



Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie

Bacheloroppgave

**«Kommunikasjon og autonomi hos pasienter
med afasi»**

«Communication and autonomy in patients with
aphasia»

Innleveringsdato: 04.06.2020

Emnekode: HSYK3003

Kandidatnummer: 10093

Antall ord: 8752

Sammendrag

Tittel: Kommunikasjon og autonomi hos pasienter med afasi.

Hensikt: Å belyse viktigheten av å ivareta autonomi hos pasienter med afasi og hvordan kommunikasjon påvirker dette.

Problemstilling: Hvordan kan sykepleier ivareta autonomi hos pasienter med afasi gjennom kommunikasjon?

Metode: Litteraturstudie som inneholder kvantitative og kvalitative forskningsartikler. Temaet for oppgaven er selvvalgt på bakgrunn av erfaring og interesse.

Resultat: Slagpasienter med afasi blir ofte utelatt fra inkludering og informasjon om behandling og omsorg rundt egen helse. Dette svekker retten til selvbestemmelse og fører til at helsehjelpen blir dårligere. Sykepleiere omgås pasienten i slagavdeling/tidlig rehabilitering mest, og blir derfor det helsepersonellet som har best tilgang for å tilrettelegge for at pasienten skal få kommunisert sine ønsker og behov.

Konklusjon: Ved tilrettelegging av kommunikasjon kan en opprettholde autonomi hos pasienten. Ved bruk av fysiske kommunikasjonshjelpemidler og sykepleierens strategiske verbale og nonverbale kommunikasjon, kan pasienten inkluderes i beslutninger om hans helse. Sykepleiers plikt er å tilrettelegge for at pasienten som er samtykkekompetent får tale sin egen sak, fremfor å bruke pårørende som fullmakt. Pasientens autonomi vil på denne måten bevares, da kommunikasjon er tilrettelagt.

Abstract

Title: Communication and autonomy in patients with aphasia.

Purpose: To illustrate the importance of maintaining autonomy in patients with aphasia and how communication affects this.

Problem: How can a nurse maintain the autonomy of patients with aphasia through communication?

Method: Literature study containing quantitative and qualitative research articles. The theme of the thesis is self-chosen based on experience and interest.

Outcome: Stroke patients with aphasia are often excluded from being included and informed about treatment and care regarding their health. This weakens the patients rights regarding autonomy and leads to poorer health care. Nurses are the group of healthcare workers that deals the most with stroke patients in hospitals and early rehabilitation. The nurses therefore becomes the health care professionals who has the best access to arrange for patient participation, information and communication.

Conclusion: Facilitating communication can maintain autonomy in patients. By using physical communication tools and strategic verbal and nonverbal communication, patients can be included in decisions about their own health. The nurse's duty is to arrange for patient participation with the patient that is competent to give consent, rather than using relatives as a spokesman for the patient. If communication is facilitated, the patient's autonomy will be preserved.

Innhold

Tabeller.....	vi
1. Innledning.....	7
1.1. Introduksjon og bakgrunn for valg av tema.....	7
1.2. Avgrensning og presisering av problemstillingen.....	8
1.3. Definisjon av problemstillingens sentrale begrep.....	8
1.4. Oppgavens kapitler.....	9
2. Metode.....	10
2.1. Beskriv valgt metode.....	10
2.2. Vitenskapelig tilnærming.....	10
2.3. Søkehistorikk med søketabell.....	11
2.4. Søketabell.....	11
2.5. Valg av litteratur og kildekritikk.....	13
2.6. Pensumlitteratur.....	14
3. Empiri.....	15
3.1. Artikkelmatrise.....	15
3.2. Sammenfattet empiri.....	19
3.2.1. Kommunikasjon.....	19
3.2.2. Hvordan kommunikasjon påvirker autonomien.....	20
3.2.3. Autonomi.....	21
4. Teori.....	24
4.1. Hjerneslag.....	24
4.2. Afasi.....	24
4.3. Autonomiprinsippet.....	25
4.4. Autonomi hos pasienter med sykdom.....	25
4.5. Pasientens rett til medbestemmelse, informasjon og samtykke.....	26
4.6. Kommunikasjon.....	27
4.7. Kommunikasjon og afasi.....	27
4.8. Sykepleieteoretiker.....	28
5. Diskusjon.....	29
5.1. Hvorfor tilrettelegge for god kommunikasjon.....	29
5.2. Kommunikasjonsbevarende tiltak.....	30
5.3. Behovet for autonomi.....	31
5.4. Hvordan ivareta autonomi.....	33
5.5. Samtykkekompetanse og autonomi.....	34
6. Konklusjon.....	35

Referanser..... 36

Tabeller

Tabell 1 Picotabell.....	11
Tabell 2.2 Søketablell.....	11
Tabell 3.1 Artikkelmatrise	15
Tabell 2 - Sammenfattet empiri	22

1. Innledning

1.1. Introduksjon og bakgrunn for valg av tema

I Norge rammes omtrent 14000 mennesker av hjerneslag hvert år. Hjerneslag skyldes blodpropp eller blødning i hjernen som kan gi varige skader. Hvor slaget sitter og dets størrelse, avgjør hvilke og hvor store skader pasienten pådrar seg av slaget og må leve med (Nasjonalforeningen for folkehelsen, 2019). Hjerneslag oppstått i venstre hjernehalvdel kan påvirke språkområdene, som kan gi vanskeligheter med forståelse, taleproduksjon, lesing, skriving og bruk av gester (Lind, Haaland-Johansen, Knoph & Qvenild, 2010). Vanskelighetene har begrepet afasi. I Norge får 6-7000 afasi hvert år, det vil si at 17-18 personer rammes hver dag, oftest skyldes dette hjerneslag (Corneliussen, Haaland-Johansen, Knoph & Qvenild, 2014, s. 9). Å plutselig få språk- og kommunikasjonsvansker kan påvirke det psykososiale. Kommunikasjonsvansker skaper distanse med andre mennesker og kan gi svekket selvfølelse. Menneskets viktigste middel til kommunikasjon er språk. Når språket ikke fungerer kan det føre til misforståelser og antagelser, dette kan svekke pasientens autonomi (Corneliussen et al., 2014). Det er derfor viktig å vite hvordan en skal kommunisere med personer med afasi for å best mulig bevare autonomien.

Sykepleiere møter pasienter med afasi etter hjerneslag i flere institusjoner. Ved praksis på en akutt slagenhet fikk jeg godt kjennskap til afasipasienten. Å se hvordan hverdagen til et menneske plutselig kan snues opp ned, gir sterke inntrykk. Sykepleieren tar imot pasienter som har mistet språk og kommunikasjonsevne, som en rutine. For pasienten er dette en spesiell dag som vil forandre hans liv. Sykepleierne på avdelingen fokuserte på å se hele personen og ikke bare konsekvensene av slaget. Å tilrettelegge for tid til kommunikasjon med pasienten slik at han fikk uttrykt seg var svært viktig for å bli kjent med og forstå pasienten, men også for å ivareta hans rett til valg og selvbestemmelse. Tid var en utfordring. På avdelingen hvor dagene ofte var travle opplevde jeg at tilrettelegging for kommunikasjon med afasipasienten ikke kunne prioriteres fremfor kritisk syke pasienter. Tilgangen til kommunikasjonshjelpemiddel var liten, og forståelsen mellom pasient og sykepleier et problem. De gangene jeg og pasienten ikke forstod hverandre opplevde jeg en følelse av frustrasjon. Derfor er temaet kommunikasjon for å skape bedre autonomi hos pasienten noe jeg ønsker å forbedre meg i for å gjøre situasjonen til pasienten, og relasjonen mellom pasient og sykepleier bedre.

Lind et al., (2010, s. 24) hevder at i løpet av de 20-30 kommende årene vil trolig andelen av folk som får hjerneslag øke med 50%, da andelen av eldre i befolkningen øker og derav flere individer med tidligere sykdommer som kan være risikofaktorer for utvikling av hjerneslag. Dette betyr at temaet hjerneslag og afasi vil fortsette å være relevant og dagsaktuelt i mange år fremover, og trolig et tema som er viktig for sykepleiere å forbedre seg i.

1.2. Avgrensning og presisering av problemstillingen

Hensikten med oppgaven er å finne ut hvilke kommunikasjonsstrategier og tiltak sykepleieren burde kjenne til, for å kunne ivareta autonomi hos pasienten. Med oppgaven ønsker jeg å belyse hvilke rettigheter pasienten har og hvordan sykepleieren er pålagt å tilrettelegge for pasientens selvbestemmelse og deltagelse i avgjørelser innenfor helse og behandling. Derav blir problemstillingen; «Hvordan kan sykepleier ivareta autonomi hos pasienter med afasi gjennom kommunikasjon».

Oppgavens fokus vil være på pasienter som har fått afasi etter hjerneslag. Pasientgruppen jeg tar for meg i oppgaven er pasienter i aldersgruppen 65+, som befinner seg i akutfasen ved slagavdeling eller i tidlig rehabilitering. Bakgrunnen for valget er at det er i denne aldersgruppen jeg selv har mest erfaring på området.

Jeg forutsetter at pasienten er tidligere frisk, har normalt syn og hørsel, og snakker og forstår norsk. For å skape klarhet og oversikt i oppgaven vil jeg definere pasienten som «han» og sykepleier som «hun».

I oppgaven vil jeg fokusere på pasienter som har impressiv afasi og/eller ekspressiv afasi, som er de to hovedtypene afasi (Gjerstad, 2019). Altså vil jeg ikke avgrense oppgaven til kun en type afasi.

1.3. Definisjon av problemstillingens sentrale begrep

Hjerneslag; «Uppreis samlebetegnelse for alle plutselige, fokalnevrologiske utfall som skyldes blodstrømsforstyrrelser i hjernen» (Wyller, 2014, s. 679).

Afasi; «Afasi er ervervede – ikke medfødte – språkvansker som skyldes en skade i hjernen, vanligvis venstre hjernehalvdel» (Corneliussen et al., 2014, s. 9).

Autonomi; «Autonomi kommer av det greske ordet auto som betyr selv, og nomos som betyr lov, styring. Det vil si at autonomi betyr selvstyring, men det brukes om selvbestemmelse og medbestemmelse» (Romsland, Dahl, Slettebø, 2015, s. 38).

Kommunikasjon; «Begrepet kommunikasjon betyr å gjøre noe felles, delaktiggjøre en annen i, har forbindelse med. Kommunikasjon kan defineres som utveksling av verbale og nonverbale tegn og signaler mellom to eller flere personer» (Eide & Eide, 2017, s. 17).

1.4. Oppgavens kapitler

Oppgaven er delt inn i 6 forskjellige kapitler.

Første kapittel inneholder innledning med tema og problemstilling. Her avgrenses oppgaven og sentrale begrep i problemstillingen defineres. Andre kapittel handler om metode. Her beskriver jeg bakgrunnen for valgt metode i oppgaven, vitenskapelig tilnærming i oppgaven og begrunner hvordan jeg har søkt etter, og valgt artikler og pensumlitteratur. Gjennomførte søk vises her i en søketabell. Tredje kapittel av oppgaven inneholder empiri, hvor jeg skriver om de vitenskapelige funnene fra valgte artikler, samt en matrisemodell som presenterer innholdet i de valgte vitenskapsartiklene. Kapittel fire er teori. Kapitlet inneholder relevant teori og fakta om temaer i oppgaven, som; hjerneslag, afasi, kommunikasjon, autonomi, pasientens rett til medbestemmelse og sykepleieteori basert på teoriene til Joyce Travelbee og Virginia Henderson. I femte kapittel drøftes problemstillingen opp mot utvalgte relevante vitenskapsartikler om sykepleierens kommunikasjon med pasienter med afasi for å bevare autonomi. Avslutningsvis avrundes oppgaven i kapittel seks med konklusjon, hvor jeg vil prøve å besvare problemstillingen på best mulig måte ved å trekke fram de mest sentrale elementene fra drøftingen.

2. Metode

«En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap» (Dalland, 2017, s. 51).

2.1. Beskriv valgt metode

Denne oppgaven er skrevet som en pragmatisk litteraturstudie grunnet tidsperspektivet av oppgaven. En litteraturstudie er litteraturen en studerer på bakgrunn av valgt tema og problemstilling, altså det som er undersøkt og skrevet om av artikkelforfatterne. Materialet i oppgaven er søk gjennomført på allerede eksisterende kunnskap presentert i artikler. En litteraturstudie er systematisering av kunnskapen; å søke den, samle den, vurdere den og sammenfatte den (Støren, 2013). Oppgaven er skrevet innenfor rammene for utforming av bacheloroppgave gitt av NTNU, og tar størst utgangspunkt i kvalitative studier som tar sikte på å fange opp mening og opplevelse som ikke lar seg tallfeste eller måle (Dalland, 2012).

