

Andersen, Gina Karoline Bjertnes
Hagebakken, Gry Anita
Tobru, Kristin

Sykepleie ved språkvansker etter hjerneslag.

Bacheloroppgave i Sykepleie Bachelor
Veileder: Hammes, Bente
Mai 2019

Andersen, Gina Karoline Bjertnes
Hagebakken, Gry Anita
Tobru, Kristin

Sykepleie ved språkvansker etter hjerneslag.

Bacheloroppgave i Sykepleie Bachelor
Veileder: Hamnes, Bente
Mai 2019

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for helsevitenskap i Gjøvik

SAMMENDRAG

Tittel:	Sykepleie ved afasi og språkvansker etter hjerneslag	Dato : 15. Mai 2019
Deltaker(e)/	<u>Andersen, Gina Karoline Bjertnes</u> <u>Hagebakken, Gry Anita</u> <u>Tobru, Kristin</u>	
Veileder(e):	<u>Hamnes, Bente</u>	
Stikkord/nøkkelord (3-5 stk)	Afasi, Hjerneslag, Kommunikasjon, Relasjon, Brukermedvirkning.	
Antall sider/ord: 45/10775	Antall vedlegg: 0	
<p>Bakgrunn: Afasi gir en svikt i talefunksjonen og deles inn i to hovedtyper, som skiller mellom ekspressiv (å finne ord) og impressiv (å forstå ord). De vanligste typene for kommunikasjon er verbal- og nonverbal. Kommunikasjon med pasienter rammet av afasi kan være utfordrende fordi pasienten kan ha problemer med å forstå og bruke ord. Sykepleieren trenger derfor kunnskap og interesse for å samhandle med pasienten. En allianse mellom pasient og sykepleier er en viktig base for god kommunikasjon. Pasienter med afasi i sykehus vil være i en sårbar situasjon, da de møter ukjente mennesker som ikke kjenner pasientens vaner og behov. Sykepleier må møte pasienten slik at han eller hun stimulerer til mestring og trygghet i en slik situasjon. Inadekvat kommunikasjon mellom pasienter og sykehuspersonell kan være en trussel mot velferd og pasientsikkerhet.</p> <p>Hensikt: Hensikten med denne oppgaven er å finne ut hva som skal til for å bedre kommunikasjon mellom sykepleiere og afasirammede i sykehus.</p> <p>Metode: Dette er en litteraturstudie, det ble søkt i forskjellige databaser, brukt faglitteratur og litteratur etter pensum. Etter kritisk vurdering presenteres syv vitenskapelige forskningartikler. Deretter diskuteres funn fra artiklene opp mot fag- og pensumlitteratur.</p> <p>Resultat/Funn: Funnene viste at det er viktig å opprette en allianse for å oppnå god kommunikasjon, tilstrekkelig tidsbruk og opplæring av sykepleier. Bruken av lukkede spørsmål hjelper ikke pasientens språkutvikling. Opplæring, kurs og hjelpemidler hadde god effekt på kommunikasjon mellom pasient og sykepleier. Kommunikasjonsplaner utviklet av logoped letter kommunikasjon og frustrasjon for både sykepleier og pasiente.</p> <p>Konklusjon: Bruk av kommunikasjonsplaner, hjelpemidler og tidlig veiledning i kommunikasjon av sykepleiere, bidrar til å bedre kommunikasjon mellom pasienten og sykepleieren. Implementering av kommunikasjonsplaner anbefales slik at man har retningslinjer å følge i praksis. Dette krever også dokumentasjon og journalføring slik at man kan se fremskritt hos pasienten.</p>		

ABSTRACT

Title:	<u>Nursing to patients with aphasia and language difficulties after stroke.</u>	Date : 15. May 2019
Participants/	<u>Andersen, Gina Karoline Bjertnes</u>	
	<u>Hagebakken, Gry Anita</u>	
	<u>Tobru, Kristin</u>	
Supervisor(s)	<u>Hamnes, Bente</u>	
Keywords (3-5)	<u>Aphasia, Stroke, Communication, Relations, Empowerment</u>	
Number of pages/words: 45/10775	Number of appendix: 0	
<p>Background: Aphasia is a failure in speech function, which can be divided into two main categories, expressive (finding words) and impulsive (understanding words). Verbal- and nonverbal is the most common kinds of communication. Communicating with patients affected by aphasia can be challenging because they have trouble understanding and using words. Therefore nurses need knowledge and interest to interact with patients. An alliance between nurse and patient forms a good foundation in communication. In hospital patients affected by aphasia will be in a vulnerable position because they meet staff who do not know the patients habits and needs. Nurses must therefore provide security and encourage coping with the situation. Inadequate communication between staff and patient may be a threat to welfare and patient safety.</p> <p>Aims: The aim of this study is to find out how communication can be improved between nurse and patient suffering from aphasia</p> <p>Method: This study is a literature review, databases was search for relevant scientific articles. Academic research literature and literature from curriculum is also used. Seven scientific articles are analysed and presented. Further are findings from academic research literature, literature from curriculum and the seven selected articles discussed.</p> <p>Results: Findings show the importance of: (1) creating an alliance, (2) sufficient time spent and (3) education of nurses to achieve good communication. Using closed questions did not assist the patients language development. Communication aids and education had a positive impact on interactions between nurse and patient. The use of communication plans developed by a speech therapist facilitates communication for both nurse and patient.</p> <p>Conclusion: The use of communication plans, aids and early guidance for staff helps to improve communication between patient and nurse. Implementation of communication plans is recommended, this way nurses have guidelines when communicating with the patient. This requires improvement in patients to be documented in medical record. This way progress in patients can be seen.</p>		

Innhold

1. Innledning	4
1.2 Oppgavens innhold	5
2. Bakgrunn	5
2.1 Afasi	5
2.2 Rehabilitering for afasirammede	6
2.3 Kommunikasjon	6
2.4 Nonverbal kommunikasjon	7
2.5 Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere	8
2.6 Empati	9
2.7 Etikk	9
2.8 Joyce Travelbee om menneske-til-menneske-forholdet	10
2.9 Kommunikasjon med afasirammede i sykehus	11
3. Studiens hensikt og problemstilling	12
3.1 Begrepsavklaring	13
3.2 Avgrensninger	13
4. Metode	14
4.1 Begrunnelse for valg av metode	14
4.1.1 Kvantitativ og kvalitativ forskning	14
4.2 Søkestrategi	15
4.3 Inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier	15
4.4 Søkehistorikk	16
4.5 Presentasjon av funn	18
4.6 Kildekritikk	25
4.7 Forskningsetiske overveielser	27
5. Analyse av funn	29
5.1 Kommunikasjon	29
5.2 Relasjon	30
5.3 Etikk	31
6. Drøfting	32
6.1 Kommunikasjon	32
6.1.1 Tid og terapeutisk nærvær	32
6.1.2 Opplæring i "Støttet samtale"	34
6.1.3 Pleieplaner som verktøy i kontinuitet	35
6.2 Relasjon	36
6.2.1 Isolasjon og ensomhet	36
6.2.2 Identitet	36
6.2.3 Ønske om å forstå	37
6.2.4 Tillit	38
6.3 Etikk	38
6.3.1 Etisk dilemma	39
6.3.2 Likeverd og menneskesyn	39
6.3.3 Verktøy og opplæring	40
6.4 Metodekritikk	40
7. Oppsummering og konklusjon	41
Referanseliste:	42

1. Innledning

I Norge er det årlig rundt 12 000 personer som får hjerneslag, noe som utgjør den vanligste årsaken til langvarig behov for pleie i institusjon (Helsedirektoratet, 2017a). Mange av de hjerneslagrammede er over 70 år, og på grunn av en stadig eldre befolkning, er det beregnet at antallet hjerneslag kommer til å øke markant i årene fremover (Thomassen, 2018). I 2017 reviderte helsedirektoratet nasjonale faglige retningslinjer for behandling og rehabilitering av hjerneslag (Helsedirektoratet, 2017a). Bakgrunnen for revisjonen er at det foreligger ny forskning og dermed nye prosedyrer, både innen behandling og rehabilitering av hjerneslag. Målet for tilbudet til hjerneslagrammede er et effektivt og helhetlig behandlingstilbud, som ivaretar pasienten i akutt behandling, rehabilitering, forebygging og videre oppfølging tilbake til et meningsfylt liv.

Hjerneslag skyldes en plutselig innsettende forstyrrelse av blodsirkulasjonen til hjernen, noe som kan føre til tap av funksjon i det området der skaden rammer. Dersom språksenteret i hjernen rammes, kan det føre til afasi, som gir varig tap av evnen til å bruke og forstå ord (Gjerstad, 2018). Afasi deles hovedsakelig inn i to hovedgrupper; *ekspressiv afasi* (ikke - flytende talepreg) med usammenhengende tale, og *impressiv afasi* (flytende talepreg) med tale som produserer mange ord, men er uten mening.

Felles for hjerneslagrammede med afasi er at kommunikasjonsevnen er svekket. Evnen til å uttrykke tanker og følelser med ord er en viktig del av det å bli inkludert og forstått i dagens samfunn (Gjerstad, 2018). Når språket plutselig forsvinner som følge av slag, kan pasienten få problemer i sosiale sammenhenger, i familieliv og i det profesjonelle liv. Afasi er ikke nødvendigvis forbundet med annen form for svikt i hjernefunksjon. Intelligensen, tanke- og følelseslivet vil kunne være det samme, men på grunn av afasien kan disse forholdene bli vanskelig å uttrykke, og dermed også å bedømme.

Afasi byr på utfordringer, særlig i de situasjonene der pasienten trenger hjelp fra andre. Pasienter med afasi i sykehus vil være i en sårbar situasjon, da de møter ukjente mennesker som ikke kjenner pasientens vaner og behov. Sykepleieroppgaver krever hyppig samspill mellom pasienter og sykepleiere, og det er viktig å forstå hva pasienten trenger for å føle seg ivaretatt (Heyn, 2015). I arbeidet med afasipasienter vil strategier for kommunikasjon, en god relasjon og kunnskap være viktig for å ivareta pasientens behov.

Afasirammede møter på grunn av kommunikasjonsvansker fremdeles en del motgang og utfordringer i forbindelse med sykehusopphold (Hemsley og Balandin, 2014). I praksis har vi selv opplevd dette. På grunn av pasientenes afasi har vi opplevd vanskeligheter med å fange opp hva pasientene ønsker å formidle. Vi har kjent på følelsen av ikke å møte pasientens behov for å bli forstått. Når vi møter pasienter med afasi ønsker vi at pasientene skal føle seg ivaretatt og verdsatt.

1.2 Oppgavens innhold

Denne oppgaven har vi valgt å dele inn i sju kapitler. Første kapittel inneholder innledning med presentasjon av tema og oppgavens innhold. I det andre kapitlet beskrives bakgrunn og teori for oppgaven. Her presenterer vi Joyce Travelbee sin sykepleieteori, målgruppen, arenaen for litteraturstudien som er i sykehus, kommunikasjon, etiske retningslinjer for sykepleiere, og etikk samt empati. Det tredje kapitlet består av studiens hensikt og problemstilling. Fjerde kapittel inneholder metode, teori som belyser tema og problemstilling, kildekritikk, begrunnelse for valg av metode, søkestrategi, inklusjons - og eksklusjonskriterier, samt søkehistorikk og beskrivelse av hvordan søkene ble gjennomført. Femte kapittel inneholder analyse av funnene vi diskuterer i drøftingen. Kapittel seks er drøfting av hovedtemaene. I kapittel sju er oppgavens oppsummering og konklusjon.

2. Bakgrunn

Her presenteres teori vi mener støtter oss i å besvare hva som skal til for å bedre kommunikasjon mellom sykepleier og afasirammede hjerneslagrammede.

