

# Verdien av sykepleierkunnskap i håndteringen av dysfagi

Kandidatnummer: 25 & 227  
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave i sykepleie  
BiS19

Antall ord: 8966  
Dato: 21.04.2022



**Lovisenberg**  
diakonale høgskole

SAMMENDRAG	Lovisenberg diakonale høgskole Dato: 21. april 2022
<p>Tittel</p> <p>Verdien av sykepleierkunnskap i håndteringen av dysfagi</p>	
<p><u>Problemstilling</u></p> <p>Hvilken betydning har sykepleierens kunnskap i håndteringen av dysfagi?</p> <p><u>Teoretisk perspektiv</u></p> <p>I teorikapitlet definerer vi dysfagi som et pasientfenomen og diagnose. Vi har brukt yrkesetiske retningslinjer, sykepleieprosessen og Virginia Hendersons teori som utgangspunkt for vårt sykepleieteoretiske perspektiv.</p> <p><u>Metode</u></p> <p>Denne bacheloroppgaven er en litterær oppgave som tar utgangspunkt i 6 forskningsartikler og annen eksisterende faglitteratur for å besvare problemstillingen. Vi har søkt etter forskningsartikler i databasene CINAHL og PubMed.</p> <p><u>Drøfting</u></p> <p>Vi drøfter verdien av innføringen av screeningverktøy opp mot dysfagi som sykepleiepensum og spør oss hva dysfagihåndtering bør innebære for å imøtekomme disse pasientenes behov. Vi tar for oss hvordan dysfagihåndtering kan se ut i henhold til VIPS-modellen og en protokoll fra en av våre forskningsartikler, betydningen av sykepleieintervensjoner ved aspirasjonsfare og diskuterer hvorfor dysfagikunnskap bør eksistere på mange flere avdelinger enn der man finner de i akuttfasen etter hjerneslag.</p> <p><u>Konklusjon</u></p> <p>Dysfagihåndtering berører mange viktige sykepleieroppgaver, men likevel er behandlingen og oppfølgingen av personer med dysfagi er mangelfull. Årsaken er at dysfagikompetansen er for lav blant sykepleiere. Konsekvensene av dette er alvorlige komplikasjoner som aspirasjonspneumoni, og redusert livskvalitet hos de med vedvarende dysfagi. Vi foreslår en standardisert bruk av dysfagiscreeningsverktøy i møte med eldre pasienter og at teori om dysfagi inkluderes i sykepleierpensum.</p>	

(Totalt antall ord: 203)

## Innholdsfortegnelse

<b>1</b>	<b>Innledning</b> .....	<b>1</b>
1.1	Presentasjon av problemstilling .....	2
1.2	Avgrensinger .....	2
1.3	Case – “Torvald” .....	2
<b>2</b>	<b>Teori</b> .....	<b>3</b>
2.1	Den normale svelgeprosessen.....	3
2.2	Dysfagi – årsaker og symptomer .....	3
2.2.1	Orofaryngeal dysfagi.....	3
2.2.2	Øsofageal dysfagi.....	4
2.3	Sykepleiefaglige rammer .....	4
2.3.1	Sykepleieprosessen.....	4
2.3.2	Virginia Henderson .....	5
<b>3</b>	<b>Metode</b> .....	<b>7</b>
3.1	Søkehistorikk.....	7
	Tabell 1:.....	7
3.2	Litteratursøk .....	7
3.3	Kildekritikk.....	9
<b>4</b>	<b>Presentasjon av forskningsresultater</b> .....	<b>9</b>
4.1	Artikkelmatrise .....	11
	Tabell 2:.....	11
<b>5</b>	<b>Drøfting</b> .....	<b>12</b>
5.1	Dysfagihåndtering – et enkelt screeningverktøy eller sykepleiepensum? .....	12
5.2	Sykepleierens evne til å imøtekomme dysfagipasientens behov .....	15
5.3	Dysfagihåndtering forutsetter sykepleieprosessen og tverfaglig samarbeid .....	17
5.3.1	Datasamling.....	17
5.3.2	Sykepleiediagnose .....	18
5.3.3	Sykepleiemål .....	19
5.3.4	Sykepleietiltak .....	20
5.3.5	Pasientresultat.....	22
5.3.6	Kapitteloppsummering .....	24
5.4	Stille aspirasjon – og sykepleierens avgjørende dysfagikunnskap .....	24
5.5	Dysfagi – ikke bare et problem for slagrammede.....	28
<b>6</b>	<b>Avslutning</b> .....	<b>29</b>
<b>7</b>	<b>Referanseliste</b> .....	<b>30</b>
<b>8</b>	<b>Vedlegg</b> .....	<b>34</b>
8.1	Vedlegg 1: .....	34
8.2	Vedlegg 2.....	34
8.3	Vedlegg 3: .....	35
8.4	Vedlegg 4: .....	36

# 1 Innledning

*Det er tid for middag på intensivavdelingen der jeg jobber som pleieassistent, og jeg skal servere en eldre pasient som hadde gjennomgått et hjerneslag flere år tidligere og nå var innlagt av andre årsaker. Allerede ved første bit setter han maten fast i halsen. Pasienten blir tydelig redd da maten i spiserøret blokkerer for pusten, og jeg frykter aspirasjonsfare og oppfordrer han til å hoste. Jeg mistenkte også at pasientens kognitive svikt spilte en rolle i situasjonen. Dette var en skremmende opplevelse for oss begge, og jeg tenkte – hvorfor kan jeg så lite om svelgevansker? Hvilke konsekvenser medfører dette, og hvilke pasienter gjelder det egentlig?*

Dysfagi (svelgevansker) kan gi alvorlige komplikasjoner, og er et voksende problem, da befolkningen stadig blir eldre. 15% av pleietrengende eldre utvikler dysfagi (Jones & Porterfield, 2020, s. 299), og tilstanden kjennetegnes av lidelser relatert til høy alder og fysiologiske aldersforandringer (Khadka et al., 2021, s. 82). Ifølge en rapport fra Nofima vil det i 2030 være flere eldre over 67 år enn unge mennesker i Norge, og Statistisk sentralbyrå (SSB) viser til at hver femte nordmann vil være over 70 år i 2060 (Grini et al., 2020, s. 2). Regjeringen anerkjente i Meld. St. 15 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, s. 328) om eldre og ernæring, at dysfagi er en tilstand som kan knyttes til komplikasjoner og krever god ernæringsmessig omsorg i form av konsistentilpasset mat. Helsedirektoratet har gitt ut nasjonale faglig råd for kosthold ved dysfagi. De mener at det er et behov for nasjonale råd på dette området, da dysfagi medfører utfordringer som gjentagende pneumoni og påvirker pasientens helse og almenntilstand i stor grad (Helsedirektoratet, 2018). Dessuten viser studier fra Sverige at opptil 78% av de 30 000 personene som rammes av hjerneslag hvert år får dysfagi, og at selv om plagene går over i løpet av en tre måneders tid for de fleste, kan det for andre bli en permanent tilstand – og vise seg tydeligere ved sykdom (Helldén et al., 2018, s.1).

Til tross for dette, lærer sykepleierstudenter lite om dysfagi. I den enorme pensumboka vår Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie (Grov & Holter, 2015) blir temaet såvidt nevnt. Det virker å være et fravær av diskurs rundt dysfagi i fagmiljøer. Vi har ikke funnet noen norsk forskning på temaet, og Svelgtesting hindrer dødsfall – den eneste fagartikkelen på sykepleien.no som omhandler dysfagi – ble publisert i 2009. På 13 år har dysfagi knapt blitt nevnt på nettsiden.

Hensikten med oppgaven vår er å belyse viktigheten av dysfagikunnskap hos den alminnelige sykepleieren. Vi tenker det er grunnleggende for en sykepleier å vite hvordan man møter pasienter rammet av dysfagi, omtrent uansett hvor hen skulle jobbe.

## **1.1 Presentasjon av problemstilling**

Vi ønsket å lære om sykepleierens rolle i møte med pasienter med dysfagi, og har derfor kommet fram til følgende problemstilling: *Hvilken betydning har sykepleierens kunnskap i håndteringen av dysfagi?*

## **1.2 Avgrensinger**

Vi har valgt å fokusere hovedsakelig på sykehusavdelinger der dysfagi ikke er et kjent fenomen, f.eks ortopedisk avdeling, ettersom dysfagi ofte overses på avdelinger der sykepleierne ikke forventer dette (Wijnen et al., 2021, s. 94), og rammer ikke bare pasienter i akuttfasen etter hjerneslag (Stensvold & Utne, 1997, s. 9). Mange kilder nevner underernæring som en komplikasjon av dysfagi og vi vet at dette er alvorlig for eldre, men har fokusert mer på andre komplikasjoner.

## **1.3 Case – “Torvald”**

*Torvald (70) legges inn på kirurgisk avdeling for ortopedi med hoftebrudd. Når sykepleieren leser i journalen hans, ser vi at han for 3 år siden ble innlagt på nevrologisk avdeling med hjerneslag, og vi blir oppmerksomme på at han i etterkant av innleggelsen på slagenheten har vært innlagt med gjentagende pneumoni. På bakgrunn av dette får vi en mistanke om dysfagi; og når vi ber han om å hoste oppdager vi at han sliter med å hoste på kommando.*

## 2 Teori

### 2.1 Den normale svelgeprosessen

Vi svelger vanligvis 600 ganger i døgnet (Ekberg, 1997, s. 27). Munnhulen og svelget består av en viktig muskel som heter m. criocopharyngeus, i tillegg til 51 muskler, mest symmetriske, og 7 ulike hjernenerver (Svensson, 2014, s. 13). Svelging igangsettes av sensoriske reseptorer i munnen. Impulsene overføres til et område som er assosiert med en kjerne i den forlengede marg (medulla oblongata). Svelgeprosessen er en kombinasjon av viljestyrte bevegelser og reflekser og deles inn i 4 faser: den oralforberedende fasen, den orale fasen (1 sekund), den faryngeale fasen (1 sekund), og den øsofagale fasen (8-20 sekunder, varighet økes med alder). I den oralforberende fasen puttes mat i munnen, tygges og sekret blandes inn i matklumpen (bolus). Den orale fasen er under voluntær kontroll og involverer tungeaktivitet som driver bolus bakover. Videre sørger en rekke ikke-viljestyrte muskelkontraksjoner for å drive mat og drikke gjennom svelget (farynks) og ned i spiserøret (øsofagus). Mens strupehodet løftes, faller strupelokket (epiglottis) på plass og verner inngangen til luftveiene idet man svelger (Stensvold, 1997, s. 15-25).

### 2.2 Dysfagi – årsaker og symptomer

Dysfagi som et pasientfenomen kjennetegnes av enten skade i musklene og nervene som styrer svelging, eller av anatomiske forandringer i strukturene som henger sammen med spise- og svelgefunksjonen. Tilstanden rammer mange ulike pasientgrupper. Psykiske plager kan også være årsak til dysfagi (Stensvold & Utne, 1997, s. 9). Dysfagi kan oppstå plutselig som følge av hjerneslag eller hodetraumer, eller komme snikende som ved demens, hode- og nakkekref, tumor i svelget eller ved progressive neurologiske sykdommer som multipel sklerose, amyotrofisk lateralsklerose (ALS) og Parkinson (Helsedirektoratet, 2018).

