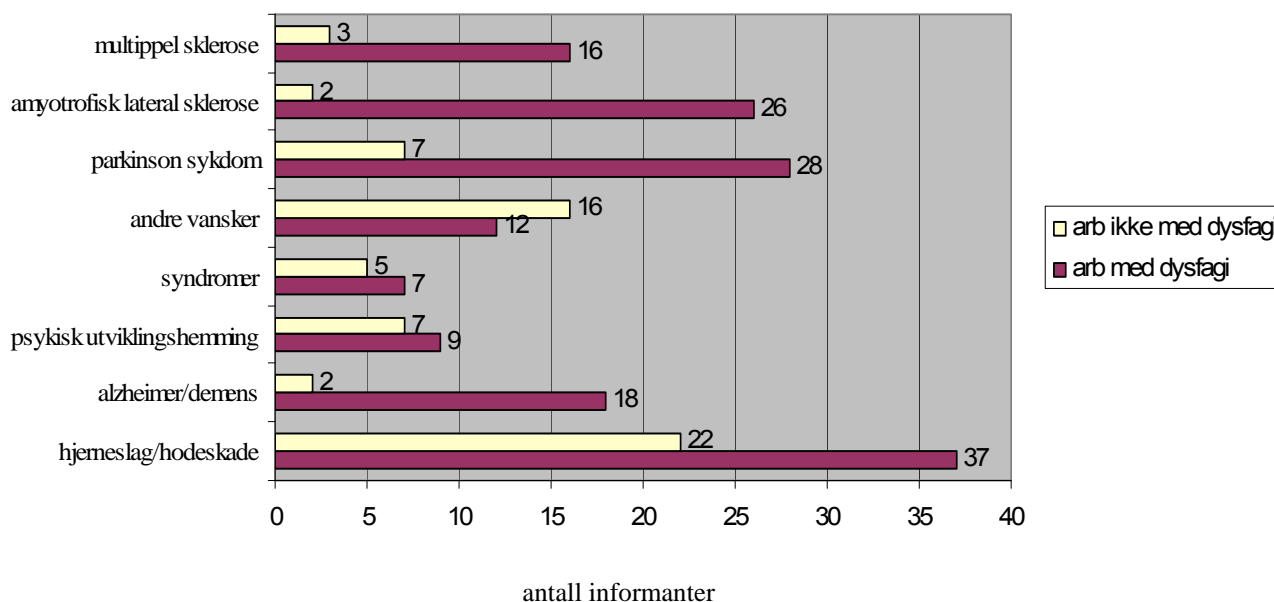
Figur 7. Arbeid med dysfagi, sett i forhold til vansker hos barn



Når det gjelder barn med ulike syndromer, utviklingshemming eller cerebral parese, ser ikke disse vanskene ut til å medføre økt arbeid med spise- og svelgevansker blant logopedene i utvalget. Når man derimot ser på sammenhengen mellom dysfagi og

ulike vansker hos voksne, kommer det klart frem i figur 8. at arbeid med spise- og svelgevansker er prioritert ved flere diagnoser/funksjonsnedsettelser.

Figur 8. Arbeid med dysfagi, sett i forhold til vansker hos voksne



For å undersøke om det er en sammenheng mellom vansker hos voksne og arbeid med dysfagi, er det foretatt en vurdering med khikvadrat for hver av variablene. Et signifikant resultat oppnås for multippel sklerose (MS), amyotrofisk lateral sklerose (ALS), parkinson sykdom, alzheimer/demens og hjerneslag/hodeskade. Verdiene for alle utvalgene er $p = 0.01$, og viser at det er en sammenheng mellom disse vanskene og arbeid med dysfagi.

6.3 Hvilke kartleggings- og behandlingsformer benyttes?

Denne delen av oppgaven starter med å undersøke hvilke komponenter som logopedene inkluderer og foretrekker i sin helhetlige kartlegging av spise- og svelgevansker. Uten standardiserte retningslinjer eller fastlagte kriterier for gjennomføring av undersøkelser her i landet, får logopedene derfor spørsmål om de benytter bestemte skjema- og hvem som har utviklet disse. Videre skal logopedene svare på hvilke faktorer som de inkluderer i den kliniske undersøkelsen og hvilke

behandlingsmetoder som de kjenner til og/eller benytter. På grunn av oppgavens omfang, vil flere av behandlingsmetodene ikke forklares utdypende. Det henvises derfor til annen faglitteratur på feltet, dersom leseren ønsker å gå nærmere inn på dette.

6.3.1 Kartlegging

Logopedene ble her spurt om å rangere syv komponenter etter hvor hyppig de benytter disse i sin vurdering av dysfagi. Svaralternativene *alltid/ofte* er slått sammen, og likeledes *sjelden /aldri*.

Tabell 3. Komponenter som logopedene inkluderer i sin vurdering av dysfagi

		Alltid/ofte	sjelden/aldri	totalt
Kartlegging	bakgrunnsopplysninger	98 %	2 %	100 %
	samtale med barnet/ den voksne	98 %	2 %	100 %
	samtale med foreldre/pårørende	97,8 %	2,2 %	100 %
	måltidsobservasjon	71,4 %	28,6 %	100 %
	klinisk undersøkelse	85 %	15 %	100 %
	(fiberendoskopisk undersøkelse)	5,9 %	94,1 %	100 %
	videofluoroskopi	31,8 %	68,2 %	100 %
	andre	7,8 %	92,2 %	100 %

Ut fra tabell 3. ser vi at det er de ikke-instrumentelle undersøkelsene som logopedene i størst grad utfører. Det kommer tydelig frem at både bakgrunnsopplysninger, samtale med den som opplever vanskene og pårørende, blir sett på som betydningsfullt og utføres av opp mot 100 % av logopedene. Når det gjelder den kliniske undersøkelsen er det 85 % som alltid/ofte utfører denne, og måltidsobservasjon prioriteres alltid/ofte av 71 % av disse logopedene. Med kjennskap til praksisfeltet, kan man anta at mindre bruk av instrumentelle undersøkelser kan ha en sammenheng med at disse tilnæringsmåtene ofte er mer ressurskrevende og utilgjengelige. Att nesten 32 % likevel benytter videofluoroskopi

(VFSS) er gledelig overraskende. Mange studier har dokumentert for at VFSS er avgjørende for å avdekke aspirasjon, fastslå årsaken til dysfagi og planlegge videre behandling (Mathers-Schmidt & Kurlinski 2003). I følge Logeman (1997:337) tar også den mest erfarne dysfagilogopeden ofte feil avgjørelser, når disse kun er basert på den kliniske undersøkelsen. Hun fremhever betydningen av undersøkelsen slik:

”Without a modified barium swallow, accurate swallowing therapy cannot be planned, and time and money can be wasted in attempting to evaluate and treat the patient’s dysphagia at the bedside”.

En av logopedene i utvalget argumenterer også for verdien av VFSS og skriver: ” Man kan ikke være trygg med bare klinisk observasjon uten tilgang til videofluoroskopi...”. Ved å se om geografisk spredning er av betydning for bruk av VFSS, viser khikvadrattesten at det ikke er en signifikant forskjell $P = .061$. I utvalget er det likevel flere logopeder i Bu/Te/Ve lokallag (18) som sjelden/aldri henviser til VFSS, opp mot 12 logopeder som sjelden/aldri benytter seg av dette i Oslo. Når det gjelder den fiberendoskopiske undersøkelsen (FEES), er det kun 2 logopeder som benytter denne ofte/alltid. Det har blitt fremhevet at denne undersøkelsen kan være hensiktsmessig i situasjoner der personen med dysfagi er svært syk eller har nedsatt mulighet/evne til samarbeid (Mathers-Schmidt & Kurlinski 2003). Fordelen er også at pasienten ikke eksponeres for røntgenstråler. For å utføre denne undersøkelsen kreves det imidlertid spesial kompetanse. Det er interessant å merke seg at det er en lavere svarprosent på spørsmålet som gjelder FEES. Totalt er det 34 av 51 som har besvart spørsmålet. Årsaken til dette kan muligens være at logopedene i utvalget ikke kjenner til undersøkelsen, og utelater å svare.

6.3.2 Hvilke kartleggingskjema benyttes?

55 % av logopedene som arbeider med dysfagi, velger å benytte kartleggingskjema i vurderingene sine. Det er store variasjoner med hensyn til type og utforming. De fleste logopedene benytter skjema som er utviklet ved arbeidsstedet. Flere sykehus har dysfagiteam som har laget egne skjema og kartleggingsverktøy. Noen logopeder skriver også at de har utviklet egne formular og svelgetester ut fra erfaring.

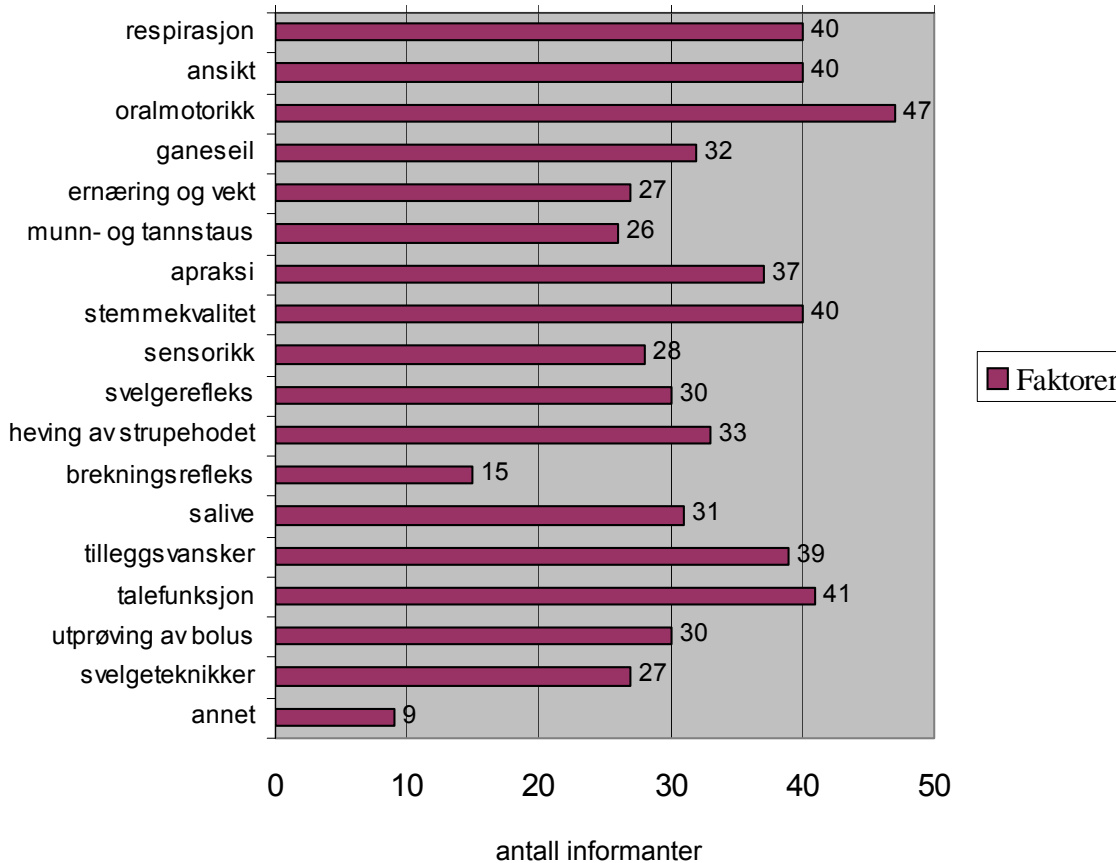
Frenchay Dysartritest er det standardiserte hjelpemiddelet som flest logopeder benytter. Denne testen bygger på Frenchay Dysarthria Assessment (Enderby 1983), og er oversatt, bearbeidet og standardisert for norsk av Bredtvet Kompetansesenter, UIO og Sunnaas sykehus skole. Testen er blant annet ment som å være et hjelpemiddel til å skaffe seg en oversikt over hvordan taleorganer fungerer. Testen består av åtte hoveddeler, der en av disse omfatter dysfagi. I testboken påpekes det imidlertid at med en stadig økende kunnskap om svelgeproblemer, er testen ikke lenger dekkende når det gjelder differensialdiagnose av dysfagi (ibid). Ut fra egen erfaring vil jeg riktignok fremheve at testen vil gi et godt utgangspunkt for videre planlegging av behandlingen. Annet kartleggingsverktøy som oppgis av informantene viser at det er stor variasjon med hensyn til dokumentasjon og fremgangsmåter. Enkeltstående informanter nevner følgende skjema/metoder: Castillo Morales, S.J. Robertsons dysartritest, NOT-S, ORIS og undersøkelsesskjema for oral apraksi, utviklet av Ivar Reinvang. Det er 45 % av informantene som ikke benytter noen form for kartleggingsskjema. Enkelte skriver at de ikke opplever behov for dette lenger, men baserer sine nedtegnelser på erfaring. Andre baserer sine arbeidsmetoder på tidligere vurdering av logoped ved sykehus.

6.3.3 Faktorer I den kliniske undersøkelsen

Det er variasjon når det gjelder både antall faktorer, og hvilke av disse som logopedene hyppigst benytter i den kliniske undersøkelsen. Ut fra figur 9. ser vi at alle faktorene som nevnes i spørreskjema, tas i bruk av utvalget. I gjennomsnitt benytter hver enkelt logoped 11,5 faktorer i sin kliniske undersøkelse. Spredningen er fra 1-18 og den verdien som forekommer hyppigst i fordelingen er 16. Ved rangering av den mest anvendte komponenten, er det vurdering av oralmotorikk som utpeker seg (47/51). Dette er også den delen av undersøkelsen som både logopeder i USA og Irland hyppigst benytter (Mathers-Schmidt & Kurlinski 2003, Pettigrew & O'Toole 2007). Deretter følger bedømmelse av talefunksjon, som 41/51 av informantene inkluderer i sin undersøkelse. Logeman (1999) fremhever også at nedsatt talefunksjon

(dysartri) er den fremste enkeltstående faktoren som kan forutsi vansker i den orale fasen av svelgeprosessen.