2.2. Vitenskapelig tilnærming

Positivism er navnet på en vitenskapsfilosofisk retning som innebærer en bestemt oppfatning av erfaring, bekjennelse og hva som er sann kunnskap. Basert på positivismen oppnår man erkjennelse og viten kun gjennom erfaring og observasjon, man finner en effekt av noe (Thornquist, 2003). Denne filosofiske tilnærmingen er noe en kan gjenspeile i oppgaven. Erfaringer rundt å kommunisere med denne pasientgruppen, samt å observere pasienten og hans uttrykk gjennom det non-verbale, gir sykepleieren viten av hvilke tiltak som har vært effektive og burde brukes i neste møte med afasipasienten. Det er gjennom erfaring sykepleierne i de valgte forskningsartiklene har valgt sine metoder for å best kommunisere med pasienten, for å ivareta hans rett til selvbestemmelse. Studiene brukt i oppgaven har en fenomenologisk og hermeneutisk metode. Fenomenologi framstilles som læren om det som kommer til syne og rettes mot hvordan verden erfares for subjektet. I denne sammenhengen, hvordan pasienten eller sykepleieren opplever situasjonen (Thornquist, 2003). Hermeneutikk handler i hovedsak om forståelse og fortolkning, og hvordan å gå frem for å oppnå gyldige fortolkninger (Thornquist, 2003, s. 139). I sammenheng med oppgaven er det hvordan sykepleier kan kommunisere på en slik måte at pasienten forstår, og hvordan sykepleier kan sikre seg at informasjonen er forstått.

2.3. Søkehistorikk med søketabell

For å finne relevante vitenskapelige artikler til oppgaven har jeg gjennomført litteratursøk i søkemotorene; Oria.no, Cinahl og Pubmed, da disse er anbefalt av biblioteket for medisin og helse. For å finne relevante forskningsartikler har jeg brukt PICO-modellen som gir bedre struktur i søkeord ved litteratursøk (Helsebiblioteket, 2016).

Tabell 1 Picotabell

PICO	HER/I OPPGAVEN	RELEVANTE SØKEORD
Patient Pasientgruppen i oppgaven.	Afasipasienten	«afasi», «aphasia», «apopleksi», «apoplexia», «brain injury», «stroke»
Intervention Hva det er med pasientgruppen oppgaven interesserer seg for og hvilke tiltak det fokuseres på.	Kommunikasjon med afasipasienten	«communication», «nurse», «communicating»
Comparison Sammenligning av tiltak.	Ikke brukt i artikkelsøk, da jeg ikke er ute etter å sammenligne tiltak	
Outcome Hvilke endepunkter ønsker en å finne med søket.	Pasientens autonomi og selvbestemmelse	«autonomy», «selfdetermination», «selfparticipation», «patient involvement», «patient participation»

2.4. Søketabell

Tabell 2.2 Søketabell

Database	Dato	Søk	Søkeord	Avgrensning	Antall treff	Valgte artikler
Cinahl	15/04	S1	aphasia OR apoplexia OR brain injury	Artikler fra maks 6 år siden. Deltakere; 65+	6	1(A)
		S2	communication OR nurse			
		S3	autonomy OR selfdetermination OR selfparticipation			
		S4	S1 AND S2 AND S3			
Pubmed	16/04	S1	aphasia OR apoplexia OR stroke	Artikler fra maks 6 år siden Deltakere; 65+ Free full text	12	1(B)
		S2	communication OR communicating OR nurse			

		S3	autonomy OR self-participation OR patient involvement			
		S4	S1 AND S2 AND S3			
Oria.no	16/04	S1	aphasia OR apoplexia OR stroke	Artikler fra maks 6 år Fagfelleverdert tidsskrift Engelsk Aged Patients Medical research Patient participation Patient involvement Communicating Decisionmaking Nursing Qualitative research Physician-patient relations Patient satisfaction	109521	1(C)
		S2	communication OR nurse			
		S3	autonomy OR patient participation			
		S4	S1 AND S2 AND S3			
Oria.no	16/04	S1	aphasia OR apoplexia OR stroke	Fagfelleverdert tidsskrift Aged Stroke Aphasia Communication Artikler fra maks 6 år	21021	1(D)
		S2	communication OR nurse			
		S3	autonomy			
		S4	S1 AND S2 AND S3			
Oria.no	16/04	S1	aphasia	Artikler fra maks 6 år Fagfelleverdert tidsskrift Aged Stroke Aphasia Communicating Decision making	225	2(E, F)
		S2	communication			
		S3	autonomy			
		S4	S1 AND S2 AND S3			
Oria.no	16/04	S1	aphasia	Aged Aphasia Decision making Communication Artikler fra maks 6 år	32	1(G)
		S2	communication			
		S3	autonomy			
		S4	S1 AND S2 AND S3			

Inkluderte artikler:

- A. Haley, K. L., Womack, J. L., Harmon, T. G., McCulloch, K. L. & Faldowski, R. A. (2018). Life activity choices by people with aphasia: repeated interviews and proxy agreement. *Aphasiology, Volum 33(6)*: 710-730. Doi: <https://doi.org/10.1080/02687038.2018.1506087>
- B. Kayes, N. M., Cummins, C., Worrall, L. M. & McPherson, K. M. (2017). Co-constructing engagement in stroke rehabilitation: a qualitative study exploring how practitioner engagement can influence patient engagement. *Sage Journals, Volum 31(10)*: 1396-1405. Doi: <https://doi.org/10.1177/0269215517694678>
- C. Tobiano, G., Bucknall, T., Marshall, A., Guinane, J. & Chaboyer, W. (2015). Nurses' views of patient participation in nursing care. *Journal of Advanced Nursing, Volum 71(12)*: 2741-2752. Doi: <https://doi.org/10.1111/jan.12740>
- D. Jensen, L. R., Løvholt, A. P., Sørensen, I. R., Blüdnikow, A. M., Iversen, H. K. Hougaard, A., Mathiesen, L. L. & Forchhammer, H. B. (2014). Implementation of supported conversation for communication between nursing staff and in-hospital patients with aphasia. *Aphasiology, Volum 29(1)*: 57-80. Doi: <https://doi.org/10.1080/02687038.2014.955708>
- E. Berg, K., Rise, M. B., Balandin, S., Armstrong, E. & Askim, T. (2015). Speech pathologists' experience of involving people with stroke-induced aphasia in clinical decision making during rehabilitation. *Disability and Rehabilitation, Volum 38(9)*: 870-878. Doi: <https://doi.org/10.3109/09638288.2015.1066453>
- F. Haley, K. L., Cunningham, K. T., Barry, J. & de Riesthal, M. (2019). Collaborative Goals for Communicative Life Participation in Aphasia: The FOURC Model. *American Journal of Speech – Language Pathology, Volum 28(1)*: 1-13. Doi: http://dx.doi.org/10.1044/2018_AJSLP-18-0163
- G. Kristensen, H. K., Tistad, M., Koch, L. V. & Ytterberg, C. (2016). The Importance of Patient Involvement in Stroke Rehabilitation. *Plos One, Volum 11(6)*: 1-13. Doi: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0157149>

2.5.Valg av litteratur og kildekritikk

7 forskningsartikler er valgt på bakgrunn av tema som kan besvare problemstillingen, og som er relevant og gyldig. Av relevans til nyere forskning er artiklene ikke eldre enn 6 år.

Fagfellevurdering sier noe om gyldigheten og påliteligheten av kilden. Ut fra nettsiden hvor artiklene er publisert kan en vurdere om de er fagfellevurderte. Artiklenes oppbygging er av IMRaD-strukturen; introduksjon, metode, resultat og diskusjon, dette gjør det tydelig at de er forskningsartikler (Dalland & Trygstad, 2012). Artiklene er ansett som dagsrelevante på bakgrunn av innholdet og hvorvidt det kan relateres til i hverdagen som sykepleier. Valg av litteratur er basert på avgrensningen av oppgaven (punkt 1.3), derfor er forskning som i hovedsak er gjort på eldre mennesker, og på personer som relativt nylig har fått afasi, valgt. Etter gjennomført søk av artikler leser jeg overskrifter og vurderer hvilke av artiklene som er av interesse og blir lest videre.

Av artiklene valgt er imidlertid fåtallet av artiklene fra Norge. To av artiklene i oppgaven er fra USA, og jeg stiller meg spesielt kritisk til disse da helsetjenesten i USA fungerer noe annerledes enn i Norge. Dette kan ha påvirket resultatet i studiene og gjør de muligens mindre relevant for min oppgave sammenlignet med de andre artiklene. Resten av artiklene er fra land som har likt og offentlig helsevesen som Norge, jeg er derfor mindre kritisk til bruken av disse i oppgaven.

2.6. Pensumlitteratur

Litteratur brukt i oppgaven er valgt på bakgrunn av pensumliste fra sykepleierutdanningen på NTNU, som anses som pålitelig og relevant for tema og problemstilling. Faglitteratur om afasi ble også funnet gjennom søk i NTNUs bibliotekjeneste, Oria. Boken *Afasi – når språket svikter* av Sundet & Reinvang ble funnet på Oria og lest på nasjonalbibliotekets nettsider.

Litteratur om Henderson og Travelbee's sykepleieteori er brukt for å fremme viktigheten av autonomibevarende tiltak hos pasienter, teori rundt dette er hentet fra pensumlitteratur.

Pandemien Covid-19 førte til stengte universitetsbiblioteker i perioden oppgaven ble skrevet. Grunnet nedsatt tilgjengelighet av bøker har mye av pensum blitt funnet på nasjonalbiblioteket.no. Dette medførte at noen av bøkene som ble brukt er eldre utgaver som var tilgjengelig på nett.

3. Empiri

3.1. Artikkelmatrise

Tabell 3.1 Artikkelmatrise

Referanse	Hensikt, Problemstilling og Forskningsspørsmål	Metode	Resultat	Kommentar og relevans for problemstilling
<p>A</p> <p>Haley, K., Et. Al. (2018). Life activity choices by people with aphasia: repeated interviews and proxy agreement. <i>Aphasiology</i>, Volum 33(6): 710-730.</p>	<p>Hensikt:</p> <p>Å karakterisere hvilke livsaktiviteter personer med afasi ønsker å gjøre, og se hvorvidt deres pårørende svarer det samme som pasienten og vet hva pasientens ønsker er.</p> <p>Problemstilling:</p> <p>For å imøtekomme pasientens behov og bekymringer må behandler vite hvilke mål pasienten har og ønsker å gjennomføre. Da kommunikasjon er vanskelig for pasienten med afasi blir det ofte slik at behandler ser til pårørende for informasjon og til å svare for pasienten, men er dette det beste for pasienten?</p> <p>Forskningsspørsmål:</p> <p>Kan et hjelpemiddel i form av kort med bilder få behandler og pårørende til å forstå hva pasienten med afasi ønsker? Og er svarene til pasienten og pårørende lik?</p>	<p>Kvalitativ studie. LIV-kort (Life Interest Cards) med linjetegninger av vanlige livsaktiviteter delt inn i fire kategorier ble gitt til 26 personer med afasi som deltok frivillig i undersøkelsen. Personene fikk spørsmål om hvilke aktiviteter de ønsket å gjøre mer av i livet. 20 familiemedlemmer eller fullmektiger svarte via et spørreskjema på hva de trodde pasienten ville svare, for å se om de svarte det samme.</p>	<p>Prosentandelen på svarene sammenlignet mellom pasient og pårørende var lavere enn 69%, altså hadde pårørende svart ulikt av hva de trodde pasienten ønsket i forhold til hva pasienten egentlig ønsket. Dette viser at pasienter med afasi kan uttrykke seg dersom en legger til rette for det, og at ikke alltid pårørende velger rett for hva pasienten egentlig ønsker.</p>	<p>Studien er av stor relevans til problemstillingen, da den viser alternativ til hvordan å kommunisere med en pasient med afasi slik at han får uttrykt sine ønsker og bevart sin autonomi og rett til selvbestemmelse. Artikkelen kan være en kilde til hvor sykepleier kan skaffe viten og kunnskap til neste møte med en pasient med afasi.</p>