Dysfagi er ikke en sykdom i seg selv, men kan sees som et symptom ved mange sykdommer og tilstander. Det er en underdiagnostisert årsak til underernæring og luftveiskomplikasjoner som aspirasjonspneumoni eller bronkitt (Svensson, 2014, s. 5), og påvirker pasientens livskvalitet svært negativt, gjør pasientens sykdomsbilde verre og fører til lengre sykehusopphold (Jones & Porterfield, 2020, s. 305). Dysfagi deles i to kategorier:

#### 2.2.1 Orofaryngeal dysfagi

Ved orofaryngeal dysfagi er problemene lokalisert til munnhulen/svelget, og gjelder personer med hjerneslag eller progressive neurologiske sykdommer. Det er typisk for personer med nevrogene skader å ha pareser, dårlig tannstatus, munntørrehet, problemer med mye spytt,

matrester i munnen etter måltidene, vansker med å tygge og initiere svelging, dyspné etter svelging, raslende stemme, mat som lekker ut (Wijnen et al., 2021, s. 97). De opplever hosting, feilsvelging, nasal refluks (Svensson, 2014, s. 47) og særlig vansker med tyntflytende væske (Ekberg, 1997, s. 48). På grunn av nedsatt sensibilitet tar ofte disse personene større slurker/biter enn de egentlig mestrer (Ekberg, 1997, s. 56).

### **2.2.2 Øsofageal dysfagi**

Dysfagi som følge av problemer med øsofagus, som gastroøsofageal reflukssykdom (GERD), Zenkers divertikkel eller øsofaguskreft, kalles øsofageal dysfagi. Symptomene er smerter, halsbrann/sure oppstøt, oppgulp med ufordøyd mat samt totalstopp. Når svelgevanskene merkes innen 2 sekunder i svelgeprosessen, er den sannsynligvis orofaryngeal – mens når tegn til dysfagi merkes først etter flere sekunder, peker det på øsofageal dysfagi (Svensson, 2014, s. 46-47).

## **2.3 Sykepleiefaglige rammer**

Vi benytter oss av sykepleieprosessen og teorien til Virginia Henderson. I tillegg vil vi løfte fram de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere, der spesielt punktene 1.1 “Sykepleie skal bygge på forskning, erfaringsbasert kompetanse og brukerkunnskap”, 2.2 “Sykepleieren understøtter håp, mestring og livsmot hos pasienten”, og 2.5 “Sykepleieren fremmer pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått” (NSF, 2019) er aktuelle for problemstillingen vår om hvorfor kunnskap om dysfagihåndtering er viktig.

### **2.3.1 Sykepleieprosessen**

Sykepleieprosessen beskrives i fem faser:

Vurdering med analyse → presisering av behov/diagnose → forventet resultat/mål → planlagte og gjennomførte tiltak → resultat/evaluering
---

Sykepleieprosessen tjener som en god struktur i utførelsen av sykepleie og dokumenteringen i pasientens journal, og øker sannsynligheten både for en god prosess og et godt resultat.

Sykepleieprosessen tar også form som VIPS-modellen (vedlegg 1), en konkret og innarbeidet modell som fungerer som en veiledning og en mal, slik at man sikrer alle stegene i sykepleien.

Det hjelper til en systematisk arbeidsmåte, og at sykepleien tar utgangspunktet i den enkeltes behov og verdier, samt individets integritet (Ehnfors et al. 2013/2015, s. 15).

### **2.3.2 Virginia Henderson**

Virginia Henderson (1897-1996) var en amerikansk sykepleier og forfatter. Hun var en av de første som forsøkte å definere sykepleiens spesielle fagområde, etter at den kjente sykepleieteoretikeren Florence Nightingales skrifter kom ut på slutten av 1800-tallet. (Kirkevold, 1998, s. 100). Hendersons ideer fikk sterk innflytelse på senere sykepleieteori, da sykepleie fram til 1970-årene var mer preget av rutiner og styrt av medisinske og administrative oppgaver (Ehnfors et al. 2013/2015, s.15). Henderson definerte det unike med sykepleierens rolle; deres posisjon til å ivareta pasientens grunnleggende behov, slik pasienten hadde gjort dersom han hadde hatt nødvendig kunnskap, styrke og vilje til det (Henderson, 1993, s. 10). Dette formulerer hun i 14 komponenter:

- 1. å hjelpe pasienten til å puste normalt,**
- 2. å hjelpe pasienten til å spise og drikke tilstrekkelig,**
3. å hjelpe pasienten til å få fjernet kroppens avfallsstoffer,
4. å hjelpe pasienten med å opprettholde riktig kroppsstilling når han ligger, sitter, går og står, og med å skifte stilling,
5. å hjelpe pasienten til hvile og søvn,
6. å hjelpe pasienter med valg av klær og med av- og påkledning,
7. å hjelpe pasienten å opprettholde normal kroppstemperatur,
8. å hjelpe pasienten å holde kroppen ren og velstelt og å beskytte hud og slimhinner,
9. å hjelpe pasienten å unngå farer fra omgivelsene og å unngå å skade andre,
- 10. å hjelpe pasienten å få kontakt med andre og med å gi uttrykk for sine behov og følelser,**
11. å hjelpe pasienten til å praktisere sin religion og handle slik han mener er rett,
- 12. å hjelpe pasienten til meningsfull og skapende sysselsetting,**
- 13. å hjelpe pasienten med underholdning og fritidssysler, og**
- 14. å hjelpe pasienten til å lære, oppdage og tilfredsstillende sin nysgjerrighet på en slik måte at det fremmes normal utvikling og helse.**



Vi har uthevet de 6 grunnleggende behovene som vi vil ta for oss i denne oppgaven, da vi ønsker å drøfte hvordan disse har direkte sammenheng med dysfagihåndtering og understreker betydningen av sykepleierens kunnskap.

## 3 Metode

### 3.1 Søkehistorikk

Tabell 1:

Nr.	Søkedato	Database	Søkeord	Antall treff	Åvrensninger	Tittel	Forfatter
1	14.12.21	PubMed	“aspiration pneumonia” AND “oral care “ AND “ hospital”	217	År 2010-2021	“Prevention of aspiration pneumonia (AP) with oral”	Tada, A. & Miura, H. (2012).
2	19.12.21	PubMed	“qualitative study” AND “quality of life” AND “dysphagia”	81	År 2010-2021	“Experiences of living with persisting post-stroke dysphagia and of dysphagia management -a qualitative study”	Helldén, J., Bergström, L. & Karlsson, S. (2018).
3	05.01.22	PubMed	“early intervention” AND “dysphagia care” AND “multidisciplinary team”	17	År 2010-2022	“Identifying Vulnerable Patients: Role of the EAT-10 and the Multi-disciplinary Team for Early Intervention and Comprehensive Dysphagia Care”	Kaspar, K. & Ekberg, O. (2012).
4	07.01.22	CINAHL	“Nursing” AND “dysphagia” AND “aspiration” AND “malnutrition”	43	År 2005-2022	“Silent Aspiration: Results of 2000 Video Fluoroscopic Evaluations”	Garon, B. R., Sierzant, T. & Ormiston, C. (2009).
5	07.01.22	CINAHL	“Nursing” AND “dysphagia” AND “aspiration” AND “malnutrition”	43	År 2005-2022	“A Swallowing Screening Test Enhances a Better Recognition of Patients with a Hip Fracture at Risk for Oropharyngeal Dysphagia”	Wijnen, H., Schmitz, P. P., Jansen, M., Hendrix, L., van Susante, J. L. C. & Willems, H. (2021).
6	07.01.22	CINAHL	“Nursing” AND “dysphagia” AND “aspiration” AND “malnutrition”	43	År 2005-2022	“Nursing Students' Knowledge of the Nurse's Role in the Management of Dysphagia”	L. C. Jones, C. & Porterfield, S. (2020).

### 3.2 Litteratursøk

Vi har benyttet databasene CINAHL og PubMed for å innhente forskningsartikler til denne oppgaven. For å få en struktur på søkeprosessen satte vi søkeordene i et PICO-skjema. PICO er et verktøy som hjelper til å sikre at man har tatt hensyn til problemstillingen i litteratursøket (Helsebiblioteket, 2016). Vårt PICO-skjema er lagt til som vedlegg 2. Som beskrevet i tabell 1 om søkehistorikk, søkte vi først etter aspirasjonspneumoni som komplikasjon, men etter å ha lest i fagbøkene om dysfagi, gjorde vi videre søk. Disse gikk ut på tverrfaglig samarbeid, tidlig intervensjon og underernæring.

Inklusjonskriteriene vi satte for søket vårt var at forskningsartiklene måtte ha en IMRaD-struktur, og de skulle være på engelsk, norsk, svensk eller dansk. Vi fant kun artikler på

engelsk. Deltakerne i forskningen måtte være over 60 år. Artiklene måtte fortelle om komplikasjoner relatert til dysfagi, de måtte foreslå en løsning på håndtering av dysfagi, og fortelle hvordan disse komplikasjonene forebygges. De skulle inneholde funn som forteller konsekvensene av uoppdaget eller ubehandlet dysfagi, og ta for seg enten sykehuspasienter eller andre personer med dysfagi. De skulle være aktuelle for sykepleiere på den måten at studien fungerer som en rettesnor for sykepleiere, gir informasjon til sykepleiere, eller at formålet med studien var å øke bevisstheten blant sykepleiere om temaet. De skulle være fagfellevurdert. Biblioteket hjalp oss med bestilling av de artiklene som ikke var tilgjengelige i fulltekst.

For å vurdere forskningens validitet og reliabilitet, må den være fagfellevurdert (Dalland, 2020, s. 43). Vi har benyttet oss av kanalregisteret ([kanalregister.hkdir.no](http://kanalregister.hkdir.no)), som er godkjent av Lovisenberg Diakonale høgskole, til å sjekke om tidsskriftet artikkelen er publisert i regnes som vitenskapelig og har et internasjonalt standard periodikanummer (ISSN). Artikkel 5 er ikke utgitt i et tidsskrift godkjent av kanalregisteret, men publisert i Nestlé Nutrition Institute. Nestlé omtales som verdens største matprodusent, og tidsskriftet ble dessuten utgitt av Karger forlag. Vi vurderer derfor studien til å være troverdig. Alle artiklene er også vurdert utifra helsebibliotekets sjekklister – de har tydelige formål og metoder som er hensiktsmessige for å svare på problemstillingen. Basert på sjekklista til kvalitative studier synes vi det er uklart om utformingen av studien til Helldén et al. (2018) besvarer deres problemstilling, da de ikke får en fullstendig oversikt på hvordan det er å leve med vedvarende dysfagi etter hjerneslag da det bare var 5 deltakere i studien, og disse personene hadde meldt seg selv.

Søkeprosessens eksklusjonskriterier var forskning som vi kun så aktuell for logopedier og artikler der det kun ble forsket på sykehjemspasienter. Vi var ikke interessert i forskning som var særlig eldre enn 10 år, men da vi forsøkte å søke med en utvidet avgrensning fant vi en artikkel fra 2009 med mye god informasjon. Forskningsartiklene våre viser ikke noen betydelig forskjell mellom antall menn og kvinner med dysfagi, derfor valgte vi å unnlate kjønn i denne oppgaven.