2.1 Afasi

Den vanligste årsaken til alvorlig nedsatt funksjonsevne er hjerneslag. Hjerneslag er en tilstand som oppleves dramatisk og rammer pasienten fysisk, psykisk og sosialt. Hjerneslag er når deler av hjernen får nedsatt blodforsyning. Ved afasi og dysfasi er det språkområde i hjernen som er rammet. Hvor stor svikten i taleevnen er avhenger av hvor stor skaden er i språksenteret (Wergeland, Ryen og Ødegaard-Olsen, 2016).

Afasi er en fullstendig svikt i taleevnen, mens dysfasi er en delvis svikt. Afasi kan deles inn i to hovedtyper, ekspressiv afasi og impressiv afasi. Ekspressiv afasi vil si at pasienten har en langsom og anstrengt tale, og har problemer med å finne ord. Ord blir utelatt eller brukt feil,

noe som fører til at setningene blir enkle. Ekspressiv afasi forekommer når fremre del av språksenteret skades, også kalt Brocas området. Språkforståelsen kan være intakt, men uttrykksevnen er svekket (Gjerstad, 2018).

Impressiv afasi er når pasienten har en flytende tale. Talen gir ofte lite mening fordi pasienten har problemer med og forstå ordene. Her er bakre språkområde skadet, også kalt Wernickes område. Både Brocas og Wernickes område kan være skadet ved store hjerneslag, hvilket innebærer at pasienten kan ha problemer med å forstå og finne riktig ord. Selv om afasi deles inn i to hovedtyper er språkfunksjonen komplisert og andre varianter av afasi kan oppstå (Gjerstad, 2018).

2.2 Rehabilitering for afasirammede

Mange hjerneslagrammede vil trenge hjelp til å takle en ny livssituasjon. Depresjon er en vanlig følge etter slaget og kan ses på som en normal sorgreaksjon (Wergeland, Ryen og Ødegaard-Olsen, 2016). Personlighetstrekk hos pasienten som aggressivitet, initiativløshet, hissighet, kritikkløshet som før var beskjedne, kan etter hjerneslag bli forsterket. Det kan være vanskelig for pårørende å takle dette.

Rehabilitering til pasienter med hjerneslag starter allerede i akutfasen, deretter til subakutt-fase 1 (etter ett til tre døgn) og til subakutt-fase 2 (tre til tjuetre døgn). For afasirammede bør språktrening startes allerede i akutfasen (Helsedirektoratet, 2017b). Overordnet mål for rehabiliteringen til afasirammede er å oppnå optimale språk- og kommunikasjonsferdigheter for å kunne delta i dagliglivet. Helsedirektoratet (2017b) anbefaler at pasienter med store kommunikasjonsvansker bør få opplæring i individuelt tilpassede kommunikasjonsstrategier som betyr alternative måter å kommunisere på ved siden av verbalt språk. Det bør vurderes om pasienten kan ha nytte av kommunikasjons hjelpemidler.

2.3 Kommunikasjon

Begrepet kommunikasjon kommer fra det latinske ordet *communicare*, som betyr å ha en forbindelse og gjøre noe felles (Eide og Eide, 2017). Kommunikasjon i relasjoner kan defineres som utveksling av verbale og nonverbale tegn, og signaler mellom personer. Begrepet relasjon kommer av det latinske ordet *relatio* som betyr “forbindelse med”, noe som her betyr forbindelse og kontakt mellom mennesker. God profesjonell er kommunikasjon er

personrettet med en faglig plattform. Kommunikasjon er et hjelpemiddel for å forstå pasienten og gi bedre støtte og hjelp. På den måten kan det gis bedre helsehjelp og gode beslutninger kan gjøres sammen (Eide og Eide, 2017)

Schramms modell for kommunikasjon illustrerer hvordan kommunikasjon i relasjoner skjer (Heyn, 2015). En sender, for eksempel sykepleier, koder og sender en beskjed, som i det den når mottaker avkodes. Dermed er det ikke alltid slik at det som formidles av senderen er det mottakeren oppfatter. Utveksling av språk, tegn og signaler må tolkes. Kommunikasjon kan skape grunnlaget for nærhet, tillit, og samarbeid, men fortolkningen kan også gi grunnlag for avstand, mistillit og konflikt (Eide og Eide, 2017). Når kommunikasjonen er mangelfull kan det oppstå profesjonelle feil og mangler.

En måte å kommunisere med afasirammede på er å bruke lukkede spørsmål. Dersom pasienten har impressiv afasi (forstår mye av språket) kan sykepleier bruke lukkede spørsmål som pasienten kan svare på med å riste eller nikke på hodet. I tillegg bruke ferdigheter i å speile følelser, tolke og reformulere disse, tydeliggjøre det pasienten mener, føler og tenker, og hjelpe han til å formidle dette (Eide og Eide, 2017).

Ved global afasi har pasienten dårlig språkproduksjon og språkforståelse, men kan likevel ha god forståelse for situasjon, kroppsspråk, tonefall, lukter, døgnrytmer og handlinger.

Pasienten kan også forstå enkelte nøkkelord (Eide og Eide, 2017).

2.4 Nonverbal kommunikasjon

Nonverbal kommunikasjon er det vi meddeler andre uten å bruke verbalt språk. Det kan for eksempel være berøring, mimikk, blikkontakt og kroppsholdning (Eide og Eide, 2017). En afasirammet vil ofte bruke nonverbal kommunikasjon som sykepleieren må tolke. Selv om nonverbale signaler er tydelige er det vanskelig å være sikker på hva pasienten forsøker å uttrykke. Å kommunisere med afasirammede krever kunnskap om pasientens lidelse og beherskelse av et nyansert register av måter å kommunisere på. Sykepleier trenger vilje til å lytte og forstå (Eide og Eide, 2017).

2.5 Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere

I følge Norsk sykepleierforbund (2016) er grunnlaget for all sykepleie å ha “respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene” (Norsk sykepleierforbund, 2016, under: Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, 2016).

Det er derfor laget retningslinjer som sykepleiere skal følge som går ut på det etiske fundament. det omhandler sykepleier og pasient, pårørende, medarbeidere, arbeidssted og samfunnet. “Sykepleieren ivaretar den enkelte pasients verdighet og integritet, herunder retten til faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp, retten til å være medbestemmende og retten til ikke å bli krenket” (Norsk sykepleierforbund, 2016, under: 2. Sykepleieren og pasienten).

“1.4 Sykepleieren holder seg oppdatert om forskning, utvikling og dokumentert praksis innen eget fagområde og bidrar til at ny kunnskap anvendes i praksis.” (Norsk sykepleierforbund, under: 1. Sykepleieren og profesjonen) Sykepleier er til enhver tid forpliktet til å holde seg oppdatert om endringer og nye prosedyrer ut fra ny forskning, og utvikling i faget som påvirker praksis (Norsk sykepleierforbund, 2016).

“2.2 Sykepleieren understøtter håp, mestring og livsmot hos pasienten” (Norsk sykepleierforbund, 2016, under: 2. Sykepleieren og pasienten)

Ved å gi pasienten håp og livsmot, vil denne få en bedre livskvalitet, og føle seg støttet og bekreftet av sykepleier (Brinchmann, 2012).

“2.4 Sykepleieren fremmer pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått” (Norsk sykepleierforbund, 2016, under: 2. Sykepleieren og pasienten)

Sykepleier skal legge til rette slik at pasienten får bestemme over sitt liv, og sørge for at den informasjonen som blir gitt blir gitt på en slik måte at den blir forstått, mulig man må gjenta. (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

2.6 Empati

Brinchmann (2012) beskriver empati som følgende “Grunnleggende følelsesmessig evne til å leve seg inn i en annens situasjon” (Brinchmann, 2012, s.153). Brinchmann (2012) sier at hvis man er åpen følelsesmessig vil man kunne større grad forestille seg hvordan pasienten har det. Ingen mennesker kan forstå en persons sorg helt, og pasienten må få en mulighet til å kunne reagere på det som oppleves vanskelig eller traumatisk, derfor bør den som sørger bli møtt på en empatisk og imøtekommende måte.

Like fullt vil belastningen av å leve seg inn i en pasientens opplevelser, kunne bli stor (Brinchmann, 2012). Hvis vi handler personlig kan dette overstyre det faglige og dermed svikte pasienten. Det er ikke heldig å være distansert, men heller ikke for personlig. Derfor må vi være bevisste i hvordan vi bruker disse følelsene, og dette må reguleres på en profesjonell måte. Hvis man klarer denne balansegangen vil man kunne å lykkes i de mål man har satt (Brinchmann, 2012). “Derfor er de og se som en del av de profesjonelle ferdighetene selv om de er knyttet til profesjonsutøvelsen særegne personlighet, og personlige erfaringer” (Brinchmann, 2012, s. 155).

2.7 Etikk

Etikken: “ Dette er verdier som dreier seg om det som angår andre menneskers ve og vel,om godt og vondt, og spørsmål som angår eksistens og det gode liv” (Brinchmann, 2012, s.44).

Etisk dilemma: “Et etisk dilemma er en situasjon der det eksisterer en konflikt mellom ulike etiske prinsipper som en kjenner seg forpliktet i forhold til” (Brinchmann, 2012, s. 194). Det etiske dilemmaet, deler dilemma inn i to grupper, på den ene siden er den profesjonelle og så betegnet som faglig dilemma, forderetter etiske eller moralsk dilemma. Det er fullt ut mulig å dele disse opp i hverandre, men i følge Brinchmann (2012) når alt kommer til alt, ser man dette der den faglige delen svikter, da vil det gå ut over verdiene.

Menneskesyn: Ved å si at vårt grunnleggende syn er med å preger hvordan vi ser på våre medmennesker, gjenspeiler seg i hvordan vi opptrer og behandler andre mennesker, også ”forståelsen av den enkeltes yrke og praksis, kan forme moralske holdninger” (Brinchmann, 2012, s. 25). Dette kan påvirke sykepleierens evne til å se hva som er sykdom, rettigheter som

pasienten har, likeledes bruker medvirkning og bestemmelse over eget liv og helse, samt hvordan man forlater livet og hvordan livets siste dager vil bli (Brinchmann, 2012).

Velgjørenhet Innebærer ønske om å gjøre godt å lindre smerter og forhindre skade på pasienten (Brinchmann, 2012).

Ikke skade prinsippet kan sies at sykepleiere skal forsøke å handle godt for pasientene, og de skal også beskytte pasientene mot uheldig behandling og dårlig omsorg som kan være til skade, på den måten pasienten ivaretatt på en omsorgsfull måte (Brinchmann, 2012).

Autonomiprinsippet er selvbestemmelse, Brinchmann (2012) definerer det slik “ Pasienter har rett til informasjon om sin egen helsetilstand, diagnose og rett til å selvbestemme” (Brinchmann, 2012, s. 89). Paternalisme betyr faderlig begrep som er det motsatte av autonomi. Styrende og utviser makt over en annen person som ikke kan ivareta det, eller er i stand til å ivareta bestemmelsen selv (Brinchmann, 2012).

Empowerment “oversettes til brukermedvirkning, myndiggjøring eller å ha behandlingsrom i eget liv. Makten omfordeles fra fagfolk til brukeren som er ekspert på seg selv” (Tellnes, 2017, s. 47- 48). Brukermedvirkning kan vi beskrive retten pasienten har til å medvirke og bestemme over sitt eget liv, i henhold til pasient- og brukerrettighetsloven §3-1 og 3-2 (Pasient-og brukerrettighetsloven, 1999).

