



# Når ordene ikke strekker til

*Hvordan kan sykepleieren bruke kommunikasjon som verktøy for å ivareta psykososiale behov hos pasienter med afasi som følge av hjerneslag?*

Kandidatnummer: 385  
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave  
i sykepleie

Antall ord: 7150  
Dato: 05.05.20



|   |  |
|---|--|
| ABSTRAKT  | Lovisenberg diakonale høgskole<br>Dato: 05.05.2020 |
| Tittel<br>Når ordene ikke strekker til  |  |
| <p><u>Problemstilling:</u><br/><i>Hvordan kan sykepleieren bruke kommunikasjon som verktøy for å ivareta psykososiale behov hos pasienter med afasi som følge av hjerneslag?</i></p> <p><u>Teoretisk perspektiv:</u><br/>Relevant kunnskap om hjerneslag og afasi gjøres rede for, i tillegg til kommunikasjon og hvilken rolle det spiller for sykepleieren i møtet med den afasirammede pasienten. Til sist vil jeg knytte problemstillingen min opp mot sykepleierens rolle og rammeverk, med fokus på Joyce Travelbees sykepleieteori.</p> <p><u>Metode:</u><br/>Metoden er en litteraturstudie, det er benyttet eksisterende fag- og forskningslitteratur for å besvare problemstillingen. Faglitteraturen er hentet fra pensumlisten i bachelor i sykepleie, skolens bibliotek og Nasjonalbiblioteket. Forskningslitteraturen er funnet gjennom søk i databasene Cinahl og PubMed.</p> <p><u>Drøfting:</u><br/>I denne delen er teori og funn fra forskningsartiklene brukt for å drøfte problemstillingen. Gjennom fag- og forskningslitteraturen har jeg kommet frem til fire emner jeg ønsker en bredere forståelse av. Disse emnene er pasientens psykososiale behov, betydningen av god relasjon mellom pasient og sykepleier, kommunikasjonsferdigheter og ikke minst tverrfaglig samarbeid. Både pasientens og sykepleierens perspektiver vil komme frem.</p> <p><u>Konklusjon:</u><br/>Relasjonen mellom sykepleieren og pasienten viste seg å ha stor betydning for kommunikasjonen mellom dem. Mangler i kommunikasjonsferdighetene til sykepleierne hadde størst betydning for den dårlige ivaretagelsen av pasientenes psykososiale behov. Det er nødvendig for sykepleierne å øke kunnskaper om kommunikasjon og å trene på kommunikasjonsferdigheter, og at avdelingene implementerer et felles verktøy for kommunikasjon med afasirammede. Det skapte mindre frustrasjon og forvirring hos pasientene. For å få til dette er godt tverrfaglig samarbeid viktig.</p> <p><u>Nøkkelord:</u><br/>Afasi, hjerneslag, kommunikasjon, rehabilitering, sykepleie</p> |  |

Antall ord: 261

## **Innholdsfortegnelse**

|          |   |           |
|----------|---|-----------|
| <b>1</b> | <b>Innledning .....</b>                               | <b>1</b>  |
| 1.1      | Bakgrunn for valg av tema.....                        | 1         |
| 1.2      | Oppgavens formål.....                                 | 1         |
| 1.3      | Problemstilling .....                                 | 2         |
| 1.3.1    | Avgrensning og presisering av problemstillingen ..... | 2         |
| <b>2</b> | <b>Teori.....</b>                                     | <b>3</b>  |
| 2.1      | Hjerneslag .....                                      | 3         |
| 2.2      | Afasi.....  | 4         |
| 2.2.1    | Brocas afasi.....                                     | 4         |
| 2.2.2    | Wernickes afasi.....                                  | 4         |
| 2.2.3    | Global afasi.....                                     | 5         |
| 2.3      | Kommunikasjon .....                                   | 5         |
| 2.3.1    | Profesjonell kommunikasjon .....                      | 5         |
| 2.3.2    | Kommunikasjon med afasirammede .....                  | 5         |
| 2.3.3    | Kommunikasjonsverktøy.....                            | 6         |
| 2.4      | Psykisk reaksjon på somatisk sykdom .....             | 6         |
| 2.5      | Sykepleierens rolle og rammer .....                   | 7         |
| 2.5.1    | Tverrprofesjonelt samarbeid.....                      | 8         |
| 2.6      | Joyce Travelbee om sykepleie .....                    | 8         |
| <b>3</b> | <b>Metode .....</b>                                   | <b>10</b> |
| 3.1      | Litteraturstudie som metode.....                      | 10        |
| 3.2      | Søk i databaser .....                                 | 11        |
| 3.3      | Inklusjons- og eksklusjonskriterier .....             | 12        |
| 3.4      | Valg av litteratur .....                              | 12        |
| 3.5      | Kildekritikk .....                                    | 13        |
| 3.6      | Etiske overveielser.....                              | 13        |
| <b>4</b> | <b>Funn.....</b>                                      | <b>14</b> |
| <b>5</b> | <b>Drøfting .....</b>                                 | <b>17</b> |
| 5.1      | Relasjonen mellom sykepleier og pasient.....          | 17        |
| 5.2      | Psykososiale behov hos den afasirammede.....          | 18        |
| 5.2.1    | Forslag til tiltak.....                               | 19        |
| 5.3      | Kommunikasjon .....                                   | 19        |
| 5.3.1    | Kommunikasjonstrening.....                            | 21        |
| 5.4      | Tverrfaglig samarbeid .....                           | 22        |
| <b>6</b> | <b>Avslutning .....</b>                               | <b>24</b> |
| <b>7</b> | <b>Referanseliste .....</b>                           | <b>25</b> |