Fagbøkene Dysfagi (Stensvold & Utne, 1997) og Dysfagi: utredning och behandling vid sväljningssvårigheter (Svensson, 2014) fant vi med hjelp av biblioteket på Lovisenberg diakonale høgskole, og ble valgt da de to var den eneste faglitteraturen vi kunne finne på temaet.

### **3.3 Kildekritikk**

Det har vært en utfordring å finne norsk forskning på temaet dysfagi, og vi har tatt til takke med artikler fra land som beskriver forhold i Sverige og Nederland, i håp om at disse artiklene har god overføringsverdi i forhold til Norge. Vi har også brukt to artikler fra USA. Det kan tenkes at pasientoppfølging i USA er preget av helt andre rutiner i helsetjenesten, men pasientens symptomer på dysfagi er like uansett etnisitet (Garon et al., 2009, s. 181), og som sykepleierstudenter i Norge kjenner vi oss igjen i artikkel 6 om manglende dysfagipensum og vurderer denne artikkelen til å være overførbart.

Vi har forsøkt å finne artikler som er nyere enn faglitteraturen vår for å kompensere for eventuell utdatert informasjon med oppdatert forskning, i håp om å se en utvikling siden den siste norske faglitteraturen som vi har inkludert ble publisert i 2009.

En svakhet ved Wijnen et al. (2021) er at studien ikke hevder når sykepleieren bør utføre screening/når screening skal prioriteres. Den spesifiserer ikke noen standard for hvor ofte SSA bør tas i bruk for å reevaluere pasientens svelgefunksjon.

Helldén et al. (2018) gir oss bare informasjon om hvordan de med vedvarende dysfagi etter hjerneslag opplever deres livskvalitet, og forteller oss ikke om personer med progressive neurologiske sykdommer som MS og Parkinson har de samme ønskene. Vi savnet å høre om flere erfaringer. Studien har noen metodiske svakheter i og med at deltakerne ikke var blitt rekruttert, men selv meldt seg på fordi de var misfornøyde med deres dysfagihåndtering og ønsket å belyse sine problemer.

Selvom vi har nevnt at dysfagi deles inn i to kategorier, omhandler de fleste forskningsartiklene orofaryngeal dysfagi.

## **4 Presentasjon av forskningsresultater**

Funnene i de 6 forskningsartiklene vi har valgt til oppgaven vår sier at det er lite kunnskap om dysfagi blant sykepleiere. Konsekvensene er at tegn på dysfagi overses i flere pasientgrupper, særlig blant pasienter utenfor akuttfasen ved hjerneslag. Dette fører til komplikasjoner som stille aspirasjon, pneumoni og død. I tillegg fører lite kunnskap til manglende oppfølging, og redusert livskvalitet på bakgrunn av påvirkningen vedvarende dysfagi har på ernæringsstatus og sosialliv. Funnene tilsier at ettersom sykepleieren er med pasienten døgnet rundt og står i en unik posisjon til å gjenkjenne tegn til dysfagi og sørge for videre oppfølging, bør

manglende kompetanse løses i form av pedagogiske intervensjoner, innføringen av screeningverktøy eller screeningskjema eller bruken av en protokoll som sikrer sykepleierens initiering til tverrfaglig samarbeid. Forskningsartiklene fant at når sykepleieren har dysfagikunnskap blir pasientutfall betydelig bedre. Funnene gir informasjon om dysfagihåndtering som er verdifull for sykepleieren i møte med disse pasientene.

## 4.1 Artikkelmatrikse

Tabell 2:

	Forfatter/årstall	Tittel	Tidsskrift	Hensikt	Design/metode	Funn
1	Garon, B. R., Sierzant, T. & Ormiston, C. (2009)	Silent Aspiration: Results of 2000 Video Fluoroscopic Evaluations	Journal of Neuroscience Nursing. 2009, 41(4): 178-185	Kartlegge årsaken til stille aspirasjon og analysere hvilke pasienter som rammes av stille aspirasjon, slik at sykepleiere kan bruke informasjonen til å gjenkjenne tegn på stille aspirasjon.	Retrospektiv studie. Det ble gjennomført svelgeevalueringer med videofluoroskopi på et sykehus i USA hos 2000 pasienter med ulike nevrologiske sykdommer, over en 3-års periode.	50,6% aspirerte (1012 stk). Av de som aspirerte var de vanligste diagnosene hjerneslag og innleggelse med pneumoni. Over halvparten aspirerte uten hosterefleks.
2	Wijnen, H., Schmitz, P. P., Jansen, M., Hendrix, L., van Susante, J. L. C. & Willems, H. (2021)	A Swallowing Screening Test Enhances a Better Recognition of Patients with a Hip Fracture at Risk for Oropharyngeal Dysphagia	Orthopaedic Nursing 2021,40(2):94-101	Vurdere om en standardisert dysfagiscreening utført av sykepleiere kan resultere i at flere av de i risiko for dysfagi oppdages.	RCT-studie på postoperative hoftebruddpasienter på ortogeriatrisk avdeling. I intervensjonsgruppen var det 92 deltakere, og 81 deltakere i kontrollgruppen. Screeningverktøyet som ble brukt er Standard Swallowing Assessment (SSA).	Introduksjonen av rutinemessing dysfagiscreening for sykepleiere førte til en betydelig økning i diagnostisering av dysfagi, flere kostholdsendringer og flere henvisninger til logoped.
3	Tada, A. & Miura, H. (2012)	Prevention of aspiration pneumonia (AP) with oral care	Archives of Gerontology and Geriatrics, 2012, 55(1):16-21	Undersøke effekten av munnstell i forebygging av aspirasjonspneumoni på sykehjem og på sykehus. Munnstell blir definert som både munnhygiene og svelgetrening.	Litteraturstudie som tar for seg forebygging av luftveissykdom i forhold til munnhygiene, svelgefunksjon og spyttproduksjon.	Munnhygiene utført av sykepleier kan eliminere pneumoniassosierte patogener og kan bedre pasientenes hosterefleks. Trening av svelgerelaterte muskler og stimulering av spyttproduksjon kan forebygge aspirasjon.
4	Helldén, J., Bergström, L. & Karlsson, S. (2018)	Experiences of living with persisting post-stroke dysphagia and of dysphagia management – a qualitative study	International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being, 2018, 13(1), Artikkel 1522194. 1-11	Synliggjøre hvordan det er å leve med dysfagi, når svelge-vanskene ikke opphører etter hjerneslag og utforske hvordan helsepersonell kan arbeide for å øke deres livskvalitet.	Kvalitativ studie. 5 deltakere som har levd med dysfagi etter slag imellom 6 måneder til 10 år meldte seg til intervju om sine opplevelser etter utskrivelse fra sykehus.	Personer med vedvarende dysfagi savner svelgerehabilitering, ønsker et større fokus på bedring av svelgefunksjon og har behov for tverrfaglig, individuell oppfølging. De ønsker mer kunnskap om dysfagi blant helsepersonell.
5	Kaspar, K. & Ekberg, O. (2012)	Identifying Vulnerable Patients: Role of the EAT-10 and the Multi-disciplinary Team for Early Intervention and Comprehensive Dysphagia Care	Nestle Nutr Inst Workshop Ser, 2012, 72,19-31	Argumentere for at et enkelt screeningverktøy kan hjelpe til med å igangsette tidlig behandling av dysfagi, og at omfattende dysfagihåndtering krever tverrfaglig samarbeid.	Litteraturstudie som tar for seg 4 ulike studier, fra diverse sykehus, sykehjem og poliklinikker i USA og Europa.	Redusert livskvalitet er en konsekvens av ubehandlet dysfagi. De avdelingene som innførte systematisk dysfagiscreening så betydelig bedre pasientutfall. EAT-10 er vellykket i å identifisere dysfagi, lett å forstå og kan utføres av pasienten selv.
6	Jones, C. L. & Porterfield, S. (2020)	Nursing Students' Knowledge of the Nurse's Role in the Management of Dysphagia	Rehabilitation Nursing, 45 (5), 299-307	Evaluerer sykepleierstudenter kunnskap om dysfagi og understreker at sykepleieren har viktig rolle i tverrfaglig team for å hjelpe pasienter med dysfagi	En kviseksperimentell studie i form av et pedagogisk program, der 38 sykepleierstudenter deltok i pretesten, og 37 sykepleierstudenter deltok i posttesten. De studerte på sitt siste semester.	Sykepleiestudenter kunne gjenkjenne ulike fasene i svelgeprosessen, identifisere tegn og symptomer på aspirasjon og stille aspirasjon. Sykepleiestudenter var enige om at dysfagi burde ha et større fokus i pensum.

## 5 Drøfting

### 5.1 Dysfagihåndtering – et enkelt screeningverktøy eller sykepleiepensum?

Vi befinner oss på en kirurgisk avdeling for ortopedi, og pasienten vår er en 70 år gammel mann med hoftebrudd. Oppgavene på avdelingen er forholdsvis like fra dag til dag – fokuset ligger på å forberede pasienten til kirurgi, og å hjelpe pasienten til tidlig mobilisering post-op. Dette er ikke en avdeling der det er innarbeidet rutiner rundt dysfagi, slik sykepleiere på slagenheten er vant med.

En eventuell dysfagi blir lett oversett til fordel for innleggelsesårsaken, selv om dysfagi kan utsette pasienter for livstruende post-operativ pneumoni. Forekomsten av dysfagi stiger til 30% av de innlagt på akutte, geriatrike sykehusavdelinger, og de vanligste predisponerende risikofaktorene er hjerneslag, Parkinson og demens. Hoftebrudd oppstår vanligvis hos eldre pasienter med komorbiditeter som hjerneslag eller demens, og hoftebruddspasienter blir ofte intubert under operasjonen. En studie viste en post-operativ dysfagiprevalens på 34%, der prevalensen var 7% før inngrepet (Wijnen et al, 2021, s. 94).

I tiårene som kommer vil prevalensen av hoftebrudd forventes å øke kraftig på grunn av forbedret helsevesen i kombinasjon med økt forventet levealder (Wijnen et al., 2021, s. 97-98). Dermed vil antall pasienter med risiko for dysfagi øke. Hva må til for at disse pasientene skal beskyttes mot dysfagirelaterte komplikasjoner?

Wijnen et al. tar til orde for at det bør innføres et enkelt dysfagiscreeningsverktøy på ortogeriatrike avdelinger. Screeningverktøyet de valgte å bruke i studien sin kalles for Standardized Swallowing Assessment (SSA). SSA er et screeningverktøy for sykepleiere, mye brukt i slagenheter og nevrologiske sykehusavdelinger – og på bakgrunn av funnene i RCT-studien kan dette screeningverktøyet vurderes til å fungere godt i målet ved å identifisere hoftebruddspasienter med dysfagi (Wijnen et al., 2021, s. 99). Det burde være en enkel sak å implementere SSA i daglig praksis. Den tar ikke mer enn 5 minutter å utføre (prosedyren beskrives i detalj i vedlegg 2).