<p>B</p> <p>Kayes, N. M., Et.al. (2017). Co-constructing engagement in stroke rehabilitation : a qualitative study exploring how practitioner engagement can influence patient engagement. <i>Sage Journals, Volum 31(10): 1396-1405.</i></p>	<p>Hensikt:</p> <p>Ulike studier viser at pasienter mener helsepersonellets engasjement smitter over på pasient i positiv og negativ forstand. Studien ser på hvordan relasjonen mellom sykepleier og pasient kan virke inn på engasjement, selv der kommunikasjonsforstyrrelser kan føre til vanskeligheter med å delta.</p> <p>Problemstilling:</p> <p>Hvordan kan helsepersonellets engasjement påvirke pasientpleie og pasientens motivasjon/engasjement</p> <p>Forskningsspørsmål:</p> <p>Hvordan kan sykepleier få til et godt samarbeid med pasient selv om pasienten lider av kommunikasjonsvansker?</p>	<p>En kvalitativ studie. Pasienter kunne delta dersom de hadde opplevd slag eller kommunikasjonsvansker, hadde tilgang til rehabilitering, kunne gi samtykke og kunne delta i intervju ved hjelp av kommunikasjonsverktøy .</p> <p>Studien hadde to bolker, 1. intervjuer og fokusgrupper, 2. observasjon. Intervjuene ble gjennomført med 7 pasientdeltakere og 4 helsepersonell. Intervjuene handlet om erfaringer og engasjement. Fokusgruppene handlet om erfaring rundt å engasjere pasienter. Observasjonsdelen handlet om at samarbeid mellom personell og pasient ble filmet. Tilsammen deltok 42 personell og 11 pasienter.</p>	<p>Helsepersonellets engasjement påvirket også pasientens engasjement, både positivt og negativ. Samtidig påvirket også pasienten sykepleieren. Hvor pleieren ble usikker eller følelsesmessig berørt, førte det ofte til dårlig engasjement hos dem begge.</p>	<p>Artikkelen er relevant til oppgaven da den forteller hvordan kommunikasjonen mellom helsepersonell og pasient påvirker følelser og påvirker hverandre, både positivt og negativt. Det handler om samarbeid for å forstå hverandre og nå mål.</p>
<p>C</p> <p>Tobiano, G., Et.al. (2015). Nurses' views of patient participation in nursing care. <i>Journal of Advanced Nursing, Volum 71(12): 2741-2752.</i></p>	<p>Hensikt:</p> <p>Sykepleiere har hyppig kontakt med pasienter og framhever deres rolle i å muliggjøre pasientdeltagelse. Noen sykepleiere har holdninger og gjør handlinger som kan fungere som en barriere, og klarer derav ikke å oppnå pasientmedvirkning. Å se synspunkter fra sykepleiers side kan utvikle strategier for å oppmuntre til økt pasientdeltagelse på sykehus.</p>	<p>Kvalitativ studie.</p> <p>20 sykepleiere fra fire medisinske avdelinger på to sykehus i Australia, gjennomførte semistrukturerte intervjuer som ble analysert. Studien er del av en større studie om pasientdeltagelse, hvor det ble gjennomført 20 intervju med pasienter og 58 timer observasjon av pasient-sykepleier interaksjon. Deretter ble intervjuene av</p>	<p>Sykepleiere har en avgjørende rolle i å fremme deltakelse av pasienter. Sykepleieren kan legge til rette for pasientdeltakelse, men må tilpasse deltakelsen til hver enkelt pasient mtp. Risiko og egenskaper. Utdanning, politikk og forskningsstrategier er avgjørende</p>	<p>Artikkelen er relevant til problemstillingen i oppgaven, da den fremmer pasientmedvirkning og hvordan sykepleier kan tilrettelegge for dette. Samt forteller at det kan være utfordrende,</p>

	<p>Problemstilling: Å utforske sykepleieres syn på pasientdeltagelse på medisinske avdelinger.</p> <p>Forskningsspørsmål: Hvilke utfordringer opplever sykepleierne rundt pasientdeltakelse? Hvilke opplevelser har sykepleiere med pasientdeltakelse?</p>	sykepleierne gjennomført, angående pasientsituasjonen.	for å fremme sykepleiers rolle i pasientdeltakelse.	og hvorfor det trolig er slik.
<p>D Jensen, L. R., Et.al. (2014). Implementasjon of supported conversation for communication between nursing staff and in-hospital patients with aphasia. <i>Aphasiology</i>, Volum 29(1): 57-80.</p>	<p>Hensikt: At pasienter innlagt med afasi grunnet hjerneslag kan oppleve økt deltakelse i beslutning relatert til helse og rehabilitering, se om opplæring i kommunikasjonspartner kan hjelpe på dette.</p> <p>Problemstilling: Pasienter med afasi har ofte vanskelig for å få tilgang, informasjon og delta i beslutninger om egen behandling, pleie og rehabilitering. Talespråklige terapeuter retter fokus mot dette for å se om kommunikasjonspartner kan hjelpe.</p> <p>Forskningsspørsmål: 1.utvikle en prosedyreretningslinje for personale å kommunisere med pasienter med afasi. 2.utvikle tverrfaglig opplæringskurs og utdanne alle ansatte. 3.ha kommunikasjonsverktøy tilgjengelig.</p>	<p>En blandet metode for å sammenligne sykepleiere før og etter trening og studie gjør studien til en blanding av kvantitativ og kvalitativ metode.</p> <p>Studien ble delt opp i 4 faser. Fase 1 var å rekruttere og trene 8 ansatte i støttet samtale, de deltok i workshop i 3 timer og skulle etter dette øve på teknikkene og ta videoopptak hvor de brukte teknikkene med en pasient med afasi. Fase to inkluderte flere ansatte i rollespill og gruppediskusjoner over to dager. Fase tre baserte seg på tilbakemeldinger til instruktører gitt i fase to, og instruktørene utformet lokale retningslinjer for personalets kommunikasjon med pasienter med afasi. Fase fire gikk ut på å arrangere workshops for ansatte for å lære de nye retningslinjene.</p>	<p>Spørreskjema til 31 ansatte sykepleiere viste at de hadde høyere forståelse for afasi og at de oppfattet kommunikasjonen mindre frustrerende for pasienten. Sykepleierne følte seg mer sikre i evnen å kommunisere med pasienter med afasi, mer sikre på å etablere forståelse, og mer villige til å sette i gang samtaler. Sykepleierne opplevde noe vanskeligheter med bruken av bildeverktøy og bruk av verktøy generelt tok for lang tid.</p>	<p>Artikkelen er relevant til oppgaven, da den adresserer hva som er utfordrende og viktig å bli bedre på i møte med pasienter med afasi. Studien viser også tiltak som fungerer for å bedre kommunikasjonen med pasienter med afasi, og hva som kan være utfordrende.</p>

<p>E</p> <p>Berg, K., Et.al. (2015). Speech pathologists' experience of involving people with stroke-induced aphasia in clinical decision making during rehabilitation. <i>Disability and Rehabilitation</i>, Volum 38(9): 870-878.</p>	<p>Hensikt:</p> <p>Selv om pasientdeltakelse har vært en del av lovgivningen og kliniske retningslinjer i flere år, er det bevist at disse anbefalingene ofte utelates for personer med kommunikasjonsproblemer .</p> <p>Problemstilling:</p> <p>Undersøke hvordan talepatologer opplevde pasientdeltakelse under prosessen med målsetting og klinisk beslutning for pasienter med afasi.</p> <p>Forskningsspørsmål:</p> <p>Tre tilnærminger til pasientdeltakelse.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.pasientorientert 2.nærmeste pårørende 3.helsepersonell 	<p>Kvalitativ metode. Mail ble sendt til 57 språkpatologer hvor 20 av dem sa ja til å delta i studien, kravet var at de måtte ha 1 års erfaring med arbeid med pasienter med afasi. Deltakerne gjennomførte fire gruppeintervjuer med 5 deltakere i hver gruppe. Deltakerne snakket om erfaringer og ble stilt spørsmål, intervjuet varte i 60-90min.</p>	<p>Det er behov for mer fokus på hvordan å bedre involvere pasienter med afasi i målsetting og behandlingsplanlegging. Deltakerne konkluderte med at hos pasienter med moderat/alvorlig afasi var det gunstig å bruke pårørende som fullmakter, og at det skulle ivareta pasientens autonomi.</p>	<p>Studien er relevant til oppgaven da den belyser autonomi til pasienten og hva en kan gjøre for å ivareta autonomi. Studien konkluderer med at pasientens pårørende kan være kilde til å ivareta pasientens autonomi, noe som er interessant for videre diskusjon i oppgaven.</p>
<p>F</p> <p>Haley, K, L., Et.al. (2019). Collaborative Goals for Communicative Life Participation in Aphasia: The FOURC Model. <i>American Journal of Speech - Language Pathology</i>, Volum 28(1): 1-13.</p>	<p>Hensikt:</p> <p>Å presentere en trinnvis modell for å danne et samarbeid med pasienten for å utvikle en behandlingsplan basert på pasientens ledelse, kommunikativ deltakelse og behandlingsstrategier.</p> <p>Problemstilling:</p> <p>Samarbeidende målsetting er kjernen i personorientert rehabilitering, men kan være utfordrende, spesielt innenfor afasi.</p> <p>Forskningsspørsmål:</p> <p>Kan modellen være til hjelp for mer selvbestemmelse hos pasienten?</p>	<p>Kvalitativ studie.</p> <p>3 personer med afasi deltar i studien. Det benyttes en modell som kalles FOURC som skal bedre pasientens medbestemmelse. Modellen baserer seg på 4 trinn.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Velge et kommunikasjonsmål. 2.Lage løsninger/tiltak for pasienten. 3.Samarbeide om en plan. 4.Fullføre og fortsette. <p>Behandlingen skjer via poliklinisk rehabilitering.</p>	<p>Modellen legger til rette for pasientinitiativ på en klinisk gjennomførbart måte. Den støtter samtidig behandlerens rolle i å veilede behandlingen basert på kunnskap og faglig kompetanse. Resultatene viser at pasienten oppnådde økt motivasjon og bedre kommunikasjon i det daglige liv.</p>	<p>Studien er relevant til oppgaven da den viser viktigheten av pasientdeltakelse og konsekvensene av styrket samarbeid med pasienten og pasientens bedring og motivasjon. Ved å ivareta autonomi hos pasienten førte det til økt motivasjon og bedre kommunikasjonsferdigheter hos pasienten.</p>

<p>G Kristensen, H. K., Et.al. (2016). The Importance of Patient Involvement in Stroke Rehabilitation. <i>Plos One, Volum 11(6): 1-13.</i></p>	<p>Hensikt: Undersøke pasienters rehabiliteringsopplevelser innen dansk slagrehabiliteringspraksis.</p> <p>Problemstilling: Å undersøke det opplevde behovet for helsetjenester hos personer med hjerneslag i løpet av det første året etter rehabilitering, og assosiasjoner mellom opplevd påvirkning av hjerneslag, involvering i beslutninger angående omsorg/behandling og å ha behov for helsetjenester.</p> <p>Forskningsspørsmål: Undersøke om personer med hjerneslag har fått de helsetjenestene de føler de har hatt krav på, og fått tatt beslutninger og bevart selvbestemmelse under behandling.</p>	<p>Kvantitativ undersøkelse. Data ble samlet inn fra personer innlagt med slag i 2012, som hadde gjennomgått rehabilitering fra 2-5mnd. Spørreskjemaet «stroke survivor need survey» ble brukt for å vurdere deltakernes oppfatninger av involvering i beslutninger om omsorg eller behandling og behov for helsetjenester i 11 problemområder: mobilitet, fall, inkontinens, smerte, tretthet, følelser, konsentrasjon, hukommelse, tale, lesing og syn. Studien hadde 63 deltakere, med gjennomsnittsalder på 72 år, som leverte spørreskjemaet.</p>	<p>Antall deltakere som rapporterte om problemer varierte mellom 51 og 24. Involvering i beslutninger om omsorg og behandling ble funnet å være assosiert med å ha behov for helsetjenester oppfylt i 6 problemområder: fall, tretthet, følelser, hukommelse, tale og lesing. Resultatene viser viktigheten av å involvere pasienter i beslutninger angående slag-rehabilitering, da det ser ut til at det bedre imøtekommer pasientens behov for helsetjenester.</p>	<p>Studien er relevant til problemstillingen da den viser hvor viktig retten til selvbestemmelse er innenfor helse og behandling. Mange slagpasienter opplever å bli utelatt for informasjon og bestemmelse av behandling, dette påvirker bedring og retten pasienten har til helsehjelp. Hvor pasienten får være med å ta beslutning blir det også lettere å kartlegge hvilke helsetjenester pasienten har behov for.</p>
---	---	--	---	--

3.2. Sammenfattet empiri

I tillegg til at artiklenes innhold presenteres i punkt 3.2.1 til 3.2.3, blir også analyse av artiklene presentert i tabell 4.

