



Fakultet for medisin og helsevitenskap  
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie

## **Bacheloroppgave**

### **Sykepleie til pasienter med dysfagi etter hjerneslag ved et sykehus i Namibia**

(Nursing for patients with dysphagia post-stroke at  
a hospital in Namibia)

Kandidatnummer: 10010

Antall ord: 4883

## Sammendrag

**Introduksjon:** Hjerneslag er et globalt folkehelseproblem. En av komplikasjonene til hjerneslag er dysfagi som gjør matsituasjoner utfordrende. Logopeder har spesiell kunnskap om dysfunksjoner i svelg. Mangelen på logopeder i land i Afrika resulterer i at sykepleiere får oppgaven i å oppdage svelgevansker, samtidig som de må sørge for mating av pasientene som ikke klarer å svelge. Formålet med studien er derfor å belyse hvordan sykepleiere utøver tiltak for å sikre ernæring til pasienter som lider av dysfagi etter hjerneslag ved et sykehus i Namibia.

**Metode:** For å belyse problemstillingen er det blitt anvendt kvalitativ forskningsmetode. For å undersøke hva informantene vektlegger i sykepleie til pasienter med dysfagi etter hjerneslag ble det gjennomført fire semistrukturerte intervju, en strukturert observasjon og fem ustrukturerte observasjoner. Informasjon til studien ble innhentet i tidsrommet fra 27. januar til 10. mars 2020.

**Resultater:** Ved bruk av tematisering i analysearbeidet viste resultatene at informantene erfarer at de har få ressurser å støtte seg til. Samtidig blir spørsmålet om ernæring ofte besluttet til bruk av ernæringssonde fra lege, noe som informantene vurderer som et tilfredsstillende tiltak. Av fire informanter var det én som nevnte ernæring som et viktig ledd i møte med pasienter som har gjennomgått hjerneslag. Samme informanten var også den eneste som forklarte viktigheten ved å trene muskulaturen i svelget for å senere kunne klare å spis selv.

**Konklusjon:** Studien viser at det blir brukt ernæringssonde til pasienter som har dysfunksjon i svelget ved sykehuset i Namibia. Det vektlegges å stadig følge opp status på vitale parameter til den aktuelle pasientgruppen, samtidig som det er mindre fokus på ernæringsstatus. Eksisterende forskning sett i sammenheng med studiens funn viser at tidspress, usikkerhet og ressursmangel kan føre til at sykepleiere unngår vanskelige matsituasjoner.

## **Abstract**

**Introduction:** Stroke is a global health issue. A complication from stroke is dysphagia which makes every feeding situation a challenge. Speech therapists specialize within dysphagia. Lack of speech therapists in African countries makes nurses responsible for discovering dysphagia. Also, they need to feed the patients who experience trouble swallowing. Therefore, the purpose of this study is to elucidate how nurses ensure sufficient nutrition for patients suffering from dysphagia post-stroke in a hospital in Namibia.

**Method:** For illuminating the issue of this study, the methods used were qualitative methodology. To survey what the informants emphasize when nursing the relevant patient group, it was completed with four semi-structured interviews, a structured observation and five unstructured observations. The survey took place from 27. January to 10. March 2020.

**Results:** By using the theme method when analysing, it showed that the informants think they have a small amount of resources to lean on. Simultaneously the doctors often decide to use feeding tubes which the informants see as a satisfactory treatment. Of four informants, one mentioned nutrition as a critical part when meeting patients in their post-stroke phase. Also, one explained the importance of training the muscles in the throat for later to be able to eat on their own.

**Conclusion:** The study shows a great use of feeding tubes when treating patients who suffer from dysphagia in a hospital in Namibia. It seems that measuring vital signs is sometimes more emphasized than nutritional follow-up. Existing surveys put in context to this survey shows that time pressure, insecurity and lack of resources can lead to nurses avoiding difficult feeding situations, such as training the swallowing functions.

## 1 Introduksjon

Gjennom 8 uker i praksis ved et sykehus i Namibia (emnekode HSYK304P) var det ønskelig å belyse sykepleiernes arbeidsoppgaver for pasienter som lider av svelgevansker etter hjerneslag. Jeg ønsket å identifisere hvilke tiltak sykepleiere i Namibia gjør for å sikre ernæringsstatus, samtidig ville jeg undersøke hva de gjør for å hjelpe pasienter til å oppnå bedring i svelgfunksjonene. Fagordet «dysfagi» vil bli brukt i løpende tekst og i problemstillingen. Dysfagi blir definert som svelgebesvær; «(...) problemer med å få maten ned» (1).

Hjerneslag tilhører gruppen kardiovaskulære sykdommer som ifølge Verdens helseorganisasjon (WHO) er den største årsaken til dødsfall globalt. 75 % av tilfellene der personer dør av kardiovaskulære sykdommer skjer i lav- eller mellominntektsland (2). Det eksisterer gode data om hjerneslag i Asia, Europa og Nord-Amerika, men i landene sør for Sahara er det mangel på registreringer (3). De som jobber innenfor slagbehandling i disse landene har vanligvis få ressurser å hjelpe seg med. Ofte tar det også lang tid fra symptomdebut til behandlingen starter da pasientene har lange reiseveier (3).

En komplikasjon som flere kan få etter hjerneslag er dysfagi, som gir konsekvenser for næringsinntak (4). I 2015 levde 13,4 % av befolkningen i Namibia i ekstrem fattigdom og 25,4 % var underernært i 2016 (5). Dysfagi kan gi komplikasjoner som underernæring og dehydrering, og de avgjørende instansene for å oppdage disse utfallene er klinikerne.

Klinikere som sykepleiere kan bedre livssituasjonen til en pasient med dysfagi. For eksempel var det 32 pasienter av 94 som utviklet dysfagi etter hjerneslag, og 10 av disse utviklet aspirasjonspneumoni (6). Sykepleierollen i ulike helsesystem og kulturer kan også variere i stor grad. Jeg velger å berøre Virginia Henderson sin definisjon om sykepleierens rolle; «(...) å hjelpe eller assistere personer med å utføre gjøremål som de ville ha utført uten hjelp hvis de hadde hatt tilstrekkelige ressurser til det.» (7, s. 223). Herunder viser jeg til gjøremålet om å få i seg mat. Ved et statlig sykehus i Namibia er det få sykepleiere per pasient, noe som igjen kan påvirke deres rolle.