2.8 Joyce Travelbee om menneske-til-menneske-forholdet.

Joyce Travelbee mener kommunikasjon er et instrument og middel for å opprette menneske-til-menneske-forholdet. Kommunikasjon brukes til å bli kjent med pasienten slik at vi kan forstå og møte behovene pasienten har. Samtidig er kommunikasjon komplisert med både nonverbale og verbale signaler. Det er viktig at sykepleieren forstår disse signalene, slik at det kan iverksettes tiltak (Eide og Eide, 2017).

Menneske-til-menneske forhold kan kun etableres mellom personer. For å kunne etablere et slikt forhold må sykepleier og pasient komme over stadiet de ser hverandre som to forskjellige roller. De må bevege seg inn i et stadium hvor de virkelig ser hverandre som mennesker, og forholder seg til hverandre som to individer. Dette forholdet etableres gjennom en prosess som i følge Travelbee har 5 faser (Kristoffersen, 2011):

1. **Det innledende møte:** Sykepleier og pasient er ukjente for hverandre. Partene får et førsteinntrykk av hverandre. Sykepleier må bevege seg bort fra oppfatninger som er tatt på forhånd før møte.
2. **Identitet:** Sykepleier begynner og forstå hvordan pasienten oppfatter sin egen situasjon. Pasienten oppfatter sykepleieren som en egen person og forskjellig fra andre sykepleiere.
3. **Empati:** Empati gir en innsikt og forståelse av den andre personens opplevelse og atferd. Ønsket om å forstå den andres erfaringer må være tilstede for å oppleve empati. Pasienten får en spesiell tillit til sykepleieren og kan bli skuffet hvis en føler at sykepleieren gjør noe som bryter ved denne tilliten.
4. **Sympati:** Sympati er en holding sykepleieren formidler til pasienten. Pasienten opplever sykepleieren som engasjert i pasienten som person, og bryr seg om hvordan pasienten har det. Pasienten slipper da å bære denne fortvilelsen alene.
5. **Gjensidig forståelse og kontakt:** Pasienten utvikler en sterk tillit til sykepleieren, som gjennom sine handlinger beviser at en er til å stole på (Kristoffersen, 2011).

2.9 Kommunikasjon med afasirammede i sykehus

I følge Hemsley og Balandin (2014) blir dårlig kommunikasjon på sykehus fortsatt kritisert som mulig årsaksfaktor for uønskede hendelser for pasienter med alvorlige kommunikasjonsforstyrrelser (Hemsley og Balandin, 2014). Effektiv kommunikasjon på sykehus er viktig for gode helsetjenester, og underbygger pasientsikkerhet for alle innlagte. I følge Spesialisthelsetjenesteloven (1999) skal sykehusene bidra til at tilbudet blir tilpasset pasientenes behov. Personer med kommunikasjonsforstyrrelser, deriblant afasirammede gjennomgår imidlertid mye stress og problemer i forbindelse med sykehusoppholdet ifølge Hemsley og Balandin (2014). I metasyntesen der minst 309 deltar, fortelles det blant annet om stressende pasientopplevelser med motgang, utmattelse, uønskede hendelser og kommunikasjonsproblemer.

I følge Hemsley og Balandin (2014) er dårlig kommunikasjon mellom helsepersonell og pasienter med kommunikasjonsvansker en mulig årsak til dårligere kvalitet på velferd og redusert sikkerhet for pasienten.

På bakgrunn av funn i denne metasyntesen trekkes det frem seks mulige strategier for å forbedre kommunikasjon mellom pasienter og sykehuspersonell:

1. Utvikle systemer som støtter forbedret kommunikasjon.
2. Sikre tilstrekkelig tid til kommunikasjon.
3. Sikre tilgang til hjelpemidler for kommunikasjon.
4. Tilgang til personlig dokumentert helseinformasjon.
5. Sikre godt samarbeide med pårørende.
6. Øke kommunikasjonskompetansen til sykehuspersonalet (Hemsley og Balandin, 2014).

Sykehus og spesialisthelsetjenesten er arena for denne studien. I denne oppgaven ønsker vi å finne ut mer om sykepleiers oppgave i å ivareta pasientene med afasi, og møte dem som likeverdige personer i en hektisk hverdag på sykehus.

3. Studiens hensikt og problemstilling

Hensikten med denne Bacheloroppgaven er å bedre kommunikasjon mellom sykepleier og pasient, bedre pasientens mestring, rehabilitering og livskvalitet. Hvordan også sykepleiernes følelse av å ikke strekke til, vil kunne bedres i kommunikasjon med pasienter som har afasi.

Problemstilling:

Hva skal til for bedre kommunikasjon mellom sykepleier og afasirammede etter hjerneslag?

3.1 Begrepsavklaring

Afasirammede: Når vi nevner afasirammede i denne oppgaven menes pasienter som har fått afasi etter hjerneslag.

Kommunikasjon: Kommunikasjon mellom mennesker kan defineres som “det å dele tanker med andre individer, på en overlagt og uforbeholden måte” (Allott, 2018, under: Menneskelig kommunikasjon) . En person ønsker å formidle noe en tanke og gjør dette ved å produsere ord eller handlinger, eller en kombinasjon av disse. Målet er at mottakerne skal forstå avsenderens meningsinnhold (Allott, 2018).

Relasjon: Brukes i dagligtalen om kontakt, forhold og forbindelser mellom mennesker. I sykepleie bruker vi relasjon til å forklare sykepleierens forhold til pasienter, pårørende, kolleger og samfunn (Eide og Eide, 2017).

3.2 Avgrensninger

Pårørende er ikke innlemmet som hovedtema i denne oppgaven på grunn av oppgavens størrelse og omfang, men er likevel nevnt.

Depresjon etter hjerneslag kommer til å bli nevnt, men utdypes ikke da det er for omfattende.

Demens er degenerativ sykdom og ekskludert fra oppgaven på grunn av begrensninger i omfang.

Kommunehelsetjenesten: Vi har valgt sykehus som arena for oppgaven, da dette er et sted med hyppig utskiftning av pasienter, og pasienten møter sykepleiere de ikke kjenner.

4. Metode

Når vi benytter oss av metode er det i forbindelse med noe vi ønsker å ta rede på og finne svar på. Ved å bruke metode vil vi kunne finne den informasjonen som er nødvendig for å kunne samle inn data (Dalland, 2017).

I dette kapitlet forklarer vi hvilke metode vi har valgt på vår Bacheloroppgave.

4.1 Begrunnelse for valg av metode

Vi har valgt litteraturstudie som går ut på å systematisk søke ved å benytte artikler i databaser, kritiske vurderinger og deretter analysere funnene. Da vil vi kunne finne resultater (Forsberg og Wengstrøm, 2013).

Denne metoden gir oss en god og bred oversikt over tema og problemstillingen vi har valgt. Ved å bruke litteraturstudie som metode finner vi en problemstilling for så å analysere funnene. Ved å benytte seg av denne metoden vil man få muligheten til å finne noe nytt fra de forskjellige artiklene man har, og dermed få mer kunnskap om emnet (Aveyard, 2014).

4.1.1 Kvantitativ og kvalitativ forskning.

Vi skiller mellom to type studier. Det er kvantitativ og kvalitativ forskning (Aveyard, 2014). Når man benytter seg av kvantitativ forskning vil det av og til bli brukt eksperimentelle metoder. Det er heller ikke vanlig at det er en kontakt mellom forsker og deltaker. Forskeren står ofte i bakgrunn og observerer deltaker. Det er vanlig at det er mange deltakere i denne studien. Vanligvis brukes tall, samt statistiske målinger og registreringer. Noen ganger blir også funnene brukt i andre sammenhenger (Aveyard, 2014).

Kvalitativ studie er når man utfører en realistisk studie. Man er mer opptatt av å forske på meningen i det man kan kalle realistisk setting. Forskerne søker etter å forstå en helhet og erfaring i studiet. De benytter seg av intervjuer og har kontakt med deltakerne. De bruker ord og forklaringer fra deltakerne (Aveyard, 2014). I noen studier kan det være blanding av både kvalitativ og kvantitativ forskning, og da vil forskerne ha forskjellige perspektiver og tilnæringsmåter (Aveyard, 2014).

Kvantitative studier er mer representativt, da det er flere deltakere og mer målbart og statistisk. Kvalitativ forskning er mindre antall deltakere, hvor man benytter dybdeintervjuer og er målbart ut fra opplevelsen til deltakeren (Aveyard, 2014).

4.2 Søkestrategi

Vi startet søkene med et ønske om å lære mer om sykepleie til hjerneslagrammede i akuttfasen, med mulig tema innen prehospitalt forløp, men også i akutt behandling på sykehus. Vi forsøkte oss på søk innen flere databaser, Svemed, Medline, Pubmed, og Cinahl. Etter en del søk og overveielser fant vi ut at temaet for det meste berørte akuttmedisinsk sykepleie noe som er en videreutdanning i sykepleieryrket. Vi ønsket likevel å innlemme akuttbehandling til hjerneslagrammede, og bestemte oss for å starte søkene i retning kommunikasjon til afasirammede etter hjerneslag i sykehus.

Skolens bibliotek hadde undervisning i søkestrategi og her fikk vi nye tips i bruk av søkeord som favnet pårørende, pasientperspektivet og sykepleier- pasient- forholdet. Etter omfattende søk på ulike databaser endte vi opp med syv artikler.

4.3 Inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier:

1. Publikasjons kriterier - vitenskapelige artikler som er fagfelleverderte grad 1 og grad 2
2. Pasientgruppe- voksne pasienter med afasi etter hjerneslag.
3. Artikler fra 2009-2019.
4. Pasienter på slagenhet.
5. Pasienter i spesialhelsetjenesten
6. Etisk vurdert.
7. Språk- norsk, engelsk, svensk, og dansk.

Eksklusjonskriterier:

1. Artikler som ikke er fagfelleverderte.
2. Artikler som ikke har IMRAD struktur.
3. Artikler eldre enn 10 år.
4. Kommunehelsetjenesten.
5. Barn
6. Pårørende

4.4 Søkehistorikk

Vi startet søkene med søkeordene “stroke” AND “aphasia”, og lagde deretter en “sekk” av mange søkeord med OR imellom. Disse var: Patient- nurse- relation, communication barriers, clinical competence, family, patient- satisfaction, participation, autonomy. Søkene resulterte i så mange treff at det ble vanskelig å få oversikt over innholdet. Søkeordene med OR imellom ble deretter redusert med forskjellige kombinasjoner både med OR og AND imellom. Vi endte opp med å bruke ulike søkeord med AND imellom for å spisse inn tema vi ønsket å fordype oss i. Deretter leste vi gjennom abstract for så å velge ut artikler som skulle gjennomgås kritisk.