3.2.1. Kommunikasjon

I samhandling med en slagrammet pasient ligger mye fokus på kommunikasjon. Hvordan sykepleier bruker verbal og non-verbal kommunikasjon påvirker hvilken relasjon som dannes mellom pasient og sykepleier (Kayes, Cummins, Worrall, McPherson, 2017). Oppfatning av den ene personens engasjement, ferdigheter, holdninger og atferd påvirker den andres, både positivt og negativt, og påvirker rehabiliteringens effekt deretter (Kayes, et al., 2017). Sykepleierens engasjement påvirker pasientens. Positivt engasjement vises gjennom motivasjon, glede og emosjonell tilknytning. Ord og ikke-verbal kommunikasjon som latter, øyekontakt og ansiktsuttrykk er viktig sammen med holdninger som «vi kan

gjøre det». Dette gir pasienten en følelse av viktighet og god tid. Lite engasjement kommer sannsynligvis av at sykepleieren ikke føler seg trygg nok eller har for lite kunnskap til å se at hun kan gjøre en forskjell, og vises ved at sykepleieren kun gjennomfører nødvendige arbeidsoppgaver og kommuniserer lite. Dette gir følelse av dårlig tid, sinne, isolasjon og avhengighet hos pasienten (Kayes, et al., 2017).

Sosial ekskludering er en alvorlig langsiktig konsekvens av afasi, grunnet kommunikasjonsproblemer. Pasienten får ikke deltatt i beslutninger og behandling om omsorg og rehabilitering. Sykepleiere er trent i å se symptomer på afasi, men ikke hvordan å kommunisere med pasienter med afasi, dette kan gi feil kilde til diagnose og behandling for pasienten (Jensen, Løvholt, Sørensen, Blüdnikow, Iversen, Hougaard, Mathiesen, Forchhammer, 2014). Kommunikasjonshjelpemidler som dialogbøker, bilder og pekebrett bedrer kommunikasjonen med afasipasienten (Jensen et al, 2014).

Kommunikasjonsstrategier som kroppsspråk, blikk, peking og ansiktsuttrykk er også viktig. Det er viktig å bruke verbalt språk og huske på å snakke sakte, bruke enkle ord, gjenta seg selv, bruke ja/nei spørsmål, eller eventuelt å tegne/skrive, eller be pasienten om å gjøre det samme. Det er viktig å vise tålmodighet og gi pasienten tid til å svare. Bruker alle på avdelingen samme strategier blir det lettere for pasienten å forstå, da han blir kjent med metodene. Strategiene gjør at sykepleierne blir tryggere og bedre kjent med metoder, som gjør det lettere å forstå hva en pasient med afasi ønsker. Frustrasjonen over å ikke forstå blir mindre. Sykepleieren blir trygg på at pasienten har forstått informasjonen og at sykepleieren selv har forstått informasjonen fra pasienten. Pasientens symptomer, som smerte eller fatigue, kan påvirke tilrettelegging av kommunikasjon. En utfordring er også at sykepleieren har lite tid og blir avbrutt av andre prioriterte hendelser i avdelingen (Jensen et al, 2014).

3.2.2. Hvordan kommunikasjon påvirker autonomien

Kommunikasjonsvansker kan gjøre det vanskelig for pasient og sykepleier å forstå hverandre. I verstefall mister pasienten sin rett til medbestemmelse og autonomi (Jensen, et al., 2014). For å bevare pasientens autonomi, kan sykepleieren bruke hjelpemiddelet «Life Interests and Values Cards» (Haley, Womack, Harmon, McCulloch, Faldowski, 2018). LIV-kortene består av 95 kort innenfor kategoriene «sosialt», «fysisk», «kreativt og avslappende» og «hjem og fellesskap», med bilder av dagligdagse aktiviteter. Ved hjelp av kortene kan sykepleieren stille pasienten enkle spørsmål som «hva gjorde du før?», «hva ønsker du å gjøre?», «hvilke mål har du?», da svarer pasienten med å velge relevant tegnekort, og sykepleieren forstår hva pasienten ønsker. På denne måten får pasienten ta deltakelse i egen hverdag, og autonomi i videre målplanlegging. I studien til Haley et al. (2018) kommer det fram at pårørende ikke alltid vet hva pasienten ønsker, da de ikke hadde like svar på kortene. I motsetning vises det i studien til Berg, Rise, Balandin, Armstrong & Askim (2015) at å bruke pårørende til målsetting og videre behandling som fullmakter for pasienter var den beste løsningen, da det alltid lot seg gjøre. Pårørende kjenner pasienten best og har best forståelse for hva han prøver å uttrykke, spesielt i akuttfasen da alt er nytt for pasienten og han ikke får uttrykt seg. Utfordringen er pårørende som setter urealistiske mål eller mål pasienten åpenbart ikke er enig i. Utfordringen støttes i studien til Jensen et al. (2014), som sier at pasientens pårørende er betydningsfulle, men kan ta over å svare for pasienten. Det viktigste er at autonomien til pasienten opprettholdes, og så lenge pasienten er samtykkekompetent skal han selv ta beslutningene (Berg, et al., 2015).

3.2.3. Autonomi

I kliniske retningslinjer for slagrehabilitering i flere vestlige land, inkludert Norge, nevnes viktigheten av pasientens aktive rolle og pasientmedvirkning i målsetting og behandlingsavgjørelser (Berg, et al., 2015). Pasientorientert deltakelse er prioriterte tilnærming ved målsetting og behandling av pasienter, men det er ofte kun mulig å gjennomføre hos pasienter med mild/moderat afasi som har noe språk og språkforståelse. I det pasienten selv skal sette mål er det viktig at helsepersonellet har gitt godt med informasjon på forhånd, slik at målene blir realistiske (Berg, et al., 2015). Studien til Kristensen, Tistad, Koch & Ytterberg (2016) sier at økt engasjement og pasientmedvirkning gir større tilfredshet for pasienten, i form av at han får den helsehjelpen han har krav på og trenger. Mange pasienter med hjerneslag opplever at de ikke får dekket behovet for hjelp fra helsetjenesten det første året etter slaget. Pasienter involvert i beslutninger om omsorg og behandling har tilgang til nødvendige helsetjenester og får dekket sine behov for hjelp, mens de som ikke har blitt involvert ikke får sine behov møtt. Mangelen i å få kommunisert sine behov, samt uenighet mellom behovene pasienten identifiserer og behovene identifisert av helsepersonell, er sannsynligvis forklaringen på problemet. Ofte identifiserer helsepersonell de synlige problemene som; fall, tretthet, tale og lesing. Problemer som; konsentrasjon, smerte eller inkontinens er vanskeligere å identifisere. For best mulig helsehjelp er det viktig å involvere pasienten (Kristensen et al., 2016).

Sykepleiere er helsepersonellet som bruker mest tid med pasienten i sykehus, og må tilrettelegge for pasientmedvirkning (Tobiano, Bucknall, Marshall, Guinane, Chaboyer, 2015). Første fokus i pasientmedvirkning er å se pasienten som et helt individuelt menneske, verdsette pasientens erfaringer og kontroll over eget liv, samt se han som en partner (Tobiano, et al., 2015). Det er viktig å la pasienten opprettholde sine daglige rutiner, og tilrettelegge for valg av deltakelse i aktiviteten. Engasjement er en viktig faktor for økt pasientdeltakelse, samt at sykepleier relaterer til pasienten gjennom bruk av humor. Tilrettelegging for et trygt miljø rundt pasienten hjelper på økt pasientdeltakelse, samt å motivere verbalt. For pasienter med afasi blir det spesielt viktig å gi informasjon og fortelle hvorfor ting blir gjort, dette skaper trygghet hos pasienten (Tobiano, et al., 2015). Pasientdeltakelse er utfordrende med tanke på lover og regler sykepleieren må forholde seg til. Sykepleieren må verne om sikkerheten til pasienten, dette kan gå utover hans ønsker og selvbestemmelse. Største utfordring er tid. Tilrettelegging tar lang tid. På travle dager er det lettere for sykepleieren å hjelpe pasienten fremfor å tilrettelegge (Tobiano, et al., 2015). Pasientdeltakelse styrker motivasjon hos pasienten (Haley, Cunningham, Barry, de Riesthal, 2019). Å delta og sette mål for behandlingen gjør pasienten mer motivert for å nå målene. Det skaper økt selvtillit å kunne gjennomføre hverdagslige aktiviteter igjen. Det finnes ingen erstatning for pasientens egen stemme og ingen informasjon erstatter informasjonen pasienten formulerer selv. Sykepleieren må oppmuntre pasienten til å vurdere muligheter og prioriteringer fremfor å liste opp problemer og begrensninger, dette skaper motivasjon og beholder pasientens autonomi (Haley et al., 2019).

Tabell 2 - Sammenfattet empiri

Artiklenes innhold av tema: kommunikasjon og autonomi		
Artikkel	Kommunikasjon	Autonomi
A	Inneholder informasjon om hvordan å kommunisere med afasipasienten gjennom å bruke «Life Interests and Values Cards». En bruker bildekort for å skjønne hva pasienten ønsker å gjøre av aktiviteter.	Gjennom bruk av LIV-kort får pasienten uttrykt sine ønsker og mål, uten at pårørende eller helsepersonell velger på vegne av pasienten.
B	Inneholder informasjon om hvordan kommunikasjonen mellom pasient og sykepleier påvirker hverandre. Sykepleiers engasjement smitter over på pasienten, både positivt og negativt. Der sykepleier smilte, lo, brukte god tid, holdt øyekontakt og lyttet opplevde pasienten mer engasjement, positive følelser og motivasjon. Der sykepleier snakket lite, gjorde seg fort ferdig med arbeidsoppgaven og brukte lite tid, opplevde pasienter sinne, frustrasjon og lite engasjement til videre rehabilitering.	
C	Hvordan sykepleier kan kommunisere med pasienten for økt pasientdeltakelse. Fokus på å danne et trygt miljø for pasienten, bruke humor for å relatere og skape relasjon til pasienten gjennom å se på han som en partner, samt å gi informasjon om hvorfor en gjør som en gjør og hvorfor det er viktig – å vise kunnskap skaper trygghet.	Fokuserer på sykepleiers rolle innenfor pasientdeltakelse. Fokus på å se pasienten som et helt menneske, tilrettelegge for hans daglige rutiner, gi pasienten kontroll om mulig og se på pasienten som en partner. Utfordringer ble at sykepleier ønsket en viss kontroll eks: over medisiner, selv om pasienten kunne administrert dette selv, dette med tanke på lover og regler. Tid var en utfordring, det går raskere å hjelpe enn å tilrettelegge. Sykepleierne dannet seg noen gang et bilde av at pasienten trengte litt mer hjelp enn han mente selv, dette er en utfordring.
D	Sykepleier kan systematisere kommunikasjonsstrategier og ta i bruk hjelpemidler for å bedre forstå pasienten med afasi. «Dialogbøker» hvor sykepleier og pasient kunne skrive ned stikkord var effektivt for pasientens og sykepleiers forståelse av hverandre. I tillegg til bilder, non-verbal kommunikasjon, verbal kommunikasjon som er gjennomtenkt av sykepleier eks:	Inneholder ikke spesifikt om autonomi, men hvis en ser på det slik at pasienten får uttrykt seg og blir forstått kan det gi økt autonomi. Artikkelen nevner at det helst er ønskelig at pasienten kommuniserer selv og ikke gjennom pårørende, da pårørende har en tendens til å ta over samtalen og snakke for pasienten.

	snakke rolig, enkle ord, gjenta, bruke tid. Gjorde det lettere for sykepleierne å forstå pasienten og pasienten forstod raskere da alle brukte samme kommunikasjonsstrategier.	
E		Ivareta pasientens autonomi gjennom at han helst får kommunisere sine målsettinger selv der det er mulig. Det er hensiktsmessig å bruke pårørende som talsperson for pasientens målsetting og beslutninger dersom pasienten ikke er i stand til dette selv. Det er fordeler og ulemper med dette. Beste mulighet for bevarelse av autonomi hos pasienter med moderat/alvorlig afasi er gjennom pårørende som talsperson.
F		Inneholder informasjon om hvordan å inkludere og la pasienten legge mål for kommunikasjon, tiltak, behandlingsplan og jobbe mot å nå målet. Behandler i denne sammenheng er tilstede for å veilede behandling basert på faglig kompetanse, men ikke for å lede. På denne måten får pasienten formulert sine behov og ønsker for hva han vil oppnå. Å gi pasienten medvirkning økte motivasjon og selvfølelse hos pasienten, og han klarte å gjennomføre målene sine som han hadde hatt over lengre tid, eks: ringe og ha en samtale over telefon med en gammel bekjent.
G	Å legge til rette for pasienter med afasi slik at de kan kommunisere sine behov er viktig, av den årsak at pasienten vet best hva han trenger hjelp til. Dersom han ikke får kommunisert dette, kan helsepersonell identifisere ulike behov hos pasienten enn det pasienten kjenner selv.	Artikkelen inneholder informasjon om viktigheten i å involvere pasienter i beslutninger rundt deres egen helse. I tilfeller hvor pasienter hadde blitt involvert i beslutninger rundt omsorg, helse og rehabilitering, hadde de oppfylt behovet for helsetjenester de trengte. De som ikke hadde blitt involvert i beslutninger hadde derimot ikke fått møtt sine behov for helsetjenester, og hadde problemer med ulike grunnleggende behov.