Det er vist at tidlig diagnostisering av dysfagi er viktig for å minimisere risiko for komplikasjoner (8). Det ideelle er at diagnostiseringen blir utført av logoped, men på grunn

av mangel på spesialister innenfor dette feltet i land sør for Sahara, er normaliteten at sykepleiere står ansvarlige (8). På samme tid var det flere kulturelle forskjeller fra Norge, noe som ble viktig å tenke over når etablering av problemstilling ble gjort. For eksempel i Midtøsten er det vanlig å prate under store måltid, mens i Norge setter man pris på stillheten (9, s. 107). Dette belyser et lite dilemma som uansett er en del av viktige faktorer som man må tenke over når man samler inn data i et fremmed land.

En studie fra Sør-Afrika belyser hvor mye nødvendig informasjon logopedene kan innhente ved enkle kartleggingsverktøy (10). De kan kartlegge individuelle statuser på hver enkelt svelgeproblematikk; hvordan fungerer svelget, hva er grunnen til at mekanismene i svelget er som de er, hva er graden av dysfunksjon? Dessverre er det mangel på helsearbeidere som har nok kunnskap til å identifisere slike faktorer (10). Sykepleiere i Namibia har mange ansvarsområder når de er ansatt på et statlig sykehus. På en slagavdeling vil de også få ansvaret for pasienter som ikke kan spise selv. Disse arbeidsvilkårene krever derfor bred kunnskap.

Det har blitt vist flere dårlige utfall etter hjerneslag i land sør for Sahara (11). Det tar lang tid før pasientene blir skrevet ut fra sykehusene og flere dør etter kort tid. Blodtrykksregulering er et kritisk ledd sammen med ernæringsoppfølging og vektlegging på hydrering (11). Her spiller sykepleiere en sentral rolle. Kunnskap er nøkkelen for å identifisere og reagere ved hjerneslag og følgene som kommer i etterkant. En studie fra Uganda viser at kunnskapen blant den urbane delen av befolkningen var begrenset (12).

Helsedirektoratet i Norge gir klare retningslinjer på hva som kreves av helsevesenet for å sikre en best mulig spisesituasjon for de med nedsatt svelgfunksjon. *«Uten en tverrfaglig utredning er det vanskelig å gi mat med rett konsistensnivå. Det kan være krevende for pasienten å spise nok mat, derfor bør vekt og matinntak registreres jevnlig for å sikre at behovene blir møtt»* (13).

Dette er informasjon som norsk helsepersonell har tilgang til, men det er ikke selvsagt at kunnskapen er like tilgjengelig for helsepersonell i andre land. I Namibia sine retningslinjer

for standardbehandling av sykdommer står det om dysfagi tilknyttet hjerneslag i én setning; man skal legge inn en ernæringssonde om pasienten opplever dysfagi (14, s. 422).

Ved å undersøke sykepleie til pasienter som lider av dysfagi etter hjerneslag, vil jeg belyse problemstillingen:

*Hvordan utøver sykepleiere tiltak for å opprettholde tilstrekkelig ernæring til pasienter med dysfagi etter hjerneslag ved et sykehus i Namibia?*

## **2 Metode**

Det er valgt en kvalitativ metode for denne studien. Fokuset under praksisperioden var å innhente informasjon fra sykepleiere om det å gi sykepleie til pasienter som lider av dysfagi etter hjerneslag. Det ble gjennomført semistrukturerte intervjuer der samtlige av informantene ble stilt spørsmål fra samme intervjuguide (vedlegg 1, 15). Observasjonene som ble gjort i oppgaven er fra en slagenhet der avdelingen eksklusivt pleier pasienter som har gjennomgått hjerneslag. Sykehuset er statlig og er geografisk plassert i en økonomisk belastet bydel.

### **2.1 Valg av metode**

Problemstillingen krever dyptgående kunnskap om ett tema og det ble vurdert som mest relevant å bruke intervjuer og observasjoner i datainnsamlingen. Noe som kan kjennetegne kvalitativ metode er at intervjusituasjonene kan bli fleksible og man kan komme inn på temaer som ikke er planlagt. Denne faktoren gjorde til at det ble ulike innvendinger i belysningen av problemstillingen (15, s. 53). I planleggingsfasen ble det klart at kvantitativ metode ikke var aktuelt da slagavdelingen bestod av syv sengeplasser og ble bemannet av to sykepleiere.

### **2.2 Informantutvalg**

Inklusjonskriteriene for informantene innebar at de hadde gjennomført fire år på sykepleiestudiet i Namibia og at de hadde jobbet med slagpasienter i minst to år. Informantene som deltok i datainnsamlingen var tre sykepleiere fra slagavdelingen og en sykepleier fra intensivavdelingen. Aktuelle inklusjonskriterier ble initiert for å sikre de informantene som best mulig kunne belyse problemstillingen i en faglig retning.

### **2.3 Datainnsamling**

Intervjueguiden starter med spørsmål om personens arbeidserfaring som sykepleier for å gi meg som intervjuer en innsikt i deres livsverden. Dette bidro til å tolke svarene senere (15, s. 64). På slagavdelingen er det to sykepleiere i bemanning hele dagen. De hadde derfor ikke mulighet til å bli med ut av avdelingen for å finne en isolert plass for utførelse av intervjuene.

Observasjonene i starten ble gjennomført som ustrukturerte for å gjøre meg kjent med miljøet. Dette bidro til et åpent tankesett uten at det var forhåndsbestemt hva som skulle observeres

(15, s. 104). Det ble deretter utført en strukturert observasjon der det ble stilt spørsmål som skulle besvares gjennom å følge med på en gitt situasjon (vedlegg 2).