Figur 9. Faktorer som logopedene inkluderer i den kliniske undersøkelsen



En vurdering av både oralmotorisk kontroll, samt tilleggsvansker som kognitive ferdigheter fremheves av flere som betydningsfullt i litteraturen (Mathers-Schmidt & Kurlinski 2003, Rivelsrud 1999). I denne undersøkelsen er det 39/51 som også inkluderer tilleggsvansker (kognisjon og pareser). Samlet ser disse faktorene ut til å bidra både når det gjelder å forstå årsaken til svelgevansker, samt beslutte riktig tiltak videre. Kliniske retningslinjer fra ASHA antyder også at kommunikasjonsevne (inkludert språkforståelse, hørsel og tale), bør inkluderes i den kliniske undersøkelsen der det er mulig (Mathers-Schmidt & Kurlinski 2003).

Blant logopedene i denne undersøkelsen, er vurdering av brekningsrefleks, den minst anvendte komponenten i kartleggingen (15/51). Utvalget skiller seg derfor klart ut fra andre undersøkelser fra USA og Irland, der dette er en faktor som blir hyppig

benyttet (Mathers-Schmidt & Kurlinski 2003, Pettigrew & O'Toole 2007).

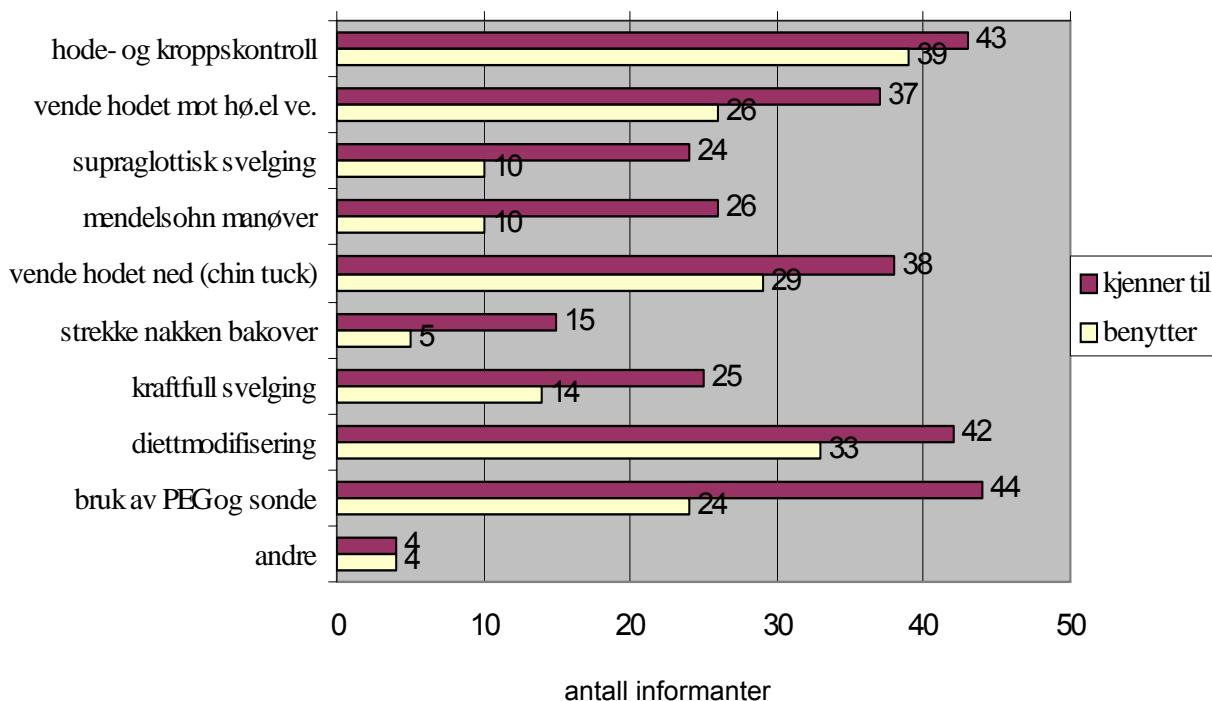
Brekningsrefleksen inkluderes ofte i screeningsverktøy, men har vært gjenstand for mye diskusjon. Davies m.fl. (1995) viser i en av sine studier at flere friske voksne mangler denne refleksen, og at fravær av denne ikke kan forutsi mer fare for aspirasjon. Ramsey m.fl. (2005) påpeker imidlertid at en inntakt brekningsrefleks kan være beskyttende ved langvarige svelgevansker. Brekningsrefleksen virker beskyttende mot inhalasjon av uønsket materiale. Gjennom kontraksjon av svelg og tunge drives maten opp til munnhulen og det skjer en lukking av luftveiene.

Vi ser videre i figur 9. at vurdering av munn- og tannstatus, kun utføres av 26/51 logopedene. Nedsatt svelgefunksjon og utilstrekkelig næringstilførsel vises imidlertid ofte gjennom forandringer i munnens slimhinner og tunge. Tynne slimhinner og munntørrhet øker risikoen for soppinfeksjon i munnen, og dette kan igjen spre seg til lungene (Anderson 2003). Både antall tenner, tannerstatninger og protesers passform påvirker tygging, og har innvirkning på matvaner. Det er derfor overraskende at kun litt over halvparten av logopedene vurderer munn og tannstatus. Hos personer med nedsatt oralmotorikk, kan en protese være vanskelig å holde på plass (ibid), noe som i stor grad påvirker i spisingen. Smerter og ubehag i munnen som er relatert til tannsykdommer, sår og blemmer, kan også ha innvirkning på både spising og svelging. Langmore m.fl. (1998) fant ut at med dårlig tannstatus og oral hygiene, var det stor sannsynlighet for at mennesker med dysfagi ville utvikle aspirasjonspneumoni. Det kan imidlertid argumenteres for at vurdering av munn og tannstatus *ikke* er innenfor logopedenes kompetanseområde, men mer en oppgave for pleiepersonell. Både ansvar for dokumentasjon og oppfølging av munnhelse, er ofte helsepersonells ansvar. At logopedene setter munnhygiene i relasjon til vansker med spise- og svelgefunksjonen, er likevel av stor betydning. Tannstatus og forandringer i munnhule kan gi god informasjon om både dysfagi og ernæringstilstand. Flere logopedene møter også barn og voksne i hjemmemiljøet, og kan således være de første som avdekker problemer i munnhelsen. Når det gjelder eldre mennesker, påpeker Anderson (2003) også at disse ofte ikke klager over slike vansker. De endrer kun matvaner, og av den grunn avdekkes ikke alltid forandringer i munnen.

6.3.4 Behandling

Når det gjelder behandling, kan man som tidligere nevnt dele denne inn i både kompensierende- og rehabiliterende tiltak. Kompensierende tiltak blir ofte benyttet allerede i den akutte og alvorlige fasen av behandlingen. Målet her er å legge tilrette for sikker svelging og sikre eventuelle komplikasjoner. Kompensierende teknikker kan opptre i mange former. I figur 10. nedenfor kan man se de mest kjente og anvendte tiltakene blant logopedene.

Figur 10. Behandling- kompensierende tiltak



Vi ser at *Bruk av PEG og sonde*, er det tiltaket informantene best kjenner til (44/51). Dersom en person ikke får i seg tilstrekkelig næring gjennom munnen, velger man ofte å gi alternativ ernæring. Det finnes flere tiltak for å dekke behovet for ernæring. Når svelgevansker varer over en lengre periode, kan pasienten få innlagt en peruktan endoskopisk gastrostomi, såkalt PEG. Dette er et inngrep som vanligvis utføres av en kirurg. Pasienten får lokalbedøvelse og magesonde legges direkte inn i magesekken. Når avgjørelsen om å sette inn PEG skal tas, er det flere hensyn å ta stilling til. Både konsekvenser og hvor hensiktsmessig tiltaket er, blir ofte vurdert sammen med etiske hensyn (Vesey m.fl. 2008). Blant logopedene i utvalget, er dette det mest kjente

kompenserende tiltaket. Når det gjelder spørreskjemaets formulering om logopedene *benytter* PEG og sonde, kan man i ettertid se at uttrykket *anbefaler* ville vært et mer velegnet begrep. En informant skriver også helt riktig: ”Andre både setter inn og bruker/jeg anbefaler”. Ved sykehus der logopeden er med i et tverrfaglig team, er avgjørelsen om alternativ ernæring noe som logopeden ofte tar del i, men hovedansvaret har imidlertid kvalifisert helsepersonell. En medvirkende årsak til at mange ikke har svart at de benytter PEG og sonde, kan derfor være uklar formulering av spørsmålet.

Når det gjelder *riktig hode- og kroppskontroll* ved inntak av mat og drikke, er dette et av de første tiltakene som "dysfagilogopeder" ofte lærer (Cichero 2006). Dette er også et av de mest kjente tiltakene for logopedene i utvalget, og den teknikken som blir hyppigst benyttet. Kroppens stilling, muskeltonus og bevegelsesmulighet er av stor betydning i spisesituasjonen. Barn og voksne med fysiske tilleggsvansker kan ofte oppleve at muligheten til å forberede seg både kroppslig og mentalt går tapt. Sittestillingen er ofte bakoverlent av sikkerhetsmessige årsaker, og resultatet blir at halsens forside strekkes og strupehodets bevegelse hindres (Kjær 1999). Litteraturen viser til at riktig hode- og kroppstilling kan hindre refluks og aspirasjon (Cichero 2006). Logeman (1997) fastslår at disse kompenserende tiltakene alene kan eliminere aspirasjon av tynn væske hos 75-80% av pasientene. Teknikken *chin tuck*, utviklet av Logeman, er også en strategi som flertallet kjenner til (38/51) og benytter (29/51). Denne kompenserende metoden går ut på å lære personer med dysfagi å bøye hodet ned mot brystet når de svelger. På denne måten beskyttes lungene fordi hodet flekteres over luftveiene. Når hodet er i denne posisjonen, vil tyngdekraften dra tungen forover og svelget forkortes. Denne metoden brukes ofte når det er vansker med å initiere svelgereflexen, samt redusert bevegelser av tungebasen (Cichero 2006). Det er imidlertid noen kontraindikasjoner i forbindelse med dette prinsippet. For stor fleksjon av hodet kan føre til respirasjonsvansker og de faryngeale svelgsnørene blir mindre effektive. Når det gjelder kompenserende tiltak, er det selvfølgelig betydningsfullt (som i all opplæring og behandling), å finne det beste utgangspunkt for den det gjelder. Cichero (2006) påpeker at små babyer begynner sitt

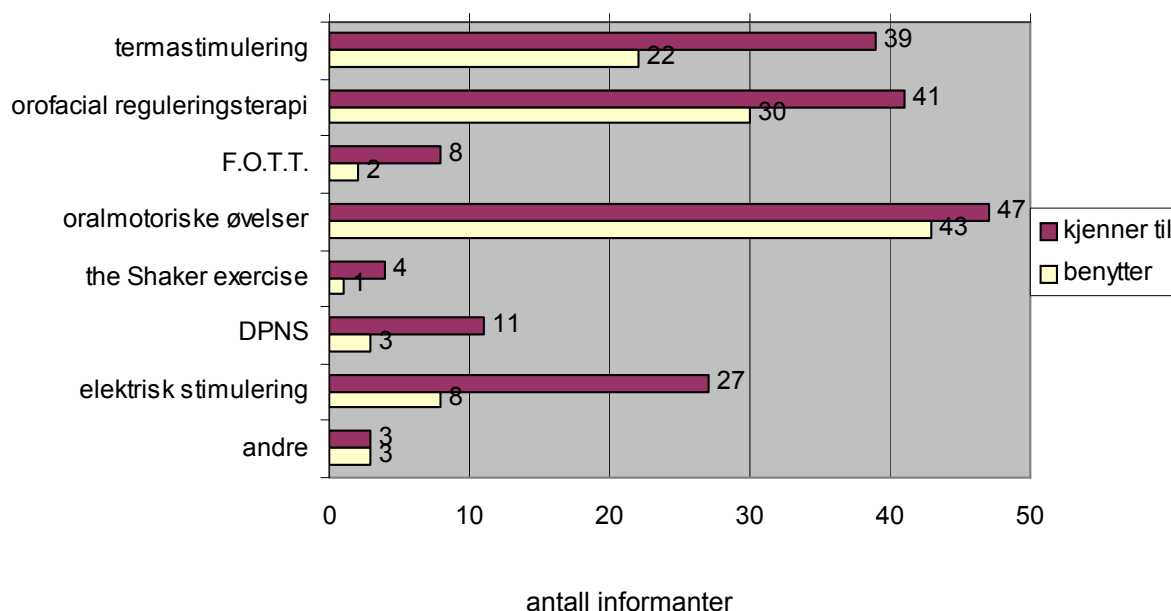
næringsinntak i en mer liggende posisjon. Etter hvert når barnet får bedre sittebalanse og har evne til å støtte hodet selv, starter de med å spise i en mer oppreist stilling. Det gjelder således å finne den stillingen som gir de beste mulighetene for å konsentrere seg om svelgingen, snarere enn å konsentrere om det å ikke falle (ibid).

Når det gjelder *diettmodifisering*, å endre mat og drikke, er dette også noe som logopedene i utvalget benytter seg av. Dette er også det kompenserende tiltaket som nest flest informanter benytter (33/51). Et eksamensarbeid i logopedi utført i Sverige med tittelen: *Livskvalitet ved dysfagi - påverkas livskvaliteten ved dysfagi av kostanpassning?* (Karlsson 2007), viser at konsistenstilpasning bedrer livskvaliteten. I denne studien ble appetitten forbedret, måltidets lengde ble kortere og av den grunn mindre trettende. Personene ble mindre nedstemte og engstelsen for å sette mat i halsen minsket (ibid). Med nedsatt spise og svelgefunksjon kan maten tilberedes slik at det stilles mindre krav til oralmotorisk kontroll. Både fortykket drikke og matkonsistens som ”holder sammen”, er velkjente tiltak. Det er imidlertid få dokumenterte forskningsresultater som viser at diettmodifisering (her fortykket drikke) reduserer faren for aspirasjon og pneumoni (Reilly 2004). I praksisfeltet finnes det likevel en sterkt tro på at sikker svelging ofte er avhengig av matkonsistens og type. Kuhlemeier m.fl. (2001) er forskerne som påpeker at aspirasjon er relatert til konsistens. Samtidig slår de også fast at aspirasjonsfrekvensen øker når man tilbys drikke av kopp, snarere enn det å motta væske på skje.