4. Teori

4.1. Hjerneslag

I Norge rammes omtrent 14000 mennesker av hjerneslag hvert år (Nasjonalforeningen for folkehelsen, 2019). En fellesbetegnelse på sykdomstilstander som skyldes plutselig forstyrrelse av blodsirkulasjonen i hjernen er hjerneslag (Thomassen, 2019). Rundt 90% av tilfellene skyldes en blodpropp i hjernen som tilstopper en eller flere blodårer, hjerneinfarkt. Områdene disse årene forsyner vil få nedsatt blodtilførsel som fører til at hjerneceller dør. De resterende 10% av tilfellene ved slag skyldes hjerneblødning. Hjerneblødning skyldes brist i en blodåre i hjernen som skaper ansamling av blod i området. Grunnet økt trykk i hjernen vil celler i det blodfylte området gå til grunne (Nasjonalforeningen for folkehelsen, 2019). Hvor slaget sitter i hjernen avgjør hvilke utfall pasienten får. Dersom slaget sitter i venstre hjernehalvdel vil pasienten ofte oppleve symptomer som; lammelse og nedsatt førlighet på høyre side, språkforstyrrelser, adferd er treg og mistenksom og hukommelsessvikt i forhold til språkforståelse (Russell, 2015). Dersom pasienten har afasi sitter slaget trolig i venstre hjernehalvdel og cellene i språkområdene er påvirket.

4.2. Afasi

Afasi er en språkforstyrrelse som oppstår som følge av sykdom eller skade i hjernen. Afasipasienter kan ha vansker med å bruke muntlig språk. Fra å ha vansker med å finne rette ord, til å miste talefunksjonen fullstendig. Pasienten kan ha vansker med å oppfatte språk, altså ha problemer med å skjønne det andre sier. Lese og skriveferdigheter påvirkes i ulik grad (Afasiforbundet, 2016).

Det skilles mellom to hovedtyper afasi. Ekspressiv afasi og impressiv afasi. Ekspressiv afasi omhandler at evnen til å uttrykke seg er svekket. Pasienten vil ofte ha vanskeligheter med å finne ord, ha treg tale og ord blir ofte brukt feil. Ekspressiv afasi oppstår dersom det fremre språkområdet i hjernen er berørt av slaget, Brocas område, som planlegger talen. Ofte er språkforståelsen intakt, men evnen til å uttrykke seg svekket (Gjerstad, 2019). Ekspressiv afasi gir ofte også skrivevansker (Eide & Eide, 2017). Ved impressiv afasi har ofte pasienten flytende tale, men det som blir sagt har lite mening. Pasienten har ofte vanskeligheter med å forstå ord han hører eller leser. Impressiv afasi skyldes skade i bakre språkområde, Wernickes område. Har slaget berørt begge språkområdene vil pasienten ha vanskeligheter både med å finne og forstå ord. Ifølge Eide & Eide (2017, s. 321) kalles dette global afasi. Graden av afasi er individuell og omtales ofte som mild, moderat eller alvorlig (Afasiforbundet, 2016). Afasi er en tilstand som kan bedres, både av seg selv den første måneden grunnet bedringsprosesser i hjernen, eller med trening og rehabilitering. Ofte flates bedringen ut etter 6-12 måneder, da må pasienten fortsette treningen for å holde språket ved like (Sundet & Reinvang, 1988).

4.3. Autonomiprinsippet

Etikk handler om læren om hva som er godt, rett, galt og rettferdig. I Lillemoen (2015, s.297) vil å resonere etisk si å granske egen eller andres moral for om handlingen som er gjort egentlig er rett, god eller gal. De fire grunnleggende prinsippene innenfor medisinsk og helsefaglig etikk er; autonomi, rettferdighet, velgjørenhet og ikke-skade (Lillemoen, 2015). Autonomiprinsippet er mest relevant for denne oppgaven. Prinsippet om enkeltmenneskets rett til autonomi er et dominerende prinsipp i den medisinske etikken. Ordet autonomi oversettes til selvstyre eller selvbestemmelse, at pasienten har rett til å velge og ta beslutninger som omhandler han. Forutsetningen er at pasienten kan ta ansvar for eget liv og vet hva som er godt, dårlig, nyttig og skadelig for ham selv. Autonomiprinsippet er i dag en nedskrevet lov som gir pasienten juridiske rettigheter, og helsepersonell tilsvarende plikter. Pasientens rett til selvbestemmelse vektlegges i yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Forutsetninger som må være tilstede for å sikre at pasienten er beslutningskompetent og kan bestemme over seg selv nevnes i Kristoffersen & Nortvedt (2011, s. 102) å være at han kan; kommunisere, uttrykke et valg, forstå informasjon relevant for beslutningen av helsehjelp, anerkjenne informasjonen i egen situasjon med hensyn til lidelse og mulige konsekvenser av behandlingen, og resonere og avveie med bakgrunn i relevant informasjon.

Som sykepleier er etikk ett av mange ansvarsområder en må ta hensyn til i yrkesutøvelsen. På NSF sine nettsider finnes yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Retningslinjene sier at grunnlaget for sykepleie er å vise respekt og verdighet til hvert menneske. Dette gjøres gjennom omsorg, barmhjertighet og respekt for menneskerettighetene (Norsk sykepleierforbund, 2019). Ved å følge retningslinjene vil sykepleieren sikre forsvarlig, tillitsfull og trygg sykepleie.

4.4. Autonomi hos pasienter med sykdom

Mennesker som opplever sykdom mister ofte noe av selvstendigheten i eget liv og muligheten for å være sosialt aktiv (Solvoll, 2011). Behovet for å være selvstendig ligger dypt forankret i mennesket. Tap av selvstendighet oppleves ofte som vanskelig. Spesielt i det vestlige samfunn legges det vekt på enkeltmenneskets verd og retten til selvbestemmelse. Normene og idealene i samfunnet vektlegger selvstendighet. Det oppleves negativt å ikke kunne klare seg selv. Å være avhengig av andres hjelp kan svekke opplevelsen av egenverd, selvrespekt og medbestemmelse, ved at pasienten føler seg til bry, kjenner seg udugelig og opplever en uønsket bundethet til andre. Eller det kan skape en positiv opplevelse som styrker en relasjon og skaper en god følelse i form av å motta omsorg fra andre (Solvoll, 2011).

Ivaretagelse av autonomi er spesielt viktig ved sykdom eller funksjonssvikt. I en pasientsituasjon hvor det er sikte på rehabilitering er pasienten avhengig av støtte og omsorg, men helst oppnå økende uavhengighet utover i rehabiliteringsløpet (Romsland et al., 2015). Sykepleierens fokus er at pasienten må utøve aktiviteter for å oppnå selvstendighet og hindre ytterligere hjelpebehov (Romsland et al., 2015). Motiverende veiledning er kommunikasjon som bidrar til å styrke indre motivasjon for endring, utvikling og aktiv mestring. Menneskets indre motivasjon styrkes når de tre behovene; selvbestemmelse, tilknytning og kompetanse eller mestringsfølelse, blir tilfredsstillt, og svekkes dersom de blir avvist. Å ivareta behovet for autonomi og la pasienten bestemme selv kan derfor ha betydning for motivasjonen og engasjementet hos pasienten.

Selvbestemmelse bygger på at behovet for å bli lyttet til, sett, hørt og forstått, og å få gitt uttrykk for hva som er viktig for en selv, blir ivaretatt (Eide & Eide, 2017). I boken «Sykepleie og rehabilitering» framstiller Romsland et al., (2015) strategien «shared decision-making» som bygger på at helsepersonell gir informasjon og samtidig deler kunnskap og vurderinger, men at pasienten også deltar i prosessen og tar avgjørelser. Ikke alle pasienter har behov for å bli involvert i behandlingsbeslutninger, og mener at tillit til helsepersonell og å bli behandlet med respekt og verdighet er viktigere (Romsland et al., 2015). Retten til selvbestemmelse er nedfelt i lovverket Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). Påvirkningskraften autonomi har på motivasjon og engasjement, viser viktigheten det har at sykepleieren sikrer autonomien hos pasienter med kommunikasjonsvansker. Det er en viktig kommunikativ oppgave for helsepersonell å finne ut hva som er viktig for pasienten og inkludere pasienten i beslutninger, i den grad det lar seg gjøre, for å bevare autonomi (Eide & Eide, 2017).

4.5. Pasientens rett til medbestemmelse, informasjon og samtykke

Autonomi er sentralt innenfor etikken og sykepleierens retningslinjer, men også pasientens rett. Kapittel 3 i loven om pasient- og brukerrettigheter, omtales pasientens rett til medvirkning og informasjon (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). §3-1 sier at pasienten har rett til å medvirke i valg av undersøkelses- og behandlingsmetoder. Så langt det lar seg gjøre skal tjenestetilbudet utformes sammen med pasient/bruker, men dersom pasient/bruker ikke er samtykkekompetent har pasientens nærmeste pårørende rett til å medvirke i valget. §3-5 omhandler informasjon til pasienten. Informasjonen må tilpasses individets forutsetninger og personellet skal så langt som mulig sikre seg at pasienten har forstått innholdet og betydningen av informasjonen. Dette kan være en utfordring hos pasienter med impressiv afasi som har problemer med å forstå språk (Gjerstad, 2019). Kapittel 4 i loven om pasient- og brukerrettigheter (1999) omhandler samtykke til helsehjelp. Hovedregelen om samtykke, §4-1, sier at helsehjelp bare kan gis med pasientens samtykke, men for at samtykket skal være gyldig må pasienten ha fått informasjonen som er nødvendig om helsetilstanden og helsehjelpen (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §4-1). Samtykkekompetanse, omtales i §4-3, er nødvendig at er gjennomgått. Samtykkekompetanse kan bortfalle dersom pasienten ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter, dette kan eksempelvis skyldes nedsatt kognitiv funksjon etter slag (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §4-3). Samtykkekompetanse vurderes av helsepersonellet.

4.6. Kommunikasjon

Kommunikasjon betyr å gjøre noe felles, delaktiggjøre en annen i, ha forbindelse med. Kommunikasjon kan innebære samtaler ansikt til ansikt, samvær i grupper eller samtaler over internett (Eide & Eide, 2017). God profesjonell kommunikasjon er personorientert og faglig vurdert. Personorientert kommunikasjon omhandler at en ser den andre som en hel person, med ressurser, muligheter, egne verdier, prioriteringer, individuelle ønsker og mål, og ikke bare en pasient. Personorientert kommunikasjon består av fire sentrale elementer, blant annet å dele makt og å stimulere pasienten til å utøve selvbestemmelse der det er mulig. Personorientert kommunikasjon forutsetter at sykepleier lytter aktivt til det som kommer til uttrykk både verbalt og non-verbalt. At sykepleier oppfatter betydningen av det som vises indirekte, enten gjennom ordvalg, kroppsspråk, stemmebruk, ansiktsuttrykk eller andre måter (Eide & Eide, 2017).