## **2.4 Etiske betraktninger**

Krav til samtykke (16) ble fulgt før intervjuene og informantene fikk informasjon om prosjektet skriftlig og muntlig. De fikk kontaktinformasjon til intervjuer og de ga sitt samtykke ved å skriftlig signere samtykkeskjema (vedlegg 3). Samtykkeskjemaet ble utarbeidet sammen med medstudenter i Namibia. Det presiseres at intervjuobjektene ble informert om at besvarelsene var frivillige (15, s. 240). Det er gjort anonymisering av de involverte for å skjerme deres personopplysninger mot offentligheten, og for å overholde taushetsplikten (15, s. 240). Det er ikke oppgitt informasjon om intervjuobjektene foruten om kunnskapen om at de har jobbet i over to år som sykepleiere. De blir omtalt som informant 1, 2, 3 og 4 i løpende tekst.

Måten spørsmålene er formulert på og hvordan de ble fremstilt var med på å styre intervjuet i en retning hvor kunnskap enkelt kunne bli utviklet og hvor intervjuobjektene ikke skulle føle seg stresset eller dømt (15, s. 59). Disse etiske perspektivene ble kontinuerlig tatt stilling til i gjennomføringene av intervjuene.

## **2.5 Analyse**

Under intervjuene noterte en medstudent fortløpende det informantene sa. Første del av analysearbeidet ble gjort allerede under konstruksjon av intervjuguiden (15, s. 88). Gjennom intervjuguiden ble det bestemt hvordan dataene skulle presenteres ved at intervjuet var delt inn i hovedtemaer. Intervjuene ble analysert ved hjelp av tematisering der viktige sitater fra informantene er tatt med i oppgaven og fordelt inn i de tematiske delene av resultatkapittelet (15, s. 90). Selv om sitater fra informantene er tatt med, er det lagt vekt på at analyseringen av resultatene skal vise helheten av det de enkelte informantene ville fortelle (15, s. 88). Sitatene er skrevet i kursiv på engelsk da dette var språket som ble brukt. Etter flere gjennomganger av intervjuene ble det produsert undertemaer. Observasjonene og tilhørende tolkninger er blitt kategorisert under temaene. Tolkningene er gjort med tanke på at den hermeneutiske spiralen kontinuerlig skulle bli vurdert (17).



### **3 Resultat**

For å få en strukturert fremstilling av resultatene er kapitlene delt inn i hovedtemaer med undertemaer. Under hvert undertema vil sitater fra informantene bli presentert sammen med relevante observasjoner. Resultatene er inndelt i hovedtemaene «sykepleie til pasienter med hjerneslag» og «ernæringsstatus».

#### **3.1 Sykepleie til pasient med hjerneslag**

##### *3.1.1 Ressurser*

Overfylte avdelinger og mangel på ansatte påvirker utførelse av sykepleie negativt. Informantene får frem sine synspunkt om at mangelen på personal gjør til at de ikke får gjennomført viktige oppgaver for å hindre komplikasjoner.

*It is important to turn the patients who cannot get up from bed, but due to lack of staff it is rare that the implementation of turning is completed and that can result in several cases of decubitus (informant 4).*

*For the patients to achieve full recovery they must start exercising early. Unfortunately, we can't help them up from bed when we have too much patients to take care of (informant 3).*

Observasjoner:

På grunn av få ansatte og immobile pasienter, så tok morgenstellet på slagavdelingen over to timer i tre dager. Situasjonen resulterte i at flere pasienter måtte vente i lang tid før de fikk «stå opp» om morgenen og observasjonen er i god overenstemmelse med informantenes uttalelser.

Pasient kommer på akuttmottaket med pågående hjerneblødning. Operasjonsstuen var ikke klar for å ta imot pasienten før det hadde gått 6 timer. Det systoliske blodtrykket var da på 46 mmHg noe som er et tegn på alvorlig sirkulasjonssvikt. Denne situasjonen viser at selv ved svært alvorlige pasientkasuser må de syke vente på hjelp grunnet mangel på ansatte.

Derimot var det ett tilfelle der to sykepleiere og tre sykepleierstudenter satt stille fra klokken 11:30 til 12:30 utenom fastsatt lunsjpause. I løpet av denne tiden var det ingen av de ansatte som var i kontakt med pasientene.

### *3.1.2 Prioritert pleie*

For å få belyst hvor høy prioritet ernæring har for de aktuelle informantene, ble det stilt spørsmål om hva som er viktig i pleie til pasienter med hjerneslag. Informant 1 belyser begrensingene sykepleiere opplever når det kommer til å utføre sykepleie uten legeråd. Informant 1, 2 og 3 presiserer viktigheten av å følge med på vitale parameter. Det er én informant som nevner ernæring som en viktig prioritet i behandling av pasienter med hjerneslag.

*When a patient comes to the hospital due to stroke we need to measure the blood pressure, put in an IV-line and put the patient in a comfortable position. After this there is nothing much to do before the doctor has given the orders. (...) the tasks will often be delayed because of the small numbers of doctors available (informant 1).*

*You need patience to treat and nurse patients from stroke. You also need to help them to get motivated for exercise and movements, you must motivate them to eat, you need to give the right medication at the right time, involve the family and start follow-ups (informant 4).*

## **3.2 Ernæringsstatus**

### *3.2.1 Sykepleiefokus*

De nasjonale retningslinjene gir få holdepunkter for hvordan håndtere ernærings situasjoner til pasienter med dysfagi (14) og dette gjenspeiles hos informantene. Det er ingen som nevner andre tiltak mot nedsatt svelgefunksjon enn nedleggelse av nasogastrisk ernæringssonde.

Samtlige fikk spørsmål om deres rolle angående å oppdage dysfagi hos pasientene. Her kom det frem at de fleste pasientene får ernæringssonde før de kommer på slagavdelingen. Samtlige av informantene forklarer at de får det på akuttmottaket eller på intensivavdelingen.

Det blir belyst at én kjenner til viktigheten av å prøve matinntak per oralt, men at det ikke kan prioriteres da de sjeldent har tid å bruke på dette.