Søkeord	Database	Kombinasjoner	Antall treff	Referanse
1. Nurse-patient relations 2. Communication 3. Stroke Patients	Cinahl	1 AND 2 AND 3	13	Hersh <i>et al.</i> (2016)
1. Nurse-patient relations 2. Communication 3. Stroke 4. Aphasia 5. Begrenset årstall: 2009-2019	Cinahl	1 AND 2 AND 3 AND 4 AND 5	9	Jensen <i>et al.</i> (2015)
1. Stroke 2. Aphasia 3. Communication 4. Nursing care	Cinahl	1 AND 2 AND 3 AND 4	10	McGilton <i>et al.</i> (2011)
1. Nurse 2. Aphasia 3. Communication 4. Stroke Ward	PubMed	1 AND 2 AND 3 AND 4	3	Gordon, C. Ellis-Hill, C. Ashburn, A. (2009)
1. Aphasia 2. Communication 3. identity 4. Begrenset årstall: 2009-2019	PubMed	1 AND 2 AND 3 AND 4	15	Thompson, J. Mckeever, M. (2012)
1. Aphasia 2. Communication 3. Nursing 4. Begrenset årstall: 2009-2019 5. Begrenset til "Academic journals"	Cinahl	1 AND 2 AND 3 AND 4 AND 5	20	Nystrøm, M. (2009)
1. Aphasia 2. Nursing 3. Communication 4. Stroke 5. Begrenset årstall: 2009-2019	Cinahl	1 AND 2 AND 3 AND 4 AND 5	14	Cheba, M . Żuralska, R. , Skrzypek-Czerko, M. (2014)

4.5 Presentasjon av funn

Referanse	Hensikt	Metode	Resultat/Funn	Egne kommentarer
<p>Tittel: “Ward Talk”: Nurses interaction with people with and without aphasia in the very early period poststroke.</p> <p>Forfatter(e): Hersh <i>et al.</i></p> <p>Tidsskrift: Aphasiology</p> <p>År: 2016</p> <p>Nasjonalitet: Australia</p>	<p>Hensikten med denne artikkelen er å bedre forstå hvordan et kommunikativt miljø kan forbedres og berikes i en akutt slagenhet.</p>	<p>Kvalitativ studie. Denne studien bruker data fra et større prosjekt. Det større prosjektet samlet videoer gjennom en åtte måneders periode over en 7,5 timer periode per dag for hver av de 20 pasientene. 10 slagpasienter med afasi og 10 slagpasienter uten afasi i en tidlig post stroke periode. Denne studien tok utgangspunkt i tre pasienter, to med afasi (en med Wernickes afasi og en med global afasi) og en uten. De fokuserte på samtaler mellom sykepleier og pasient. Samtalene ble deretter analysert ved hjelp av et talefunksjon nettverk. På denne måten fikk de en mer detaljert analyse av samtalene.</p>	<p>Sykepleierne åpnet mesteparten av samtalene, brukte lukkede spørsmål, kontrollerte samtalen, og samhandlet generelt ikke om andre ting en fysisk omsorg. Det var lite bevis for reparasjon kommunikativt, og få støttende samtalestrategier brukt. Mønsteret av samtalene identifisert via talefunksjon analysen viste den maktesløse posisjonen pasienter med afasi hadde sammenlignet med pasienter uten afasi. Pasientene uten afasi hadde en større talefunksjon og større ordforråd. Dette demonstrerte at pasientene uten afasi klarte å uttrykke sine omsorgsbehov.</p>	<p>IMRAD struktur. Tidsskriften er fagfellevurdert nivå 1.</p>

Referanse	Hensikt	Metode	Resultater/funn	Egne kommentarer
<p>Tittel: Implementation of supported conversation for communication between nursing staff and in-hospital patients with aphasia</p> <p>Forfatter(e): Jensen <i>et al.</i></p> <p>Tidsskrift: Aphasiology</p> <p>År: 2015</p> <p>Nasjonalitet: Danmark</p>	<p>Støttende samtale ble tilpasset for bruk på en slagenhet på et stort sykehus. (1) de ville utvikle retningslinjer for kommunikasjon til inneliggende pasienter med afasi, (2) å utvikle et treningskurs for å utdanne ansatte, og (3) å gjøre tilgjengelig et felles sett med kommunikasjonsverktøy. Denne studien presenterer resultatet av treningsprogrammet for de ansatte.</p>	<p>Kvalitativ/ kvantitativ.</p> <p>En miks metode ble brukt for å måle endringer før og etter kurset for de ansatte. Både kvalitative og kvantitative resultater med målt. Ansatte fikk et spørreskjema før og etter. Sju sykepleiere ble også individuelt intervjuet om deres erfaringer.</p>	<p>Ansattes forståelse av afasi var bedre etter kurset, og kommunikasjonen var mindre frustrerende for pasienten. Endringer kunne også ses i strategier som ble brukt. I intervjuene forklarte sykepleierne at de følte selvsikkerhet i deres evne til å kommunisere med pasientene, Mer sikker i å etablere forståelse med pasientene og mer villige til å starte samtaler om komplekse emner. Vanskeligheter rundt bruken av kommunikasjonsverktøy blir tilskrevet mangel på tid, bildeverktøy var for komplekse og pasientens symptomer.</p>	<p>Artikkelen følger IMRAD strukturen. Tidsskriften er fagfelleleurdert nivå 1.</p> <p>Studien finner sted på en slagenhet. Deltakerne har ikke tidligere ikke fått kurs i kommunikasjon. Dette mener vi styrker de videre funnene av at deltakerne opplever kurset som positiv. En annen ting som er positivt er at en logoped trent i opplæring av kommunikasjon hold kurset.</p>

Referanse	Hensikt	Metode	Resultater/funn	Egne kommentarer
<p>Tittel: Focus on communication: increasing the opportunity for successfully staff-patient interactions</p> <p>Forfatter(e): McGilton <i>et al.</i></p> <p>Tidsskrift: International journal of older people nursing</p> <p>År: 2011</p> <p>Nasjonalitet: Canada</p>	<p>Hensikten med denne studien var å vurdere gjennomføringen av kommunikasjonsplanene, identifisere hvordan personalets oppfatninger av kommunikasjonsplanen og hvordan det endret pasientenes psykososiale funksjon. De skulle også se på endringer i sykepleiernes kunnskap og holdning i kommunikasjon med pasientene.</p>	<p>Kvalitativ studie.</p> <p>Det ble utført en før- og etter- test med en fokusgruppe av sykepleiere. Det var to måneder mellom pre og post test. Det ble utviklet individualiserte kommunikasjonsplaner for pasientene av en logoped. Sykepleiere deltok en workshop fokusert på kommunikasjon og atferdsstyring strategier. Så ble det satt inn et støtteapparat for personalet.</p>	<p>Denne studien demonstrerer at gjennomføringen av kommunikasjonsplaner er mulig. Det var også en utmerket respons, og sykepleiere holdt fast ved intervensjonen.</p>	<p>IMRAD struktur. Tidsskriften er fagfellevurdert nivå 1. Logoped utviklet kommunikasjonsplanene ved å vurdere både språk og kognitive ferdigheter til pasientene. Sykepleierne ble testet i hvilket tilnærminger de brukte for å kommunisere med pasientene, og hvilket problematiske situasjoner de identifiserte. Dette øker sannsynligheten for at kommunikasjonsplanene inneholder riktig informasjon. Hver pasient fikk sin egen plan. Kommunikasjonsplanene ble derfor individualiserte og var på en side. Dette gjør planene enkle i bruk da man ikke må bruke mye tid på å lese de. Det var 9 pasienter og 18 sykepleiere med i studien. de har tatt med sykepleiernes erfaring og hvordan pasientene oppfattet sykepleierne, noe som gir oss et dekkende resultat.</p>

Referanse	Hensikt	Metode	Resultater/funn	Egne kommentarer
<p>Tittel: The use of conversation analysis: nurse-patient interaction in communication disability after stroke</p> <p>Forfatter(e): Gordon, C. Ellis-Hill, C. & Ashburn, A.</p> <p>Tidsskrift: Journal of advanced nursing</p> <p>År: 2009</p> <p>Nasjonalitet: Storbritannia.</p>	<p>Hensikten i denne studien, var å se hvordan pasienter med afasi, dysartri og sykepleiere kommuniserer sammen.</p>	<p>Kvalitativ litteraturstudie. En observasjonsstudie basert på data som var 35,5 timer med videoopptak, og feltnotater. Det var 14 sykepleiere og 5 pasienter med afasi eller dysartri. Opptakene ble analysert ved hjelp av konversasjonsanalyse.</p>	<p>Pasientene hadde liten påvirkning i samtalen, da denne ble styrt av sykepleiere. De fikk heller ikke uttrykt seg slik de skulle da de ikke fikk sagt mer enn korte svar.</p>	<p>IMRAD struktur. Tidsskriften er fagfelleurdert grad 2.</p>

Referanse	Hensikt	Metode	Resultater/funn	Egne kommentarer
<p>Tittel: The impact of stroke aphasia on health and well-being and appropriate nursing interventions: an exploration using the Theory of Human Scale Development</p>	<p>Denne studien tar i betraktning innvirkningen av afasi på helse og trivsel og foreslår passende sykepleietiltak</p>	<p>Review. Denne studien introduserer the theory of human scale development. Denne teorien legger vekt på at livskvalitet avhenger av selvrealisering og relasjonsbygging like mye som fysisk helse. Teorien er brukt i diskusjon for å fremheve viktigheten av kommunikasjon ved livskvalitet, og hvordan tapet av kommunikasjon har konsekvenser psykologisk og sosialt.</p>	<p>Afasi resulterer i et tap av selvet. Situasjonen blir forverret av utilstrekkelige strategier i kommunikasjon. Det er foreslått mer passende strategier. Sykepleiekompetanse innenfor språktrening er diskutert. Afasi har en negativ effekt på relasjoner ved å benekte tilgang til et nettverk av støtte, som resulterer i isolasjon. den individuelle vanskelige situasjon forverres av negativ respons fra sykepleiere. Positive strategier, som letter effekten av afasi på den individuelle helse, er undersøkt. Det utforskes om man kan løfte medfølelse ved hjelp av øvelser i selvbevissthet. Den sosiale modellen av funksjonssvikt er diskutert for å fremheve fordelene av et individuelt tilrettelagt miljø. Sosiale fordeler ved en afasigruppe er også diskutert.</p>	<p>Tidskriften artikkelen er publisert i er fagfellevurdert nivå 2. I denne artikkelen så man på selvbylde, hvordan denne fremstår og hvordan pasienten klarer å skape en relasjon til andre, her blir både det psykiske, fysiske og sosiale vurdert.</p>
<p>Forfatter(e): Thompson, J. Mckeever, M.</p>				
<p>Tidsskrift: Journal of Clinical Nursing</p>				
<p>År: 2012</p>				
<p>Nasjonalitet: Storbritannia</p>				

Referanse	Hensikt	Metode	Resultater/funn	Egne kommentarer
<p>Tittel: Professional aphasia care trusting the patient's competence while facing existential issues</p> <p>Forfatter(e): Nyström, M.</p> <p>Tidsskrift: Journal of clinical nursing</p> <p>År: 2009</p> <p>Nasjonalitet: Sverige</p>	<p>Målet ved denne studien var å se kunne tilføre var å bedre eller gi mer kunnskap i forhold til tale og språk terapi, ved å studere profesjonell afasi omsorg fra pasientens ståsted.</p>	<p>Kvalitativ.</p> <p>Det ble foretatt 8 dybdeintervjuer og 4 oppfølgingsintervju og 2 selvbiografier. Data ble analysert i forhold til en fenomenologisk metode, hvor pasientene hadde erfaringer om sin afasi omsorg.</p>	<p>Hovedmålet var å stole på pasientens kompetanse mens denne sto i det eksistensielle problemstillinger, forhindre isolasjon, og sosial samhörighet sammen med andre. I forkant studiet opplever pasientene at de ikke ble hørt, ikke ha medbestemmelse og ignorert. Det viste at når pasientene fikk tid til å svare fikk de også brukt sin medbestemmelse og følte anerkjennelse og samhörighet med sykepleier.</p>	<p>IMRAD struktur og tidskriften er fagfellevurdert nr 2. De fikk muligheten til tett samarbeid og det ble brukt autonomiprinsippet (selvbestemmelse) og medvirkning fra pasientenes side. Denne artikkelen gir oss derfor god innsikt i pasientenes erfaring. Det er brukt båndopptaker under intervjuene, noe som for oss gjør artikkelen troverdig.</p>

Referanse	Hensikt	Metode	Resultater/funn	Egne kommentarer
<p>Titte: Difficulties Related to the Communication with the Patient with Aphasia According to the Nursing Staff</p> <p>Forfatter(e): Cheba, M. Żuralska, R. Skrzypek-Czerko, M.</p> <p>Tidsskrift: Journal of Neurological & Neurosurgical Nursing</p> <p>År: 2014</p> <p>Nasjonalitet: Polen</p>	<p>Studien skulle evaluere vanskeligheter ved å kommunisere med pasienter med afasi. Dette for å fastslå muligheten for kommunikasjon og faktorer medvirkende til forbedring av situasjonen.</p>	<p>Kvantitativ.</p> <p>Spørreundersøkelse av 100 sykepleiere som jobbet på nevrologiske avdelinger, på seks sykehus.</p>	<p>Utdanning og jobberfaring er relatert til kunnskap og ferdigheter i å løse kommunikasjonsproblemer.</p>	<p>IMRAD struktur.</p>

4.6 Kildekritikk

I denne litteraturstudien er flesteparten av artiklene av kvalitativ metode fordi mesteparten av forskning på dette feltet er kvalitativ. Dette kan være en svakhet i oppgaven. Vi har imidlertid forsøkt å sammenlikne funn, støttet oss på reviewer (systematiske litteraturstudier) og kvantitativ forskning. Forskningsartiklene i oppgaven er på engelsk. En feilkilde er at vi kan ha tolket engelske tekster galt.