Wijnen et al. konkluderer med at ett enkelt screeningverktøy løser mye – ved bruk av SSA oppdaget sykepleierne at 29% av pasientene i intervensjonsgruppen hadde dysfagi, i forhold til 15% i kontrollgruppen. Innføringen av SSA reduserte sannsynligheten for kvelning og

aspirasjon hos skrøpelige eldre post-operative pasienter med hoftebrudd, førte til flere konsultasjoner med logoped for å bekrefte dysfagi hos de som ble vurdert med høy risiko. Innføringen av dysfagiscreeningen gjorde sykepleierne mer engasjerte i kostholdstilpasningene og i modifisering av mat og væske, ved å tilpasse konsistens med blant annet fortykningsmiddel, som følger en positiv dysfagiscreening (Wijnen et al., 2021, s. 97-99).

Dette forteller oss at sykepleierens evne til observasjon ikke alene er god nok til å hente inn tilstrekkelige, nødvendige opplysninger om pasientens helsestatus. Rutinemessige, standardiserte screeninger må innføres for å sikre sykepleierens identifisering av pasienter med dysfagirisiko.

På den andre siden finnes strategier som går på å øke sykepleierens kompetanse. Resultatene fra Jones og Porterfields litteratursøk viser at pedagogiske intervensjoner for å øke bevisstheten rundt temaet dysfagi blant sykepleiere har vist seg å redusere risikoen for aspirasjonspneumoni hos slagpasienter, øke antall sykepleierhenvisninger til logoped, og forebygge redusert livskvalitet, respirasjonssvikt og død (Jones & Porterfield, 2020, s. 300). De utarbeidet en liste over dysfagikunnskap som sykepleieren er nødt til å ha for å kunne identifisere dysfagien og tilrettelegge deretter:

1.	at sykepleieren skal initiere samarbeid med logoped så tidlig som mulig, før hen går i gang med å tilsette fortykningsmiddel i væske eller på egen hånd servere maten hen tror pasienten tåler,
2.	kunne identifisere tegn på dysfagi og aspirasjon, i tillegg til stille aspirasjon,
3.	gjenkjenne de ulike fasene i en normal svelgeprosess,
4.	kunne forklare hvorfor sykepleierens kunnskap om dysfagi er viktig i forhold til pasientutfall, og
5.	om de visste at tidspunktet for inntak av legemidler påvirker svelging, da dette f.eks er svært essensielt hos pasienter med Parkinson (Jones & Porterfield, 2020, s. 305).

Jones og Porterfield testet kunnskapen til sykepleierstudenter på siste semester, og konkluderte med at sykepleiere ikke kan nok om dysfagi til å kunne gi forsvarlig helsehjelp til disse pasientene (Jones & Porterfield, 2020, s. 300).



Hvorfor mangler sykepleiere denne kompetansen? Henderson formulerte sine bekymringer om at sykepleien har lett for å undervurdere verdien av å ha manuelle ferdigheter i og erfaring med å pleie pasienter med et bredt spekter av sykdommer og tilstander, på grunn av forsøket om å gå vekk fra en rent teknisk sykepleie over til en mer pasientsentrert pleie (Henderson, 1991/1998, s. 84). Sykepleierutdanningen er strukturert slik at den tar for seg de vanligste sykdomsgruppene og går i dybden på disse. Dette kan forklare fraværet av temaet dysfagi i pensum; det er et symptom på flere lidelser, og ikke et eksklusivt tegn på en bestemt sykdom.

Jones og Porterfield utarbeidet et pedagogisk program, igjen basert på punktene ovenfor. Etter å ha testet sykepleierstudentene på nytt, fant forskerne at det er hensiktsmessig med en pedagogisk intervensjon om dysfagihåndtering da studentene scoret betydelig høyere (Jones & Porterfield, 2020, s. 303).

Etter å ha deltatt i forskningen var sykepleierstudentene enige om at dysfagi burde ha et større fokus i pensum, og at sykepleiere har en veldig viktig rolle i behandlingen av dysfagi. Jones og Porterfield konkluderer med at sykepleiere som tidlig lærer betydningen av tverrfaglig samarbeid vil kunne gi sykepleie av høyere kvalitet, og de kan være en bedre forkjemper for pasientene sine (Jones & Porterfield, 2020, s. 306).

Når man skal veie innføring av et enkelt screeningverktøy opp mot en løsning som retter seg mot sykepleierpensum, viser Jones og Porterfield at sykepleierens oppgave ikke stopper med en enkel screening. Screeningverktøyet er verdifullt, men sikrer ikke den totale oppfølging av disse pasientene, eller at dysfagien deres blir tilstrekkelig håndtert. Derfor kan det argumenteres for at forskningsartikkelen til Wijnen et al. blir en lettvint løsning på et komplisert problem. Å implementere et screeningverktøy på noen av de avdelingene der pasienter i risikozonen for dysfagi befinner seg, er en rask måte å hjelpe sykepleierne til å oppdage mange tilfeller. Men vi vurderer det til at Jones og Porterfield har en mer helhetlig løsning som vil føre til at sykepleiere oftere vil klare å koble pasientens helsehistorie med riktig diagnose.

De grunnleggende behovene er sykepleierens ekspertise (Henderson, 1993, s. 13), og det faktum at dysfagi berører mange grunnleggende behov utgjør et grunnlag for å hevde at kjennskap til dysfagihåndtering bør være sykepleierpensum. Dysfagi er noe sykepleiere kan møte på i svært mange ulike pasientgrupper. På avdelingene der dysfagi ikke er et kjent fenomen, er det ikke alltid logoped tilgjengelig, i motsetning til sykepleieren som er hos

pasienten 24/7. Sykepleiere er i en unik posisjon til å være på vakt, identifisere, evaluere og igangsette intervensjoner for pasientene med dysfagi (Kaspar & Ekberg, 2012, s. 19). Vi har selv opplevd eksempler på mangelfull kunnskap i forhold til punktene til Jones og Porterfield. I sykehjemspraksis har sykepleierne vært opptatte av at Parkinsonpasienter får legemidlene sine før mobilisering – men tenker ikke på at det er avgjørende for dem å få legemidlene før måltider, slik at pasienten unngår feilsvelging.

Oppsummert er innføringen av screeningverktøy på flere avdelinger viktig, men ikke nok for å sørge for helhetlig sykepleie. Sykepleieren trenger dysfagikompetanse utover hvordan hen utfører screeningstesten.

## **5.2 Sykepleierens evne til å imøtekomme dysfagipasientens behov**

Dysfagi påvirker pasientens livskvalitet svært negativt. Kaspar og Ekberg fant at måltider var blitt en smertefull opplevelse, assosiert med engstelse og panikk. De oppgir å kveles på maten, mange har nedsatt matlyst og over halvparten forteller at de spiser mindre. Mange rapporterte et vekttap det siste året. 1/3 av pasientene forteller at de fremdeles er sultne og tørste etter måltidet sitt (Kaspar & Ekberg, 2012, s. 20). Dysfagikunnskap er særlig viktig for sykepleiere da de skal hjelpe pasienten til å spise og drikke tilstrekkelig (Henderson, 1997, s. 30).

Opplevelser som er avgjørende for underholdning og mening i hverdagen, jfr. Hendersons grunnleggende behov, påvirkes også av dysfagi. Kommunikasjon blir krevende med spyttet som samles opp i munnhulen. De unngår ofte å spise med andre, så selskaper og restaurantbesøk blir det lite av, og på konserter må personene velge seter nærme inngangen i tilfelle de får et hosteanfall eller begynner å kveles på spyttet sitt (Helldén et al., 2018, s. 6). De fleste deltakerne i studien til Kaspar og Ekberg var mellom 60 og 79 år – en periode i livet der man skal kunne forvente god livskvalitet.

Personer med vedvarende dysfagi etter hjerneslag får mangelfull oppfølging etter utskrivelse. Logopeden er ofte den eneste fagpersonen som kan tilby relevant helsehjelp. Personene føler seg overlatt til seg selv og må utvikle strategier for å leve med problemene sine på egen hånd (Helldén et al., 2018, s. 5-6). Helldén et al. hevder at den manglende oppfølgingen som

deltakerne forteller om, strider imot The European Society for Swallowing Disorders (ESSD) som i 2012 publiserte retningslinjer for screening, diagnostisering, og behandling av orofaryngeal dysfagi hos slagrammede. Dette dokumentet anbefaler at det utføres en vurdering av dysfagi hver andre til tredje måned det første året etter et slag, og deretter hver sjette måned. Men disse retningslinjene har ikke blitt implementert i Sverige (Helldén et al., 2018, s. 3).

Når det er etablert at oppfølgingen er mangelfull og at sykepleiere har et særlig ansvar når det gjelder konsekvensene av dysfagi, hva burde intervensjonene gå ut på når sykepleieren møter pasienter med dysfagi?

Henderson mener at sykepleie må ta utgangspunkt i pasientens oppfatning av behovene og av hvordan de best kan tilfredsstilles, for å oppnå det vedkommende oppfatter som god helse eller helbredelse (Kirkevold, 1998, s. 102). Også deltakerne i studiet til Helldén et al. sier at de setter pris på når fagpersoner lytter til ønskene deres, eller når hjelpen de fikk korrelerer med deres behov – det de opplever at de trenger hjelp med (Helldén et al., 2018, s. 6). Dette stemmer overens med de yrkesetiske retningslinjene 1.1 jfr. kapittel 2.3. I litteratursøket gjorde Helldén et al. funn som tilsa at det største ønsket hos de med vedvarende dysfagi var å bli bra igjen – slik de hadde det før hjerneslaget, eller å klare og finne en “ny normal” (Helldén et al., 2018, s. 2). Hendersons syn tilsier at rehabilitering er den viktigste intervensjonen fordi det er dette pasientene ønsker.

Dysfagirehabilitering innebærer svelgetrening (Tada & Miura, 2012, s. 19). Dette er viktig fra en sykepleieteoretisk vinkel – for selv om sykepleieren prøver å hjelpe pasienten med å oppfylle sine behov i en periode der han er avhengig av andre, prøver hen også å forkorte denne perioden, slik at pasienten kan gjenvinne selvstendighet (Henderson, 1991/1998, s. 59). På den andre siden er det nødvendig med kompenserende tiltak. Det er ikke alle pasientgrupper som har et like godt utgangspunkt til rehabilitering som personer som har gjennomgått hjerneslag. Kompenserende tiltak består av svelgeteknikker, modifisert kosthold og posturale teknikker (riktig sittestilling). Svelgeteknikker vil f.eks være kraftfull svelging (Svensson, 2014, s. 135), der man kan forestille seg at man svelger en hel golfball, slik en deltaker i studien til Helldén et al. meddeler at han fikk tips fra logoped om å gjøre (Helldén et al., 2018, s. 3). Kompenserende tiltak kan hjelpe noen pasienter til å gjenvinne svelgefunksjonen med tiden og få mindre behov for modifisert mat og væske (Svensson,

2014, s. 141).

### **5.3 Dysfagihåndtering forutsetter sykepleieprosessen og tverrfaglig samarbeid**

I dette kapittelet tar vi for oss dysfagihåndtering etter VIPS-modellens (se vedlegg 1) struktur i kombinasjon med tverrfaglig samarbeid. Kaspar og Ekberg utarbeidet en protokoll for individuell, omfattende dysfagihåndtering som minner mye om VIPS-modellen i rekkefølge og form, men med et tverrfaglig team. Derfor har vi valgt denne modellen fra sykepleieprosessen. Også Helsedirektoratet nevner i nasjonale råd at det er krevende å «gi mat med rett konsistensnivå uten en tverrfaglig utredning» (Helsedirektoratet, 2018), som videre understreker viktigheten av tverrfaglig samarbeid i den helhetlige oppfølgingen av dysfagi.