*The question about feeding has already been concluded at casualty. (...) also, when we have time we give food to patients to train them so that they can be able to eat when we remove the feeding tube (informant 2).*

*If the patient is unconscious it is procedure for the doctors to insert a feeding tube to make it easier for nurses to give medication (Informant 4).*

### 3.2.2 Sykepleietiltak

Om pasienter kommer på avdelingen uten ernæringssonde forklarer informant 1, 2 og 3 at sykepleiere tester svelgfunksjon med vann før de ber lege om å legge ned ernæringssonde og at dette er den eneste kartleggingen som blir gjennomført. Informant fire forklarer at det ikke blir gjennomført kartlegging av sykepleiere, men at sykepleiere kontakter lege for å få lagt ned ernæringssonde om pasientene er mindre samarbeidsvillige.

*We give water to see if they can swallow. If they give sign that they easily can swallow wrong and there`s a chance of aspiration we tell the doctors (informant 1).*

*There is no type of mapping that can be performed by the nurses. If the patient refuses to eat, if they can`t pay attention, if they can`t communicate, do not cooperate or are helpful we ask the doctor to insert a nasogastric tube (informant 4).*

Observasjon fra slagavdelingen:

Det ble observert én innleggelse av ernæringssonde, og det ble i denne situasjonen ikke utført testing av svelgfunksjonen i forkant. Vurderingen for å kontakte lege ble gjort av sykepleier på grunn av pasientens nedsatte evne til å snakke.

### 3.2.3 Sykepleietiltak etter innlagt ernæringssonde

Informant 2 forklarer at de fleste som gjennomgår hjerneslag og sliter med å snakke i etterkant får ernæringssonde. Samtidig tester sykepleiere svelget etter noen få uker etter innleggelse eller rett før de skal skrives ut. Tre av informantene sier at mange pasienter ikke får tilstrekkelig næring da forvirrede pasienter ofte kan fjerne sondeslangene og legene sjeldent er tilgjengelige for å legge inn ny.

*After 1-2 weeks with the feeding tube or right before discharge we test the throat with porridge or jelly. (...) we give food to the patients to train them so that they can be able to eat when we remove the feeding tube (informant 1).*

*Sometimes the patients don't have a feeding tube even when it is highly necessary. They can pull it out intentionally or by a mistake and it can take hours before the doctors have time to insert a new one (informant 3).*

Observasjon fra slagavdelingen:

Frokost og lunsj ble gitt på avdelingen til tre pasienter med ernæringssonde. To av pasientene kommuniserte med korte setninger, den tredje pasienten var bevisst og kommuniserte med gestikulering fra armene. Ingen av pasientene fikk tilbud om å få mat per oralt fra sykepleiere, men fikk isteden sondemat via nasogastrisk sondeslange.

### 3.2.3 Ernæringskunnskap

Informantene unnlot å svare på hvor mange kalorier en voksen person trenger å få i seg i løpet av en dag, og heller ingen svarte på hva sondematen inneholdt av kalorier eller næringsstoffer.

*We are giving them Ensure who is a thick fluid that comes from the kitchen. (...) I am not sure what Ensure contains, no (Informant 2).*

## **4 Diskusjon**

I kapittel 3 ble resultatene fra datainnsamlingen delt inn i to hovedtemaer. Det er hovedsakelig undertemaene sine hovedfunn som blir diskutert. Kontinuerlig gjennom hele diskusjonskapittelet skal informasjon og kunnskap fra egen forskning sammenlignes med eksisterende forskningsartikler, fagartikler og sykepleieteori. Problemstillingen stiller spørsmål om sykepleiernes rolle og hvordan de arbeider for å sikre ernæringsmessig status hos pasienter som lider av dysfagi etter hjerneslag i Namibia.

### **4.1 Hvordan kan ressursene i helsevesenet påvirke sykepleiernes arbeid tilknyttet ernæring?**

I resultatene fra intervjuene av sykepleiere fra Namibia ble det presisert ved flere anledninger hvordan mangelen på ressurser kan begrense deres ønske om å hjelpe pasienter på best mulig vis. Eksempelvis ville mangelen på ansatte føre til at pasientene ikke fikk mobilisert seg slik de burde, eller at mangel på tilgjengelige leger bremset mulighetene for å gi tilstrekkelig sykepleie. Informantene uttrykte at det eksklusivt er leger som legger ned ernæringssonde på pasienter. Dette fører til at mangelen på personale kan gi alvorlige konsekvenser for pasientene ved at de kan gå mange timer uten mulighet for næringsinntak om de uheldigvis fjerner slangen.

Det ble observert kun ett tilfelle ved slagavdelingen der sykepleiere angivelig hadde tid til å pasientenes behov. I stedet tok de en pause utenom planlagt lunsjpause som varte i over en time. Det kan være flere grunner til dette; var det den store arbeidsbelastningen som gjorde at de trengte ekstra pause denne dagen, var det grunnet uoppmerksomhet eller var årsaken svekket arbeidsmoral? Det poengteres her at sykepleiere ofte gjennomgikk 12-timers vakter, noe som uoffisielt kan føre til flere pauser. Det ble også observert at begrensede ressurser er et reelt problem. Eksempelvis måtte pasienter vente i lengre tid før de ble stelt om morgenen da det var få ansatte på jobb. Mangel på ressurser var også grunnen til at personen med hjerneblødning måtte vente i kritisk lang tid før noe form for behandling ble iverksatt. Samtidig blir det ovenstående støttet av en forskningsartikkel der det er gjort datainnsamling ved et sykehus i Namibia (18). Resultatene fra denne studien viser blant annet at 87,2 % av 48 sykepleiere mener det er mangel på ansatte ved sykehuset og 70,2 % mener det er mangel på tilstrekkelig utstyr. 87,2 % av sykepleierne som var med på studien mener at de ovenstående

faktorene bidrar til svak utførelse av faget sykepleie i praksis (18). Med rette kan man i studien og i eksisterende studie se en klar sammenheng mellom mangel på ressurser og svak oppfølging i pasientforløpene.