“Ward talk”: Nurses Interaction with people with and without aphasia in the very early period poststroke.

Ut i fra en større studie er det tatt ut data fra tre pasienter. Selv om det er bare tre pasienter med i denne studien, har de analysert interaksjonene grundig ved hjelp av et talefunksjons nettverk. Dette nettverket sier noe om hva slags trekk sykepleier og pasient bruker i samtalen. Så ved at de har hatt få deltakere var muligheten tilstede for å kunne gjennomgå interaksjonene svært nøye og få et godt resultat. Studiens funn har også likhetstrekk med funnene til Gordon, Ellis-Hill og Ashburn (2009). Noe som styrker funnene i denne artikkelen. Det ble samlet videoopptak av samtaler mellom pasient og sykepleier. Det er viktig å huske på at man kan opptre annerledes enn man normalt ville ha gjort når noe blir tatt opp på video.

Implementation of supported conversation for communication between nursing staff and in-hospital patients with aphasia.

Denne studien gir oss resultater sett fra sykepleierne. Det kan derfor være vanskelig å kunne si noe om hvordan implementeringen av retningslinjer, verktøy og kurs påvirket pasientene. Dette fordi sykepleierne svarte på hvordan de oppfattet pasienten etter implementeringen. Det er også andre helsegrupper med i denne studien, men sykepleierne er de eneste som ble intervjuet.

Focus on communication: increasing the opportunity for successful staff-patient interactions.

Studien foregår på en avdeling for kompleks langsiktig omsorg. Dette er utenfor sykehus, men artikkelen er relevant da de presenterer kunnskap som er nytt.

The use of conversational analysis: nurse-patient interaction on communication disability after stroke.

Her er det også data samlet ved hjelp av videoopptak, samtidig ble ikke personlig stell filmet. Grunnen til at personlig stell ikke er filmet kan være på grunn av forstyrrelse av privatlivet. Det at personlig stell er ekskludert kan ha innvirkning på resultatene, da mer personlig kommunikasjon kan oppstå i slike situasjoner. Det kan også tenkes at vissheten om at sykepleiere blir filmet stagnerer naturlig og spontan kommunikasjon. Det er 5 pasienter fordelt på to forskjellige områder som gir to settinger. Det er brukt pasienter på en slagenhet og en enhet for rehabilitering etter hjerneslag. Samtidig kan dette gi et mer oversiktlig resultat da det ikke er bundet til en avdeling.

The impact of stroke aphasia on health and well-being and appropriate nursing interventions: an exploration using the Theory of Human Scale Development.

Denne reviewen har ingen diskusjonsdel. Det vil si at den ikke følger IMRAD strukturen, men den er tatt med i denne oppgaven da vi mener den er svært relevant. Dette fordi studien viser konsekvensen av nedsatt selvbildet når pasienten ikke klarer å uttrykke seg verbalt, som igjen kan føre til isolasjon og tap av sosialt samvær med andre.

Professional aphasia care trusting the patient's competence while facing existential issues.

Studien har få deltakere (4 kvinner og 5 menn), men når motstridende data ble oppdaget fra samme pasient kunne forfatter gå tilbake til samme pasient for et oppfølgingsintervju. De måtte også være i stand til å kunne uttrykke seg noe verbalt og/eller skriftlig til en viss grad.

Difficulties Related to the Communication with the Patient with Aphasia According to the Nursing Staff.

Svakheten i studien er at det er kun sykepleiere som besvarer spørreskjema, pasientperspektivet kommer ikke frem. Tidsskriftet som artikkelen er publisert i er ikke oppført i Norsk senter for forskningsdata. Vi valgte likevel å ta med artikkelen på bakgrunn av informasjon vi fant på nettsiden til tidsskriftet. The Journal of Neurological and Neurosurgical Nursing (u.å) er en internasjonal tidsskrift, som publiserer fagfelleverderte originale artikler i sykepleie i nevrologi og nevrokirurgi. Tidsskriftet er rettet mot et bredt spekter av spesialister i sykepleie og personer tilknyttet helsevitenskapen. Redaktørene overholder prinsippene som er fastlagt i Helsinki-erklæringen, tverrfaglige prinsipper og retningslinjer. All forskning som involverer mennesker eller dyr må godkjennes av det lokale etiske komité. Opprinnelig bør artiklene ha IMRAD- struktur, samt implikasjoner for sykepleiepraksis, tabeller og figurer (The Journal of Neurological and Neurosurgical Nursing, u.å).

4.7 Forskningsetiske overveielser.

Vi skal ikke under noen omstendigheter overskride eller opptre umoralsk i forhold til bruk av kilder, artikler eller fagstoff. Vi må også presentere stoffet på en god og faglig måte (Forsberg og Wengstrøm, 2013). Artiklene i oppgaven er i stor grad basert på fagfellevurdert kvalitativ forskning, med unntak av en kvantitativ studie som vi var usikker på fagfellevurderingen, som vi likevel er innlemmet.

Et av kjennetegnene ved kvalitativ forskningsmetode er økt bruk av tekniske hjelpemidler som video og lydfiler (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2010). Video og lydopptak inneholder kanskje samtaler med sensitive opplysninger og menneskers personlige helse. Deltakere i forskning der det er bruk for opptaksutstyr må gi sitt samtykke på forhånd. De må gjøres kjent med sin rett til å stoppe opptaket eller få det slettet i etterkant. Opptakene må lagres og håndteres i tråd med gjeldende lover og forskrifter om håndtering av identifiserbare opplysninger. Lydfiler bør krypteres ved lagring og i tekstfiler bør umiddelbart anonymiseres. Forskeren må etablere forsvarlige rutiner for datasikkerhet (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2010). Det er ikke brukt et case fra praksis og det er derfor ikke behov for anonymisering.

Vi har vært kritisk og sortert artikler nøye. Tidsskriftene vi fant artiklene i ble søkt opp i Norsk senter for forskningsdata (2019) som er register over vitenskapelige tidsskrifter. Dette registeret har oversikt over de forskjellige publiseringskanaler og tidsskrifter rundt om i verden. Gjennom denne kanalen fikk vi bekreftet at tidsskriftene vi hentet tre av artiklene er fagfelle vurdert grad 1. De resterende tre artiklene er fra tidsskrifter fagfelle vurdert som nr. 2. Nivå 1 vil si at det er ordinære vitenskapelige tidsskrifter, mens nivå 2 er tidsskrifter med høyest internasjonal prestisje. Det vil si at seks av artiklene er godkjente da de oppfyller kriteriene til det Nasjonale publiseringsutvalget, ved Universitets- og høyskolerådet (Norsk senter for forskningsdata, 2019).

5. Analyse av funn

Den kritiske vurderingen av hver artikkel er det første steget av den analytiske prosessen i en litteraturstudie. Det neste steget er å finne temaer ut i fra funn eller resultater i artiklene (Aveyard, 2014).

Først vurderte vi hver artikkel kritisk, dette førte til at noen artikler vi først hadde funnet ikke var relevante. Da satt vi igjen med artikler som ble sett igjennom, og vi valgte temaene kommunikasjon, relasjon og etikk. Funn fra artiklene blir presentert her.

5.1 Kommunikasjon

Gordon, Ellis-Hill, og Ashburn (2009) mener at sykepleiere har tendens til å fokusere på fysisk omsorg og samhandle med pasienten på en måte som kan sees på som overfladisk. I tillegg savnes egenskaper de kaller effektiv sykepleier-pasientkommunikasjon som innbefatter respektfullhet, terapeutisk og individuell tilnærming med forpliktelse i kommunikasjonsprosessen. De mener at samtalene de observerte mellom sykepleierne og den afasirammede ikke involverte diskusjoner som kunne forventes i en rehabiliteringsenhet, for eksempel slagets påvirkning på pasientens liv, eller temaer som er av interesse for pasientene. På grunn av sykepleierens oppgavefokus, synes kommunikasjonen verken å være terapeutiske eller individuelt tilpasset.

Gordon, Ellis-Hill, og Ashburn (2009) foreslår at det asymmetriske samspillet kan skyldes at sykepleier ikke føler seg trygg i sine ferdigheter i kommunikasjon med afasirammede, samt fokuserer ensidig på sykepleieroppgaver. Årsakene kan være mange. De foreslår ekstra opplæring i kommunikasjon og støtte til sykepleierne, noe som kan styrke pasientens rehabiliteringsprogrammer, engasjere sykepleier til å forbedre kvaliteten på omsorgen.

I studien til McGilton *et al.* (2011) viser det seg at individuelle kommunikasjonsplaner var nyttige for å fremme kontinuitet i omsorgen. Sykepleierne uttrykte at dette var en av den beste måtene å orientere nyansatte om pasientens behov og preferanser.

McGilton *et al.* (2011), og Jensen *et al.* (2015) viser til forskning som indikerer at sykepleiere med forsterket opplæring i kommunikasjon øker vilje, mot og ferdigheter i kommunikasjon med pasienter med afasi. De forteller om økt respekt overfor pasienter og redusert nivå av frustrasjon. Her beskrives kommunikasjonsstrategier som fremmer pasientens evne til å

kommunisere, samt anerkjente og avsløre pasientens kompetansenivå. Det ble også gitt opplæring i bruk av hjelpemidler i kommunikasjons- støtte som inkludert bilde- ressurser, dialog- notatbøker som brukes for å skrive viktige nøkkelord og informasjon.

5.2 Relasjon

Hersh *et al.* (2016) fant i sin studie at sykepleier lukket samtalen ved flere anledninger. Grunnen til dette kan være lite tid, potensialet til å miste kontroll på samtalen, eller å ikke vite hva de skulle prøve. Det ble forsøkt svært lite kommunikativ reparasjon. Mulighetene for å utvikle språket ble tapt, på grunn av hvordan interaksjonene var. Forsterket av mangelen på tid falt sykepleierne i et mønster av lukkede spørsmål. Gordon, Ellis-Hill og Ashburn (2009) fant at sykepleierne stilte lukkede spørsmål og kontrollere samtalen.

Hersh *et al.* (2016) mener at kommunikasjonsteknikker kan lette byrden på tidspresset ved effektiv flyt av informasjon. Dette kan øke muligheten for tilfredsstillende utveksling og styrke pasientens selvfølelse av å være kompetent samtalepartner og dermed styrke relasjonen mellom pasient og sykepleier.

Thompson og McKeever (2012) sin studie fant at et vellykket forhold krever medfølelse, og at et forhold har en innflytelse på fysisk og psykisk helse, og gir en informativ, praktisk og emosjonell støtte. Ved fraværende forhold blir psyken svekket.