Når det så gjelder *rehabiliterende tiltak* som tar sikte på å gjenvinne svelgefunksjonen, ser man klart i figur 11. at det er store variasjoner med hensyn til hva logopedene kjenner til, samt hvilke tiltak som benyttes. Det fremkommer tydelig at logopedene kjenner til flere teknikker, enn de benytter. Det mest kjente og anvendte tiltaket, er ikke uventet oralmotoriske øvelser. Av 47 logopeder som kjenner til slike øvelser, er det 43 som benytter dette i behandlingen. Mary Hägg (2008) ved Tal og Svälj Center i Hudiksvall avsluttet nylig sin doktorgradsavhandling: *Sensorimotor brain plasticity in stroke patients with dysphagia. A methodological study on investigation and treatment*. Gjennom stimulering av muskelkraft lepper og munnhule hos hjerneslagrammede, viser hun til en stor bedring i svelgefunksjonen.

Selv mennesker som har levd med spise- og svelgevansker over flere år, oppnår en klar bedring. Det fremheves også disse behandlingsmetodene vil være lovende for blant annet barn med Down syndrom og CP skader (ibid).

Figur 11. Behandling- rehabiliterende tiltak



Flere forskere fastslår imidlertid at dokumentasjon for å støtte bruk av oralmotoriske øvelser for å bedre svelgefunksjonen, er mangelfull (Langemore & Miller 1994, Reilly 2004). Det påpekes at studiene ofte er svært små og mangler en kontrollgruppe, samt at tilnærmingen ofte kombineres med andre behandlingsmåter. Svelging er som nevnt en sammensatt oppgave som krever koordinering av muskler og hjernenerver. I arbeid med dysfagi, kan det være nærliggende å tenke trening av enkeltstående muskler. Det er imidlertid svært viktig å være klar over at det er koordinering av ulike muskelgrupper som utfører den vellykkede svelgeprosessen. Enkelte undersøkelser fastslår at oralmotoriske øvelser ikke har overføringsverdi til å bedre svelgefunksjonen (Cichero 2006), og at det mangler evidensbasert forskning for oralmotorisk terapi (Reilly 2004) Det påpekes blant annet at tungens funksjon i tale, ikke gir et nøyaktig bilde av dens kontroll med hensyn til mat og igangsetting av svelgerefleksen. Det er også viktig å påpeke at styrketrening for personer med enkelte progredierende vansker som blant annet MS og ALS, ikke er fordelaktig, men kan være direkte skadelig (Clark 2003).

Orofacial reguleringsterapi er den metoden som nest flest logopeder kjenner til, samt benytter. Terapien som er utviklet av en argentinsk barnenevrolog ved navn Rudolfo Castillo Morales, innebærer en stimulering av munn- og ansiktsmuskulatur. Terapien blir benyttet både i arbeid med barn og voksne. Hos barn med Down syndrom ble metoden introdusert i Europa for første gang i 1978 (Korbmacher 2004). Siden den gang har kliniske studier argumentert for bedring av oral funksjon hos barn med vanskene. Her i Norge har blant annet Langaker Blix prøvd ut teknikken på ti barn med cerebral parese for å se om terapien kunne være en hjelp for sikling (Langaker Blix 2002). Resultatet viser at metoden ikke er en tilstrekkelig god behandlingsform mot sikling, men at den kan bidra til bedre tygge-svelge- og kjevekontroll. Hägg og Larsson (2004) understreker også at metoden kan være et godt verktøy i arbeid med slagrammede med spise- og svelgevansker. Deres studie viser at metoden gir sensorisk og motorisk stimulering som fører til bedret svelgefunksjon, selv etter langvarige vansker (ibid). At flere logopeder i utvalget kjenner til metoden, samt benytter denne, er ikke overraskende. Med egen erfaring fra arbeid i barnehage, kan det med sikkerhet sies at denne terapien også benyttes av andre yrkesgrupper, der målgruppen blant annet er små barn med spesielle behov. Ved sykehus er dette også en terapi som blir benyttet, samt at dette arbeidet videreføres til studenter i praksis. Logoped Sissel Tønneberg og Kari Brit Njaa Isene har utarbeidet en instruksjonsperm og video etter Castillo Morales prinsipper, med illustrasjoner av behandling av muskulatur (TAKO-senteret 2001).

I figur 11. kommer det tydelig frem at logopedene i utvalget kjenner til flere rehabiliterende teknikker enn de benytter. Det kan være flere årsaker til dette. Både usikkerhet når det gjelder metodenes fremgangsmåte, mangel på tid og ressurser, samt manglende evidensbasert forskning og tro på effekt, kan være noen av disse. Internasjonal forskning fremhever også at det mangler evidensbasert forskning og teknikker som støtter opptrening av svelgefunksjon.

For å avslutte denne delen av undersøkelsen som omhandler kartlegging og behandling, kan det være viktig å understreke at logopedenes mål ikke bare er å bedre den fysiske funksjonen. Logopeder er også opptatt av barn og voksnes begrensinger

og deltakelse i dagliglivets aktiviteter. Skeat BspPath (Hons) & Perry (2005) fremhever også at økning i sosiale deltakelse ofte er mer meningsfull hos en person, enn forandring i funksjonsnivå. Det ene burde derimot ikke utelukke det andre, og for mennesker med spise- og svelgevansker får disse vanskene nettopp store konsekvenser for dagliglivet. Ekberg (2002) er en av forskerne som er opptatt av dysfagiens betydning også for det sosiale og psykologiske livet. Han understreker at de fleste mennesker med spise- og svelgevansker tror at deres tilstand ikke kan behandles (ibid). Svært mange personer unngår å delta i måltider på grunn av vanskene sine, og opplever redsel og angst under spisesituasjonen. Både økt oppmerksomhet, prosedyrer når det gjelder kartlegging og fokus på behandlingsmetoder, blir således viktige faktorer i arbeid med disse menneskene.

6.4 Hvordan vurderer logopedene sin kunnskap om spise og svelgevansker?

For å besvare dette spørsmålet ønsket jeg først å kartlegge hvilke forutsetninger informantene hadde for arbeid med dysfagi. Alle informantene fikk spørsmål om de hadde hatt dysfagi som en del av pensumlitteraturen i sin utdanning, samt når de sist deltok på kurs i emnet. Deretter stilte jeg alle spørsmål om de ville påta seg arbeid med spise- og svelgevansker dersom de fikk en henvisning. For å undersøke logopedenes synspunkter på egen kunnskap når det gjaldt ulike delområder innen dysfagi, ble det konstruert en indeks. Testing av sammenhenger mellom indeksen og ulike variabler presenteres under hver av overskriftene i den løpende teksten.

6.4.1 Utdannelse

Det er 48 % av informantene som har hatt dysfagi som en del av pensumlitteraturen i sin utdanning. En av logopedene som har tatt logopedutdanning i Bergen, påpeker også at undervisning i emnet, startet tidligere enn i 1999. Ved å se om det er en sammenheng mellom utdanning og det å påta seg arbeidet i dysfagifeltet, viser khikvadrattesten ingen signifikant forskjell. Selv om logopeder ikke har hatt formell

opplæring, kan det se ut som de likevel påtar de seg arbeid i feltet. Når det gjelder annen opplæring, både i form av hospitering, annen formell kursvirksomhet, sertifisering eller praksis innenfor feltet, fikk informantene ingen spørsmål om dette. Flere av logopedene har likevel gitt opplysninger om tidligere erfaringer. I ettertid kan det stilles spørsmål om dette kunne vært inkludert som et spørsmål i skjemaet.

6.4.2 Kurs

Som nevnt innledningsvis arrangeres det få dysfagikurs for logopeder i Norge. I utvalget er det totalt 47,5 % som har deltatt på kurs i spise- og svelgevansker. En årsaksforklaring kan naturlig nok være at flertallet ikke opplever tema som aktuelt i sin logopedhverdag. Ved rangering av det *siste* kurset som logopedene deltok på er det en variasjonsbredde på 13 år.

Tabell 4. Arbeid med dysfagi, sett i forhold til kursdeltakelse.

			Deltatt på kurs		
			ja	nei	total
Arbeider med dysfagi	nei	frekvens	20	51	71
		prosent	28,2 %	71,8 %	100 %
	ja	frekvens	38	13	51
		prosent	74,5 %	25,5 %	100 %
	Total	frekvens	58	64	122
		prosent	47,5 %	52,5 %	100 %

$\text{Khi}^2 = 25,557(\text{b}); \text{Df} = 1; \text{P} = .000$

Det er totalt 58 informanter som har deltatt på kurs i dysfagi. Av disse var hele 14 logopeder deltakere under dysfagikurs ved Sunnaas Sykehus i november 2007. I tabell 4. ser vi at 74,5 % av de som arbeider med dysfagi, har deltatt på kurs

6.4.3 Vil du påta deg arbeid med dysfagi?

Dette spørsmålet er i stor grad rettet mot logopeder som ikke arbeider med spise- og svelgevansker, selv om alle informantene skal besvare spørsmålet. Når man ser på

hele utvalget, er det 56,5 % som vil påta seg arbeidet. 20,5 % av informantene svarer at de ikke vil påta seg arbeid, mens 23 % er usikre. Det er således nesten like mange informanter som ikke vet, eller svarer nei til å utføre dysfagitjenester. Det er 78 informanter som ønsker å begrunne sitt valg, i spørreskjemaets kommentarfelt. Svært mange som svarer nei og forklarer dette med at de ikke føler at de har tilstrekkelig kompetanse. Både veiledning, oppdatering av kunnskap og tverrfaglig samarbeid legges til grunn for å svare ja til arbeidet. Noen svarer at de ville påta seg arbeidet, men oppgir også at de hadde følt seg lite komfortabel og usikker. Noen få logopedene påpeker at de ikke selv kan vurdere dette, og svarer at de er pålagt å ta henvisningene som arbeidsplassen får.

Tabell 5: Arbeid med dysfagi, sett i forhold til det å påta seg arbeid i feltet.

			Arbeider med dysfagi		
			nei	ja	total
Påta seg arbeid med dysfagi	ja	frekvens	28	41	69
		prosent	40,6 %	59,4 %	100 %
	nei	frekvens	18	7	25
		prosent	72 %	28 %	100 %
	vet ikke	frekvens	25	3	28
		prosent	89,3 %	10,7 %	100 %
	Total	frekvens	71	51	122
		prosent	58,2	41,8	100 %

$\text{Khi}^2 = 21,884a$; $\text{Df} = 2$; $\text{P} = .000$

I tabell 5. kan man se at det er en sammenheng mellom det å arbeide med dysfagi og om man vil påta seg arbeidet. 72 % av logopedene som ikke arbeider med dysfagi, vil heller ikke påta seg arbeid med vanskene. 59,4 % av de som arbeider med spise- og svelgevansker, vil også si ja til nye henvisninger. Av tabellen er det imidlertid interessant å se at det er enkelte som arbeider med dysfagi, som ikke vil påta seg videre arbeid. Årsaken til dette kan muligens være at noen informanter ikke ønsker å arbeide med problematikken, men har utført arbeid likevel. Andre grunner kan kanskje være at arbeidsmengden allerede er så stor at man ikke ønsker ytterligere

henvisninger. En informant skriver også treffende: ”Eg prøver å sleppe og arbeide, men lar meg overtale”.

6.4.4 Synspunkter på egen kunnskap og mestring

Wittgenstein beskriver kunnskap som noe som befinner seg i sansene til den som har den, og gir mening gjennom måten den blir brukt på (Gausdal 2003). Kunnskap kan sies å være informasjon kombinert med erfaring, kontekst, fortolkning og refleksjon. Kunnskap innebærer å ha en bevisst forståelse for noe og med en mulighet til å bruke denne for en bestemt hensikt (Wikipedia 2008). På et mer praktisk nivå er kunnskap noe som er felles og delt mellom en gruppe mennesker. I denne oppgaven blir dette kunnskapen om spise- og svelgevansker blant norske logopeder. Spørsmålene i undersøkelsen tok sikte på å måle om logopedene vurderer sin kunnskap til å være god nok til å både oppdage og å håndtere dysfagi på en tilfredsstillende måte.

Tabell 6. Indeksen- Logopedenes opplevelse av kunnskap og mestring

Logopedenes opplevelse av kunnskap og mestring
23. Hvordan vurderer du din kunnskap om symptomer på spise- og svelgevansker?
24. Hvordan vurderer du din kunnskap om årsaker til mulige spise- og svelgevansker?
25. Hvordan vurderer du din kunnskap om kartlegging av spise- og svelgevansker?
26. Hvordan vurderer du din kunnskap om behandling av spise- og svelgevansker?

Indeksen består i utgangspunktet av fire potensielle variabler (tabell 6.) som omhandler ulike ferdigheter i arbeidet med spise- og svelgevansker. Ved en sammenlikning av indikatorenens ”total-item-correlation” (TIC) viste denne en høy TIC verdi for alle variablene. Reliabilitetsanalysen gav en alphaverdi på 0.956, en verdi som viser til høy indre konsistens.

Når verdien er så høy, kan dette indikere at spørsmålene i praksis vurderer det samme fenomenet. Fra eget synspunkt vil jeg påpeke at disse variablene omhandler ulike

ferdigheter innen arbeidet med dysfagi. Både spørsmål 25 og 26 forutsetter imidlertid at man har kjennskap til både årsaker og symptomer. Slik kan man se at spørsmålene er nært beslektet. Å ha kunnskap om mulige symptomer og årsaker til svelgevansker, medfører derimot ikke at man har god kunnskap om kartlegging og behandling.