Andrew og Pillay sin undersøkelse fra Sør-Afrika (10) presenterer blant annet data fra logopeder som arbeider med diagnostisering av dysfagi. Flertallet av deltagerne i studien mener de ikke har nok tilgjengelighet av fysiske ressurser under kartlegging av pasientenes svelgfunksjoner, noe som naturligvis fører til at nødvendig utstyr ble brukt i mindre grad. Samtidig var det vanlig i 90% av tilfellene å samarbeide med sykepleiere for å få innsikt i pasientens spisevaner. Det presiseres at disse tallene viser logopeder i diagnostiseringsarbeidet. Vanligvis er mangelen på logopeder stor, noe som gjør at sykepleiere blir satt til å kartlegge dysfagi uten tilstrekkelig opplæring (10). Realiteten blir da at ukvalifisert personell som mangler tid, trening og utstyr står ansvarlig for sårbare pasienter som har fått et grunnleggende behov rammet av akutt sykdom.

#### **4.2 Hvordan prioriterer sykepleierne ernæring i behandling av pasienter som har gjennomgått hjerneslag?**

Datainnsamling om hvilke prioriterte tiltak sykepleiere ønsker å utføre for pasienter med hjerneslag viste overfladisk fokus på ernæring i behandlingen. 3 av 4 informanter forklarte under intervjuene at det viktigste en sykepleier måtte utføre var å måle vitale parameter for å unngå tilbakefall. En informant nevnte antikoagulerende medisiner og to nevnte fysisk aktivitet for å tidlig kunne oppnå bedring av fysisk tilstand. Selv om dette er faktorer som er viktige å kontinuerlig vurdere i behandling av pasienter med hjerneslag, så var det ingen som forklarte hvorfor de er viktige. Det var heller ingen som forklarte eller utdypet hva de som sykepleiere kunne gjøre ved endring eller forverring av overnevnte faktorer.

Informantene deltar ikke på nedleggelse av ernæringssonde, men de hjelper legene med å identifisere dysfunksjon i svelget til pasientene og varsler om det er nødvendig med sondenedleggelse. Informantene forklarer at det er prosedyre for legene å nedlegge sondeslange om pasientene er bevisstløse, slik at det blir enklere for sykepleiere å gi medisiner. Det blir ikke nevnt at sonden skal hjelpe med ernæringen, og igjen ser man at fokuset på ernæring blir satt i skyggen av andre behandlingstiltak. Det var en av informantene

som ramset opp en rekke tiltak som dessuten sa ordet «eat». Likedan ble det heller ikke her utdypet hvorfor det å spise ble sett på som et prioritert tiltak.

Sykepleieteoretikeren Virginia Henderson skrev at det å spise er ett av de grunnleggende behovene som kan bidra til økt helbredelse, helse og samtidig gi en fredfull død (7, s. 226). «mat, kjærlighet, annerkjennelse, følelsen av å være til nytte og av gjensidig samhørighet og avhengighet av andre i den menneskelige sammenheng» (7, s. 226). Det er derfor tenkelig at nedsatt evne til å selv utfylle disse behovene, blant annet spising, kan svekke opplevelse av helse og helbredelse. Desto viktigere er det at personer med utbredt dysfunksjon i svelget grunnet akutt sykdom får støtte, informasjon og opptrening i spisesituasjoner av nærmeste behandler, da blant annet fra sykepleier (4, 7, s. 226). Om dette er noe som blir reflektert over i arbeidshverdagen til informantene kan ikke denne studien svare på basert på den datainnsamlingen som gjort. Likevel sa de at inntak av medisiner vektlegges, samtidig som at betydningen av ernæring ikke ble belyst.

Som forklart ovenfor avsløres det at sykepleiere i betydelig grad vektlegger blodtrykksmåling og de bruker lang tid om morgenen på å stelle pasienter. Dette kan være en refleksjon tilknyttet sykepleierollen i Namibia. Rollen kan ofte sees på som mer instrumentell enn flerkontekstuell ettersom antall pasienter overgår i stor grad antall sykepleiere (19, s. 268). Oppmerksomheten på registrering av vitale parameter, inntak av væske og mat, utgjør store deler av arbeidshverdagen da dette ofte var ordre fra leger. Informasjon fra informantene og observasjoner gjort omkring ernæring stemmer derfor overens. Under en matsituasjon ved slagavdelingen var det tre pasienter med ernæringssonde som ikke fikk tilbudt mat per oralt og fikk derfor sondeernæring via ernæringssonden. Dette skjedde til tross for at pasientene behersket kommunikasjon ved hjelp av kroppsspråk og der to av dem i tillegg klarte å uttrykke seg verbalt. For en pasient som før har klart seg på egen hånd, kan slike situasjoner oppleves ydmykende (7, s. 226). Samtidig krever det god kunnskap fra sykepleierne for å skape trygge matsituasjoner om de skulle velge å gi mat via munnhulen (20, s. 20). Rhoda og Pickel-Voight (8) presenterer funn fra sin studie som viser at sykepleiere i Namibia ikke føler seg godt nok opplært i møte med pasienter som lider av dysfagi. 71,2 % av deltagerne forklarte at de ikke hadde gjennomgått noen formell trening på prosedyrer, samtidig mente 72,8 % at de ikke var tilfreds med eget kunnskapsnivå gjeldende spising og dysfagi etter hjerneslag (8).

Det kan tenkes at disse funnene resulterer i usikkerhet blant sykepleiere, som igjen resulterer i at nødvendige tiltak som mating utenfor sondeslangen blir unngått.

#### **4.4 Hvordan kan kunnskapsnivået til sykepleiere påvirke næringsinntak til pasienter med dysfagi?**

Forståelsen for hvordan sondeernæring kan bedre næringsinntaket til pasienter med svelgevansker virker for å være tydelig for informantene. Det gis derimot et inntrykk av at det ikke blir reflektert rundt de negative sidene ved denne typen hjelp til ernæring. Én informant sier at det blir gitt mat per oralt for å forberede pasientene på tilværelsen etter sykehuset. Dette tatt i betraktning ble det i løpet av de tre dagene med på slagavdelingen, ikke observert sykepleiere som gav mat via munnhulen til pasienter med ernæringssonde. Samtidig var det ingen som svarte på hva kaloribehovet til voksne mennesker er eller hva sondematen de ga pasientene inneholdt. Mula, Ncama og Maluwa gjenspeiler også funnene som eksponerer mangelfull kunnskap hos sykepleiere (21). De avdekket at det i hovedsak er stor mangel i fullstendige evalueringer av ernæringssituasjonene til pasientene, og at de selv ikke føler seg trygge på hvilke næringsvæsker som er passende å gi til den enkelte pasienten (21). Kan allmennkunnskap om hjerneslag påvirke helsevesenet sin kunnskap rundt sykdommen? Av 377 deltakere i Uganda var det 59,4 % som ikke visste at «stroke» var en sykdom som utspiller seg i hjernen, men hele 16 % trodde det gjaldt en tilstand i hjertet (12).