4.7. Kommunikasjon og afasi

Sykepleieren må ha kunnskap om pasientens vanskeligheter, leve seg inn i situasjonen og beherske kommunikasjonsstrategier, for best mulig kommunikasjon med afasipasienten. Det kreves tålmodighet og vilje av sykepleieren for å kunne vise interesse, lytte og forsøke å forstå (Eide & Eide, 2017). I kommunikasjon hvor verbalt språk er vanskelig vil nonverbal kommunikasjon bli enda viktigere. Kroppslige uttrykk og bevegelser, ansiktsuttrykk og mimikk, stemmebruk, intonasjon og berøring kan skape kontakt og formidle det en ønsker å si. Kropp og kroppsholdning forteller mye om en person og gir uttrykk for hvordan personen har det. Ansiktsuttrykk, blick og øyekontakt kan fortelle om personen er engstelig, redd eller skeptisk (Solvoll, 2011). Det er viktig å etablere god kontakt med den afasirammede før en formidler informasjon (Eide & Eide, 2017). Sykepleierens oppmerksomhet til egen kroppsholdning rundt pasienten er viktig, eksempelvis; å vise tålmodighet, innlevelse, forståelse, lytte, berøring, plassering i rommet, blick-kontakt, non-verbal kommunikasjon og humor (Solvoll, 2011).

Ved verbal kommunikasjon må sykepleieren tenke over hvordan hun stiller spørsmål. Kombinasjonen av lukkede spørsmål, speiling av følelser og reformulering, kan tydeliggjøre det pasienten føler, mener og tenker. Sykepleieren burde bruke ord og setninger på vanlig måte slik at pasienten inkluderes i en vanlig dialog, selv om han ikke kan snakke selv. Ofte blir ikke afasirammede inkludert i samtaler eller informasjon (Eide & Eide, 2017). Tvert imot har afasirammede et ekstra behov for å bli inkludert i samtaler, både for trening og fordi de har mistet mye av uttrykksevnen og kan føle seg ensom. Sykepleieren må uttrykke seg tydelig, bruke få og klare ord og ikke ha for mange andre personer tilstede. Kommunikasjonshjelpemidler som bøker, bilder, brosjyrer, tegninger eller demonstrasjoner kan brukes for å få pasienten til å forstå. Til slutt er det viktig å ta en ting om gangen og gjenta flere ganger. Sykepleieren må ikke sende for mange budskap på en gang, men gi pasienten tid til å respondere etter hvert enkelt. Fordommen og mangelen på kunnskap rundt at informasjon til den afasirammede ikke har hensikt fordi han ikke forstår, fører til at afasirammede opplever å ikke bli informert om videre behandling. Det er viktig at sykepleieren fokuserer på å gi pasienten informasjon (Eide & Eide, 2017).

4.8. Sykepleieteoretiker

Oppgavens tema og problemstilling har relevant teorigrunnlag i sykepleieteoriene til Joyce Travelbee og Virginia Henderson. Travelbees hovedfokus er sykepleiers ansvar rundt å danne en relasjon til pasienten, mens Henderson fokuserer på sykepleiers ansvar til å hjelpe pasienten med bestemte gjøremål (Kristoffersen, 2016).

En av 1960-årenes sykepleieteorier er Travelbees filosofi om menneske-til-menneske-forhold. Hun understreker betydningen av at sykepleier etablerer et mellommenneskelig forhold til pasienten, hvor begge parter er likeverdige og hvordan dette styrker relasjonen mellom partene (Kristoffersen, 2016). Travelbee fokuserer på enkeltmennesket som en unik person og sier at pasientens familie er betydningsfull for den syke, men det er den syke som først og fremst skal ha sykepleierens konsentrasjon (Kristoffersen, 2016). Sykepleierens mål og hensikt er, i følge Travelbee, å hjelpe personen til å mestre og finne mening i erfaringer som følger med lidelse og sykdom (Kristoffersen, 2016). Her kommer vi inn på viktigheten av autonomi for pasienten, for å skape mestring. Kommunikasjon beskrives som et viktig redskap hos sykepleieren for å kunne skape en menneske-til-menneske-relasjon med pasienten. Tanker og følelser kommuniseres gjennom verbal og non-verbal kommunikasjon, ved hjelp av ord, mimikk, tonefall, bevegelser og berøring. På denne måten blir sykepleier kjent med pasienten og kan identifisere hans behov (Kristoffersen, 2016).

Virginia Hendersons sykepleiedefinisjon fra 1955 er fortsatt relevant i dagens sykepleietenkning i mange land. Hendersons teori baserer seg på sykepleierens ansvar for å ivareta menneskets 14 grunnleggende behov, når pasientens egne ressurser ikke er tilstrekkelig (Kristoffersen, 2016). Henderson viser til menneskets grunnleggende behov som er nødvendig for god helse, helbredelse eller en fredfull død. Behovene identifiseres i Kristoffersen (2016, s. 36-37) som; mat, kjærlighet, anerkjennelse, følelsen av å være til nytte og gjensidig samhörighet og avhengighet av andre i menneskelig sammenheng. Vanligvis dekker mennesket disse behovene selvstendig på sin individuelle måte, men ved sykdom kan det være behov for hjelp. Ifølge Henderson er sykepleiers mål å hjelpe enkeltmennesker til å raskest mulig gjenvinne selvstendighet til å utføre gjøremål som ivaretar grunnleggende behov (Kristoffersen, 2016). Henderson nevner at pasientens nærmeste pårørende bør trekkes inn i sykepleien når det kan bidra til å dekke pasientens behov (Kristoffersen, 2016). Hendersons teori om menneskets grunnleggende behov er viktig bakgrunn for gjennomføring av sykepleie, da den belyser det mest livsnødvendige et menneske trenger for å kunne gjenoppta selvstendighet og god helse. Det er derfor viktig at sykepleieren hjelper pasienten på de punktene pasienten ikke klarer å oppfylle selvstendig. Å kunne hjelpe pasienten med å oppfylle sine grunnleggende behov vil være å gjennomføre god sykepleie, da en ser hele mennesket.

Teoriene viser viktigheten av selvstendighet hos pasienter og hvordan sykepleieren kan tilrettelegge for at pasienten skal få uttrykt sine ønsker og bli mest mulig selvstendig. Dette er relevant for hvordan sykepleieren kan bevare autonomien til pasienten. Henderson mener behovet for sosial kontakt er et grunnleggende behov hos mennesket. Altså å hjelpe mennesket til å ha kommunikasjon med andre og gi uttrykk for sine følelser og behov. Det kan være vanskelig for pasienter å uttrykke sine følelser og behov grunnet sykdom, engstelse for helsevesenet eller smerter. Det blir da en utfordrende oppgave for sykepleieren å sørge for kontinuitet i kontakt mellom pasient og pårørende slik at støtte og bekreftelse opprettholdes (Helgesen, 2016).

5. Diskusjon

5.1. Hvorfor tilrettelegge for god kommunikasjon

Kommunikasjon er første steg i prosessen mot autonomi, dersom sykepleier ikke tilrettelegger for forståelse av pasienten kan det resultere i at pasienten mister sin rett til medbestemmelse og autonomi (Jensen, et al. 2014). Travelbee beskriver kommunikasjon som et viktig redskap for at sykepleieren skal kunne skape en menneske-til-menneske-relasjon med pasienten. Å fokusere på enkeltmennesket som en unik person er betydningsfullt for den syke. Det er sykepleierens oppgave å skape mestring hos pasienten (Kristoffersen, 2016, s. 34). For å skape en god relasjon med pasienten må sykepleieren kommunisere personorientert. Denne formen for kommunikasjon samsvarer med Travelbees teori, å se pasienten som en hel person og stimulere pasienten til å utøve selvbestemmelse der det er mulig (Eide & Eide, 2017). I tillegg er det viktig at sykepleier er bevisst på eget kroppsspråk og beherskelse av kommunikasjonsstrategier, som å fokusere på tålmodighet, lytting, å vise interesse og forsøke å forstå (Eide & Eide, 2017). Hvordan sykepleier bruker verbal og non-verbal kommunikasjon påvirker hvilken relasjon som dannes mellom pasient og sykepleier (Kayes, et al., 2017). I studien til Jensen et al. (2014) var et resultat av god kommunikasjonsstrategi å bruke ansiktsuttrykk, peke og holde øyekontakt. Dette samsvarer med resultatet i studien til Kayes et al. (2017) hvor en afasirammert pasient beskrev at øyekontakten og tonefallet i språket til sykepleieren skapte en følelse av betydning og at han ble sett. Det ble også bevist at sykepleierens engasjement påvirket pasientens engasjement, både positivt og negativt.

Engasjement utstråles av smilende ansiktsuttrykk, latter, verbale oppmuntringer og øyekontakt. Mindre engasjement oppleves i form av verbal stillhet, raske bevegelser og signalisering av dårlig tid. Hvordan sykepleier kommuniserer, både verbalt og nonverbalt, legger føring for hvordan pasienten opplever situasjonen og hvorvidt han ønsker å kommunisere tilbake (Kayes et al., 2017). Dersom sykepleieren viser tålmodighet og god tid vil pasienten i større grad forsøke å formulere det han ønsker å si. Dette blir enklere for pasienten dersom sykepleieren lytter, tar seg tid og gir pasienten anledning til å snakke etter hvert spørsmål sykepleieren stiller. Dersom sykepleieren derimot signaliserer dårlig tid eller kommuniserer lite verbalt med pasienten, vil pasienten føle seg til bry dersom han prøver å formulere seg (Kayes et al., 2017, Eide & Eide, 2017). Nonverbal kommunikasjon kan gjennom bevegelser, mimikk og berøring kommunisere tanker og følelser (Eide & Eide, 2017, Kristoffersen, 2016). Engasjement kan også komme gjennom å relatere til pasienten ved bruk av humor. Dette legger til rette for et trygt miljø rundt pasienten, som er en viktig faktor for økt motivasjon og pasientdeltakelse (Tobiano et al., 2015, Solvoll, 2011).

En afasipasient kan ha vanskeligheter med å forstå informasjon. Sykepleieren må derfor tilpasse bruken av verbal kommunikasjon til pasienten (Eide & Eide, 2017). Informasjon kan lettere forstås dersom sykepleieren stiller lukkede spørsmål hvor pasienten kan nikke eller riste på hodet, samtidig spiller sykepleier pasientens følelser gjennom nonverbal kommunikasjon, ansiktsuttrykk, og reformulerer det pasienten sier. Sykepleieren må bruke tydelige og enkle ord, gjenta om nødvendig, og la pasienten svare etter hvert spørsmål. Denne teknikken er brukt i studien til Haley et al. (2018) hvor korte og enkle

spørsmål blir stilt, og pasienten svarer etter hvert spørsmål. På denne måten skjønner pasienten spørsmålet og han får tid og anledning til å svare for seg. Det kan være nødvendig å tilrettelegge omstendighetene, for eksempel at rommet er lyst, at pasienten og sykepleieren sitter ansikt til ansikt slik at han ser munnen hennes godt, og at pasienten er trygg i omstendighetene (Eide & Eide, 2017, Tobiano et al., 2015).

Der verbal kommunikasjon er vanskelig vil non-verbal kommunikasjon bli enda viktigere (Eide & Eide, 2017, s. 321). Å være seg bevisst over egen kroppsholdning kan være en utfordring hos sykepleiere med lite erfaring. Den nonverbale kommunikasjonen kan lett misforstås om sykepleieren selv ikke er bevisst på hvordan hun forholder seg til pasienten i kommunikasjonssituasjonen. Pasienten kan da oppleve at sykepleieren ikke er engasjert. Dersom sykepleieren føler seg inkompetent, utrygg eller usikker i oppgaven kan dette vises i den nonverbale kommunikasjonen med pasienten (Kayes et al., 2017). Erfaring fra praksis er at ved stress eller usikkerhet blir kommunikasjon med pasienten nedprioritert, da fullt fokus på oppgaven gjør at den gjennomføres raskere. På dager det er mye å gjøre i avdeling stilles det krav til sykepleieren om at hun gjennomfører sine oppgaver. Dersom kommunikasjon og dialog med pasienten skal gå fremfor prosedyrer og oppgaver, vil ikke sykepleieren klare å oppfylle kravene medarbeiderne har til henne.

Engasjement og motivasjon hos pasienten økes ved at sykepleier viser engasjement gjennom positiv verbal og nonverbal kommunikasjon, men også ved å inkludere pasienten. Dersom sykepleieren motiverer og oppmuntrer pasienten til å se muligheter og prioriteringer fremfor problemer og begrensninger, øker dette motivasjon og autonomi hos pasienten (Haley et al., 2019).