Ved å summere skårene for alle indikatorene, og dividere på antall respondenter, gav dette en gjennomsnittskåre på 13,09 (maks skåre = 28). På en skala fra 1-7, der det høyeste tallet angir svært god kunnskap, utgjør gjennomsnittskåren 3,3 på skalaen. Denne verdien kan gi inntrykk av at logopedene opplever sin kunnskap om dysfagi som under gjennomsnittlig. Ut fra dette er det også interessant å vite noe om spredningen i fordelingen og hvordan ytterpunktene ser ut. Ved å se på variasjonsbredden er denne stor. Med verdier fra 4-28, gir dette en variasjonsbredde på 24. Slik ser vi at det er meget stor variasjon med hensyn til hvordan logopedene opplever sine ferdigheter i dysfagifeltet. Det er både interessant og samtidig nedslående at den indeksskåren som forekommer hyppigst i fordelingen er 4 ($M_o = 4$). Dette innebærer at informantene benytter den laveste verdien på samtlige indikatorer. At flere av logopedene vurderer sin kunnskap til ikke å være god nok til å håndtere personer med spise og svelgevansker på en tilfredsstillende måte, fremkommer derfor helt tydelig. Det er både logopeder med- og uten erfaring med dysfagi, som inngår i indeksskåren. Ved en sammenlikning av gjennomsnitt for logopedene med- og uten erfaring, viser dette at logopeder som arbeider med dysfagi oppnår et gjennomsnitt på $M=17,28$ (4,32 på skalaen) og de som ikke arbeider i feltet får en gjennomsnittlig verdi på $M=10,10$ (2,52). Slik ser vi ikke overraskende at logopedene i utvalget som arbeider med dysfagi har en høyere skåre når det gjelder opplevelse av kunnskap og mestring innen feltet. For å se om det var en signifikant sammenheng mellom utvalgene, ble det gjennomført en Independent- Samples T-test. Denne viser at det er en signifikant forskjell $t(120) = 7,418$, $p < 0.05$. mellom gruppene.

At logopeder ser på sin kunnskap som manglefull, kan få stor betydning for praksisutøvelsen i feltet. I følge blant annet professor i psykologi Icek Ajzen (2008)

vil manglende tro på egen kompetanse føre til at man lar være å utføre en handling. Han påpeker at en persons oppfatning av egen evne til å utføre handlinger, påvirkes av gitte ressurser og muligheter. Hans syn støtter derfor teorien om at det er mindre sannsynlig at en logoped vil utføre arbeid med spise- og svelgevansker, dersom hun ikke har tro på egne ferdigheter. Tabell 7. viser forholdet mellom indeksskårens gjennomsnitt og om man vil påta seg dysfagihenvisninger. Gjennomsnittet for de som påtar seg arbeid (16,22), er høyere enn de som ikke velger å arbeide med feltet (8,48), og logopedene som er usikre (9,79).

Tabell 7. Indeksen sett i forhold til det å påta seg arbeid

Påta seg arbeid	Mean	N	Std. Deviation
ja	16,22	67	5,477
nei	8,48	23	5,567
vet ikke	9,79	28	4,516
Total	13,19	118	6,314

Tabell 7. viser at det er en sammenheng mellom det å oppleve kunnskap og mestring i dysfagifeltet, og det å påta seg arbeid. De som påtar seg arbeid, har i gjennomsnitt høyere skåre på indeksen, noe som indikerer økt opplevelse av kompetanse. For å se om differansen i gjennomsnitt mellom utvalgene er statistisk signifikant eller ikke, benyttes testen One-way analysis of variance, forkortet ANOVA. Ut fra denne kan det konkluderes med at det er en statistisk signifikant forskjell mellom de som svarer ja til å påta seg arbeid, og de som svarer nei eller er usikre, $P < 0.05$. Dette viser at logopedene som har liten tillit til egne kunnskaper, i mindre grad ønsker å påta seg arbeid med spise- og svelgevansker.

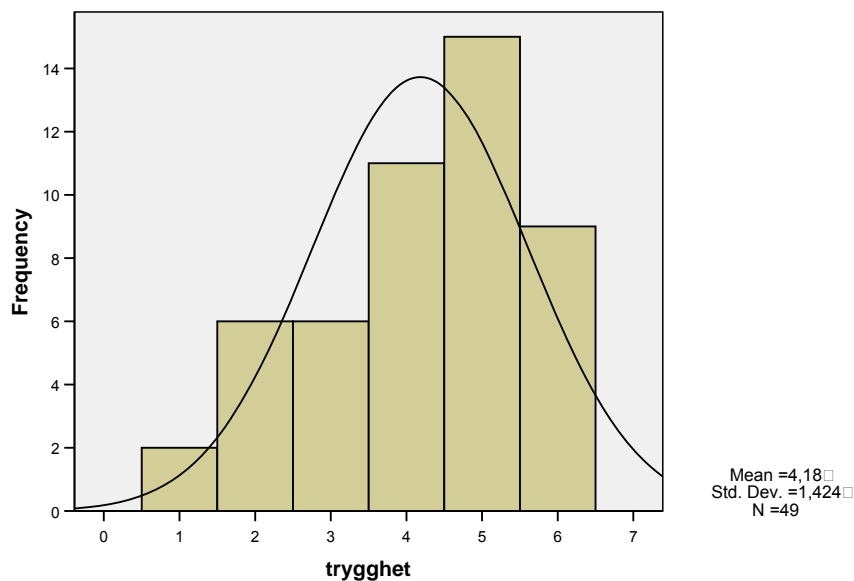
6.5 Hvordan vurderer logopedene sin trygghet på egne avgjørelser ved spise- og svelgevansker?

Dysfagifeltet er fullt av etiske og moralske dilemma. Av og til oppleves situasjoner og sanseinntrykk som utfordrer både moralske, kulturelle og religiøse synspunkter på livet. Dette kan gjelde personer som etter vurdering ikke kan få mat gjennom munnen, og samtidig av andre årsaker ikke gis alternativ ernæring. Ikke alle voksne mennesker er heller innstilt på å få råd om hvordan man best håndterer sine svelgevansker, og avslår behandling. Å akseptere personens avgjørelser, kan da by på utfordringer. Serrandura-Russel (1992:102) beskriver logopedenes rolle slik:

”Although speech pathologists do not make final decisions regarding life-saving measures, they are at the forefront in dealing with consequences of life-saving measures and the technological advances that promote survival.”

Å utvise trygghet i forhold til egne avgjørelser, i et fagfelt som består av store etiske spørsmål, kan være en utfordring både for erfarne og uerfarne logopeder. I undersøkelsen ble logopedene spurt om å rangere sin trygghet på en skala fra 1-7, der 1 indikerte *svært dårlig* og 7 indikerte *svært god*. I spørreskjemaet var dette spørsmålet rettet til logopeder som arbeidet med dysfagi, selv om det også viste seg at svært mange uten erfaring besvarte spørsmålet. Figur 12. viser logopeder som arbeider med dysfagi og deres vurdering av trygghet når det gjelder egne avgjørelser. Svarene varierer fra 1-6, det er ingen logopeder i utvalget som har svart at de har komplett trygghet på egne beslutninger, med verdien 7. Fordelingen kan sies å være negativt skjev. Forholdsvis mange logopeder er trygge på egne avgjørelser, og ved en rangordning av skårene, blir medianen 4. Hyppigst forekommende svar er også Mo = 5. Om lag 1/4 av respondentene opplever imidlertid også utrygghet, med skårer fra 1-3.

Figur 12. Grad av trygghet blant logopedene som arbeider med dysfagi



Å ta avgjørelser i forbindelse med kartlegging og behandlingstiltak, er ofte en del av de logopediske oppgavene i arbeid med spise- og svelgevansker. Det er imidlertid svært viktig å påpeke at dette er beslutninger som bør tas i felleskap med andre fagpersoner, pårørende og personen selv. Serrandura-Russel (1992:102) fastslår også betydningen av felles bestemmelser slik:

”Mutually satisfactory decisions usually result from the process of collaborating and sharing information between client, family, and health professionals.”

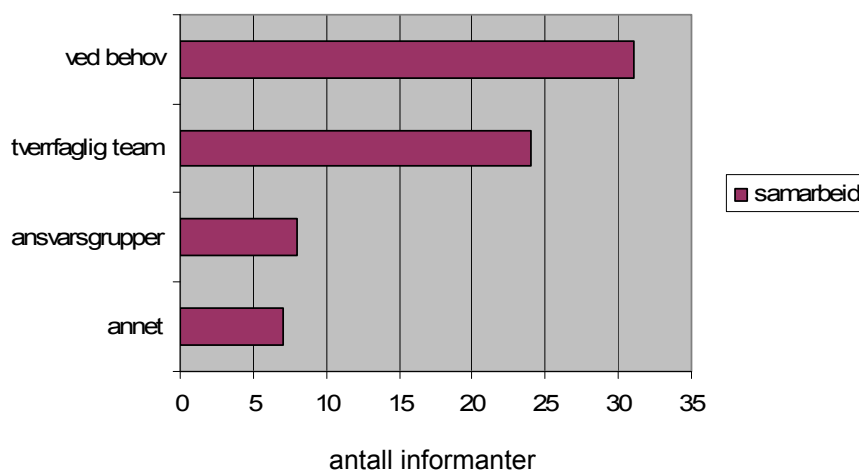
Når det gjelder pasienter med kognitive vansker som demens, blir ofte håndteringen av dysfagi mer komplisert. Logopeder kan av og til bedt om å gi en vurdering av svelgefunksjonen, samt videre anbefalinger. Selv om målet i slike tilfeller vil være kompensierende tiltak (bl.a. riktig hode/sittestilling, endre matkonsistens), kan større etiske spørsmål oppstå når svelgefunksjonen forverres. Serrendura-Russel (1992:105) påpeker tydelig at dette ikke er logopedenes ansvar.

“Speech pathologists are never in a position to decide to stop alternative feeding for these groups of clients. It is up to health team and family to undertake an analysis of ethical dimensions, provide alternative options, and predict the consequences of those options in line with medical ethics.”

6.5.1 Samarbeid

At svært mange av logopedene i utvalget mener at dysfagi er et arbeidsområde som krever kompetanse og samarbeid mellom flere disipliner, kommer til uttrykk både i form av spontane kommentarer i spørreskjema, samt ved spørsmålet som tar for seg samarbeid. Når det gjelder logopedene som arbeider med dysfagi, er det hele 92 % som samarbeider med egen/andre yrkesgrupper. Det er kun 4 logopeder som oppgir at de ikke har kontakt med andre. Årsakene som da oppgis er tidsbegrensning samt at de ikke vet hvem som kan kontaktes. En logoped uttrykker det slik: ”Det er en svært aktuelt problemstilling for mange av barna. Problemet er å prioritere tid til denne gruppa”. Helsepersonell er den gruppen som flest logopeder samarbeider med, deretter følger fysioterapeut, ergoterapeut og andre logopeder. At logopedene i utvalget oftere utveksler erfaringer med andre faggrupper enn med hverandre, kan sies å være tankevekkende. Andre samarbeidspartnere som oppgis er: pårørende, klinisk ernæringsfysiolog, ØNH lege, spesialpedagoger, psykologer og sosionomer. I figur 13. nedenfor ser vi logopedenes samarbeidsformer.

Figur 13. Logopedenes samarbeidsformer



6.6 Mener logopedene at dysfagi er et logopedisk ansvarsområde?

Det femte forskningsspørsmålet dreier seg om hvorvidt logopedene mener at dysfagi er et logopedisk ansvarsområde. Svaralternativene er *ja*, *nei* og *vet ikke*.

Tabell 8. Logopedenes syn på dysfagi som logopedisk ansvarsområde

	Frekvens	Prosent
Ja	82	68,3 %
Nei	6	5 %
Vet ikke	32	26,7 %
Totalt	120	100 %

Ut fra tabell 8. ser vi at det er 68,3 % av logopedene i utvalget som mener at dysfagi er et logopedisk ansvarsområde, 26,7 % er usikre og kun 5 % svarer nei på spørsmålet. Det er svært spennende å se at dette punktet vekket engasjement, og i alt 46 logopeder velger å utdype svaret sitt. Svært mange av informantene understreker samarbeid med helsepersonell og viktigheten av tverrfaglig tilnærming. Det blir presisert at selv om logopeder har en ansvarlig rolle, utelukkes ikke samarbeid med andre fagpersoner, snarere tvert imot. En logoped skriver følgende:

”Dette har med helse å gjøre. At flere profesjoner arbeider med dette er positivt. Å dra ut synergi effektene her er viktig. Da får en et mer nyansert og riktigere bilde av klienten.”

Sandmo (2003) påpeker også at dysfagiproblematikk er et tverrfaglig felt, der alle faggrupper har noe å bidra med. Hun ser på det tverrfaglige samarbeidet som en forutsetning for å lykkes. At både pleiepersonell og fysioterapeuter bør ha en sentral rolle i samarbeidet, fremheves av flere i undersøkelsen. Pleiepersonale er den gruppen som daglig har kontakt med pasienten, og av den grunn har best mulighet til å gi hjelp. Logopeden har ofte ikke mulighet til å være tilstede i spisesituasjon, og derfor blir veiledning og opplæring til pleiepersonell og pårørende svært sentralt. Det etterlyses mer praktiske ferdigheter og kunnskap spesielt på sykehjem og i eldreomsorgen. At fysioterapeuter nevnes som svært sentrale samarbeidspartnere, antas har en sammenheng med faggruppens kunnskap om muskelfunksjon og bevegelighet. Dysfagi har imidlertid liten plass i fysioterapiutdannelsen, med kun en

times forelesning i emnet (Botolfsen 2008). Flere logopeder savner ikke bare kunnskap hos pleiepersonale, men anser også logopedutdanningen som mangelfull på området. To logopeder sier det slik:

”Det bør nok gis mer undervisning i emnet på studiet, for at man skal være kompetent til å føle at man mestrer å jobbe med det... ?!”