Det er nærliggende å tro at det å gi behandling via ernæring når man ikke vet behov eller inntak til pasientene vil kunne føre til forsinket helbredelse. Kunnskap om hvordan et måltid kan føles for pasienten kan bidra til minsket bruk av sondeernæring (22). «Nye og bedre væsker til intravenøs bruk og til sondeernæring har reddet tusener av liv, men begge disse metodene kan være smertefulle, men det å spise ikke bare er uten risiko, men under normale forhold en tilfredstillelse» (22, s. 31). Funnene kolliderer med læren om grunnleggende behov. Selv om det kan være kulturelle og individuelle forskjeller i rangering av viktige grunnleggende behov, er matinntak en av de 8 mest fundamentale (22, s. 13). Som norsk sykepleierstudent står også kompetansen om helhetlig pasientomsorg sentralt, noe som ikke nødvendigvis er tilfelle i Namibia (23, s. 19). Selv om per oralt matinntak er et grunnleggende behov, er det også viktig å utføre for pasienten med dysfagi for at de skal kunne gjenvinne funksjonen i svelget (24). En nigeriansk studie presenterer data som viste at av 32 pasienter



som utviklet dysfagi etter hjerneslag var det 16 % som gjenvant svelgefunksjon fem dager etter symptomdebut. Samtidig var det 16 % som fikk samme utfall 20 dager etter symptomdebut (6).

To av informantene sier de gir små mengder vann for å teste svelget. Andrews og Pillay (10) presenterer resultat fra logopedier som jobber tett med pasienter i etterkant av hjerneslag. Studien viser lignende resultater der mer en 90 % bruker fast føde eller væske under utredning av svelgefunksjon. I tillegg var det ønskelig for deltakerne i studien å bruke medisinsk utstyr og ulik konsistens på mat for å innhente mer kunnskap om svelgefunksjonen. Tilgangen på disse hjelpemidlene var dessverre sjeldent tilgjengelig, noe som førte til ufullstendige undersøkelser av pasientene (10). Det er nærliggende å tro at mangel på slikt utstyr også gjelder sykepleierne i Namibia og at dette påvirker arbeidsmetodene deres. På en annen side var det ingen av informantene som påpekte denne mangelen eller ga forslag til å bedre kartlegging av svelget. Det kan derfor tenkes at dette ikke er kunnskap de innehar.

#### **4.4 Styrker og svakheter**

For å kunne se på oppgaven som en troverdig fagartikkel må dens styrker og svakheter belyses. Utarbeidelsen av spørsmålene i intervjuguiden ble gjort uten å ha vært fysisk tilstede på avdelingen eller sett deres rutiner i arbeidet, noe som kan gjøre spørsmålene irrelevante. Samtidig ble intervjuguiden upåvirket av arbeidsmiljøet, dette er positivt for oppgaven da man unngår å ubevisst tilpasse spørsmålene til målgruppen. En styrke for studien er at informantene er et utvalg av sykepleiere som har arbeidet med den aktuelle pasientgruppen i minst to år. Ved å benytte kvalitativ metode ble tematikken belyst på en grundig måte. Tross dette så er det bare fire informanter som uttaler seg om sine arbeidsmetoder og dette vil ikke presentere et gjennomsnittlig svar i Namibia. Grunnet det globale utbruddet av viruset COVID-19 ble offentlige plasser, herunder NTNU sitt bibliotek, stengt og tilgjengeligheten på oppdatert fagstoff ble begrenset i tidsrommet oppgaven ble skrevet. Derimot vil konklusjonen bli fremstilt på bakgrunn av en kvalitativ studie som er sett i sammenheng med kvantitative studier fra land sør for Sahara. Disse studiene er alle gjennomført i tidsrommet fra år 2013 til 2017, noe som gjør dem aktuelle for nåtidens Afrika.

FNs bærekraftsmål nr. 3 er god helse (5). I Namibia er antallet for tilfeller av barnedødelighet, HIV-smittede og tuberkulose tilfeller i synkende grafer, men antallet for tilfeller av hjerneslag øker i land sør for Sahara. Hva som er grunnen til dette er ikke klart, men det eksisterer sammenhenger mellom fattigdom og dårlig kunnskap om egen helse (11). Namibia er et slikt land, noe som øker aktualiteten for tematikken i studien. Det faktum av at jeg kommer fra Norge til et land i sørvest-Afrika kan man ikke se bort ifra at min forutinntatte tankegang kan ha hatt innvirkninger på resultatene. Jeg var bevisst min manglende innsikt i landets kultur og reflekterte over mine forforståelser om arbeidsmønsteret på sykehuset. Under praksisperioden ble det reflektert over kulturelle utfordringer sammen med 9 medstudenter i etterkant av hver praksisdag. Samtidig kan språkutfordringene ha gitt opphav til uoppklarte misforståelser, som igjen kan ha bidratt til misvisende svar. For selv om nasjonens offisielle språk er engelsk, har de fleste innbyggerne i Namibia egne morsmål.

## **5 Konklusjon**

Pasientene som lider av svelgevansker etter hjerneslag skal få sitt ernæringsbehov dekket ved hjelp fra sykepleiere. I lys av funn og presentert forskning kan det i noen sammenhenger sees kunnskapsmangler hos sykepleiere angående dysfagi og ernæring. Dette kan føre til usikkerhet, som igjen kan resultere i at sykepleiere unngår å bistå pasientene med opptrening av svelgfunksjon. Dette er forståelig da risikoen for å aspirere eller kvelning er til stede, men det er potensielt truende for pasientene som ikke lærer seg å gjenbruke svelgfunksjonene før de blir uskrevet til hjem uten ernæringssonde.