# 1 Innledning

Jeg har valgt å skrive om ivaretagelse av psykososiale behov hos pasienter med afasi som følge av hjerneslag, med fokus på kommunikasjon og relasjon. Hjerneslag rammer i overkant av 13 000 personer i Norge årlig (Folkehelse-instituttet, 2019). Eldre rammes av hjerneslag i større grad enn yngre, og det forventes at antall tilfeller vil øke i takt med at det blir flere og flere eldre i landet. Samtidig som det forventes økende hyppighet av hjerneslag, har dødeligheten etter hjerneslag vist en klar nedgang. Dette betyr at flere personer lever – og vil leve – med følgetilstander etter hjerneslag (Wergeland, Ryen & Ødegaard-Olsen, 2016). En fjerdedel av hjerneslagrammede får en skade i språksenteret som kan føre til afasi, og disse utgjør dermed en stor pasientgruppe (Eide & Eide, 2017). Mange vil oppleve stor forbedring av språkfunksjonen kort tid etter hjerneslaget, mens andre vil være preget av afasi resten av livet. Opplevelse av mindreverdighet og skam er ikke uvanlig for afasirammede når de ikke blir forstått. Kommunikasjonsvanskene kan gjøre at disse personene lett blir sosialt isolert, med de konsekvenser det bringer med seg (Wergeland et al., 2016).

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Selv har jeg møtt mange pasienter rammet av hjerneslag som pleieassistent både i hjemmesykepleien og på sykehus. Særlig én ting går igjen i samtale om hvordan livet er etter hjerneslaget hos de fleste pasientene: «Når jeg først skulle rammes av hjerneslag, er det enda godt jeg beholdt språket». Alle møtene med slagrammede pasienter som uttrykker slik takknemlighet over å bevare språket, har fått meg til å tenke på de som faktisk har mistet det. Hvordan finner slagpasientene som lever med afasi mening i livet når de ikke lenger forstår eller kan gjøre seg forstått? På hvilken måte kan jeg bidra til å opprettholde håp og mening hos denne pasientgruppen i min jobb som sykepleier? Jeg har erfart gjennom jobben at det er stor usikkerhet knyttet til kommunikasjon med pasienter med afasi, og at sykepleiere og pleieassistenter ofte unnlater å innlede samtaler med disse pasientene. Dessuten viser forskning at manglende støtte til kommunikasjon, selvstendighet og medbestemmelse i rehabiliteringen går ut over stemningsleiet (Baker, Worrall, Rose & Ryan, 2020).

## 1.2 Oppgavens formål

Hovedmålet med oppgaven er å øke eget kunnskapsnivå for å oppnå bredere handlingskompetanse i møte med afasirammede pasienter. Jeg synes det er spennende, utfordrende og til tider frustrerende å jobbe med pasienter med afasi. Da jeg først startet å jobbe i helsevesenet var jeg redd for å møte den afasirammede. Jeg var redd at jeg ikke skulle

forstå eller bli forstått, og redd for å gjøre feil. Mine erfaringer tyder på at jeg ikke har vært alene om dette – at sykepleiere opplever stor usikkerhet og mangler kunnskaper om temaet. I utdanningen har det vært lite fokus på kommunikasjon med personer med språkvansker. Samtaler utover det som omhandler pleien unngås ofte, eller overlates til logopeden eller de pårørende. Mye av forskningen om pasienter med afasi er også sett fra logopedens perspektiv, som er ekspertene på området. Sykepleierne er de som samhandler mest med pasientene. Derfor vil jeg sette fokus på tverrfaglig samarbeid mellom disse yrkesgruppene, for å styrke kommunikasjonen med afasirammede og nå formålet med oppgaven.

### **1.3 Problemstilling**

På bakgrunn av valg av tema lyder problemstillingen som følgende:

*Hvordan kan sykepleieren bruke kommunikasjon som verktøy for å ivareta psykososiale behov hos pasienter med afasi som følge av hjerneslag?*

#### **1.3.1 Avgrensning og presisering av problemstillingen**

Jeg velger å avgrense oppgaven til å omhandle voksne pasienter (over 18 år) med nylig oppstått afasi som følge av hjerneslag, innlagt i rehabiliteringsavdeling på sykehus.

Pasientene vil mest sannsynlig ha andre symptomer og utfall etter hjerneslaget som krever sykepleie og medisinsk behandling – som (muligens) setter afasi bak i prioriteringskøen.