”Jeg synes vi lærte veldig lite om det på studiet, så det er nok viktig å ha gode kurs for de som jobber med dette. På sykehus blir det forventet at logopeden er dysfagieksperten, og den rollen tror jeg de fleste logopeder uten arbeidserfaring innen dysfagi vil føle seg ubekvem og usikker i.”

Det poengteres at det bør gis tilbud om grundig opplæring når en logoped blir tillagt behandlingsansvar. Flere opplever dysfagi som et særegent arbeidsfelt, og føler utilstrekkelighet. Det fortelles både om nær familie og hjerneslagrammede på sykehjem, der logopeden ikke våger å gå inn i arbeidet på grunn av usikkerhet.

”Arbeidet med slag pas på sykehjem. Var for usikker til å ta denne del hos mine slagpasienter. Ergoterapeuten tok denne delen. Det ble litt på siden av språkvanskene.”

Flere logopeder opplever dysfagi som et arbeidsfelt i ”grenseland”. Det argumenteres for at logopedi handler om språk, tale, stemme og kommunikasjon, og for noen utgjør fagfeltet en gråsoner. Flertallet av logopedene mener imidlertid at dysfagi er et logopedisk arbeidsområde, og utdyper at tale, stemme og kommunikasjon er nært knyttet opp mot dysfagi.

”Jeg svarer ja fordi spise- og svelgevansker er nært knyttet til kommunikasjon- måltider er like sosialt viktige som de er ernæringsmessige viktige. Logopeder har dessuten god kunnskap om munn- ansikts- og hals anatomien.”

Sandmo (2003) skriver også at det er naturlig for logopeder å ha en spesiell kompetanse på dysfagi. Logopeder har bred kjennskap til anatomi og muskelfunksjon i ansikt, munn og svelg. Samtidig er det flere klienter/pasienter med dysartri, afasi og andre vansker, som også har svelgevansker (ibid). Noen få logopeder i undersøkelsen svarer at spørsmål om ansvar ikke er opp til dem å vurdere, men at de forholder seg

til det som offisielt er bestemt. Det fremheves også at det er ansatte i kommunen som bør ta ansvaret. Dysfagi er et logopedisk arbeidsområde, men ikke et ansvarsområde.

Noe av hensikten med å kartlegge logopeders erfaring med dysfagi, var også å se om det kunne være eventuelle sammenhenger mellom erfaring, kunnskap og holdninger til spise og svelgevansker. Forholdet mellom holdninger og atferd er komplekst, og har vært gjenstand for forskning siden midten av 1800- tallet (Ajzen 2008). I følge Ajzen (2008) vil våre handlinger være påvirket av forventninger fra omgivelsene. I denne sammenhengen kan se ut som om logopeder ved sykehus har en mer definert rolle med hensyn til hva som forventes av dem i arbeid med dysfagi, enn logopeder som arbeider i skoleverket. At det både arrangeres og annonseres færre kurs i dysfagi sammenliknet med andre logopediske felt, kan også i følge denne tenkningen gi et uklart bilde av hva som forventes av logopeder med hensyn til dysfagifeltet. Slikt sett kan det kanskje ikke forventes at logopedene skal håndtere spise- og svelgevansker på egenhånd? Det som imidlertid er avgjørende, er at logopedene i stor grad opplever ansvar til å takle utfordringer som de står ovenfor. Lucas og Rogers (1998) er to forskere som viser logopeders betydning i dette feltet. Studien sammenlikner dysfagihåndtering av slagrammede i to sykehus, med ulik involvering av logoped. Resultatet viser bedre identifisering av dysfagi, mer utførlig dokumentasjon av ernæring og mindre risiko i håndteringen av vanskene, når logopeden har en ansvarlig rolle i arbeidet.

7. Oppsummering

I denne delen av oppgaven ønsker jeg å sammenfatte resultatene og svare på problemstillingen. Deretter følger noen refleksjoner og kritiske blikk til egen forskning. Avslutningsvis gjør jeg meg noen tanker om dysfagi og logopedisk arbeid i fremtiden. Flere av informantenes spontane kommentarer i spørreskjema vil presenteres sammen med disse fremtidsperspektivene.

7.1 Svar på problemstillingen

Min intensjon med undersøkelsen var først og fremst å undersøke norske logopeders erfaring med spise- og svelgevansker, og deres opplevelse av kunnskap og mestring på feltet. Problemstillingen ble relativt vid: *Hvilke erfaringer har norske logopeder med dysfagi*. En redegjørelse for de viktigste funnene blir nå omtalt med utgangspunkt i forskningsspørsmålene

Hvor stor del av logopedenes arbeid består av kartlegging og behandling av spise- og svelgevansker?

Undersøkelsen viser at det er 40,5 % av informantene som arbeider med dysfagi, et resultat som ligger nært opp til andre undersøkelser som blant annet ASHA har utført. Det er store variasjoner når det gjelder hvor mange vurderinger hver enkelt logoped har utført. I 2007 ble det gjennomført mellom 1-250 vurderinger, og ikke uventet arbeider sykehuslogopedene mest med vanskene. I gjennomsnitt har logopedene som arbeider i feltet vurdert 4,5 personer det siste året, men de fleste har imidlertid kun hatt to vurderinger. Ut fra den totale arbeidsmengden benyttes ca 10 % av arbeidstiden til spise- og svelgevansker, noe som ligger under tall i internasjonale undersøkelser. Når det gjelder arbeid med dysfagi, sett i forhold til aldersgruppe, er forskjellene signifikante. Resultatene viser at det arbeides oftere med spise- og svelgevansker hos voksne, enn hos barn. Det er ingen signifikant sammenheng mellom utviklingsmessige og nevrologiske vansker hos barn og arbeid med dysfagi.

Når det derimot gjelder voksne, viser undersøkelsen at vansker som MS, ALS, parkinson, alzheimer/demens og hjerneslag/hodeskade ofte medfører økt arbeid med dysfagi.

Hvilke kartleggings- og behandlingsformer benyttes?

Logopedene i utvalget benytter i størst grad ikke- instrumentelle undersøkelser. Både bakgrunnsopplysninger, samtale med pårørende og vedkommende som opplever vanskene, blir høyt prioritert i kartleggingen. Litt over halvparten av logopedene benytter skjema. Disse skjemaene har blitt utviklet ved de enkelte arbeidsstedene av et team eller logopeden selv. I den kliniske undersøkelsen inkluderer logopedene i gjennomsnitt 11,5 faktorer, og ikke uventet er det vurdering av oral- og talefunksjon som flest prioriterer. Når det gjelder behandling, kommer det klart frem at logopedene i størst grad både kjenner til, og benytter flest kompensierende tiltak. Bruk av PEG og sonde, riktig hode- og kroppskontroll og diettmodifisering er kjente tiltak. Oralmotoriske øvelser og orofacial reguleringsterapi er de rehabiliterende tiltakene som utmerker seg. Enkelte rehabiliteringsmetoder ser også ut til å være ukjent for flere.

Hvordan vurderer logopedene sin kunnskap om spise- og svelgevansker?

Det er 48 % av informantene som har tilegnet seg kunnskap gjennom utdanningen, og nesten like mange som har deltatt på kurs i dysfagi. Når det gjelder det å påta seg arbeid i feltet er det litt over halvparten som sier ja til slike oppgaver, rundt 20 % svarer nei og resten er usikker. Årsakene som ligger til grunn for å svare nei eller vet ikke, er i stor grad opplevelsen av utrygghet. Flere forutsetter også tverrfaglig samarbeid for å påta seg oppgavene. Det er en sammenheng mellom erfaring og ønske om å arbeide med dysfagi. Hele 72 % som ikke arbeider med spise- og svelgevansker, ønsker heller ikke å gjøre dette. Det er store variasjoner når det gjelder opplevelse av kunnskap og mestring i feltet. På en skala fra 1-7, der høyeste tallet angir svært god kunnskap, viser hele utvalget en gjennomsnittsskåre på 3,3. Ved en sammenlikning av gruppene *med* erfaring (M= 4,32) og *uten* erfaring (M=2,52), er

det store variasjoner. Signifikanstesting viser også at logopedene som har liten tillit til egen kunnskap, i mindre grad ønsker å påta seg arbeid med dysfagi.

Hvordan vurderer logopedene sin trygghet på egne avgjørelser ved spise- og svelgevansker?

Denne delen av oppgaven besto kun av et forskningsspørsmål. Logopedene som arbeidet med dysfagi skulle rangere sin trygghet fra 1-7, der høyeste skåre indikerte svært god. Svarene varierer fra 1-6, med en gjennomsnittsskåre på 4,18. Om lag ¼ av respondentene svarer imidlertid at det oppleves en trygghet fra 1-3, noe som kan indikere at de ikke har fullt tiltro til egne avgjørelser. I spørreskjema kommer det tydelig frem at informantene ønsker samarbeid med flere disipliner. Mange ser ut til å være så utrygge at de setter dette som et kriterium for å påta seg arbeid. Hele 92 % av alle som arbeider med dysfagi, samarbeider med andre fagpersoner. Det ser imidlertid ut som om logopedene i utvalget oftere utveksler erfaringer med andre yrkesgrupper, enn med andre logopedkollegaer. Dette kan sies å være noe tankevekkende.

Mener logopedene at dysfagi er et logopedisk ansvarsområde?

Det er 68,3 % av informantene i utvalget som mener at dysfagi er et logopedisk ansvarsområde, kun 5 % svarer nei, og resten er usikker. Svært mange informanter ønsker å utdype egne svar. Flere fremhever igjen betydningen av tverrfaglig arbeid og kompetanseheving i utdanningen og praksisfeltet. Enkelte opplever også at dysfagi er et fagfelt i "grenseland", og poengterer at logopedi handler om språk, tale, stemme og kommunikasjon. Flertallet mener imidlertid at dysfagi *er* et logopedisk ansvarsområde, og at svelgevansker er knyttet opp til kunnskap som logopedene besitter- om munn, ansikt og hals anatomi.

7.2 Kritiske blikk til egen forskning.

7.2.1 Spørreskjema

Selv om flere av respondentene nevner at spørreskjema tok mindre tid å fylle ut enn antatt, kan skjemaet likevel sies å være omfattende. Med utgangspunkt i eget arbeid med dysfagi, var det svært mye jeg ønsket å få svar på. Med så mange spørsmål ble resultatet en vid problemstilling. Undersøkelsen har tatt sikte på å beskrive de fleste faktorer innen fagfeltet, snarere enn å fordype seg i et enkelte delemner. I ettertid ser jeg også at det hadde vært interessant å fokusere på enkelte områder, i stedet for den brede fremstillingen av fagfeltet.

Når det gjaldt utfyllingen, var det 11 informanter uten erfaring med dysfagi, som likevel besvarte *hele* spørreskjema. En logoped har også skrevet i kommentarfeltet. ”Spørsmål 14, 15, 16, 17, 18 hadde ingen rubrikk for oss uten erfaring fra problem på området”. I ettertid er det tydelig at det første informasjonsbrevet, i likhet med purrebrevet, kunne understreket bedre at spørreskjema var forkortet for disse informantene. I tillegg ville en markering med større og fetere skrifttype, økt oppmerksomheten mot merknaden i skjemaet.

Når det gjelder spørsmålet som dreide seg om hvorvidt man arbeidet som logoped, var det 37 informanter som ut fra denne karakteristikken ble tatt ut av undersøkelsen. I ettertid kan det stilles spørsmålstegn ved dette kriteriet. Det er fullt mulig at flere logopeder med en annen stillingstittel, likevel arbeider med dysfagi. Fordi spørreskjema kun skulle returneres for disse informantene, gav undersøkelsen ingen opplysninger om dem utover dette. Mange logopeder har imidlertid også flere enn ett arbeidsforhold, og det ble av den grunn vanskelig å sette arbeid med dysfagi i sammenheng med arbeidssted. Slik ser man at disse spørsmålene burde vært knyttet bedre opp mot hverandre.

At begrepsvaliditeten ved betegnelsen *klinisk undersøkelse* ikke var tilstrekkelig definert, kommer klart frem hos noen av respondentene. Det er seks logopeder som

svarer at de ikke utfører en klinisk undersøkelse. Ved påfølgende spørsmål viser det seg likevel at alle utfører denne. (se vedlagte spørreskjema).

7.2.2 Utvalget

Når det gjelder frafallet, var dette på 28 %. Ved surveyundersøkelser er dette ikke uvanlig, og svarprosenten kan karakteriseres som tilfredsstillende. Haraldsen (1999) påpeker imidlertid at spørsmål med liten relevans for den enkeltes arbeidssituasjon, ofte er vanskelig å få svar på. Dysfagi kan være et fagfelt som flere opplever at de ikke har noe forhold til. Dersom det i hovedsak er logopeder uten erfaring med dysfagi som ikke har returnert spørreskjema, vil resultatene av undersøkelsen ikke gjenspeile de faktiske forholdene. Både logopedenes erfaring og opplevelse av kunnskap i undersøkelsen, vil således gi et bedre bilde av virkeligheten enn det egentlig er. Det ville vært interessant og kartlagt mulige frafallseffekter i studien, men på grunn av oppgavens omfang og tidsbegrensning vil dette ikke tas med her.

7.3 Framtidsperspektiver

Et av ønskene mine for oppgaven var å rette fokus- og å vekke nysgjerrigheten for dysfagi. Mitt inntrykk er at temaet skapte engasjement hos informantene. I alt er det 41 logopeder som har skrevet spontante notater i kommentarfeltet i slutten av spørreskjema. Det er gledelig å se at i nesten ¼ av disse kommentarene påpeker logopedene at dysfagi et viktig tema. Enkelte av informantene skriver også at spørreskjema har hatt en læringseffekt og minnet dem på at dette er et aktuelt tema innen logopedien. Noen av disse kommentarene er:

”Her fikk jeg også tips til ting jeg kan sette meg mer inn i og lese mer om.”

”Eg trur denne undersøkelsen er bevisstgjerande. Fordi eg egentlig er pensjonist, er ikkje dette eit område eg vil utdjupe, men hadde eg vore aktiv hadde eg kom til å gjere det.”