Hva blir sykepleierens rolle i dette tverrfaglige samarbeidet? Henderson peker på at sykepleieren skal sørge for at pasienten får muligheten til å oppnå kontakt med andre behandlere i pasientens team. Pasienten får da muligheten til å få utløp for sine behov og følelser hos forskjellige fagfolk, som kan gi individuell oppfølging og støtte, jfr. det tiende grunnleggende behovet (Henderson, 1993, s. 52-53).

#### **5.3.1 Datasamling**

Ifølge protokollen til Kaspar & Ekberg er det første steget i dysfagihåndtering å identifisere dysfagipasienten basert på pasientens tidligere journal eller helsehistorie, sykepleierens observasjoner og resultatene fra en screeningtest (Kaspar & Ekberg, 2012, s. 21). Dette utgjør første del av sykepleieprosessen og er sykepleierens oppgave (Ehnfors et al. 2013/2015, s. 45). Henderson hevder at det som påvirker våre grunnleggende behov og våre evner til å møte dem er sosiokulturell bakgrunn, fysiske og psykiske krefter, vilje og motivasjon, og alder. Dette kan være faktorer sykepleieren kartlegger og bedømmer når hen samler inn data og undersøker hvor mottakelig pasienten er for helsehjelp (Henderson, 1993, s. 15).

Dersom pasienten har dårlig tannstatus og redusert munnmotorikk (Tada & Miura, 2012, s. 18), eller helsehistorien viser noen av de diagnosene eller skadene assosiert med dysfagi som nevnt i 2.2., og dersom sykepleieren observerer dysfagitegn jfr. 2.2.1, kan sykepleieren basert på kunnskap mistenke dysfagi. Svelgeobservasjonen skal skje der pasienten ønsker å spise, slik at måltidet blir mest mulig avslappende og autentisk. Sykepleier skal snakke med

pasienten mens han spiser for å observere det påvirker svelgingen. Pasienter med dysfagi har ulike oppfatninger av svelgevanskene, så er det viktig å la pasienten selv få beskrive dem (Stensvold, 1997, s. 63-68). Sykepleieren kan stille spørsmål som:

Spiser han normal kost?
Hva kjennetegner hans svelgevansker?
Hva pleier han å gjøre når det blir vanskelig å svelge?
Er det noen typer drikke/mat som er lettere/vanskeligere enn noen andre?
Er problemet konstant?
Hvilken type behandling har han fått tidligere?
Blir han tungpustet under spising?

Bare 40% av individene med dysfagi i den kvalitative studien Kaspar og Ekberg inkluderte i litteraturstudien sin hadde fått en formell diagnose.  $\frac{2}{3}$  hadde ikke blitt tilbudt noen behandling – og mindre enn halvparten oppgitt noe om svelgevanskene sine med mindre helsepersonell spurte direkte (Kaspar & Ekberg, 2012, s. 21). Dermed er underdiagnostiseringen av dysfagi et problem som starter allerede før sykepleier får muligheten til å observere tegn på dysfagi. Det virker til at spørsmål om svelging veldig sjeldent blir stilt ved innkomst. Dette til tross for at innkomstskjemaet blir basert på “pasientstatus” i VIPS-modellen, hvor ernæring/matinntak er et av de essensielle punktene. Henderson mener at det kan bli alvorlige følger av å tro at pasienten på egen hånd vil gi uttrykk for sine behov, sin frykt og engstelse, uten at sykepleieren ser på seg selv som den som støtter opp om pasienten når han mangler vilje, kunnskaper eller styrke; “komme under huden på ham” (Henderson, 1991/1998, s. 57).

### 5.3.2 Sykepleiediagnose

Uten screeningverktøy, vil sykepleieren kun tilkalle logoped til avdelingen dersom hen basert på sine observasjoner får en mistanke om dysfagi – men dette krever et visst kjennskap til dysfagi som et klinisk fenomen, og som vi skal diskutere senere i oppgaven, i 5.4, er det ikke alltid så lett å oppdage aspirasjonsfare. Studien til Wijnen et al. viser at dysfagiscreening med SSA kan administreres pålitelig av ortogeriatriske sykepleiere. Det kan være mange fordeler ved at sykepleieren har muligheten til å utføre dysfagiscreening. Logopeden er jo ikke hos pasienten døgnet rundt, det er det sykepleieren som er. Dessuten kan sykepleieren utføre en

ny SSA-vurdering dersom det skjer en forandring i pasientens tilstand.

Men SSA er ikke et screeningskjema som enkelt kan legges inn i pasientens journal – det er ikke et dokument der man krysser av til man får en score. SSA er mer et hjelpemiddel for sykepleieren. Når pasientene skal skrives ut og sendes videre i helsevesenet, er det derfor en fordel at evalueringen tar form som et screeningskjema.

EAT-10 passer bedre når man skal standardisere et dysfagiscreeningverktøy (se vedlegg 3). Kaspar og Ekberg mente at et godt screeningverktøy skal være raskt å gjennomføre og enkelt å forstå. EAT-10 er et skjema som er designet for å møte det kliniske behovet for et spørreskjema som er kortfattet og kan vurdere alvorlighetsgraden av dysfagisyntomene. Den kan brukes på både orofaryngeal og øsofageal dysfagi. EAT-10 ble utviklet av en tverrfaglig gruppe med dysfagiekspert basert på faglitteratur, klinisk erfaring og eksisterende spørreskjemaer, der en liste på 35 spørsmål ble komprimert til 10 spørsmål. EAT-10 er selvadministrert og kan utføres på 2 minutter. En score på mer enn 3 indikerer svelgevansker. For de med orofaryngeal dysfagi var den gjennomsnittlige scoren på 23 (Kaspar & Ekberg, 2012, s. 27). EAT-10 kan overføres i pasientens journal slik at annet helsepersonell blir klar over pasientens dysfagi, vurdere effekten av en eventuell svelgetrening og sammenlikne scoren.

Sykepleieren formulerer sykepleiediagnoser for pasienten, i dette tilfellet Torvald, som skal inneholde symptom, årsak og problem (Ehnfors et al. 2013/2015, s. 92). Symptomet er dysfagi, og vi kan se i pasientens helsehistorie at han har hatt et hjerneslag for noen år siden, selv om årsak, når det gjelder dysfagi, kan være mangfoldig, med påvirkningsfaktorer som tannstatus, alder og underliggende sykdommer. Pasienten har en risiko for aspirasjon, som kan føre til aspirasjonspneumoni.

### **5.3.3 Sykepleiemål**

Henderson mener at det å spise under normale forhold skal være både risikofritt og tilfredsstillende (Henderson, 1993, s. 31). For de som er rammet av dysfagi, blir spising ikke bare en ubehagelig opplevelse, med kvelningsfølelser og hoste, men også utrygt med tanke på aspirasjon og komplikasjonene dette kan medføre, jfr. kapittel 5.4. Målet er at pasienten skal være tilstrekkelig ernært, med tanke på alder og høyde – uansett hvilken diett

behandlingsteamet blir enige om at han bør settes på. Henderson skriver at det er sykepleierens ansvar å sørge for at pasientens næringstilførsel er adekvat (Henderson, 1993, s. 33).

Pasienten skal oppmuntres til å hjelpe seg selv slik at han kan gjenvinne selvstendighet så snart som mulig (Henderson, 1993, s. 32). Torvald skal få opplæring i egen helsetilstand og lære om sin sykdom og gis dermed muligheten til egenomsorg og kunnskapen til å selv ta initiativ til å utføre handling. Når målet med tiltakene er å fremme helse, så forutsetter det, ifølge Henderson, at sykepleieren hjelper pasienten til å fremme vilje og kunnskaper – til å utføre selvstendige beslutninger og handlinger, for å ivareta grunnleggende behov (Kirkevold, 1998, s. 104). Pasienten skal kunne gjenkjenne tegn til forverring. Hun mente at helse ikke bare er fravær av sykdom – sykepleieren har ansvar for å bidra til at pasientens liv blir “mer enn en vegetativ prosess” (Kirkevold, 1998, s. 102), jfr. det tiende og det fjortende grunnleggende behovet. Torvald skal kunne føle seg tryggere på å bli med på sosiale sammenkomster med familie og venner, å kunne spise i samvær med andre. Henderson nevner at det er viktig at pasienten får spise med andre, istedenfor å måtte spise innesperret på rommet sitt, og at dette også gjelder når pasienten er utskrevet fra sykehuset (Henderson, 1993, s. 32).

#### **5.3.4 Sykepleietiltak**

Når sykepleieren mistenker dyfagi etter screeningen, er andre steget i Kaspar og Ekbergs protokoll å oppsøke pasientens behandlingsteam. Jones og Porterfield er enig i dette, og hevder at et av de fremste tiltakene sykepleieren kan gjøre er å initiere tverrfaglig samarbeid (Jones & Porterfield, 2020, s. 306). Hen initierer kontakt med logoped for en vurdering av svelging før hen går igang med kostholdsendringer og kompenserende tiltak. Dette fordi det innimellom hender at pasienten ser ut til å tåle ulike typer mat eller væske – men for å identifisere hvordan pasienten egentlig svelger, og dermed hvor godt pasienten tåler ulike kompenserende tiltak, kan logopeden utføre en Volume-viscosity swallow test (V-VST) for å bestemme konsistens på mat og væske. Det er en klinisk metode for å identifisere pasienter med orofaryngeal dysfagi, i tillegg til tegn på aspirasjonsrisiko (Kaspar & Ekberg, 2012, s. 28). Farmasøyten hjelper sykepleieren med å vurdere pasientens legemidler og er en komponent i hans behandlingsteam. Ernæringsfysiologen utarbeider en grundig ernæringsvurdering for å kartlegge pasientens behov som sykepleieren jobber ut fra.

Pasientene som ikke klarer å få i seg tilstrekkelig føde gjennom munnen; gjerne i en midlertidig, akutt fase, har behov for sondeernæring (Olsen & Ryen, 1997, s. 81). Basert på de kliniske resultatene vil det tredje steget i protokollen for dysfagihåndtering være å henvise til en formell utredning, f.eks videofluoroskopi, som utføres av logoped og radiograf (Kaspar & Ekberg, 2012, s. 29). Helsedirektoratet bekrefter at dette gjøres spesielt når det er mistanke om aspirasjon (Helsedirektoratet, 2018). Videofluoroskopi er ifølge Kaspar og Ekberg og Garon et al. “gullstandarden” for å identifisere svelgefunksjonens patofysiologi og passende behandling. Den videofluoroskopiske metoden som ble brukt i studiene deres var røntgenundersøkelse med bariumholdig kontrastmiddel. Metoden er bedre enn fiberoptisk endoskopisk undersøkelse, som viser en 90% samsvar med videofluoroskopiske undersøkelser i påvisning av aspirasjon, og metoden gir også mer spesifikke resultater enn både scintigrافي, elektromyografi og ultralyd (Garon et al., 2009, s. 179). Vi mener at legen og logopedens forordninger, og i hvilken grad disse forordningene svarer på pasientens behov, kan avhenge helt av kvaliteten på sykepleierens rapporter i datasamlingen.