McGilton *et al.* (2011) fant at opplæring og kommunikasjonsplaner ga økt bevissthet om behovet for individuell tilnærming, det ble lettere å jobbe med pasienter med afasi og sykepleierne forstår pasienten bedre og behov ble møtt. Pasientene fikk også et nærmere forhold til sykepleierne

Hersh *et al.* (2016) anerkjenner at på en akutt slagenhet er det et raskt tempo, hyppig utskiftning av pasienter, mange ansatte, kan derfor være vanskelig å bygge en relasjon.

Nystrøm (2009) i sin studie mener at en omsorgsfull relasjon forhindrer isolasjon. Samt viktigheten av at pasienten ikke føler seg isolert. Det å snakke over hode på pasienten gjør at de føler seg isolert og tilsidesatt. Det å være direkte tolkes som en invitasjon, og at sykepleier vil møte pasienten som et individ. All uærlighet er åpenbar, og en ærlig invitasjon til kommunikasjon er å åpne seg opp for å forstå pasienten. Følelsen av trygghet gjør det lettere for pasienten å forstå om sykepleier er genuint interessert. Pasienten synes det er lettere å føle

seg trygg når sykepleier virkelig vil forstå. Genuin interesse kan tolkes som at sykepleier forsøker å få et helhetlig bilde (Nystrøm, 2009).

5.3 Etikk

Gordon, Ellis-Hills og Ashburn (2009) fant at sykepleierne hadde problemer med å kommunisere med pasientene. De snakket over pasientene, og forsøkte i liten grad å involvere pasientene i samtalen. Hersh *et al.* (2016) sitt resultat i sin studie innebar lukkede spørsmål, med avsluttende tone.

Nystrøm (2009) fortalte i sin studie at flere afasirammede følte seg ignorert og derfor isolert på grunn av mangelfull kommunikasjon, slik at terapeutiske tilnærmingen og den individuelle og respektfullheten uteblir helt eller delvis. I studien til Gordon, Ellis-Hill og Ashburn(2009) fant de at pasientene tok lite kontakt med hverandre utenom når de ble oppfordret. McGilton *et al.* (2011) tok i bruk læringsverktøy, og fant at dette gjorde sykepleierens mer bevisst i sin opptreden og virket mer sikker i sin måte å jobbe med pasienter som er rammet av afasi etter hjerneslag.

Jensen, *et al.* (2015) hevder at tidlig opplæring av sykepleiere er vesentlig, i forhold til å jobben de utfører med afasirammede. Nystrøm (2009) brukte pasientenes evner og styrke, ved å la de få tid til å svare tilbake. De satte fokuset på å inkludere pasientene i samtalen. Nystrøm (2009) hevder i sin studie at sykepleierens når inn til pasientene, og de får en ny opplevelse av å bli inkludert og føler seg ivaretatt. Hvor både autonomi, velgjørenhet og empati bedrer måten de kommuniserer på, og bidrar til å bedre språket til afasirammede. Thompson og McKeever (2012) satte søkelyset på rolige omgivelser for pasientene, under samtale, og muligheten for utvikling av å endre miljøet i forbindelse språkterapi.

6. Drøfting

I denne drøftingsdelen vil funn fra forskningsartikler, pensumlitteratur og annen faglitteratur diskuteres. Vi vil forsøke å belyse funnene fra flere sider, og vurdere ulike tolkninger/utsagn opp mot hverandre.

6.1 Kommunikasjon

Funn i artiklene blir i stor grad diskutert i lys av funn fra metasyntesen til Hemsley og Balandin (2014) som foreslår seks emner for implikasjoner for praksis. Tre av forslagene er; bruk av tid i kommunikasjon, skriftlig helseinformasjon og opplæring av sykehuspersonell.

6.1.1 Tid og terapeutisk nærvær

I studien til Gordon, Ellis-Hill, og Ashburn (2009) og Hersh *et al.* (2016) kommer det frem at sykepleierne kontrollerer strømmen av innhold i samtalen. Sykepleierne fokuserer på fysisk omsorg og har tendens til å kommunisere på en overfladisk måte. En av årsakene til dette kan ifølge Gordon, Ellis-Hill, og Ashburn (2009) være at mange sykepleier er usikre i samhandling med afasirammede. Jensen *et al.* (2015) forteller at store deler av usikkerheten er relatert til å ikke føle seg trygg på deres evne til å kommunisere. Usikkerheten oppsto også i situasjoner der tilstrekkelig forståelse ikke var oppnådd hos pasienten.

Ulikheter i funn mellom Hersh *et al.* (2016) og Gordon, Ellis-Hill, og Ashburn (2009) er at Hersh *et al.* (2016) fant at samtalene mellom pasient og sykepleier var hyggelig, respektfullt og humoristisk, mens i studien til Gordon, Ellis-Hill, og Ashburn (2009) savnes en mer respektfull tilnærming.

Videokamera med opptak på 7,5 timer per dag i åtte måneder ble brukt i studien til Hersh *et al.* (2016), kontra videoopptak i fire måneder inntil en til tre timer på pasientrommet. Begge studier peker på mangel på individuell og terapeutisk tilnærming.

Et terapeutisk nærvær vil i følge Hummelvoll (2012) virke inn på pasientens mulighet for å fremme bedringsprosess og frigjøre en vekstprosess. Kommunikasjon med pasienten må forstås som mer enn ord, noe som omfatter empatisk nærvær, det å ta i mot og tolke personens smertefulle tanker og følelser. Følelser må reformuleres, og pasientens tanker og meninger må tydeliggjøres slik at han får hjelp til å formidle dette (Eide og Eide, 2017)

Gordon, Ellis-Hill, og Ashburn (2009) savner at sykepleier kommuniserer med forpliktelser i kommunikasjonsprosessen. Kommunikasjonsprosessen kan forstås med utgangspunkt i samhandlingsperspektivet som er et ovenfra (utenfra)- perspektiv med fire komponenter (Røknes og Hanssen, 2012). Det er nyttig å ta utgangspunkt i dette perspektivet for å analysere og forstå kommunikasjonsprosesser og legge til rette for god kommunikasjon. Samhandlingsperspektivet består av yrkeskonteksten, egenperspektivet, andre- perspektivet og opplevd fellesskap. I egen- perspektivet er det nyttig å stille seg selv spørsmålene “Hva føler jeg i situasjonen.” “Hva mener jeg om dette?”

I andre- perspektivet stilles spørsmålene: ” Hvordan ser dette ut fra den andres synsvinkel?” . “Hva kan det tenkes at hun føler når jeg snakker slik til henne?”

I opplevd fellesskap stilles spørsmålene: “Har jeg misforstått deg?”. ”Hva er vi enige om i denne saken?”. “Hvordan kan vi finne et felles utgangspunkt som er felles for begge parter?”

Røknes og Hanssen (2012) forteller at for å møte kravene i en yrkeshverdag med mennesker, trenger sykepleier kommunikativ relasjonskompetanse. Dette handler om å kjenne seg selv, ha medfølelse og forstå hva som skjer i samspill med den andre. Det dreier seg også om å kommunisere med pasienten på en god og hensiktsmessig måte. En relasjonskompetent sykepleier kommuniserer på en måte som gir mening, ivaretar den overordnede hensikten med samhandlingen. I følge helsedirektoratet (2017a) er hensikten med rehabilitering til afasirammede en god oppfølging tilbake til et meningsfylt liv. Sykepleier må derfor møte pasienten slik at han eller hun fremmer læring, mestring og bedret funksjon (Hummelvoll, 2012). I Følge Røknes og Hanssen (2012) trenger fagfolk både handlingskompetanse og kommunikativ relasjonskompetanse. Hos en dyktig fagperson er disse flettet sammen som en helhet.

Overdrevet oppgavefokus hos sykepleierne som i studien til Gordon, Ellis-Hill, og Ashburn (2009) og Hersh *et al.* (2016) kan ha mange årsaker. Gordon, Ellis-Hill, og Ashburn, (2009) vil hverken bekrefte eller avkrefte at tidsbarrere er et problem når det gjelder at kommunikasjonen er lite emosjonell og individuell tilnærming. I studien til Jensen (2015) og McGilton *et al.* (2011) er imidlertid dårlig tid til kommunikasjon trukket frem som mulig årsak til liten terapeutisk tilnærming. Tidsbarriere er ikke en uovervinnelig barriere ifølge Hemsley og Balandin (2014). Mye faller ofte på den enkelte sykepleier når det kommer til tro på at det er mulig å gjennomføre en samtale med en afasirammet. Metasyntesen til Hemsley

og Balandin (2014) trekkes det frem pasientens syn på “en god sykepleier” som tar seg tid til å kommunisere. Bruk av tid blir sett på som effektivt, særlig dersom sykepleier også tilpasser sin kommunikasjon med for eksempel komponenter i “støttet samtale” og kommunikasjons hjelpemidler.

6.1.2 Opplæring i “Støttet samtale”

Lengre utdanning, lang erfaring og løpende kontakt med pasientgruppa gjør at sykepleierne anser egne kommunikasjonsferdigheter som tilfredsstillende eller god i følge Cheba, Żuralska og Skrzypek-Czerko (2014). Mulig verifiserer funnene i denne studien et bredt kvalitativt forskningsgrunnlag som peker i retning at kommunikasjon kan læres gjennom trening og erfaring. Hemsley og Balandin (2014) hevder i sin metasyntese at å øke sykehuspersonell sine ferdigheter i kommunikasjon med blant annet afasirammede, lindrer pårørendes omsorgsansvar. Dette skjer bare dersom ansatte har økt eksponering for, og erfaring med å kommunisere med afasirammede.

Heyn (2015) hevder imidlertid at sykepleiere kan ha en tendens til å overvurdere egne evner når det kommer til kommunikasjon. I studien til Cheba, Żuralska og Skrzypek-Czerko (2014) er sykepleier- perspektivet i fokus med egne meninger om egne kommunikasjonsferdigheter. Heyn (2015) hevder at sykepleiere kan ha overdreven tro på at de besitter kunnskap om pasienten når det gjelder hvordan de har det og hva vedkommende tenker, spesielt hvis sykepleier har arbeidet ved en avdeling med samme diagnose lenge. Sykepleier og pasient kan ofte ha ulik opplevelse av pasientens situasjon, i følge Heyn (2015), og sykepleiere er ikke så flink til å identifisere pasientens bekymringer som han/ hun ofte tror.

Gordon, Ellis-Hill, og Ashburn (2009) og Hersh *et al.* (2016) etterlyser i sine studier økt opplæring til sykepleiere i kommunikasjon med afasirammede på grunn av funn med asymmetri i kommunikasjonen. McGilton *et al.* (2011), og Jensen *et al.* (2015) viser begge til forskning som indikerer at forsterket opplæring i kommunikasjon øker vilje og mot i kommunikasjon med pasienter med afasi. I følge Jensen *et al.* (2015) har sykepleierne kunnskap om symptomer på afasi, men har kanskje ikke fått spesifikk opplæring i hvordan man kommuniserer med afasirammede. Jensen *et al.* (2015) viser til en voksende forskningsbase som anbefaler opplæring i kommunikasjon for helsepersonell, noe som også kommer frem i metasyntesen til Hemsley og Balandin (2014). Mye tyder på at

kommunikasjon, kan trenes og læres på samme måte som andre ferdigheter sykepleiere har (McGilton *et al.* 2011; Hemsley og Balandin, 2014; Jensen *et al.* 2015)

Etter opplæring i studiene til McGilton *et al.* (2011) og Jensen *et al.* (2015) ble nye tilnærminger i kommunikasjon forsøkt til pasienter, spesielt i låste situasjoner. Mer meningsfulle og lengre samtaler oppstod da personalet hadde den nødvendige kunnskap, ferdigheter og holdninger til å ta vare på personer med afasi. Begge studier forteller at sykepleierne etter opplæring brukte flere kommunikasjonsstrategier, skrev ned nøkkelord, tegnet og bruke bilder (McGilton *et al.* 2011; Jensen *et al.* 2015).