”Du har minnet meg på at jeg nok burde ha lært meg mer om dette feltet - (som altså ikke var en del av min logopedutdanning).”

En forutsetning for å oppdage barn og voksne med svelgevansker, er at man har noe kunnskap om feltet. Hensikten med denne undersøkelsen var å se hvilke erfaringer logopedene har med denne gruppen. Funnene har gitt et bilde av dysfagiarbeidets omfang, metoder og opplevelse av kunnskap og trygghet hos logopedene i Østlandsområdet. For å avgjøre om funnene kan sies å gjelde alle logopedene i NLL, må det imidlertid mer forskning til. Selv om undersøkelsen ikke kan generaliseres til hele populasjonen av norske logopedene, gir den likevel et bilde av erfaringen hos medlemmer i Oslo- og Bu-Te-Ve lokallag.

Ut fra funnene kan det sies å være store variasjoner blant logopedene med hensyn til både erfaring og kunnskap. Det kan se ut som om logopedene oftere samarbeider med andre faggrupper, enn seg imellom, når det gjelder arbeid med dysfagi. En logoped skriver også: ”Skulle gjerne visst hvem jeg kunne kontakte”. Undersøkelsens resultater viser imidlertid at det er flere logopedene som har svært god erfaring og kunnskap. Av den grunn finnes det allerede muligheter til å utnytte dagens tilgjengelige ressurser mye mer. Kunnskapsoverføring og tettere samarbeid mellom instanser og de enkelte logopedene, ser ut til å kunne vektlegges bedre. På nåværende tidspunkt kan det se ut som om behovet til voksne - og særlig barn, ikke oppfylles godt nok. Med samfunnets voksende behov for kunnskap og oppfølging av mennesker med spise- og svelgevansker, vil det være store muligheter for logopedene å ta del i denne utviklingen. For å utnytte dette behovet kan det imidlertid se ut til å være en nødvendighet for å evaluere kartleggingsmetoder og å satse på kompetanseheving. To logopedene sier det slik:

Det bør gis tilbud om grundig opplæring i forhold til svelgevansker når en logoped blir tillagt behandlingsansvar. Dette er så spesielt at en, selv om en har hatt saker tidligere, ikke vil kunne nok til å gi god hjelp.

”.....Alle logopedene bør ha grunnleggende kunnskaper om dysfagi, og noen bør utvikle seg til spesialister innen området”.

Når det gjelder dette fagfeltet, kan man aldri helt være sikker på alle slutninger og tolkninger som tas. Ved å etterstrebe en mer systematisk tenkning og - metodevalg, vil det imidlertid legges bedre til rette for best mulig gyldighet og pålitelighet. For

logopeder med liten- eller ingen erfaring vil også et enkelt screeningsverktøy og tettere samarbeid med andre kollegaer bidra til å både skape trygghet og forutsigbarhet.

8. Avslutning

”Thinking out of the box” kaller Riquelme (2004) arbeidet med dysfagi. Han påpeker at logopeder som arbeider med dette feltet, må se på anatomien og fysiologien som de har lært i forbindelse med språkproduksjon, og overføre denne kunnskapen til svelging. Slik ser vi at logopeder allerede har gode forutsetninger for å arbeide med dysfagi. Sandmo (1999) fremhever også at logopeder har en viktig rolle, ettersom slike vansker ofte opptrer sammen med kommunikasjonsvansker. Å la barn og voksne få sette ord på opplevelser som er knyttet opp til det å rammes av spise- og svelgevansker, er noe som logopeder allerede har gode forutsetninger for. Mennesker som opplever dysfagi, kan tenkes å ha et enda større behov for støtte, medmenneskelig kontakt og noen å dele tanker og følelser med. God håndtering av spise- og svelgevansker innebærer ikke bare viten om anatomi og nevrologi. Det å vise både familie og den det gjelder, at man bryr seg, er av stor betydning. Sandmo (1999) fremhever også at man ikke skal være engstelig for å gå inn i feltet, og påpeker at sjansen er stor for å gjøre noe godt for den det gjelder. Har man noe kunnskap, kommer man langt på vei. Utover dette dreier det seg om å være fysisk og psykisk tilstede, og vise anerkjennelse, tillit og empati. Med en interesse for fagfeltet, er dette et godt grunnlag for å starte.

Både yrkesmessig og ikke minst menneskelig byr møte med mennesker som opplever dysfagi på utfordringer. Man møter barn og voksne i en vanskelig periode i livet. Det kan være en periode med redsel, sorg og frustrasjon. Redsel for å sette en matbit i halsen, sorg fordi høytidens sosiale sammenkomst må avslås, eller frustrasjon fordi ingen forstår at matens konsistens ikke lar seg tygge. Men ved å legge til rette for god kommunikasjon og å ha noe kjennskap til symptomer, årsaker og kartlegging, er man godt på vei. Med disse forutsetningene vil man også oppleve at dette er et takknemlig arbeid. Takknemlige mennesker som endelig kan drikke en kopp kaffe eller spise en porsjon middag, etter uker eller måneder uten mat gjennom munnen. Det er disse øyeblikkene som gjør arbeidet så verdifullt og motiverende.

Kildeliste

Ajzen, I. (2008) *Theory of planned behaviour*. *TpB Diagram* URL:

<http://people.umass.edu/aizen/tpb.diag.html> (Lesedato: 14.08.08)

Anderson, P. (2003) Munhålsans inverkan på ätandet. I Westergren, A. (red.):

Svårigheter at äta. Sweden: Lund Studentlitteratur

Andreassen, B. (2002) Norsk Logopedlag og logopedutdanningen. I Norsk

Logopedlag. *Norsk logopedi ved tusenårsskiftet*. Lura Trykkeri a/s

Aschehoug og Gyldendals Store Norske Leksikon (2008) URL:

<http://www.storenorskeleksikon.no/searchhits.html?search=erfaring&x=16&y=5>

(Lesedato: 12.08.08)

Ask, F.F. (1998) *Elementær statistikk. En pedagogisk innføring*. Oslo: Unikurs

Bateman, C. Leslie, P. Drinnan, M. (2007) Adult Dysphagia Assessment in the UK and Ireland: Are SLTs Assessing the Same Factors? *Dysphagia*, 22: 174-187

Befring, E. (2002) *Forskningsmetode og statistikk*, 3.utg. Oslo: Det Norske Samlaget

Bjor, L. Opsahl, G. Rugås, L. (2007) Svelgetesting. Avdekking av dysfagi hos

hjerneslagpasienter i akutfasen. *Norsk Tidsskrift for Logopedi*, 2: 26-31

Bjørndal, A. & Hofoss, D. (2004) *Statistikk for helse- og sosialfagene*. Oslo:

Gyldendal Norsk forlag AS

Botolfsen, Pernille (2008) Underviser og fagansvarlig for enheten Fysioterapi ved nevrologiske funksjonsforstyrrelser (Telefonsamtale: 22.08.08)

Boyhan, L. (2007) *Forekomst av spiseproblemer og ernæringsstatus hos premature barn. En oppfølging ved 20 måneders alder*. Masteroppgave i klinisk ernæring.

Universitetet i Oslo.

Brockett, R. (2006) Medical Management of Patients at Risk of Aspiration. I Cichero, J. & Murdoch, B. (edit.) *Dysphagia, Foundation, Theory and Practice*. UK: John Wiley & Sons Ltd

Cichero, J. (2006) Conditions Commonly Associated with Dysphagia. I Cichero, J. & Murdoch, B. (edit.) *Dysphagia, Foundation, Theory and Practice*. UK: John Wiley & Sons Ltd

Clark, H.M. (2003) Neuromuscular treatments for speech and swallowing: A tutorial. *American Journal of speech and language pathology*, 12: 400-415

Colodny, N. (2002) Interjudge and intrajudge Reliabilities in Fiberoptic Endoscopic Evaluation of Swallowing (FEES®) Using Penetration Aspiration Scale: A Replican Study. *Dysphagia*, 17: 308-315

Colton, R.H. & Caspar, J.K. (1996) *Understanding voice problems. A Physiological Perspective for Diagnosis and Treatment*. USA: Lippincott Williams & Wilkins

Daniels, S.K. Ballo, L.A. Mahoney, M.C. Foundas, A.L. (1997) Clinical assessment of swallowing and prediction of dysphagia severity. *American Journal of Speech and Language Pathology*, 6: 17-24

Davies, A.E. Stone, S.P. & MacMahon, J. (1995). Pharyngeal sensation and gag reflex in healthy subjects. *The Lancet* 345, Issue 8948: 487-488

de Vaus, D. (2002) *Surveys in social research*, 5th edition. London: Routledge

Ekberg, O. Hamdy, S. Woisard, V. Wuttge-Hannig, A. Ortega, P. (2002) Social and Psychological Burden of Dysphagia: Its Impact on Diagnosis and Treatment. *Dysphagia* 17: 139-146

Ekberg, O. (2008) *Normal sväljning inklusive anatomi och fysiologi*. Svenska Dysfagiförbundet. URL: <http://www.dysfagi.se/svaljningssvarigheter.php> (Lesedato:12.08.08)

Ellekjær, H. & Selmer, R. (2007) Hjerneslag-like mange rammes, men prognosen er bedre. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 127: 740-743

Enderby, P. (1983) *Frenchay dysartritest*. Tilrettelagt for norsk av: Nordli, I.C.
Bjerkan, K.M. Stabell-Kulø, G-I. Moen, I.K. Oslo: Novus forlag

Field, G. Garland, M. Williams, K. (2003) Correlates of specific childhood feeding problems. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 39: 299-304

Gausdal, A.H. (2003) *Kunnskaps-utviklingsprosessen*. Forelesningsnotat. URL:
<http://www.hive.no/www-sa/fag/okad/ang/kunnskapsutviklingsteorien.ppt> (Lesedato: 14.08.08)

GI Motility online, Goyal & Shaker *Origin of cranial nerves involved in swallowing*.
http://www.nature.com/gimo/contents/pt1/fig_tab/gimo2_F2.html (lesedato: 13.06.08)

Gross, R.D. Atwood Jr, C.W. Ross, S.B. Eichhorn, K.A. (2008) The coordination of Breathing and Swallowing in Parkinson's Disease. *Dysphagia*, 23: 136-146

Hägg, M. & Larsson, B. (2004) Effects of Motor and Sensory Stimulation in Stroke Patients with Long- Lasting Dysphagia. *Dysphagia* 19: 219-230

Hägg, M. (2008) Sensorimotor brain plasticity in stroke patients with dysphagia. A methodological study on investigation and treatment. *Dysfaginytt, En tidning frå SVENSK DYSFAGIFÖRBUNDET för pasienter med ät- och sväljsvårigheter*. 1/2008

Halvorsen, K. (1994) *Å forske på samfunnet- en innføring i samfunnsvitenskaplig metode*. Oslo: Bedriftsøkonomenes Forlag A/S

Hammel Neurocenter. Forside på prosjektrapport. Undersøgelse af synkeproblemer hos senhjerneskadede pasienter. *Illustrasjon av svelgeprosessen*. Oral- faryngeal og øsofagal fase.

http://www.birgittegammeltoft.dk/artiklerye/artikler/projekt_synkeproblmer.htm
(lesedato: 13.06.08)

Haraldsen, G. (1999) *Spørreskjemametodikk- etter kokebokmetoden*, 1.utg. Oslo: Ad Notam Gyldendal AS

Haukeland, I. (2002) Logopedi til voksne i sykehus. I Norsk Logopedlag. *Norsk logopedi ved tusenårsskiftet*. Lura Trykkeri a/s

Haynes, B. & Haines, H. (1998) *Barriers and bridges to evidence based clinical practice. BMJ medical publication of the year*. URL: <http://bmj.com/cgi/content/full317/7153/273> (Lesedato: 14.08.08).

Haaland-Johansen, L. (2007) Evidensbasert praksis- av interesse for norsk logopedi, *Norsk Tidsskrift for Logopedi*. 2: 5-8

Hellevik, O. (2002) *Forskningsmetode i sosiologi og statsvitenskap*, 7. utg. Oslo: Universitetsforlaget

Iltstad, S. (1989) *Survey-metoden- en veiledning i utvalgsundersøkelser*, 5. utg. Oslo: Trondheim: Tapir Akademisk Forlag

Johannessen, A. (2007) *Introduksjon til SPSS*, 3. utg. Oslo: Abstrakt Forlag

Johannessen, A. Tufte, P.A. Kristoffersen. L. (2007) *Introduksjon til Samfunnsvitenskaplig metode*. Oslo: Abstrakt Forlag

Karlsson, S. (2007) Livskvalitet ved dysfagi-påverkas livskvaliteten ved dysfagi ved kostanpassning? *Dysfaginytt, En tidning från SVENSKA DYSFAGIFÖRBUNDET för pasienter med ät- och sväljsvårigheter*. 4/2007

Karlstad, H. og Sørland, B. (2002) Broen til det neste årtusen. I Norsk Logopedlag ved Preus, A. (red.) *Troll i ord Norsk Logopedlag 1948-1998*. Fredrikstad: Møklegaards Trykkeri AS.