Henderson forteller også at sykepleierens “største bidrag kan være å hjelpe et familiemedlem til å forstå hva pasienten trenger fra ham eller henne”. Sykepleieren som ønsker å forstå og hjelpe hver enkelt pasient, vil sette pris på å få treffe og snakke med hans venner og familie (Henderson, 1993, s. 59). Sykepleieren som virkelig ønsker at pasientens håndtering av egen tilstand skal bedres, kan kontakte hans nærmeste angående EAT-10.

Etter å ha initiert til tverrfaglig samarbeid for å sørge for pasientens ernæringsstatus, og vært i kontakt med pasientens pårørende, finnes det flere tiltak som sykepleieren kan utføre i henhold til svelgetrening. Tada og Miura definerer munnstell til å omhandle både svelgetrening og munnhygiene, og utviklet en oversikt over sine funn fra litteraturstudien: Dårlig munnhygiene fører til oppsamling av luftveispatogener – i kombinasjon med dysfagi vil dette kunne føre til aspirasjon av luftveispatogener, som kan gi aspirasjonspneumoni. Forskning har vist at når sykepleier gir tilstrekkelig munnhygiene, vil dette eliminere patogener. I tillegg kan dysfagi, som gir spisevansker, føre til underernæring. Underernæring gir redusert immunforsvar, og øker risikoen for aspirasjonspneumoni. Hjelp til munnhygiene forebygger oppsamling av bakterier, og trening av svelgefunksjonen forebygger aspirasjon – til sammen utgjør dette en solid løsning på forebygging av aspirasjonspneumoni (Tada & Miura, 2012, s. 17). Sykepleietiltak må gå ut på å forebygge underernæring, gi tilstrekkelig



munncygiene og sørge for at pasientens rehabilitering igangsettes.

Når pasienten undergår trening av svelgefunksjonen, kreves det tett oppfølging for å sørge for pasientens sikkerhet, slik at hvert steg blir evaluert og effekten av hver metode blir vurdert.

De fant at en individuell plan, utformet av sykepleier, logoped og ernæringsfysiolog, er viktig for å sikre pasientens helhetlige oppfølging (Tada & Miura, 2012, s. 19).

Rehabilitering på sykehuset, i regi av logopeden, kan bestå av:

1. Nevromuskulær elektrisk stimulering av svelget. Har vist seg å bedre svelgefunksjonen ved å øke spyttproduksjonen, øke epiglottis' evne til å stenge for de nedre luftveiene under svelging, og øker sentralnervesystemets funksjon til å igangsette svelgeprosessen (Tada & Miura, 2012, s.18).
2. Anstrengt svelging, som i kombinasjon med elektrisk stimulering øker hyoidelevasjon, positivt for svelgefunksjonen (Tada & Miura, 2012, s.18).
1. McNeill Dysphagia Therapy Program, et rehabiliteringsprogram med diverse øvelser som i forskning har vist seg å ha effekt på svelgefunksjonen (Helldén et al., 2018, s. 3).

Sykepleieren utarbeider en utskrivningsplan. Før sykepleieren gjør noe for pasienten, spør sykepleieren seg hva det er han selv kan utrette, og hjelper ham snarest mulig til å utvikle den styrken eller kunnskapen som kreves for å kunne utføre gjøremålet (Henderson, 1991/1998, s. 59). Svelgetrening som pasienten kan øve på og få med seg hjem innebærer:

1. Språktrening, som kan, i tillegg til å bedre hvor tydelig og høyt pasienten prater, øke svelgetrykket. Pasienten gjennomgår dette med logoped (Helldén et al., 2018, s. 5).
2. Trening av leppemuskulaturen, med et instrument som kalles for munnskjerm, bedrer leppestyrke og svelging (Svensson, 2014, s. 136).
3. Indirekte svelgetrening som nakkemassasje, øvelser hvor man strekker og tøyser i kinn og lepper, og vibrerende muskelstimulering av kinn og tunge. Direkte rehabilitering går ut på å øve på spising med å f.eks spise gelé. Ved å følge disse strategiene ble antall pneumonier redusert i en studie fra 2007 (Tada & Miura, 2012, s. 18).

### **5.3.5 Pasientresultat**

Deltakerne i intervjuet til Helldén et al. forteller at det er avgjørende for dem å holde håpet oppe: en person sier «Nervene gror, men de gror sakte; kanskje vil de virke igjen» (Helldén et

al., 2018, s. 6). Torvald har fått god opplæring i svelgetrening og føler seg trygg på å fortsette med dette hjemme. Han vet hvilken type kosthold han tåler, og kan spise og drikke – fri for aspirasjonsrisiko. Han opplever økt livskvalitet fordi risikoen for pneumoni er mindre. Han vet hvor viktig det er å foreta munnstell før måltider og har fått opplæring i hvordan man utfører tilstrekkelig munnhygiene. Har fått med seg munnskjerm hjem og blitt lært opp i hvordan han bruker dette. Torvald får ingen hjelp av hjemmesykepleien, og når han skal skrives ut hjem til seg selv er det heldig at han har fått opplæring i å vurdere egen svelgefunksjon. EAT-10 er brukervennlig og lett å forstå for de aller fleste (95,4%) (Kaspar & Ekberg, 2012, s. 26). Han opplever mestring i form av at han klarer å utføre evaluering av egen svelgefunksjon, og kan, dersom det skulle skje noen forandringer i svelgefunksjonen hans, ta med seg skjemaet til fastlegen sin. Dette pasientutfallet er nådd i tråd med de yrkesetiske retningslinjene 2.2 og 2.5., jfr. kapittel 2.3 (NSF, 2019).

Helldén et al. konkluderer med at et skifte må skje i Sverige – helsehjelpen for dysfagipasienten bør rettes mer mot rehabilitering i stedet for å kun fokusere på kompensierende tiltak. Tilgangen på rehabiliterende tiltak må bedres, og det bør etableres tverrfaglige dysfagiteam på sykehus (Helldén et al., 2018, s. 7).

Målet er at pasienten skal føle seg trygg på å kunne trene opp svelgefunksjonen, slik de i studien til Helldén et al. oppga at de etter gjennomgang med logoped føler seg trygge på å trene språket selv. Tada & Miura hevder at ettersom svelgetrening gir pasienten muligheten til å selv kunne gjøre noe for å forbedre en primærfunksjon, kan dette være en viktig faktor i arbeidet med å hjelpe pasienten til økt livskvalitet (Tada & Miura, 2012, s. 18).

Funnene fra Helldén et al. forteller oss at det er et stort behov for mer fokus på oppfølgingen av de med dysfagi. Alvorlighetsgraden av pasientens dysfagi må reevalueres regelmessig, og da må noen observere effekten av behandlingen og justere tiltakene deretter.

En studie evaluerte svelgefunksjonen til tidligere slagpasienter med PEG-sonde, og oppdaget at 41 av dem faktisk kunne fjerne sin PEG 6+ måneder etter slaget da de hadde fått tilbake store deler av svelgefunksjonen sin. Bare 44% av deltakerne hadde fått en vurdering av svelgefunksjonen etter at de fikk PEG (Helldén et al., 2018, s. 7). Dersom sykepleieren har kjennskap til at svelgetrening hjelper, og bør være en del av dysfagihåndtering, blir hen også mer kritisk til bruk av sonde. Hen vil utforske om pasientens svelgefunksjon er forbedret siden de fikk PEG, f.eks i form av en SSA/EAT-10-vurdering.

En deltaker forteller om den gangen de hadde en fornemmelse av at de holdt på å drukne, og

endte opp på sykehuset – der de hadde funnet en masse sondeernæring i lungene (Helldén et al., 2018, s. 5). Henderson oppfordrer til kritisk holdning blant sykepleiere, og at dersom “kompetente sykepleiere tilbyr pasienten veltillaget mat og drikke” – som i denne konteksten blir tilpasset mat og væske etter individuell svelgetesting – vil en kunne redusere bruken av “ekstraoral næringstilførsel” betraktelig (Henderson, 1993, s. 31).

På en annen side nevner Helsedirektoratets nasjonale faglige råd at konsistenstilpasset mat er mer utspedd og innholdsfattig. For å hindre underernæring kreves det oppfølging av vekt og ernæringsstatus. Pasientens lege kan skrive ut næringsdrikker, supper og puddinger på blåresept etter folketrygdloven § 5-14, jfr. blåreseptforskriften § 6, i tillegg til sondenæringsutstyr hvis normal spising blir for vanskelig og ikke dekker deres ernæringsmessige behov (Helsedirektoratet, 2018).

### **5.3.6 Kapitteloppsummering**

Dysfagihåndtering starter med at sykepleieren har tilstrekkelig dysfagikunnskap til å fange opp tegn til dysfagi i pasientens helsehistorie eller gjennom observasjoner. Sykepleiediagnose settes med screening med SSA eller EAT-10 (Wijen et al., 2021, Kaspar & Ekberg, 2012). Videre initierer sykepleieren til tverrfaglig samarbeid med ernæringsfysiolog og logoped for å sikre pasientens ernæringsstatus (Jones & Porterfield, 2020, Kaspar & Ekberg, 2012), henviser til utredning (Kaspar & Ekberg, 2012), utfører munnstell (Tada & Miura, 2012), initierer til rehabilitering (Helldén et al., 2018) – mens sykepleieprosessen benyttes for å sikre alle stegene, og til å sikre pasientens behov.

## **5.4 Stille aspirasjon – og sykepleierens avgjørende dysfagikunnskap**

I dette kapitlet tar vi for oss sammenhengen mellom dysfagi, uoppdaget aspirasjon og pneumoni – og hvordan sykepleierens kunnskap kan være avgjørende i forebyggingen av disse komplikasjonene.

Dysfagi er tilstede hos mer enn halvparten av eldre pasienter med pneumoni. Dette tyder på at aspirasjon er en viktig årsak til pneumoni hos eldre. I en studie fra 2019 ble

aspirasjonspneumoni diagnostisert hos 9% av pasienter etter hoftebruddkirurgi (Wijnen et al., 2021, s. 95). Dette bekreftes i en annen retrospektiv studie, som identifiserte dysfagi som en risikofaktor for pneumoni, innleggelse på intensivavdeling og død innen 6 måneder etter operasjon hos 546 pasienter med hoftebrudd eldre enn 65 år. Andre studier har vist at pneumoni resulterer i høyere dødelighet, både 30 dager etter hoftebrudd og 1 år etter operasjon (Wijnen et al., 2021, s. 95). I sitt litteratursøk fant Tada & Miura at pneumoni er en stor grunn til morbiditet og død hos eldre pasienter, og at forekomsten av aspirasjonspneumoni øker ved høy alder, ved underliggende sykdommer, og ved bruk av ernæringssonde og PEG. Årsaken til at høy alder er en risikofaktor, er fordi det hos eldre er en økning av biofilm, i kombinasjon med et dårligere immunforsvar og redusert mengde normal bakterieflora. Dette forstyrrer balansen, forårsaker farlig bakterieflora og fører til en oppsamling av luftveispatogener i orofaryngeale områder. Den andre årsaken, som ofte sees hos de med sonde, er forandringer i orofaryngeal bevegelighet og bevegeligheten i øsofagus, som fører til at svelgefunksjonen blir redusert og materiale fra munnhulen kan aspireres ned til bronkiene (Tada & Miura, 2012, s. 16).