Jensen *et al.* (2015) forteller om et mulig skifte i strategier fra kommunikasjon som involverte kroppsspråk eller taleteknikker til strategier som var mer fokusert på skrive- og bildestøtte.

6.1.3 Pleieplaner som verktøy i kontinuitet

Individuelle kommunikasjonsplaner var svært nyttige for å fremme kontinuitet i omsorgen ifølge studien til McGilton *et al.* (2011). Planene var i papir- holdte diagram slik at alle ansatte hadde lett tilgang til dokumentet. Når personalet ikke kjente en pasient, var et raskt blick på planen svært nyttig. Informasjon i pasientjournalen er et verktøy som skal sikre kontinuitet i helsehjelpen til pasienten (Hellesø, 2015). I en slik sammenheng snakkes det om informasjonskontinuitet. På sykehus trenger mange pasienter et helsetilbud der flere yrkesgrupper er involvert og pasienten må også forholde seg til ulike personer innenfor samme helsepersonellgruppe. Det stilles krav om at tjenesten som ytes skal fremstå som en helhet (Hellesø, 2015).

Ifølge metasyntesen Hemsley og Balandin (2014) mangler enkelte sykehuspersonell tilgang til informasjon om pasientens kommunikasjons- og omsorgsbehov, og stoler på pårørende for å gjenta denne informasjonen ved hvert skift, noe pårørende kan finne belastende. Det kommer frem at enkelte pårørendeorganisasjoner forsøkte å lage håndholdte omsorgsplaner til informasjon for helsepersonell, uten stort hell på grunn av for store dokument. Sykepleiere rapporterte imidlertid at en kortform for informasjon om grunnleggende omsorgsbehov ville være nyttig, men det var det ingen klarhet om hvordan dette ville bli brukt eller lagret i journalen eller overført til pleieplanen. Kommunikasjonsplanene utviklet i studien til McGilton *et al.* (2011) er kortfattet. Denne planen ble hyppig brukt av sykepleierne og andre ansatte.

6.2 Relasjon

De fem fasene i Joyce Travelbees menneske-til-menneske forhold er tidligere nevnt i oppgaven. Disse fasene er hva Travelbee mener må være tilstede for at sykepleier og pasient skal utvikle en god relasjon (Kristoffersen, 2011). Her vil fire av fasene bli diskutert opp mot funn fra artiklene samt relevant pensumlitteratur.

6.2.1 Isolasjon og ensomhet

Nystrøm (2009) sier det er viktig at pasienter med afasi ikke føler seg ekskludert og isolert. I det innledende møte får sykepleier og pasient et førsteinntrykk av hverandre, og sykepleier må bevege seg bort fra oppfatninger tatt på forhånd (Kristoffersen, 2011). Pasienter føler seg ekskludert og ydmyket når sykepleierne snakket over hode på pasienten. Pasientene sa også at de kan forstå hva som blir sagt, selv om de ikke klarer å svare. Samtidig vil det ødelegge en sjanse for å skape en allianse mot etter felles mål.

Flere ting som kan føre til ensomhet og isolasjon mener Thompson og McKeever (2012) er tapet av samtalen, samt hvis menneskelige forhold er fraværende. Dette fordi det er fare for at psyken svekkes og risikoen for å utvikle depresjon øker. Thompson og McKeever (2012) mener dette er fordi afasi hemmer pasienten i å bygge et forhold hvor man kan snakke ut om problemer å søke støtte hos andre mennesker. Menneskelige forhold gir en informativ, praktisk og emosjonell støtte. Videre forklares det at samtalen gjør at man utvikler en sosial forbindelse som kan gå tapt når man er rammet av afasi.

Å bygge et forhold er derfor svært viktig for å forhindre isolasjon. Dårlig kommunikasjon kan føre til at pasienten trekker seg tilbake til ensomhet istedenfor å søke støtte (Thompson og McKeever, 2012). Nystrøm (2009) mener at isolasjon kan forebygges ved å finne ut hvordan pasienten kan delta i en omsorgsfull relasjon. Samtidig mener Thompson og McKeever (2012) at det å søke ensomhet kan være med på å finne igjen "selvet", men at det er viktig å være klar over at når pasienten søker ensomhet kan det være en reaksjon på utilstrekkelig menneskelig kontakt.

6.2.2 Identitet

I den andre fasen til Travelbee handler det om at pasient og sykepleier ser hverandre som egne individer (Kristoffersen, 2011). Ifølge Nystrøm (2009) må man da stole på pasientens

kompetanse til å håndtere situasjonen. Det å kunne snakke rett frem om hva du vil snakke om. Det vil si å være direkte, og gjøre seg forstått. Det gir en invitasjon til å være med i et samfunn hvor pasienten gjenkjenner at sykepleieren kan, og vil møte pasienten som et individ. Eide og Eide (2017) sier på sin side at det å være direkte bør brukes varsomt og i relasjoner som allerede er etablert. Det å være direkte kan bare forbedre en allerede eksisterende relasjon.

McGilton *et al.* (2011) fant ut av gjennom å innføre kommunikasjonsplaner for pasienter med afasi, samt en dags undervisning, at sykepleierne ble bevisst behovet for individualisert tilnærming. Det var forskjellige strategier som fungerte på hvert enkelt individ. Ingen pasienter er like og den individualiserte tilnærmingen sammen med planen gjorde at sykepleierne ble bedre kjent med pasientene, hadde flere strategier å bruke i samtale med pasientene for å kunne bygge en relasjon, samt kunne møte pasientenes behov. Sykepleierne begynte her å se pasienten som et eget individ, noe som er viktig for å etablere menneske-til-menneske forholdet (Kristoffersen, 2011)

6.2.3 Ønske om å forstå

Thompson og McKeever (2012) mener at medfølelse er viktig for å få et vellykket forhold og god kommunikasjon. Dette fordi medfølelse vises mer ved non-verbal kommunikasjon. Medfølelse gjør det derfor mulig å bygge en relasjon uten å bare bruke verbal kommunikasjon.

En ærlig invitasjon til å kommunisere inkluderer å åpne seg opp i en direkte, rett frem og velvillig måte, i innsatsen for å forstå pasienten (Nystrøm, 2009). Ønsket om å forstå er også viktig i den tredje fasen i menneske-til-menneske forholdet (Kristoffersen, 2011).

For å gjøre det lettere for pasienten å gjenkjenne om interessen er genuin eller en vent-å-se policy, mener Nystrøm (2009) at pasienten må føle seg trygg. Når pasienten skjønner at sykepleieren virkelig vil forstå er det også lettere å føle seg trygg. En trygg base kan lette frykten pasienter med afasi opplever når de blir oppmerksomme på konsekvensene av hjerneslaget.

Genuin interesse innebærer at sykepleier prøver å skaffe seg et bilde av pasientens kommunikasjonssvikt, slik at hun eller han kan tilpasse kommunikasjonen. Samtidig er det viktig å huske på at ikke alle pasienter er følelsesmessige istand for å møte en uventet

kommunikasjonssvikt som ved afasi. Derfor er det viktig å kunne klare å individuelt tilpasse seg hver enkelt sin reaksjon på afasi når man skal lage en trygg base (Nystrøm, 2009).

6.2.4 Tillit

Når man ser på de fem fasene til Travelbee om relasjon handler om å skape tillit. At sykepleieren er til å stole på og utfører handlinger som beviser dette (Kristoffersen, 2011). Nystrøm (2009) Støtter oppunder dette da hun sier at enhver form for uærlighet er åpenbart. Det er naturlig å bli mistenksom. En annen ting som Nystrøm (2009) mener er med på å bygge tillit er når sykepleieren oppmuntrer til språktrening. En invitasjon til språktrening viser til at sykepleieren forstår pasientens omsorgsbehov. Samtidig viser dette at sykepleieren også forstår at pasienten skjønner hva som blir kommunisert.

Hersh *et al.* (2016) og Gordon, Ellis-Hill, og Ashburn (2009) fant at sykepleiere ofte stilte lukkede spørsmål. Dette er spørsmål som bare krever ett enkelt svar. Begge studiene fant også at sykepleiere hadde en tendens til å kontrollere samtalen. Hersh *et al.* (2016) mener dette kan være på grunn av manglende tid, muligheten for å miste kontroll på samtalen eller manglende kunnskap på hvordan de skulle håndtere samtalen. Hersh *et al.* (2016) mener videre at lukkede spørsmål og den kontrollerte samtalen gjorde at interaksjonene mellom pasient og sykepleier ble dårlige. Måten interaksjonene var mellom sykepleier og pasient, samt pasientens afasi ga begrensede muligheter til å utvikle samtalen. Dette står i kontrast til Eide og Eide (2017) som anbefaler lukkede spørsmål til pasienter med motorisk afasi.

McGilton *et al.* (2011) fant ut at gjennom individualiserte kommunikasjonsplaner og opplæring til personalet gjorde at sykepleierne forsøkte å håndtere samtalen på en annen måte. Sykepleierne ble bedre kjent med pasientene gjennom planene og opplæringen i kommunikasjon gjorde at sykepleierne møtte behovene til pasientene oftere. Pasientene opplevde at sykepleierne møtte deres behov og oppfattet at de fikk et nære forhold til sykepleierne.

6.3 Etikk

I de forskningsartiklene som har blitt brukt i denne oppgaven, var det enkelte begrep og ord som til stadighet ble nevnt. Det var tid, opplæring, autonomi og brukermedvirkning.

6.3.1 Etisk dilemma

Gordon, Ellis-Hill, og Ashburn (2009) og Hersh *et al.* (2016) viste i deres studie at sykepleierne tok styring, og hadde lukkede spørsmål som tidligere drøftet i kommunikasjon. Dette ble preget av paternalisme hvor man snakket over og på vegne av pasienten, i stedet for å vise bruke autonomiprinsippet hvor man inkluderer pasientens selvbestemmelse og bruken av empati (Brinchmann, 2012).

Nystrøm (2009) fant at afasirammede ofte følte at de ikke ble hørt. Når pasientene ikke fikk muligheten til å medvirke i sin behandling ei heller bestemme, blir heller ikke autonomiprinsippet fulgt opp (Brinchmann, 2012).

“Et etisk dilemma er en situasjon der det eksisterer en konflikt mellom ulike etiske prinsipper som en kjenner seg forpliktet i forhold til” (Brinchmann, 2012, s. 194). Sykepleierne blir ofte stående i tidspress, og dette kan føre til at den tiden blir brukt annerledes enn om de hadde hatt tid til å kommuniserer med pasienten (Jensen *et al.* 2015).

Kombinasjonen mellom tid og mangelfull kommunikasjon vil kunne påvirke både utviklingen av språk terapien og relasjonsbygging i mellom sykepleier og pasient I disse tilfeller står man overfor situasjoner hvor det ikke er et bra alternativ, der noe ikke utpeker seg mer riktig enn det andre (Brinchmann, 2012). Men hvis sykepleierne opptre på en empatisk og ydmyk måte, og tar seg tid kan pasienten få mulighet til gjøre seg forstått kan de oppnå dette (Nystrøm, 2009). Da vil pasienten få mulighet til å bruke sin egen vilje og styrke (McGilton *et al.* 2011). Nystrøm (2009) poengterer nytten av å la pasienten få bruke sine ressurser, og stole på pasienten, slik at afasi omsorgen gir pasienten egen medbestemmelse og ikke minst tar eierskap i sin behandling.