Tidspress, usikkerhet og ressursmangel er samtidig avgjørende faktorer som kan tvinge sykepleierne til å nedprioritere elementære matsituasjoner. Derimot kan det ved noen tilfeller fortone seg som at tidspress, usikkerhet og ressursmangel brukes som unnskyldninger for at tidkrevende matsituasjoner ikke blir gjennomført. Om sykepleierne i fremtiden opplever økt kunnskapsnivå om pasienter med dysfagi, kombinert med større arbeidskraft og mer tilgjengelig utstyr, vil nok rollen deres være den samme. Praktiseringen vil derimot med høy sannsynlighet likevel bli av bedre kvalitet. Det kan føre til at sykepleierne opplever mestring som gjør dem bedre rustet for å gjennomføre tiltak for å sikre ernæringsstatus til pasienter som lider av dysfagi etter hjerneslag.

## Referanseliste

1. Store Medisinske Leksikon. Dysfagi. (internett). Oslo: Store Medisinske Leksikon; 2018 (hentet 2020-05-11). Tilgjengelig fra: <https://sml.sn.no/dysfagi>
2. Mattingly Q. Cardiovascular Diseases (Internett). World Health Organization; (Hentet 2020-03-18). Tilgjengelig fra: [https://www.who.int/health-topics/cardiovascular-diseases/#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/cardiovascular-diseases/#tab=tab_1)
3. Aarli JA, Abramsky O. Stroke in Sub-Saharan Africa: An urgent call for prevention. *Neurology*. 2012;78(1):1007-8. Doi:10.1212/01.wnl
4. Helsebiblioteket. Hjerneslag – behandling. (Internett). Redaksjonen, Helsebiblioteket.no; 2018 (hentet 2020-03-18). Tilgjengelig fra: <https://www.helsebiblioteket.no/pasientinformasjon/alle-brosjyrer/akuttbehandling-for-hjerneslag>
5. FN-Sambandet. Statistikk Namibia. (Internett). Oslo: United Nations association of Norway (hentet 2020-03-18). Tilgjengelig fra: <https://www.fn.no/Statistikk?country=118#group-by-letter>
6. Abubakar SA, Jamoh BY. Dysphagia following Acute Stroke and Its Effect on Short-term Outcome. *Npmj*. 2017;24(3):183-5. Doi:10.4103/npmj.npmj\_96\_17
7. Kristoffersen N J, Nortvedt F, Haug J-A. Grunnleggende sykepleie 1. 2. utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS; 2011. 405 s.
8. Rhoda A, Pickel-Voight A. Knowledge of nurses regarding dysphagia in patients post stroke in Namibia. *Curations*. 2015;38(2):1-7. Doi:10.4102/curationis.v38i2.1564
9. Dahl Ø. Møte mellom mennesker – interkulturell kommunikasjon. 1. utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS; 2001. 253 s.
10. Andrews M, Pillay M. Poor consistency in evaluating South African adults with neurogenic dysphagia. *Sajd*. 2017;64(1):1-14. Doi:10.4102/sajd.v64i1.158
11. Kolapo KO, Vento S. Stroke: a realistic approach to a growing problem in sub-Saharan Africa is urgently needed. *Trop Med Int Health*. 2011;16(6):707-710. Doi:10.1111/j.1365-3156.2011.02759.x
12. Kaddumukasa M, Kayima J, Kaddumukasa MN, Ddumba E, Mugenyi L, Pundik S, et al. Knowledge, attitudes and perceptions of stroke: a cross-sectional survey in rural and urban Uganda. *BMC re notes*. 2015;8(1):1-7. Doi:10.1186/s13104-015-1820-6

13. Helsedirektoratet. Kosthold ved dysfagi (tygge- og svelgevansker). (Internett). Oslo: Helsedirektoratet; 2018 (hentet 2020-03-20). Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/kosthold-ved-diagnoser-og-sykdomstilstander/rad-om-kosthold-ved-ulike-diagnoser-og-sykdomstilstander/kosthold-ved-dysfagi-tygge-og-svelgevansker>
14. Namibia Standard Treatment Guidelines. Republic of Namibia – Ministry of health and Social Services. (Internett). Windhoek; 2011 (Hentet 2020-02-20). Tilgjengelig fra: <http://www.man.com.na/files/news/1501069447namibia-standard-treatment-guidelines.pdf>
15. Dalland O. Metode og oppgaveskriving. 6. utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS; 2017. 267 s.
16. NTNU. Behandle personopplysninger i student- og forskningsprosjekt. (Internett). NTNU (hentet 2020-05-05). Tilgjengelig fra: <https://innsida.ntnu.no/wiki/-/wiki/Norsk/Behandle+personopplysninger+i+forskningsprosjekt>
17. Store Norske Leksikon. Hermeneutikk. (internett). Tromsø: Store Norske Leksikon; 2020 (hentet 2020-05-19). Tilgjengelig fra: <https://snl.no/hermeneutikk>
18. Kamati SK, Cassim N, Karodia AM. An Evaluation of the Factors Influencing the Performance of Registered Nurse at the National Referral Hospital in Namibia. *Ajbm*. 2014;4(2):47-62. Doi:10.1007/s40264-013-0090-2.
19. Bjørk I T, Helseth S, Nortvedt F. Møte mellom pasient og sykepleier. 1. utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS; 2002. 297 s.
20. Almås H, Stubberud D-G, Grønseth R. Klinisk sykepleie 1. 4. utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS; 2010. 581 s.
21. Mula C, Ncama B P, Maluwa A. Nurses`Competency and Challenges in Enteral feeding in the Intensive Care Unit (ICU) and High Dependency Units (HDU) of a referral hospital, Malawi. *Nursing open*. 2014;4(1):6-23. Doi:10.1002/nop2.53.
22. Henderson V. ICN: sykepleienes grunnprinsipper. 9. utgave. New Haven: Norsk sykepleieforbund; 1997. 72 s.
23. Orvik A. Organisatorisk kompetanse – Innføring i profesjonskunnskap og klinisk ledelse. 7. utgave. Oslo: Cappelen Damm AS; 2015. 381 s.
24. Sunnaas Sykehus. Dysfagi – årsaker, vurdering, behandling. (Internett). Bjørnemyr: Sunnaas sykehus; 2017 (hentet 2020-05-11). Tilgjengelig fra:

<https://www.sunnaas.no/fag-og-forskning/fagstoff/dysfagi/dysfagi-arsaker-vurdering-behandling#hva-kan-gjores>

## Vedlegg 1 – intervjuguide

Introduksjon:

Hvem er jeg, hvor kommer jeg fra, snakke om det som står i informasjons – og samtykkebrevet.