Av de 1012 pasientene som aspirerte i forskningen til Garon et al., aspirerte 550 uten en hosterefleks – noe som kalles for stille aspirasjon, mens 462 aspirerte med hosterefleks. Undersøkelser av bevegelsesmønsteret til epiglottis ved aspirasjon viste at alle pasientene som aspirerte enten hadde en forsinket epiglottisk inversjon for å beskytte luftveiene, eller et unormalt epiglottisk bevegelsesmønster.

Pasientgruppene som aspirerte med en beskyttende hosterefleks hadde hjernestammeslag (hele 98,3%), hjerneslag i høyre hjernehalvdel, hode-halskreft, kols, demens, lukket hodeskade, nevrodegenerative sykdommer og kraniotomier.

Av de pasientene som aspirerte stille, uten hosterefleks, gjaldt dette de med hjernekreft, hjernestammeslag, hode- og halskreft, innleggelse med pneumoni, kols, demens, epilepsi, hjerterelaterte lidelser, nevrodegenerative lidelser, slag i høyre hjernehalvdel, lukket hodeskade, TIA og hjerneslag på venstre hjernehalvdel. Dysfagikunnskap inneholder dermed viten om at det ikke bare gjelder pasienter med cerebrale og nevrologiske lidelser – stille aspirasjon rammer faktisk ofte pasienter med diagnoser som tradisjonelt ikke knyttes til dysfagi (Garon et al., 2009, s. 181).

Disse pasientene klarer ofte ikke å hoste på kommando, og det er et fravær av brekningsrefleks. Uten kunnskapen om at aspirasjon kan foregå selv uten at pasienten viser

dramatiske tegn på dysfagi, som kvelning, hoste og brekning, kan sykepleieren stå i fare for å utsette pasienter som aspirerer stille for pneumoni. Mangelen på hosterefleks kan tenkes å ikke bare være en risikofaktor for aspirasjon da hosterefleksen fungerer som beskyttende mot aspirasjon, men også fordi pasientens pårørende, eller de som gir helsehjelp, ikke plukker opp på at det kan foregå stille aspirasjon. Ideelt sett burde sykepleiekunnskap gå ut på å kjenne til de kliniske symptomene assosiert med stille aspirasjon. Garon et al. konkluderer det med at symptomene er våt, slimete vokalkvalitet, talemangel, dysartri (slurring), sikling, mangel på hoste på kommando og fravær av brekningsrefleks.

De fant at væske med kullsyre, og varm mat er lettere å svelge enn kald/kroppstemperert mat. I tillegg fant de at 33,6% aspirerte på honningliknende konsistens, 31,6% aspirerte på nektarliknende konsistens, 34,5% aspirerte kun på tyntflytende væske – mens bare 0,3% av pasientene aspirerte på purékonsistens (Garon et al., 2009, s. 181). Dette tilsier at puréliknende mat – godt kokt og deretter moset – er det aller tryggeste å gi til dysfagipasienter uansett type dysfagidiagnose eller påvirket lesjonssted.

Dette fungerer som et eksempel på en situasjon der sykepleierens dysfagikunnskap kan være avgjørende. Vi har nevnt at både Jones og Porterfield og Kaspar og Ekberg hevder at sykepleier må kontakte logoped før hen går igang med å administrere mat og væske. Men det kan hende at sykepleier havner i en situasjon der hen har gjort en SSA-vurdering, sett at pasienten ikke kunne fullføre hele screeningen og dermed har tegn til dysfagi – og er nødt til å gi pasienten mat før logopeden kommer til avdelingen og utfører en formell undersøkelse. Da kan det argumenteres for at sykepleieren bør forsøke å administrere føde med puréliknende konsistens.

Et annet område der sykepleieren er viktig i dysfagihåndteringen, er munnhygiene. Tada & Miura fant at god munnhygiene kan bedre pasientens hosterefleks – noe som verner pasienten mot aspirasjon. Intervensjonen som ble benyttet i forskningen innebar daglig munnstell i form av at en pleier renses tennene og tannkjøttet til pasienten etter hvert måltid. Man kunne se en tydelig sammenheng munnhygiene og hosterefleks, selvom årsaken er ukjent. I litteraturen spekuleres det på om patogenene i munnhulen som aspirerer ned til nedre luftveiene over tid på en eller annen måte kan gjøre hostereseptorene mindre sensitive – eller at mikroaspirasjon over lengre tid kan forandre konsistensen på spyttet, eller tømmer neuropeptidene i nerveender, slik man kan se hos røykere (Tada & Miura, 2012, s. 19).

Spytt fasiliterer svelgeprosessen ved å effektivt lage en bolus. Tada og Miura mener derfor at å stimulere spyttproduksjonen kan forebygge aspirasjonspneumoni. Polyfarmasi fører til nedsatt spyttproduksjon, og pasienter på sykehus vil som regel stå på opptil flere legemidler og dermed ha tørre munnslimhinner. Tyggegummi og sugetabletter med mye smak øker sekretorisk produksjon. Kombinasjonen av smaks- og tyggestimulering kan øke spyttutskillelsen og lindre symptomer på munntørhet. I tillegg hjelper bruken av orale glyserolsprayer til å øke spyttproduksjonen, og reduserer alvorlighetsgraden av mukositt og fortykning av tungen (Tada & Miura, 2012, s. 19). Når sykepleieren vet at redusert spyttproduksjon er negativt for dysfagipasienter, kan hen sørge for at pasienten blir tilbudt dette.

Uoppdaget stille aspirasjon hos pneumonipasienter kan over lengre tid føre til at de behandles med antibiotika i mange dager uten at tilstanden deres forbedrer seg. De får kontinuerlig, uvitende, inn mat og væsker i lungene på en måte som ikke er synlig for helsepersonellet, noe som er kontraeffektivt for den medisinske behandlingen som gis (Garon et al., 2009, s. 181). Hvis sykepleieren kjenner til stille aspirasjon, som en komplikasjon av dysfagi, kan pasienten få mer målrettet behandling – og helsevesenet reduserer unødvendig bruk av antibiotika.

Også om man ser bort fra utviklingen av aspirasjonspneumoni, kan lungeeffektene av kronisk aspirasjon være omfattende og vedkomme pust; det første grunnleggende behovet. De fleste pasienter som er innlagt på akuttsykehuset med hjerneslag eller en pågående nevrodegenerativ prosess, blir satt i en kompromittert posisjon av deres opprinnelige patologi. Sykdommen kan forverres idet aspirasjon påvirker fysiologien til luftveiene deres, skaper arrvev og endringer i bindevevet som hjelper til med å holde luftveiene åpne, og reduserer pusteevnen. Anatomiske og fysiologiske endringer vil påvirke lungens evne til å ventilere skikkelig (Garon et al., 2009, s. 181). Henderson anerkjenner at det finnes mange grunner til utilstrekkelig lungeventilasjon, og at det er en sykepleieroppgave å legge merke til pasientens åndedrett (Henderson, 1993, s. 29).

## 5.5 Dysfagi – ikke bare et problem for slagrammede

Garon et al. fant at mens svikt i svelgefunksjon og behov for dysfagiscreening først og fremst blir assosiert med personer med en primær nevrologisk diagnose eller cerebral lidelse som hjerneslag eller demens, viser imidlertid dataene fra deres studie på stille aspirasjon at disse pasientene kun utgjør en andel av dysfagirammede. De med kols, de som har gjennomgått et hjerteinfarkt og pasienter som legges inn med pneumoni står også i feresonen. Garon et al. mener at dette bør inngå i generell sykepleiekunnskap. I kampen mot aspirasjonspneumoni, er det avgjørende at sykepleiere forstår nyansene knyttet til stille aspirasjon, og kan gjenkjenne tegnene (Garon et al., 2009, s. 183). Helldén et al. nevnte retningslinjene for oppfølgingen av dysfagipasienter, utgitt av ESSD med den hensikt å gjelde for slagrammede. Vi opplever det som et problem at dysfagi, både i media og i retningslinjer, kontinuerlig knyttes til hjerneslag og omtales stort sett som et problem i akutfasen. Når en eldre person legges inn på sykehus med pneumoni, kan jo sannsynligheten være stor for at vedkommende har en uoppdaget dysfagi og bør følges opp med svelgetrening.

Er det egentlig noen fagpersoner i pasientens tverrfaglige team som kan nok til å hjelpe pasienten til optimal svelgerehabilitering? Det bør gjøres en innsats for å komme til faglig enighet. Nasjonale kliniske retningslinjer bør dannes, og disse kan ikke bare være rettet mot slagpasienter. På denne måten kan dysfagi omtales som et større problem i helsevesenet, og bli en særegen del av de ulike fagpersonenes kliniske kompetanse. Det er jo ikke rart at sykepleiere har lite kunnskap om dysfagi når det ikke er en del av vårt pensum og det ikke er tilrettelagt for dysfagihåndtering, for eksempel ved bruk av screeningverktøy. Når vi har standardisert bruken av Downton Fall Risk Index og MNA ved innkomst av eldre pasienter på mange ulike avdelinger, hvorfor kan vi ikke også standardisere EAT-10?

## 6 Avslutning

Oppsummert har vi kommet fram til at behandlingen og oppfølgingen av personer med dysfagi er for dårlig. Særlig burde helsevesenet i større grad rette fokuset mot rehabilitering, i tråd med pasientens ønsker. Helsevesenets forestillinger om hvilke pasientgrupper som rammes av dysfagi er mangelfulle. Kompetanse bør økes i flere avdelinger og yrkesgrupper, ikke minst sykepleiere. Selvom en bredere bruk av screeningverktøy for dysfagi er verdifullt, er pedagogiske intervensjoner, men aller helst at dysfagi inkluderes i sykepleiepensum, viktig for å sikre helhetlig dysfagihåndtering. Dette er avgjørende for å forebygge komplikasjoner som pneumoni som følge av stille aspirasjon. Sykepleieprosessen vi anbefaler på bakgrunn av dette er beskrevet under punkt 5.3. og følger VIPS-modellen.

Et fravær av disse faktorene i møte med dysfagipasienten strider imot Hendersons grunnleggende behov og sykepleiernes yrkesetiske retningslinjer. Dette illustrerer vi gjennom casen vår der Torvalds vedvarende dysfagi ikke har blitt identifisert tross gjentagende sykehusinnleggelser med pneumoni, fordi sykepleiere, og andre fagpersoner, ikke kan nok om dysfagihåndtering.



## 7 Referanseliste

Blåreseptforskriften. (1997). Forskrift om stønad til dekning av utgifter til viktige legemidler og spesielt medisinsk utstyr (FOR-1997-04-18-330). Hentet fra

[https://lovdata.no/dokument/SFO/forskrift/1997-04-18-330?q=blåresept#KAPITTEL\\_1](https://lovdata.no/dokument/SFO/forskrift/1997-04-18-330?q=blåresept#KAPITTEL_1)

Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving*. (7.utg.). Gyldendal Akademisk.

Ehnfors, M., Ehrenberg, A. & Thorell-Ekstrand, I. (2015). *Nye vips-boken velvære, integritet, profylakse sikkerhet*. (2.utg.) (K. M. Thorbjørnsen. Overse.). Cappelen Damm Akademisk. (Opprinnelig utgitt 2013).