6.3.2 Likeverd og menneskesyn

Det bør tilstrebes så godt det lar seg gjøre, å oppnå likestilling i mellom pasienten og sykepleier, der empati er et hovedelement sammen med autonomiprinsippet, og språkterapi (Nystrøm, 2009). En sykepleier skal også ha et ønske om å gjøre godt, styrke og støtte pasienten i utfordringer de står i, dette inngår under velgjørhetsprinsippet (Brinchmann, 2012). Nystrøm (2009) hevder at når pasientene ble oppmuntret av sykepleierne, fikk de motivasjon til å fortsette å trene språket. Noe som bekrefter at både sykepleier og pasienten

får muligheten til å være likeverdige, der både empati, autonomi og brukermedvirkningen er til stede.

6.3.3 Verktøy og opplæring

Det er kjent at opplæring som øker kompetansen til sykepleierne (McGilton *et al.* 2011). Jensen *et al.* (2015) oppfordrer til å starte opplæring for de ansatte så tidlig som mulig, på avdelinger for slagrammede. Sykepleieren på sin side er ut ifra de yrkesetiske retningslinjer også forpliktet til å søke ny lærdom, og holde seg oppdatert (Norsk Sykepleierforbund, 2016). Ifølge Thompson og McKeever (2012) skal en sykepleier også vise ydmykhet og akseptere sine begrensninger, noe også de yrkesetiske retningslinjene sier (Norsk Sykepleierforbund, 2016). Sykepleier skal søke veiledning blant sine kollegaer og fagpersoner, hvis situasjonen er vanskelig, og sykepleier ikke har god nok kunnskap til å løse situasjonen (Norsk Sykepleierforbund, 2016). Til tross for mangelfull opplæring kan forsøket på å kommunisere med pasientene vitne om mot, og ønsket om å forstå pasienten, selv om det oppstår misforståelser (Thompson og McKeever, 2012).

Sykepleier som engasjere og viser interesse i språkterapi, kan også foreslå endringer rundt pasienten noe som kunne føre til vekst, og gi styrket kommunikasjon (Thompson og McKeever, 2012). Eksempler på dette kan være miljøskifte i form av endring av rom, hvor det er stille, og at det er få personer til stede sammen med pasienten og sykepleier slik at dette virker distraherende (Thompson og McKeever, 2012).

6.4 Metodekritikk

Vår oppgave er bygget på litteraturstudie ut fra vitenskapelige forskningsartikler, samt pensumlitteratur. Vi fant mye forskning i søkene i dette emnet, blant annet innen pårørende til pasienter med afasi, depresjoner og afasi, samt hjelpemidler. Problemstillingen favnet mye innen kommunikasjon mellom sykepleier og den afasirammede. Vi gikk inn i søkeprosessen med et åpent sinn for finne ut hva som skal til for å bedre kommunikasjon mellom sykepleier og pasient. Det ble en utfordring å sortere emner etter hva som var mest viktig, selv om alle emnene i denne oppgaven er svært relevante. Vi tar høyde for at vi kan ha oversett viktig forskning både på grunn av søkestrategi og feiltolkninger i den kritiske prosessen med å velge artikler.

7. Oppsummering og konklusjon

Vi valgte denne oppgaven for å undersøke hvordan vi kunne bedre kommunikasjonen til pasienter som ble rammet av afasi etter hjerneslag. Ved å sette oss inn i denne oppgaven, førte dette til at vi nå sitter igjen med en ny forståelse og bredere innsikt. Det finnes ikke noe direkte konklusjon, ut i fra de funnene vi fant, da pasienter som blir rammet av hjerneslag er forskjellige og har individuelle behov. Derfor bør sykepleier sette seg inn i den enkeltes behov, finne ut hvilke kompetanse pasienten selv har, og hvilke evner pasienten er i besittelse av.

I begynnelsen brukte vi tid for å finne ut hvilke elementer som var vesentlig for vår oppgave, og vi la tidlig vekt på kommunikasjon, hjelpemidler, brukermedvirkning og relasjon. Vi fant raskt ut at det var viktig at vi som sykepleiere må utvikle en god allianse med pasienten fra starten av, tilstrebe gode holdninger i form av autonomiprinsipper, og deretter sette av god tid for å utvikle god kommunikasjon. Når man inkluderer pasienten med i sin behandling og språktrening etter hjerneslaget, tar denne del i sin behandling og dermed er delaktig i det som skjer. Vi fant ut at dette styrket sykepleierne i deres mot og holdninger i jobben de gjorde, noe som smittet over på pasientene. Dette styrket "selvet" hos pasientene, og de ble motiverte til videre læring. Man så at ved å kommunisere med pasientene som likeverdige virket betryggende på pasientene, og dette kunne føles anerkjennende og bekreftende for pasienten.

Ved å bruke kommunikasjonsplaner og tilstrebe god opplæring vil det kunne ha god effekt. Implementering av kommunikasjonsplaner i praksis gir en individuell tilnærming. Videre kan det lette kommunikasjon å fjerne frustrasjon hos både pasient og sykepleier. Det kan også gi en positiv effekt på relasjonen mellom sykepleier og pasient. Planene lettet også informasjonsflyten mellom sykepleiere slik at tjenesten fremsto som en helhet.

Referanseliste:

Allott, N. (2018) Kommunikasjon, *Store Norske Leksikon*. Tilgjengelig fra:

<https://snl.no/kommunikasjon> (Hentet: 11. Mai 2019)

Aveyard, H. (2014) *Doing a Literature Review in health and social care - a practical guide*.

3. utg. Maidenhead: Open University Press

Brinchmann, B. S. (red.) (2012) *Etikk i sykepleien*. 3. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Cheba, M. Żuralska, R. Skrzypek-Czerko, M. (2014) Difficulties Related to the Communication with the Patient with Aphasia According to the Nursing Staff, *Journal of Neurological & Neurosurgical Nursing*, 3(2), s. 75-80, Tilgjengelig fra:

<http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=0&sid=56a5f4d2-71c8-40a0-ba64-9495203b51ca%40sessionmgr101&bdata=JnNpdGU9ZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#AN=103978142&db=ccm>

(Hentet: 5. Mars 2019)

Dalland, O. (2017) *Metode og oppgaveskrivning*. 6. utg. Oslo: Gyldendal Akademiske.

De nasjonale forskningsetiske komiteene (2010) *Registrering og lagring av lyd- og billedata*.

Tilgjengelig fra: <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Medisin-og-helse/Kvalitativ-forskning/7-Registrering-og-lagring-av-lyd--og-billedata-/> (Hentet: 12. Mai 2019)

Eide, E. Eide, T. (2017) *Kommunikasjon i relasjoner: personorientering, samhandling, etikk*.

3. utg. Sted: Oslo. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Forsberg, C. Wengstrøm, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier*. 3. utg.

Stockholm: Bokförlaget Natur och kultur.

Gjerstad, L. (2018) Afasi, *Store Norske Leksikon*. Tilgjengelig fra: <https://sml.snl.no/afasi>
(Hentet: 11. Mars 2019)

Gordon, C. Ellis-Hill, C. Ashburn, A. (2009) The use of conversational analysis: nurse-patient interaction on communication disability after stroke, *Journal of advanced nursing*, 65(3), s. 544-553. doi: [10.1111/j.1365-2648.2008](https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008)

Hellesø, R. (2015) Pasientjournalen og prinsipper i journalføring, i Grov, E. K. Holter, I. M. (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie: sykepleieboken*. 5. utg. Oslo: Cappelen damm, s. 209-241.

Helsedirektoratet (2017a) *Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag*. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Retningslinjer/Hjerneslag.pdf>
(Hentet: 2. Mai 2019)

Helsedirektoratet (2017b) *Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag: Syn, hørsel og kommunikasjon*, Tilgjengelig fra:
<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/hjerneslag/rehabilitering-etter-hjerneslag/syn-horsel-og-kommunikasjon> (Hentet 14. Mai 2019)

Hemsley, B. Balandin, S. (2014) A Metasynthesis of Patient-Provider Communication in Hospital for Patients with Severe Communication Disabilities: Informing New Translational Research, *Augmentative and Alternative Communication*, 30(4), s. 329-343. doi: [10.3109/07434618.2014.955614](https://doi.org/10.3109/07434618.2014.955614)

Hersh *et al.* (2016) "Ward talk": Nurses Interaction with people with and without aphasia in the very early period poststroke, *Aphasiology*, 30(5), s. 609-628. doi: [10.1080/02687038.2014.933520](https://doi.org/10.1080/02687038.2014.933520)

Heyn, L. (2015) Kommunikasjon- menneskets grunnleggende behov for å forstå og å bli forstått, i Grov, E. K. Holter, I. M. (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie: sykepleieboken*. 5. utg. Oslo: Cappelen damm, s. 363-395.

Hummelvoll, K. (2012) *Helt- Ikke stykkevis og delt*. 7. utg. Oslo: Gyldendal norsk forlag AS

Jensen, L. R. *et al.* (2015) Implementation of supported conversation for communication between nursing staff and in-hospital patients with aphasia. *Aphasiology*, 29(1), s. 57-80. doi: [10.1080/02687038.2014.955708](https://doi.org/10.1080/02687038.2014.955708)

Kristoffersen, N. J. (2011) Teoretiske perspektiver på sykepleie, i Skaug, E. A. (red.) *Grunnleggende sykepleie Bind 1*. 2. utg. Sted: Oslo. Gyldendal Akademisk, s. 207-277.

McGilton *et al.* (2011) Focus on communication: increasing the opportunity for successful staff-patient interactions, *International journal of older people nursing*, 6 (1), s. 13-24. doi: [10.1111/j.1748-3743.2010.00210.x](https://doi.org/10.1111/j.1748-3743.2010.00210.x)

Norsk Senter for Forskningsdata (2019) *Nivå*. Tilgjengelig fra: <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/OmSok> (Hentet: 15. Mai 2019)

Norsk Sykepleierforbund (2016) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer> (Hentet: 5. Mai 2019)

Nyström, M. (2009) Professional aphasia care trusting the patient's competence while facing existential issues, *Journal of clinical nursing*, 18(17), s. 2503-2510. doi: [10.1111/j.1365-2702.2009.02825.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.02825.x)

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient%20og> (Hentet: 13. Mai 2019)

Røknes, O. H. Hanssen, P. H.(2012) *Bære eller briste: Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*, 3. utg. Oslo: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.

Spesialisthelsetjenesteloven (1999) *Lov om Spesialisthelsetjenesten m. m.* Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61> (Hentet: 13. Mai 2019)

Tellnes, G. (red.) (2017) *Helsefremmende samhandling: Natur og kultur som folkehelse*. Bergen: Fagbokforlaget

The Journal of Neurological and Neurosurgical Nursing (u.å) *Information for Authors*. Tilgjengelig fra: <http://jnnn.pl/index.php/neurological-and-neurosurgical/pages/view/information-for-authors> (Hentet: 8. Mai 2019)

Thomassen, L. (2018) Hjerneslag, *Store Norske Leksikon*. Tilgjengelig fra: <https://sml.snl.no/hjerneslag> (Hentet: 5. Mars 2019)

Thompson, J. Mckeever, M. (2012) The impact of stroke aphasia on health and well-being and appropriate nursing interventions: an exploration using the Theory of Human Scale Development, *Journal of clinical nursing*, 23(3-4), s. 410-420. doi: [10.1111/j.1365-2702.2012.04237.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2012.04237.x)

Wergeland, A. Ryen, S. Ødegaard-Olsen, T. G. (2016) Sykepleie ved hjerneslag, i Grønseth, R. (red.) *Klinisk sykepleie 2*. 5. utg. Sted: Oslo. Gyldendal Akademisk, s. 303-328.