*I am a nursing student from Norway. On our final year of getting our degree as a nurse some of us are here in Namibia to experience and collect information about care giving in this country. At the end of my final year I am writing a thesis – bachelor thesis – about nursing regarding stroke patients in Namibia.*

### Sykepleie til pasienter med hjerneslag

- Hvor lenge har du vært sykepleier? / **For how long have you been a registered nurse?**
- Kan du fortelle om en vanlig arbeidsdag på avdelingen? Rutiner? / **Can you explain to me a normal workday at your ward?**
- Hvilken pasientgruppe blir lagt inn på denne avdelingen? / **What kind of patients can you find in this ward?**
- Diagnose? / **Diagnosis?**
- Alder? / **Age?**
- Hva er din erfaring med pasienter som har gjennomgått hjerneslag? **How is your knowledge/experience around patients suffering from stroke?**
- Hvor lenge har du jobbet med pasienter som har gjennomgått hjerneslag? / **For how long?**
- Kan du forklare forløpet til en pasient fra man blir lagt inn med hjerneslag og til pasienten blir skrevet ut fra avdelingen? / **Can you explain the course from a patient gets diagnosed with stroke to the patient gets discharged from the hospital?**
- Hva vil du definere som de viktigste oppgavene en sykepleier har når det gjelder å behandle og å pleie pasienter som har gjennomgått slag – og hvorfor er akkurat dette viktig? **How will define the most important tasks for a nurse who are treating and nursing a patient who have been suffering a brain attack – and why is it important?**

### Ernæringsstatus

- Når pasienter opplever svelgevansker i etterkant av hjerneslag; hva blir gjort som tiltak fra sykepleiere for å bedre ernærings situasjonen? **When people are suffering from dysphagia post-stroke; how can nurses in your hospital work to improve their patients' nutritional situation?**

- Endrer konsistens på mat og drikke?

- Trener på å spise litt etter litt?

- Når man oppdager at pasienter sliter med svelgevansker, blir det gjort kartlegginger av sykepleiere for å oppklare hvor stor grad det påvirker ernærings situasjonen til vedkommende? **When you as a nurse discovers that a patient struggles with swallowing, do you perform any kind of mapping to see how much the problem is influencing the nutritional state?**

- Hva er det som avgjør om en pasient skal få innlagt ernæringssonde ved svelgevansker? / **What decides if a patient are going to get a a feeding tube?**

- Er det noen punkter som må oppfylles for at ernæringssonde skal bli brukt hos en pasient? / **Are there any criterias who needs to be filled before a feeding tube is decided to be the best option?**

- Når det er bestemt at en pasient skal få innlagt en ernæringssonde blir det da gitt informasjon fra sykepleier om hva det vil innebære? / **When it is decided that a patient is getting a feeding tube do the nurses inform the patient of the meaning and consequences of that?**

Hvis ja – hva blir informert om? / **if yes – what do the information contains?**

Hvis nei – er det noen andre som informerer (lege?), hvorfor ikke? / **if no – why not?**

- Når en pasient har fått innlagt ernæringssonde etter et hjerneslag blir det da vurdert senere om pasienten har like mye behov som før? **When a patient has gotten a feeding tube after an stroke, do the patient go through controls to see if the feeding tube is yet necessary?**

- Hvor mye kalorier trenger en voksen person i løpet av en dag? / **How many calories does a grown human needs every day?**



## **Vedlegg 2 - Observasjonsnotat til frokost og lunsj 18.02.2020**

- 1. Får pasientene tilbud om å få mat via munnhulen?**
- 2. Får pasientene spørsmål om de vil ha sondemat?**
- 3. Blir det forsøkt mating via munnhulen på pasientene?**
- 4. Hvilke tilstander er pasientene i?**
  - Kan de prate?
  - Er de våkne?
  - Er de samarbeidsvillige?
- 5. Får pasientene informasjon om hvilke medisiner de får via ernæringssonde?**

## **Vedlegg 3 – samtykkeskjema**

### **Consent Form for Interview**

Date:

Investigator's name(s):

---

Organization/school:

---

#### **Background for interview:**

I am in Namibia for my practical studies. During this time, I am going to collect information for my final bachelor essay, in the last year of our nursing education. My theme for the bachelor essay is nursing for patients who suffers from dysphagia post-stroke here in Namibia.

#### **Why you are invited to participate in the interview:**

We presume that you have knowledge about our theme and that's why we are inviting you to help us by participating in a small interview.

#### **Methods:**

A small interview where the answer will be written down and we will make small notes. There will not be done any voice recordings. The results will only be used for our bachelor essay and will not be published.

#### **Privacy, anonymity and confidentiality:**

We assure that the privacy, anonymity and confidentiality of information identifying you and your patients will be strictly maintained. We will keep all medical information and description confidential.

#### **Right not to participate and withdraw:**

Your participation in the interview is voluntary, and you have the sole authority to decide for or against your participation. You can withdraw from the interview without any consequences at any time.

Your signature on this form of consent indicates your agreement to participate. You will be given a copy of this form to keep, whether you agree to participate or not. The second signed consent form will be kept by us.

Thank you for your cooperation

I have read this form and all of my questions about the interview have been answered. I agree to be a participant in the interview.

---

Signature of participant

---

Date

---

Signature of witness

---

Date