Kjær, P.L. (1999) Fysisk intervensjon i forhold til spisesituasjonen. I Stensvold, H. & Utne, L.(red) *Dysfagi*. Oslo: Ad Notam Gyldendal

-
- Kloving, A. (2001). EBM og Internett for travle leger. URL: www.cmwr.org (Lesedato: 12.08.08)
- Knappenforeningen Norge (2008) Foreningen for barn med spiseproblemer. URL: <http://www.knappenforeningen.no/10/30> (Lesedato: 12.08.08)
- Korbmacher, H. Limbrock, J. Kahl-Nieke, B. (2004) Orofacial Development in Children with Down's Syndrome 12 Years after Intervention with a Stimulating Plate. *Journal of Orofacial Orthopedics*, 65: 60-73
- Koss, M.M. Fossler, R. Jakobsen, U. Bølling, G. (2002) Logopedi, lover og regelverk. I Norsk Logopedlag. *Norsk logopedi ved tusenårsskiftet*. Lura Trykkeri a/s
- Kuhlemeier, K.V. Palmer, J.B. Rosenberg, D. (2001) Effect of liquid Bolus Consistency and Delivery Method on Aspiration and Pharyngeal Retention in Dysphagia Patients. *Dysphagia*, 16: 119-122
- Kumlien, S. (2003) Upptäckt av svårigheter att äta inom äldreomsorg. I Westergren, A. (red.) *Svårigheter att äta*. Sweden: Lund Studentlitteratur
- Kunnskapsdepartementet (2000) *Norsk Logopedlag Spørreundersøkelse 2000* URL: http://www.regjeringen.no/nb/dep/kd/dok/rapporter_planer/rapporter/2000/Vedlegg-2-NORSK-LOGOPEDLAG/3.html?id=277268 (Lesedato: 12.08.08)
- Kvernbekk, T. (2002) Vitenskapsteoretiske perspektiver. I Lund, T. (red): *Innføring i forskningsmetodologi*. Oslo: Unipub forlag og forfatteren
- Langaker Blix, T.(2002) Castillo Morales –metoden. *Spesialpedagogikk* 1/2002
- Langmore, D.E. & Miller, R.M. (1994) Behavioural treatment for adults with oropharyngeal dysphagia. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 75: 1154-60
- Langmore, S.E. Terpenning, M.S. Schork, A. Chen, Y. Murray, J.T. Lopatin, D. Loesche, W.J. (1998) Predictors of aspiration pneumonia: how important is dysphagia? *Dysphagia* 13: 69-81

- Leopold, N.A. & Kagel, M.C. (1997) Dysphagia- Ingestion or Deglutition?: A Proposed Paradigm. *Dysphagia* 12: 202-206
- Leslie, P. Crawford, H. Wilkinson, H. (2008) People with Learning Disability and Dysphagia: A Cinderella Population? *Dysphagia*, Springer Science+Business Media, LCC, DOI: 10.1007/s00455-008-9153-4
- Logeman, J.A. (1997) Role of the modified barium swallow in management of patients with dysphagia. *Otolaryngol Head Neck Surg*, 116: 335-338
- Logeman, J. (1998) *Evaluation and Treatment of Swallowing Disorders*, second edition. Austin Texas: Pro-ed.
- Logeman, J.A. Veis, S. Colangelo, L. (1999) A screening Procedure for Oropharyngeal Dysphagia, *Dysphagia*, 14: 44-51
- Logeman, J. (2006) Levels of Evidence Supporting Dysphagia Interventions: Where are We Going? *Seminars in speech and language*, 27 (4): 219-225
- Logeman, J. (2008) Physiology and radiology of the normal oral and pharyngeal swallowing. *Topics in Geriatric Rehabilitation*.
- Lucas, C. & Rodgers, H. (1998) Variation in the management of dysphagia after stroke: does SLT make a difference? *International Journal of Language & Communication Disorders*, 33: 284-289.
- Lund, T. (1996) *Metoder i kausal samfunnsforskning*. Oslo: Universitetsforlaget AS
- Lund, T. (2002) Metodologiske prinsipper og referanserammer. I Lund, T. (red): *Innføring i forskningsmetodologi*. Oslo: Unipub forlag og forfatteren
- Marrie, T.J. (1998) Community-acquired pneumonia: epidemiology, etiology, treatment. I *Infect Dis Clin North Am*, 12(3): 723-40
- Martino, R. Pron, G. Diamant, N.E. (2004) Oropharyngeal Dysphagia: Surveying Practice Patterns of the Speech-Language Pathologists. *Dysphagia*, 19: 165-176

-
- Mathers-Schmidt, B.A. & Kurlinski, M. (2003). Dysphagia Evaluation Practices: Inconsistencies in Clinical Assessment and Instrumental Examination Decision-Making. *Dysphagia*, 18: 114-125
- McCullough G.H. Wertz, R.T. Rosenbek, J.C. (1999) Clinicians' preferences and practices in conducting clinical/bedside and videofluoroscopic swallowing examinations in an adult, neurogenic population. *American Journal of Speech Language Pathology*, 8: 149-163
- Mordal, T.L. (2000) *Som man spør får man svar*. Oslo: Universitetsforlaget
- Morgan, A. & Reilly, S. (2006) Clinical Signs, Aetiologies and Characteristics of Paediatric Dysphagia. I Cichero, J. & Murdoch, B. (edit.) *Dysphagia, Foundation, Theory and Practice*. UK: John Wiley & Sons Ltd
- Nilsson, H. Ekberg, O. Olsson, R. Hindfelt, B. (1998) Dysphagia in stroke: A prospective study of quantitative aspects of swallowing in dysphagia patients. *Dysphagia*, 13: 32-38
- Nordahl, T. (2000) *En skole- to verdener. Et teoretisk og empirisk arbeid om preoblematferd og mistilpasning i et elev- og lærerperspektiv*. Det utdanningsvitenskaplige fakultet, UIO. Oslo: Unipub forlag
- Norsk Logopedlag (1996) *Hva er logopedi?* URL: <http://www.norsk-logopedlag.no/page.php?id=25&parentid=12> (Lesedato: 14.08.08)
- Norsk Logopedlag (2007) *Referat fra den 7.konferansen om logopedutdanningen*. Gardermoen 16.01.07. URL: : <http://www.norsk-logopedlag.no/page.php?id=51parentid=17> (Lesedato 14.08.08)
- Opplæringsloven § 4A-1 og § 4A-2. *Afasiforbundet I Norge. Rett til opplæring*. URL: http://www.afasi.no/home/rettigheter/rett_til_opplaering (Lesedato: 14.08.08)
- Pauly, L. Stehle, P. Volkert, D. (2007) Nutritional situation of elderly nursing home residents. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 40: 3-12

Perry, L. (2001) Screening swallowing function of patients with acute stroke. Part one: identification, implementation and initial evaluation of a screening tool for use by nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 10: 463-473

Pettigrew, C.M. & O'Toole, C. (2007) Dysphagia Evaluation Practices of Speech and Language Therapists in Ireland: Clinical Assessment and Instrumental Examination Decision-Making. *Dysphagia*, 22: 235-245

Pownall, S. (2004) Approaches to teaching dysphagia to speech and language therapy students. I Brumfitt, S. (red.) *Innovations in professional education for speech and language therapy*. London: Whurr Publishers Ltd.

Ramsey, D. Smithard, D. Donaldson, N. Kalra, L. (2005) Is Gag Reflex Useful in the Management of Swallowing Problems in Acute Stroke. *Dysphagia*, 20: 105-107

Reilly, S. Skuse, D. Poblete X. (1996) Prevalence of feeding problems and oral motor dysfunction in children with cerebral palsy: a community survey. *Journal of Paediatrics*, 129: 877-882

Reilly, S. (2004) The evidence base for the management of dysphagia. I Reilly. S. Douglas, J. Oates, J. (edit.) *Evidence based practice in speech pathology*. London: Whurr Publishers

Ringdal, B. (2003) *Pårørende i fokus. Grupper for afasirammedes pårørende*. Oslo: Novus forlag

Riquelme, L.F. (2004) *Cultural Competence in Dysphagia*. ASHA leader. URL: <http://www.findarticles.com> (Lesedato: 20.04.05)

Rivelsrud, M.C. (1999) Klinisk vurdering av spise- og svelgevansker, 2. utg. I Stensvold, H. & Utne, L. (red.) *Dysfagi*. Oslo: Ad Notam Gyldendal

Rygvold, A-L. (2005) Logopedutdanningen i Norge- fra ettårig videreutdanning til mastergradstudium. *Norsk Tidsskrift for Logopedi* 1/2005

-
- Rygvold, T. & Rygvold, A-L. (2005) *Norsk Logopedlags spørreundersøkelse 2005*. URL: <http://www.norsk-logopedlag.no/page.php?id=17> (Lesedato: 12.06.08)
- Rørbech, L. (1999) *Stemmebrugslære*. København: C.A. Reitzels Forlag A/S
- Sandmo, T. (1999) Videofluoroskopi av dysfagipasienter. *Norsk Tidsskrift for Logopedi* 2/1999
- Sandmo, T. (2003) Dysfagi hos voksne- refleksjoner etter mange års erfaring. *Norsk Tidsskrift for Logopedi* 1/2003
- Serradura-Russel, A. (1992) Ethical Dilemmas in Dysphagia Management and the Right to a Natural Death. *Dysphagia*, 7: 102-105
- Sheppard, J.J. (2006) Developmental Disability and Swallowing Disorder in Adults. I Cichero, J. & Murdoch, B. (edit.) *Dysphagia, Foundation, Theory and Practice*. UK: John Wiley & Sons Ltd
- Sidenvall, B. (2003) Måltidsmiljö och rutiner. I Westergren, A. (red.) *Svårigheter at äta*. Sweden: Lund Studentlitteratur
- Skeat BspPath (Hons), J. & Perry, A. (2005) Outcome Measurement in Dysphagia: Not So Hard to Swallow. *Dysphagia* 20: 113-122
- Skriung, M. (2004) *Dysfagi etter hjerneslag- mestring av spise- og svelgevansker etter hjerneslag*. Hovedfagsoppgave i Spesialpedagogikk. Oslo: Institutt for Spesialpedagogikk
- Spieker, M.R. (2000) Evaluation Dysphagia. *American Family Physician*, Vol 61, 3639, Issue 12.
- Stabell-Kulø, G-I. (2002) Logopedi i Rehabiliteringssykehus . I Norsk Logopedlag. *Norsk logopedi ved tusenårsskiftet*. Lura Trykkeri a/s
- Statistisk Sentralbyrå (2008 a) *Befolkningsveksten fortsetter*. URL: <http://www.ssb.no/emner/02/03/folkfram/> (Lesedato: 13.08.08).

Statistisk Sentralbyrå (2008b) *Folkemengde etter alder og etter fylke per 1. januar. Registrert 2005. Framskrevet 2010-2060*. URL:

<http://www.ssb.no/aarbok/2007/tab/tab-103.html> (Lesedato: 13.08.08)

Stefanakos, K. H. (2004) *Comprehensive DPNS. A workshop on deep pharyngeal neuromuscular stimulation. Resource text European Version*. The Speech team inc.

Stensvold, H. (1999) Innføring i den normale svelgeprosessen. I Stensvold, H. & Utne, L.(red) *Dysfagi*. Oslo: Ad Notam Gyldendal

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

Sørensen, M.M. (2007) *Mat til besvær? Spise- og ernæringsvansker hos barn 0-6 år*. Masteroppgave i Spesialpedagogikk. Oslo: Institutt for Spesialpedagogikk

TAKO-senteret (2001) *Orofacial stimulerings- og reguleringsterapi*. URL:

<http://uib.no/isf/nfg/geronius/2001nr4/2001nr46.htm> (Lesedato 14.08.08)

Theie, S. (1999) *Prosjekt skolevurdering. Elevvurderinger Faktoranalyser og Reliabilitetsanalyser*. Data fra elever I Telemark fylke. Oslo: Institutt for Spesialpedagogikk. Det utdanningsvitenskaplige fakultet. Universitetet i Oslo

Vesey, S. Leslie, P. Exley, C. (2008) A Pilot Studie Exploring the Factors that Influence the Decision to have PEG Feeding in Patients with Progressive Conditions. *Dysphagia*. Springer New York. DOI: 10.1007/s00455-008-9149-0

Wikipedia (2008) *Kunnskap*. URL: <http://no.wikipedia.org/wiki/Kunnskap>

(Lesedato: 14.08.08)

Wormnæs, O. (1996) *Vitenskap, enhet og mangfold*. Oslo: Ad Notam Gyldendal

Oversikt over figurer og tabeller

Liste over figurer

- Figur 1: Illustrasjon av kranienervene involvert i svelging
- Figur 2: Illustrasjon av svelgeprosessen. Oral-faryngeal og øsofagal fase
- Figur 3: Antall informanter sett i forhold til arbeidssted
- Figur 4: Oversikt over vansker hos barn, sett i forhold til logopedenes arbeid
- Figur 5: Oversikt over vansker hos voksne, sett i forhold til logopedenes arbeid
- Figur 6: Fordeling av antall vurderinger blant logopedene som arbeider med dysfagi
- Figur 7: Arbeid med dysfagi, sett i forhold til vansker hos barn
- Figur 8: Arbeid med dysfagi, sett i forhold til vansker hos voksne
- Figur 9: Faktorer som logopedene inkluderer i den kliniske undersøkelsen
- Figur 10: Behandling- kompensierende tiltak
- Figur 11: Behandling- rehabiliterende tiltak
- Figur 12: Grad av trygghet blant logopedene som arbeider med dysfagi
- Figur 13: Logopedenes samarbeidsformer

Liste over tabeller

- Tabell 1: Arbeid med dysfagi sett i forhold til arbeidssted
- Tabell 2: Arbeid med dysfagi, sett i forhold til aldersgruppe
- Tabell 3: Komponenter som logopedene inkluderer i sin vurdering av dysfagi
- Tabell 4: Arbeid med dysfagi, sett i forhold til kursdeltakelse
- Tabell 5: Arbeid med dysfagi, sett i forhold til det å påta seg arbeid i feltet
- Tabell 6: Indeksen- Logopedenes opplevelse av kunnskap og mestring
- Tabell 7: Indeksen sett i forhold til det å påta seg arbeid
- Tabell 8: Logopedenes syn på dysfagi som logopedisk ansvarsområde

Logopeders erfaring med dysfagi- En spørreundersøkelse

Når man har vansker med å spise og svelge kalles det dysfagi. Vanskene opptrer ved flere sykdommer og tilstander blant barn, unge og eldre mennesker. Det er ikke før de siste 10-15 årene at kunnskapen har vokst, og behandling av vanskene antas nå å være det største økende området innen logopedisk arbeid.

Formålet med denne undersøkelsen er å få et innblikk i norske logopeders erfaringer med dysfagi.