5.2. Kommunikasjonsbevarende tiltak

Sosial ekskludering, både i dagliglivet og i helsetjenester, er et gjenkjent problem hos pasienter med afasi. Kommunikasjonsvansker er gjentatt unnskyldning for tap av autonomi. Ofte får ikke pasientene med afasi tilgang til informasjon, behandlingsalternativer eller ta del i beslutninger innenfor helse, omsorg og rehabilitering, nettopp fordi kommunikasjon og forståelse mellom pasient og helsepersonell er en utfordring. Sykepleiere gjenkjenner symptomer på afasi, men er ukjent med hvordan å best mulig tilrettelegge for god kommunikasjon (Jensen et al., 2014).

I studien til Jensen et al. (2014) presenteres ulike hjelpemidler som kan bedre sykepleiers kommunikasjon med afasipasienten og derav bedre pasientens autonomi. Bildekort som sykepleieren kan bruke til å vise gjennomgangen av en prosedyre er et av hjelpemidlene. Pekebrett som viser bilder av grunnleggende behov som for eksempel: mat, drikke, toalett, dusj mm, hvor pasienten og sykepleier kan peke for å kommunisere, er et annet hjelpemiddel. Det tredje hjelpemiddelet er en «dialogbok» hvor pasient eller sykepleier kan skrive ned stikkord for å hjelpe til forståelse av informasjon.

Bildekort som hjelpemiddel ved kommunikasjonsvansker kan være et enkelt og autonomibevarende verktøy. Det kreves lite ord til forklaring sammen med bruken av bildekort og det er lett for pasienten og sykepleieren å forstå hverandre (Haley et al., 2018). I studien til Haley et al. (2018) brukes bildekort som hjelpemiddel for å fremme pasientens autonomi og rett til selvbestemmelse. Pasienten får utlevert kort innenfor fire kategorier for å besvare spørsmål angående daglige aktiviteter. Dette fungerer godt for å skaffe forståelse av pasientens ønsker og mål i dagliglivet. Slik kan også sykepleieren

kartlegge hva det er pasienten ikke ønsker, slik bevarer hun pasientens rett til selvbestemmelse og forhindrer å gjøre noe pasienten ikke ønsker.

I en hverdag som sykepleier er det til tider travelt (Jensen et al., 2014). Bruk av bildekort kan være tidkrevende. Dersom pasienten skal uttrykke seg gjennom bilder tar det først tid for han å forstå spørsmålet til sykepleieren. Deretter må pasienten lete gjennom og finne riktig kort for rett svar på spørsmålet. I en slagavdeling kan det oppstå situasjoner som må prioriteres framfor kommunikasjon med afasipasienten, og derav avbrytes kommunikasjonen. Fra egen erfaring tar det ofte kortere tid for sykepleieren å hjelpe pasienten med det som skal gjøres, fremfor å tilrettelegge for pasientmedvirkning. I tillegg til tid er også pasientens tilstand en utfordring. Dersom pasienten har store smerter, er forvirret eller veldig trøtt kan det være utfordrende å få til kommunikasjon, selv om en bruker kommunikasjonsverktøy. Det vil da være vanskelig å tilrettelegge for at pasienten skal få ta del i praktiske oppgaver eller få informasjon for å ta beslutninger (Jensen et al., 2014). Bruken av dialogbøker var veldig effektivt for god kommunikasjon mellom pasient og sykepleier i studien til Jensen et al. (2014). Pasienter som brukte dette hjelpemiddelet tok det med seg videre i behandlingen og brukte det ofte også i dagliglivet. Dette hjelpemiddelet kan tenkes å fungere godt til personer med mild/moderat afasi som har brukbare skrive- og leseferdigheter.

Dårlig kommunikasjon fra sykepleier kan skape følelse av sinne, isolasjon og avhengighet hos pasienten (Kayes et al., 2017). Dersom alle sykepleiere bruker samme kommunikasjonsverktøy blir det enklere for pasienten å forstå informasjonen, fordi metodene og strategiene for kommunikasjon er de samme. Vet sykepleieren hvilke metoder som fungerer, vil kommunikasjonen med pasienten gå raskere. Dette vil gjøre frustrasjonen rundt å ikke forstå eller ikke bli forstått mindre, og autonomien hos pasienten sterkere (Jensen et al., 2014).

5.3. Behovet for autonomi

Ved sykdom og helsesvikt, som kommunikasjonsvansker, mister ofte pasienter muligheten til å være like selvstendig som før (Solvoll, 2011). Ifølge Virginia Henderson er «følelsen av å være til nytte» et av menneskets grunnleggende behov. Tap av selvstendighet oppleves vanskelig og kan svekke opplevelsen av egenverd og det å kjenne seg udugelig og til bry (Kristoffersen, 2016). Travelbees teori sier at målet til sykepleieren er å hjelpe pasienten til å mestre og finne mening ved lidelse og sykdom (Kristoffersen, 2016).

Afasirammede pasienter trenger hjelp til nettopp å gjenvinne selvstendighet. Pasientgruppen har mistet mye av uttrykksevnen og kan føle seg ensom, de har derfor et ekstra behov for å bli inkludert i samtaler (Berg et al., 2015). Pasienter med afasi opplever ofte at de ikke blir godt nok informert om hva som har skjedd, eller hva som skal skje videre behandlingsmessig (Berg et al., 2015). Alle pasienter, både med eller uten afasi, har rett til å motta informasjon. I følge Pasient- og Brukerrettighetsloven §3-5 beskrives det at informasjon som gis må tilpasses individets forutsetninger og at personellet skal så langt som mulig sikre seg at pasienten har forstått innholdet og betydningen av informasjonen (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-5). Dette betyr at selv om pasienten har afasi har han rett til å få informasjon tilpasset hans evne til å forstå. Kristoffersen & Nortvedt (2011, s. 102) hevder at pasientens rett er sykepleiers plikt. Dette betyr at det pasienten har rett på, har sykepleier plikt til å oppfylle. I denne sammenhengen betyr det at sykepleieren må ta i bruk kommunikasjonsstrategier og

fysiske hjelpemidler, for å kommunisere informasjonen til pasienten. Norsk Sykepleierforbunds yrkesetiske retningslinjer, punkt 2.5, sier følgende om informasjon; «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, 2019). Ved å følge disse retningslinjene vil sykepleieren utøve forsvarlig, god og trygg sykepleie.

Autonomi er et dominerende prinsipp i den medisinske etikken og oversettes direkte til selvbestemmelse. Dette betyr at pasientens rett til å velge og ta beslutninger som omhandler han, står sterkt (Kristoffersen & Nortvedt, 2011). I pasient- og brukerrettighetslovens §3-1 står det at pasienten har rett til å medvirke i valg av undersøkelses- og behandlingsmetoder, og så langt det lar seg gjøre skal tjenestetilbudet utformes sammen med pasienten så lenge pasienten anses å være samtykkekompetent (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-1). Det første året etter hjerneslag opplever mange pasienter at involvering i beslutninger angående omsorg og behandling gir bedre tilgang til nødvendige helsetjenester, heller enn ingen involvering (Kristensen et al., 2016). Der det tilrettelegges for pasientmedvirkning og kommunikasjon av pasientens behov og ønsker, blir det også gitt et bedre tilbud av helsetjenester. Sykepleier kan lett identifisere hjelpebehov rundt problemområdene fall, tretthet, følelser, hukommelse, tale og lesing, da dette er problemer det er lett å merke seg. Mens problemområdene inkontinens, smerte og konsentrasjon er problemer pasienten selv må kommunisere for å få hjelp (Kristensen et al., 2016). Behovene nevnt ovenfor er dessuten grunnleggende behov som, ifølge Hendersons teori, er sykepleiers oppgave å hjelpe pasienten med når han ikke kan ivareta dem selv (Kristoffersen, 2016). Medbestemmelse i egen behandling er ikke bare viktig for rett helsehjelp, men også grunnlag for økt motivasjon og selvtillit (Haley et al., 2019). Der pasienten får lede og kommunisert sine mål, stiger pasientens motivasjon. For å kunne gjennomføre dette er kilden til informasjon et viktig verktøy. Dersom pasienten ikke har nok informasjon kan mål bli urealistiske, og autonomien tråkket på dersom helsepersonell må fortelle pasienten at målet ikke kan nås. Informasjon er derfor grunnleggende for at pasienten skal oppnå best resultat (Haley et al., 2019).

Tilrettelegging av medbestemmelse for afasipasienter kan være utfordrende. Muligheten for dette er størst hos pasienter med mild eller moderat afasi, da disse pasientene fortsatt har språk og språkforståelse. Kommunikationsverktøy kan hjelpe pasienten å kommunisere sine mål eller ønsker, og derav skape selvbestemmelse og pasientmedvirkning (Berg et al., 2015). Denne formen for pasientorientert tilnærming støttes i studien til Kristensen et al. (2016), som sier at økt engasjement og pasientmedvirkning gir større tilfredshet for pasienten. Pasientens autonomi kan også ivaretas gjennom «shared decision-making». Da kommer helsepersonellet med anbefalinger via informasjon, kunnskap og vurderinger, men pasienten har siste ord i saken. På denne måten får pasienten informasjon om alternativer, og han kan bestemme hva han ønsker å gjøre (Romsland et al, 2015).

Involvering og brukermedvirkning er ikke like viktig for alle pasienter. Noen pasienter synes at det å ha tillit til helsepersonell og å bli behandlet med respekt og verdighet er viktigere enn å få delta i behandlingsbeslutninger. Disse pasientene har tillit til at helsepersonellet tar det beste valget for de, og finner det avslappende at de ikke trenger å tenke på mer enn de må (Romsland et al, 2015).

5.4. Hvordan ivareta autonomi

I kliniske retningslinjer for slagrehabilitering i flere vestlige land, inkludert Norge, nevnes viktigheten av pasientens aktive rolle og viktigheten av pasientmedvirkning i målsetting og behandlingsavgjørelser (Berg et al., 2015).

Uavhengighet er forbundet med opplevelse av verdighet, selvrespekt og medbestemmelse, i en pasientsituasjon vil uavhengigheten svekkes og en vil være avhengig av støtte og omsorg. Utover i rehabiliteringsforløpet er målet at en på sikt vil oppnå økende grad av uavhengighet (Romsland et al, 2015). For å oppnå økt selvstendighet og hindre at en pasient blir ytterligere hjelpetrengende er det viktig å få pasienten til å hele tiden utøve aktiviteter (Romsland et al, 2015). Pasientdeltakelse i den fysiske opptreningen er også viktig for å bevare autonomi hos pasienten (Tobiano et al., 2015). Her spiller sykepleiere en nøkkelrolle, da dette er gruppen helsepersonell som bruker mest tid sammen med pasienten på avdelingen (Tobiano et al., 2015). Her blir Travelbees teori om at «pasient og sykepleier er likeverdige» viktig for å styrke relasjonen mellom partene, og for at sykepleieren skal se pasienten som en samarbeidspartner (Kristoffersen, 2016, Tobiano et al., 2015). For å motivere til økt pasientdeltakelse slik at pasienten kan kjenne på det grunnleggende behovet å være til nytte, er det viktig å verdsette pasientens tidligere erfaringer, visdom og rutiner (Kristoffersen, 2016). På denne måten viser sykepleieren engasjement og respekt ovenfor pasienten og hans autonomi (Tobiano et al., 2015). Viktigheten av sykepleierens respekt ovenfor pasienten synliggjøres også i yrkesetiske retningslinjer (Norsk sykepleierforbund, 2019). Viktigheten av sykepleierens engasjement for økt pasientdeltakelse støttes i studien til Kayes et al. (2017).