Ekberg, O. (1997). Anatomi og fysiologi ved normal svelging (E. Johnson, Overs.). I H. Stensvold & L. Utne (Red.). (1997). *Dysfagi* (27-45). Ad Notam Gyldendal.

Ekberg, O. (1997). Spise- og svelgevansker: Årsaker, symptomer, undersøkelser og diagnose (E. Johnson, Overs.). I H. Stensvold & L. Utne (Red.). *Dysfagi*. (s. 46- 61). Ad Notam Gyldendal.

Garon B. R., Sierzant, T. & Ormiston, C. (2009). Silent aspiration: results of 2,000 video fluoroscopic evaluations. *Journal of Neuriscience Nursing*, 41(4), 178-185: [doi: 10.1097/JNN.0b013e3181aaaade](https://doi.org/10.1097/JNN.0b013e3181aaaade)

Grini, I. S., Nilsson, A. & Gonera, A. (2020). *Mathverdagen for den hjemmeboende eldre i 2030: En brukersentrert tilnærming for å skape et mulighetsrom* (Rapport 30/2020). Nofima.

[https://nofimaas.sharepoint.com/:b:/s/public/EalGZsHXGTVAnsNPNU0BQkcBV3U006njaP/S3N5xTot95\\_w?e=rxyfxR](https://nofimaas.sharepoint.com/:b:/s/public/EalGZsHXGTVAnsNPNU0BQkcBV3U006njaP/S3N5xTot95_w?e=rxyfxR)

Grov, E. K. & Holter, I. M. (red.). (2015). *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie. Sykepleieboken 1*. Cappelen Damm Akademisk.

- Helldén, J., Bergström, L. & Karlsson, S. (2018). Experiences of living with persisting post-stroke dysphagia and of dysphagia management - a qualitative study. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 13(sup1), Artikkel 1522194. 1-11. doi: [10.1080/17482631.2018.1522194](https://doi.org/10.1080/17482631.2018.1522194)
- Helsebiblioteket. (2016, 03, juni). *Pico*. <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/sporsmalsformulering/pico>
- Helsedirektoratet. (2018, 05. oktober). *Kosthold ved dysfagi (tygge- og svelgevansker)*. <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>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2018). *Leve hele livet — En kvalitetsreform for eldre* (Meld. St. 15 (2017–2018)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dep/hod/id421/>
- Henderson, V. (1993). *ICN: Sykepleiens grunnprinsipper*. (NSF- Serien 3.97). Norsk Sykepleierforbundet.
- Henderson, V. (1998). *Sykepleiens natur en definisjon av dens konsekvenser for praksis, forskning og utdanning, refleksjoner etter 25 år* (S. Mellbye, Overs.). Gyldendal Norsk Forlag AS. (Opprinnelig utgitt 1991).
- Jones, C. L., & Porterfield, S. (2020). Nursing Students' Knowledge of the Nurse's Role in the Management of Dysphagia. *Rehabilitation Nursing*, 45(5), 299-307. doi: [10.1097/rnj.0000000000000213](https://doi.org/10.1097/rnj.0000000000000213)
- Norsk sykepleierforbundet. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*. <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>

- Kaspar, K. & Ekberg, O. (2012). Identifying Vulnerable Patients: Role of the EAT-10 and the Multi-disciplinary Team for Early Intervention and Comprehensive Dysphagia Care. *Nestle Nutr Inst Workshop Ser*, 72, 19-31. doi: <https://doi.org/10.1159/000339977>
- Khadka, S., Khan, S., King, A., Goldberg, L. R., Crocombe, L., & Bettiol, S. (2021). Poor oral hygiene, oral microorganisms and aspiration pneumonia risk in older people in residential aged care: a systematic review. *Age and Ageing*, 50(1), 81-87. doi: <https://doi.org/10.1093/ageing/afaa102>
- Kirkevold, M. (1998). *Sykepleieteorier - analyse og evaluering* (2. utg.). Akademisk Gyldendal.
- Olsen, T. G. & Ryen, S. (1997). Ivaretagelse av pasienter med dysfagi I akutfasen. I H. Stensvold & L. Utne (Red.). *Dysfagi*. (s.77-83). Ad Notam Gyldendal.
- Rugås, L., Rasmussen, E. F., Presberg, H., Bjor, L. & Opsahl, G. (2009). Svelgetesting hindrer dødsfall. *Sykepleien*. [10.4220/sykepleiens.2005.0021](https://doi.org/10.4220/sykepleiens.2005.0021)
- Stensvold, H. (1997). Innføring i den normale spise- og svelgeprosessen. I H. Stensvold & L. Utne (Red.). *Dysfagi*. (s.15-26). Ad Notam Gyldendal.
- Stensvold, H. & Utne, L. (Red.). (1997). *Dysfagi*. (s. 9-13). Ad Notam Gyldendal.
- Jones, C. L., & Porterfield, S. (2020). Nursing Students' Knowledge of the Nurse's Role in the Management of Dysphagia. *Rehabilitation Nursing Journal*, 45(5), 299-307. doi: [10.1097/rmj.0000000000000213](https://doi.org/10.1097/rmj.0000000000000213)
- Svensson, P. (2014). *Dysfagi-utredning och behandling vid sväljningssvårigheter*. Studentlitteratur.
- Tada, A. & Miura, H. (2012). Prevention of aspiration pneumonia (AP) with oral care. *Archives of gerontology and geriatrics*, 55(1), 16-21.

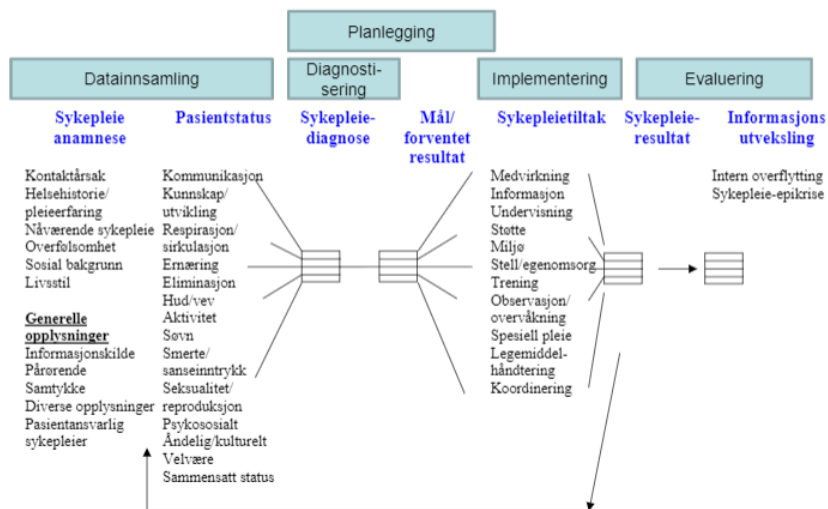
doi: [10.1016/j.archger.2011.06.029](https://doi.org/10.1016/j.archger.2011.06.029)

Wijnen, H., Schmitz, P. P., Jansen, M., Hendrix, L., van Susante, J. L. C. & Willems, H. (2021). A Swallowing Screening Test Enhances a Better Recognition of Patients with a Hip Fracture at Risk for Oropharyngeal Dysphagia. *Orthopaedic Nursing*, 40(2), 94-101. doi: [10.1097/NOR.0000000000000743](https://doi.org/10.1097/NOR.0000000000000743)

## 8 Vedlegg

### 8.1 Vedlegg 1:

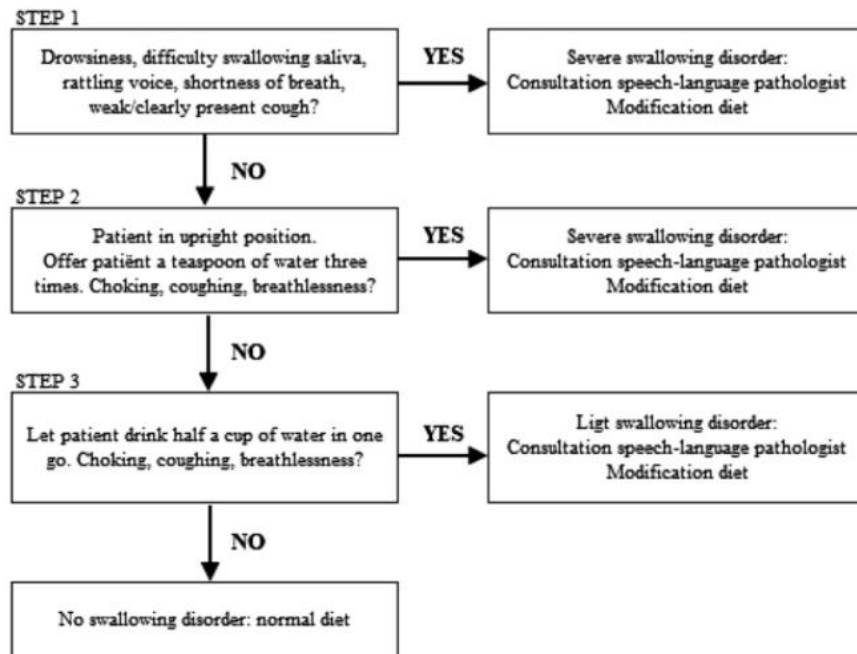
## VIPS modellen – en visualisering av sykepleieprosessen



### 8.2 Vedlegg 2

P (patient)	I (intervention)	C (comparison)	O (outcome)
Dysphagia	Nursing, multidisciplinary team	Malnutrition	Aspiration, aspiration pneumonia, quality of life

### 8.3 Vedlegg 3:



## 8.4 Vedlegg 4:

### EAT-10: A Swallowing Screening Tool



LAST NAME	FIRST NAME	SEX	AGE	DATE
-----------	------------	-----	-----	------

#### OBJECTIVE:

EAT-10 helps to measure swallowing difficulties.  
It may be important for you to talk with your physician about treatment options for symptoms.

#### A. INSTRUCTIONS:

Answer each question by writing the number of points in the boxes.  
To what extent do you experience the following problems?

**1** My swallowing problem has caused me to lose weight.

0 = no problem  
1  
2  
3  
4 = severe problem

**6** Swallowing is painful.

0 = no problem  
1  
2  
3  
4 = severe problem

**2** My swallowing problem interferes with my ability to go out for meals.

0 = no problem  
1  
2  
3  
4 = severe problem

**7** The pleasure of eating is affected by my swallowing.

0 = no problem  
1  
2  
3  
4 = severe problem

**3** Swallowing liquids takes extra effort.

0 = no problem  
1  
2  
3  
4 = severe problem

**8** When I swallow food sticks in my throat.

0 = no problem  
1  
2  
3  
4 = severe problem

**4** Swallowing solids takes extra effort.

0 = no problem  
1  
2  
3  
4 = severe problem

**9** I cough when I eat.

0 = no problem  
1  
2  
3  
4 = severe problem

**5** Swallowing pills takes extra effort.

0 = no problem  
1  
2  
3  
4 = severe problem

**10** Swallowing is stressful.

0 = no problem  
1  
2  
3  
4 = severe problem

#### B. SCORING:

Add up the number of points and write your total score in the boxes.  
Total Score (max. 40 points)



#### C. WHAT TO DO NEXT:

If the EAT-10 score is 3 or higher, you may have problems swallowing efficiently and safely. We recommend discussing the EAT-10 results with a physician.