1. Jeg er medlem av:
 - Oslo Logopedlag
 - Bu/Te/Ve Logopedlag
 - Annet
(avslutt og returner undersøkelsen)

2. Arbeider du som logoped?
 - ja
 - nei
(avslutt og returner undersøkelsen)

3. Jeg er:
 - mann
 - kvinne

Alder:

4. Hvor mange år har du arbeidet som logoped?
Jeg har arbeidet i år.

5. Hvor stor stilling har du som logoped?
Jeg har % stilling.

6. Jeg arbeider som logoped på/i:
(Sett gjerne flere kryss.)
 - barnehage
 - skole
 - voksenopplæring
 - sykehus
 - privat praksis

Vedlegg 1. Spørreskjema side 2/8

8. Jeg arbeider med barn som har: (sett gjerne flere kryss)
(Dersom du ikke arbeider med barn, gå videre.)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> hodeskade (fall ulykker) | <input type="checkbox"/> premature vansker |
| <input type="checkbox"/> cerebral parese | <input type="checkbox"/> psykisk utviklingshemming |
| <input type="checkbox"/> andre nevrologiske vansker | <input type="checkbox"/> syndromer |
| <input type="checkbox"/> andre vansker: | |

9. Jeg arbeider med voksne som har: (sett gjerne flere kryss)
(Dersom du ikke arbeider med voksne, gå videre.)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> hjerneslag/hodeskade | <input type="checkbox"/> parkinson sykdom |
| <input type="checkbox"/> alzheimer/demens | <input type="checkbox"/> amyotrofisk lateral sklerose (ALS) |
| <input type="checkbox"/> psykisk utviklingshemming | <input type="checkbox"/> multippel sklerose (MS) |
| <input type="checkbox"/> syndromer | <input type="checkbox"/> andre nevrologiske vansker |
| <input type="checkbox"/> andre vansker | |

10. Er dysfagi et aktuelt tema innen ditt nåværende praksisfelt?

- ja
 nei Hvorfor ikke?

11 a.)

Hvor mange prosent av ditt logopediske arbeid har bestått av kartlegging og behandling av mennesker med dysfagi, de siste 12 månedene?

Ca. % har vært benyttet i arbeid med dysfagi.

b.)

De siste 12. månedene har jeg vurdert ca. personer med dysfagi.

c.) Er dette året representativt for ditt gjennomsnittlige logopediske arbeid?

- | | |
|-----------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> Nei, dette er mer enn gjennomsnittlig. |
| | <input type="checkbox"/> Nei, dette er mindre enn gjennomsnittlig. |

(Dersom du ikke har arbeidet med dysfagi det siste året, gå til spørsmål 19.)

12. Samarbeider du med andre fagpersoner når det gjelder mennesker med dysfagi?
(Sett gjerne flere kryss.)

- ja Hvilke? fysioterapeut helsepersonell
 ergoterapeut logoped
 andre

nei Hva er årsaken til dette?
(Sett gjerne flere kryss.)

- Geografisk avstand Samarbeidet fungerer ikke.
 Tidsbegrensning Vet ikke hvem jeg kan kontakte.
 Annen grunn

13. På hvilken måte foregår samarbeidet?

(Dersom du ikke samarbeider med andre fagpersoner, gå til neste spørsmål.)

- I et tverrfaglig team Ved behov
 I en ansvarsgruppe Annet

Hvor ofte er dette?

Kartlegging

14. Hvor ofte inkluderer du disse komponentene i din vurdering av svelgevansker?

	Aldri	Sjelden	Ofte	Alltid
Bakgrunnsopplysninger (anamnese)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Samtale med barnet/den voksne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Samtale med foreldre/pårørende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Måltidsobservasjon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klinisk undersøkelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FEES (fiberendoskopisk undersøkelse)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Videofluoroscopi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre? <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vedlegg 1. Spørreskjema side 4/8

15. Bruker du noen kartleggingskjema i vurderingene dine?

- ja Hvem har utviklet dette/
navn på skjema?
- nei

16. Kryss av for hvilke faktorer som vurderes i din kliniske undersøkelse av dysfagi.
(Gå videre til neste spørsmål dersom du ikke utfører denne.)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Respirasjon | <input type="checkbox"/> Initierting av svelgerefleks |
| <input type="checkbox"/> Ansikt (symmetri, tonus) | <input type="checkbox"/> Heving av strupehodet (firefingertest) |
| <input type="checkbox"/> Oralmotorikk (leppe, kjeve, tunge, kinn) | <input type="checkbox"/> Brekningsrefleks |
| <input type="checkbox"/> Ganeseglfunksjon | <input type="checkbox"/> Salive (spyttduksjon) |
| <input type="checkbox"/> Daglig ernæring og vekt | <input type="checkbox"/> Tilleggsvansker (kognisjon, pareser) |
| <input type="checkbox"/> Munnhygiene og tannstatus | <input type="checkbox"/> Talefunksjon |
| <input type="checkbox"/> Oral/talepraksi | <input type="checkbox"/> Utpøving av ulike typer bolus (mat) |
| <input type="checkbox"/> Stemmekvalitet | <input type="checkbox"/> Utpøving av svelgeteknikker |
| <input type="checkbox"/> Sensorisk funksjon | <input type="checkbox"/> Annet |



Behandling

Både kompensierende- og rehabiliterende tiltak benyttes for å bedre svelgevansker. Mens kompensierende tiltak opptrer i form av erstatninger for nedsatt funksjon, vil vi ofte med rehabiliterende metoder oppnå en permanent forandring i svelgefunksjonen. Begge er betydningsfulle aspekter i bedringsforløpet, og benyttes ofte samtidig ved trening av svelgefunksjonen.

I spørsmålene nedenfor ønsker jeg å få et innblikk i hvilke kompensierende tiltak og rehabiliteringsmetoder du har kjennskap til, og hvilke av disse du benytter.

17. Disse kompensierende tiltakene

kjenner jeg til (sett kryss):

benytter jeg (sett kryss):

- | | | |
|--------------------------|--|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Tilrettelegge for bedre kropps-/hodekontroll | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Vende hodet mot høyre eller venstre | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Supraglottisk svelging | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Mendelsohn manøver | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Vende hodet ned mot brystet (chin tuck) | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Strekke nakken bakover | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Kraftfull svelging (effortfull swallowing) | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Diettmodifisering (drikke-/matkonsistens) | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Bruk av P.E.G. og nasogastric sonde | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Andre? (Nevn alle du kan.) | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |

18. Disse rehabiliteringsmetodene

kjenner jeg til (sett kryss):

benytter jeg (sett kryss):

- | | | |
|--------------------------|--|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Termastimulering/kuldestimulering | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Orofacial reguleringsterapi | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | F.O.T.T. (Facio-Oral-Tract-Therapy) | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Oralmotoriske øvelser | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | The Shaker exercise | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | DPNS (deep pharyngeal neuromuscular stimulation) | <input type="checkbox"/> |

Vedlegg 1. Spørreskjema side 6/8

kjenner jeg til (sett kryss):

benytter jeg (sett kryss):

 Elektrisk stimulering

Andre? (Nevn alle du kan.)

19. Om du fikk en henvisning vedrørende dysfagi. Ville du påtatt deg arbeidet?

 Ja Nei

Eventuelt kommentar?

 Vet ikke

20. Var dysfagi en del av undervisningen / pensumlitteraturen når du tok din utdanning?

 ja nei husker ikke

21. Har du deltatt på kurs i dysfagi?

 jaNotér årstallet for det **siste** kurset du deltok på?

Hvem arrangerte kurset?

 nei

22. Synes du kurstilbudet innen dysfagi tilfredsstillende dine behov?

 ja nei annet

Synspunkter på egen kunnskap og mestring

På en skala fra 1-7, ønsker jeg å få rede på din opplevelse av kunnskap og mestring i arbeidet med svelgevansker.

(Sett en sirkel rundt tallet so som passer deg)

23. Hvordan vurderer du din kunnskap om symptomer på spise- og svelgevansker?

Svært dårlig 1 2 3 4 5 6 7 Svært god

24. Hvordan vurderer du din kunnskap om mulige årsaker til spise- og svelgevansker?

Svært dårlig 1 2 3 4 5 6 7 Svært god

25. Hvordan vurderer du din kunnskap om kartlegging av spise- og svelgevansker?

Svært dårlig 1 2 3 4 5 6 7 Svært god

26. Hvordan vurderer du din kunnskap om behandling av spise- og svelgevansker?

Svært dårlig 1 2 3 4 5 6 7 Svært god

27. Hvordan vurderer du din trygghet på egne avgjørelser ved spise- og svelgevansker?

(Gå videre dersom du ikke arbeider med dysfagi)

Svært dårlig 1 2 3 4 5 6 7 Svært god

28. Mener du at dysfagi er et logopedisk ansvarsområde?

ja nei vet ikke

Begrunn gjerne svaret ditt her:

Vedlegg 1. Spørreskjema side 8/8

Skriv gjerne noen kommentarer om spørreundersøkelsen, dersom du ønsker dette:



Tusen takk for hjelpen!

Vennligst returnér skjemaet i vedlagte konvolutt.

Navn:

**Norske logopeders erfaring med spise- og svelgevansker
-hos barn og voksne**

Kjære logoped

Det snakkes og skrives mer om spise og svelgevansker (dysfagi) i dag, enn tidligere. Gjennom det siste tiåret har fagfeltet og kunnskapen om dysfagi hatt en betydelig utvikling, og i utenlandsk litteratur kan man lese at behandling og vurdering av disse vanskene antas å være det største økende området innen logopedisk arbeid. Fagfeltet kan sies å være relativt ungt i Norge, og ble ikke en del av pensumlitteraturen på logopedstudiet før i 1999.

Gjennom mitt arbeid som logoped ved sykehus, opplever jeg nå en økning i antall dysfagihenvisninger. Av den grunn ønsker jeg nå gjennom min masteroppgave i Spesialpedagogikk, å undersøke hvilken plass dysfagi har i norske logopeders arbeid. For å finne ut mer om dette har jeg valgt ut to lokale lag fra Norsk Logopedlags medlemmer: Buskerud - Telemark- Vestfold (Bu-te-ve) og Oslo Logopedlag, som får tilsendt et spørreskjema. Spørsmålene vil dreie seg om erfaring og opplevelser i arbeid med svelgevansker. Om man ikke har noen erfaring, eller har erfaring i svært liten grad, er dette også svært viktig informasjon for undersøkelsen.

Enten du arbeider med dysfagi eller ikke, håper jeg at du vil benytte anledningen til å svare. Det er frivillig å være med og du har mulighet til å trekke deg når som helst underveis, uten å begrunne dette nærmere. Jeg håper imidlertid at så mange som mulig vil svare slik at resultatene av undersøkelsen gir et så riktig bilde av virkeligheten som mulig. Opplysningene blir behandlet konfidensielt, og ingen enkeltpersoner vil kjenne seg igjen i den ferdige oppgaven. Opplysningene anonymiseres og slettes når oppgaven forventes ferdig, våren 2008.

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk Samfunnsvitenskaplig datatjeneste A/S (NSD)

Hvis du har noen spørsmål, kan du sende en e-post til:
AnneVeronica.Jacobsen@akersykehus.no

Vennlig hilsen

Veronica Jacobsen
Masterstudent ved UIO / Logoped MNLL

Veileder: Inger-Lise Sæther
inger-lise.saether@r-bup.no

Dato: 06.12.07

Svar innen: 04.01.08

Spørreskjema om spise-og svelgevansker

6. desember sendte jeg deg et spørreskjema om dine erfaringer med spise- og svelgevansker i arbeidet som logoped.

Noen ganger hender det at posten ikke kommer fram til riktig adressat. Det kan også hende at du har forlagt brevet eller glemt å svare på det. Det er selvsagt frivillig å delta i en slik studie. Men for at vi skal få det riktige bilde av den logopediske hverdagen, er din medvirkning svært viktig for oss.

Det er også viktig at du som ikke har noen, eller svært liten erfaring med dysfagi, også benytter anledningen til å svare.

For dere er skjemaet også tilrettelagt slik at kartlegging- og behandlingsmetoder ikke skal besvares.

Opplysningene vil bli behandlet konfidensielt, og ingen enkeltpersoner vil kjenne seg igjen i den ferdige oppgaven. Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk Samfunnsvitenskaplig datatjeneste A/S (NSD)

Vennlig hilsen
Veronica Jacobsen

Veileder: Inger- Lise Sæther
inger-lise.saether@r-bup.no

Masterstudent ved UIO/Logoped MNLL

Hvis du har noen spørsmål, kan du sende e-post til:
AnneVeronica.Jacobsen@akersykehus.no

Dato: 14.01.08

Svar innen: 25. 01.08

Inger-Lise Sæther
Institutt for spesialpedagogikk
Universitetet i Oslo
Postboks 1140 Blindern
0318 OSLO

Vår dato: 04.12.2007

Vår ref.:17842 / 2 / KS Deres dato:

Deres ref:

KVITTERING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 08.11.2007. Meldingen gjelder prosjektet:

<i>17842</i>	<i>Dysfagi i norske logopeders arbeid</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Universitetet i Oslo, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Inger-Lise Sæther</i>
<i>Student</i>	<i>Anne Veronica Jacobsen</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven/-helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, http://www.nsd.uib.no/personvern/melding/pvo_endringsskjema.cfm. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/register/>

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 01.07.2008, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Bjørn Henriksen

Katrine Utaaker Segadal

Kontaktperson: Katrine Utaaker Segadal tlf: 55 58 35 42
Vedlegg: Prosjektvurdering
Kopi: Anne Veronica Jacobsen, Hagegata 54, 0653 OSLO

Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentar

17842

Personvernombudet finner at behandlingen av personopplysninger i prosjektet kan hjemles i personopplysningsloven § 8 1. ledd (samtykke).

Personvernombudet ber om at veileders navn og kontaktinformasjon tilføyes i informasjonsskrivet til deltakerne.

Prosjektslutt er angitt til 01.07.2008. Senest ved prosjektslutt vil datamaterialet være anonymisert. Med anonyme opplysninger forstås opplysninger som ikke på noe vis kan identifisere enkeltpersoner i et datamateriale, verken direkte gjennom navn eller personnummer, indirekte gjennom bakgrunnsvariabler eller gjennom navneliste/koblingsnøkkel eller krypteringsformel.