Trygghet er en viktig faktor for å øke pasientdeltakelsen, både fysisk og for å tilrettelegge for kommunikasjon. Sykepleieren kan skape trygghet gjennom å gi tilstrekkelig informasjon til pasienten, slik at han vet hva som kommer. Kunnskap skaper også trygghet, gjennom at sykepleier forklarer pasienten hvorfor hun gjør som hun gjør, og hvorfor det er viktig at pasienten deltar (Tobiano et al., 2015). I en slagavdeling har sykepleieren sine regler og rutiner hun må følge, dette kan være en utfordring for tilretteleggingen for pasientdeltakelse. Et eksempel på dette er at pasienten er i stand til å administrere sine medisiner selv, men grunnet regler og rutiner ønsker sykepleieren å ha kontroll over pasientens medisiner. Sikkerheten til både pasient og sykepleier kan også være en utfordring. Dersom sykepleieren eksempelvis vurderer at pasienten har fallfare må hun være tilstede i stedet, selv om pasienten anser dette som unødvendig. Tid er også en utfordring ved fysisk pasientdeltakelse. Dette kan føre til at pasienten mister noe kontroll og autonomi (Tobiano et al., 2015). Erfaring fra praksis tilsier at det ofte er travle dager på avdeling, og at det går raskere å hjelpe framfor å tilrettelegge. Måter å kunne endre dette problemet på er en oppgave og problemstilling i seg selv, men en plass å starte kan trolig være økt bemanning i hektiske perioder.

5.5. Samtykkekompetanse og autonomi

Brukermedvirkning og pasientens rett til involvering og medbestemmelse i behandling kan først stå i fokus etter at pasientens samtykkekompetanse er vurdert. For at pasienten skal bli regnet som samtykkekompetent må han ifølge Kristoffersen & Nortvedt (2011, s. 102) kunne; kommunisere, uttrykke et valg, forstå informasjon relevant for beslutning av helsehjelp, anerkjenne informasjonen i egen situasjon med hensyn til lidelse og mulige konsekvenser av behandlingen, og resonere og avveie med bakgrunn i relevant informasjon. Det er derfor relevant å finne ut hvordan afasien til pasienten påvirker hans evne til å kommunisere og forstå informasjon. Etter §4-3 i loven om pasient- og brukerrettigheter står det at samtykkekompetanse kan bortfalle dersom pasienten ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter, eksempelvis grunnet nedsatt kognitiv funksjon etter slag. Dersom helsepersonell vurderer pasienten som ikke samtykkekompetent er det nærmeste pårørende som har rett til å medvirke i valget (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-1). Det finnes ingen erstatning for informasjon enn å høre det fra pasienten selv, derfor vil helsepersonell prøve så langt det går, å bruke pasienten selv som informasjonskilde (Haley et al., 2019).

I studien til Haley et al. (2018) og Berg et al. (2015) blir viktigheten av pasientens autonomi framstilt, samtidig som pårørende som fullmektig for pasienten blir vurdert. I studien til Haley et al. (2018) vises det at gjennom god tilrettelegging for kommunikasjon kan pasienten forstå og formidle mye gjennom riktige kommunikasjonsverktøy. Pasienten og hans pårørende besvarte spørsmål angående pasienten, og det viste seg at flere av svarene til pårørende var ulike pasientens. Derav ble konklusjonen at pårørendes svar for pasienten ikke alltid samstemmer med det pasienten mener, og vil derav svekke pasientens autonomi. I studien til Berg et al. (2015) ble derimot konklusjonen at å bruke pårørende som fullmakter for pasientens målsetting og videre behandling stort sett alltid lot seg gjøre. Motsetningene virker store, men i studien til Berg et al. (2015) sies det også at der det er mulig ønsker en helst at pasienten får hjelp til å kommunisere slik at han kan snakke selv, dette er det beste for å bevare hans autonomi. Pårørende er ofte brukt som fullmakt for pasienten i akutfasen da pasienten ofte har problemer med å uttrykke seg her. Å bruke pårørende kan være positivt i og med at det er de som kjenner pasienten best, og kan forstå kroppsspråket hans bedre enn sykepleieren (Berg et al., 2015). Pasient- og brukerrettighetsloven sier tross alt at dersom pasienten ikke er i stand til å kommunisere og ta egne avgjørelser basert på tilpasset informasjon, er det nærmeste pårørende som skal gjøre dette (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-1). Det er nok rett at pårørende kjenner pasienten best, men slik det kommer fram i studien til Haley et al. (2018) er det ikke alltid slik at pårørende tar rett valg basert på pasientens ønske. Bruken av pårørende har sine utfordringer. Det er kjent at pårørende kan sette urealistiske mål som pasienten tydelig er uenig i (Berg et al., 2015). Denne utfordringen støttes i studien til Jensen et al. (2014), som sier at pasientens pårørende er betydningsfulle, men kan ta over og svare for pasienten. Det viktigste er uansett at autonomien til pasienten opprettholdes. Så langt pasienten er samtykkekompetent og det kan tilrettelegges for kommunikasjon, skal pasienten inkluderes og selv ta beslutninger (Berg, et al., 2015).

6. Konklusjon

Hensikten med oppgaven var å finne tiltak og hjelpemidler for bedre kommunikasjon mellom afasipasienten og sykepleieren. Dette for å bevare pasientens autonomi og hans rett til å delta i beslutninger rundt hans helse, selv om det oppstår kommunikasjonsvansker.

I sykepleierens daglige arbeid med å behandle, pleie og kommunisere med pasienter er tankegangen nesten alltid; «hvilke midler er mest hensiktsmessig for denne pasienten, for å gi best mulig omsorg». I økende grad blir forholdet mellom pasient og sykepleier regulert av lover og regler, og sykepleier blir derfor nødt til å ta beslutninger basert på dette. Helsepersonell må stadig tenke større og mer inkluderende ovenfor pasienten, for å kunne ivareta pasientens krav på nødvendig helsehjelp, informasjon og selvbestemmelse. Sykepleierens engasjement og tiltak er avgjørende for om pasienten får bevart sin autonomi, hennes valg av kommunikasjonsstrategier vil kunne påvirke dette. Pasientens deltakelse er viktig for videre rehabilitering og styrker hans selvbylde og motivasjon. Å være til nytte er ifølge Henderson et av menneskets grunnleggende behov, og det er ifølge Travelbee sykepleierens mål å hjelpe pasienten til å finne mestring ved sykdom. Så lenge pasienten er samtykkekompetent er det sykepleiers plikt å tilrettelegge for kommunikasjon ved bruk av fysiske verktøy som bildekort, dialogbøker og pekebrett. Også verbale og nonverbale kommunikasjonsstrategier som enkle ord, gjentakelser, god tid, humor, blikk-kontakt, gjenspeiling av følelser osv, bedrer kommunikasjonen. Pasientens autonomi bevares best om han selv får tale for seg, fremfor bruk av pårørende. Gjennom god informasjon og tilrettelegging for kommunikasjon vil sykepleieren oppfylle kravene til yrkesetiske retningslinjer, og derav utøve forsvarlig, autonomibevarende og pasientsentrert sykepleie.

Tid er en gjentakende utfordring ved tilrettelegging både for kommunikasjon og for pasientmedvirkning. Mangelen på tid kommer av dårlig kjennskap til kommunikasjonsverktøy, andre prioriteringer og travle avdelinger som skaper avbrytelser. Utfordringer oppstår stadig. Derfor handler det om å finne den rette pasienten til de rette hjelpemidlene, og vurdere nytten av hjelpemiddelet opp til hver individuelle pasient.

Referanser

Afasiforbundet i Norge. (2016, 5. desember). For helsepersonell – om afasi. Hentet fra <https://afasi.no/category/for-helsepersonell/>

Berg, K., Rise, M. B., Balandin, S., Armstrong, E. & Askim, T. (2015). Speech pathologists' experience of involving people with stroke-induced aphasia in clinical decision making during rehabilitation. *Disability and Rehabilitation, Volum 38(9): 870-878*. Doi: <https://doi.org/10.3109/09638288.2015.1066453>

Corneliussen, M., Haaland-Johansen, L., Knoph, M. I. K., Lind, M. & Qvenild, E. (2014). *Afasi og samtale – gode råd om kommunikasjon*. Oslo: Novus forlag.

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving* (5. utg). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Dalland, O. & Tygstad, H. (2012). Kilder og kildekritikk. I O. Dalland, *Metode og oppgaveskriving*. (5.utg., s. 63-81). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner* (3. utg). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Gjerstad, L. (2019, 4. juli). Afasi. I Store norske leksikon. Hentet fra https://sml.snl.no/afasi#-Ekspressiv_afasi

Haley, K. L., Cunningham, K. T., Barry, J. & de Riesthal, M. (2019). Collaborative Goals for Communicative Life Participation in Aphasia: The FOURC Model. *American Journal of Speech – Language Pathology, Volum 28(1): 1-13*. Doi: https://doi.org/10.1044/2018_AJSLP-18-0163

Haley, K. L., Womack, J. L., Harmon, T. G., McCulloch, K. L. & Faldowski, R. A. (2018). Life activity choices by people with aphasia: repeated interviews and proxy agreement. *Aphasiology, Volum 33(6): 710-730*. Doi: <https://doi.org/10.1080/02687038.2018.1506087>

Helgesen, A. K. (2016). Sosial kontakt. I N. J. Kristoffersen., F. Nortvedt., E-A. Skaug. & G. H. Grimsbø (red.), *Grunnleggende sykepleie – bind 3*(3.utg., s. 141-167). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Helsebiblioteket. (2016, 3. juni). Pico. Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/sporsmalsformulering/pico>

Jensen, L. R., Løvholt, A. P., Sørensen, I. R., Blüdnikow, A. M., Iversen, H. K. Hougaard, A., Mathiesen, L. L. & Forchhammer, H. B. (2014). Implementation of supported conversation for communication between nursing staff and in-hospital patients with aphasia. *Aphasiology*, Volum 29(1): 57-80. Doi: <https://doi.org/10.1080/02687038.2014.955708>

Kayes, N. M., Cummins, C., Worrall, L. M. & McPherson, K. M. (2017). Co-constructing engagement in stroke rehabilitation: a qualitative study exploring how practitioner engagement can influence patient engagement. *Sage Journals*, Volum 31(10): 1396-1405. Doi: <https://doi.org/10.1177/0269215517694678>

Kristensen, H. K., Tistad, M., Koch, L. V. & Ytterberg, C. (2016). The Importance of Patient Involvement in Stroke Rehabilitation. *Plos One*, Volum 11(6): 1-13. Doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0157149>

Kristoffersen, N. J. (2016). Sykepleiefagets teoretiske utvikling. I N. J. Kristoffersen., F. Nortvedt., E-A. Skaug. & G. H. Grimsbø (red.), *Grunnleggende sykepleie – bind 3*(3.utg., s. 15-80). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kristoffersen, N. J. & Nortvedt, P. (2011). Relasjoner mellom sykepleier og pasient. I N. J. Kristoffersen., F. Nortvedt. & E-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie – bind 1* (2. utg., s. 83-133). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Lillemoen, L. (2015). Etikk i sykepleien. I E. K Grov. & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie 1* (5. utg., s. 297-338). Oslo: Cappelen Damm AS.

Lind, M., Haaland-Johansen, L., Knoph, M. I. K. & Qvenild, E. (2010). *Afasi – et praksisrettet perspektiv*. Oslo: Novus forlag.

Nasjonalforeningen for folkehelsen. (2019, 28. januar). Hjerneslag. Hentet fra <https://nasjonalforeningen.no/hjerte-og-kar/ulike-hjertesykdommer/hjerneslag/>

Norsk Sykepleierforbund (NSF). (2019). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Romsland, G. I., Dahl, B. & Slettebø, Å. (2015). *Sykepleie og rehabilitering* (1. utg). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Russel, D. (2015, 28. oktober). Fakta om hjernen. Hentet fra <https://www.lhl.no/lhl-hjerneslag/fakta-om-hjerneslag/fakta-om-hjernen/>

Solvoll, B. A. (2011). Identitet og egenverd. I N. J. Kristoffersen., F. Nortvedt., & E-A. Skaug (red.), *Grunnleggende sykepleie – bind 3* (2. utg., s. 15-39). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Støren, I. (2013). *Bare søk! Praktisk veiledning i å skrive litteraturstudier* (2. utg). Oslo: Cappelen Damm AS.

Sundet, K. & Reinvang, I. (1988). *Afasi – når språket svikter*. Aurskog: Aschehoug & Co.

Thomassen, L. (2019, 9. juli). Hjerneslag. I Store norske leksikon. Hentet fra <https://sml.snl.no/hjerneslag>

Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori* (1. utg). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Tobiano, G., Bucknall, T., Marshall, A., Guinane, J. & Chaboyer, W. (2015). Nurses' views of patient participation in nursing care. *Journal of Advanced Nursing, Volum 71(12)*: 2741-2752. Doi: <https://doi.org/10.1111/jan.12740>

Wyller, V. B. (2014). *Syk 2 – mikrobiologi, patofysiologi, farmakologi, klinisk medisin* (3. utg). Oslo: Cappelen Damm AS.