Afasi kan komme av flere årsaker enn hjerneslag, som for eksempel hodetraume, hjernesvulst og nevrodegenerative sykdommer som aldersdemens og Alzheimers sykdom (Eide & Eide, 2017a, s. 320). Denne oppgaven vil kun berøre afasi som følge av hjerneslag.

Relasjoner mellom pasient og sykepleier oppstår raskt i sykehus, og til tross for at pasienten har pårørende som nære støttespillere, vil jeg kun fokusere på kommunikasjonen mellom pasienten og sykepleieren (Heyn, 2018). Psykiske reaksjoner er vanlige ved somatisk sykdom, og afasirammede hjerneslagpasienter er utsatte for depresjon (Dahl, 2014; Finset, 2014). Jeg vil derfor utforske sykepleierens tilnærming til pasientgruppens psykososiale behov.

## 2 Teori

I dette kapitlet utdypes begrepene fra problemstillingen ytterligere, slik at leseren får den bakgrunnskunnskapen som er nødvendig for å henge med i drøftingen. Først vil jeg gjøre rede for hjerneslag som sykdom og de ulike formene for afasi. Deretter presenteres kommunikasjon, og hvilken rolle det spiller for sykepleieren i møtet med den afasirammede pasienten. Til sist vil jeg knytte problemstillingen min opp mot sykepleierens rolle og rammeverk, med fokus på Joyce Travelbees sykepleieteori.

### 2.1 Hjerneslag

Cerebrovaskulær sykdom – sykdomstilfeller i hjernen – er den vanligste dødsårsaken i verden etter iskemisk hjertesykdom. Akutt hjerneslag er den hyppigst forekommende formen for cerebrovaskulær sykdom, og er en samlebetegnelse på tilfeller hvor deler av hjernen helt eller delvis mister blodforsyningen sin. Enten som følge av okklusjon eller blødninger i arteriene i hjernen eller på halsen. (Lund, Rønning, Wallace & Tennøe, 2019). Hjerneslag er den vanligste årsaken til alvorlig funksjonshemming her til lands, og rammer ca. 13 000 nordmenn årlig. Hjerneslagpasienter er den pasientgruppen som står for flest liggedøgn i somatiske helseinstitusjoner – det vil si sykehus, helsehus, rehabiliteringssenter og sykehjem (Folkehelseinstituttet, 2019; Wergeland et al., 2016). De viktigste disponerende faktorene for å utvikle hjerneslag er atrieflimmer, høyt blodtrykk, høyt kolesterol, diabetes, tidligere slag, røyking og høy alder – insidensen er betydelig høyere hos eldre over 65 år (Lund, et al., 2019).

Symptomene ved akutt hjerneslag debuterer brått, ofte i løpet av sekunder til få minutter. De vanligste symptomene er halvsidig lammelse i kroppen/ansiktet, nedsatt førlighet, språkproblemer som afasi eller dysartri, synsforstyrrelser/-tap og koordinasjonsvansker/ustøhet. Hvilke symptomer pasienten får, samt omfanget av dem, avhenger av hvilken hjernehalvdel som rammes, graden av okklusjon eller størrelsen på blødningen og ikke minst hvor lang tid det tar fra symptomdebut til behandling. Rask behandling av hjerneslag er kritisk, krever presis klinisk undersøkelse og supplerings med nevreradiologi i form av CT og MR (Lund, et al., 2019).

## **2.2 Afasi**

Afasi er en svært vanlig følgediagnose ved hjerneslag – og rammer en fjerdedel av hjerneslagrammede i Norge. Ordet kommer fra gresk og betyr tap av taleevnen, og er en fellesbetegnelse på språkproblemer som oppstår ved ervervet skade i hjernens språksenter. Afasi kommer til uttrykk på ulike måter, etter hvilke deler av språkområdet som er hardest rammet av hjerneslaget. Alle språkmodalitetene (lytting, forståelse, taleproduksjon, lesing, skriving, gester) er i praksis rammet ved afasi, men i ulik grad. Overganger mellom de ulike typene afasi er glidende, noe som gjør det vanskelig å definere pasientens språkvansker som et bestemt afasisyndrom (Qvenlid et al., 2010).

Språksenteret ligger hos de aller fleste mennesker i cortex (hjernebarken) i venstre hjernehalvdel. Den bakre delen (Wernickes område) oppfatter og tyder språk, mens det fremre (Brocas område) finner ord og lyder som gjør det mulig for mennesker å snakke. Hjerneslag i disse områdene vil gi afasi som utfall (Dietrichs, 2019, s. 23; Qvenlid, Haukeland, Haaland-Johansen, Knoph & Lind, 2010, s. 23). De vanligste hovedtypene av afasi er Brocas (motorisk) afasi, Wernickes (sensorisk) afasi og global afasi (Eide & Eide, 2017a).

### **2.2.1 Brocas afasi**

Pasienter som fremdeles evner å forstå språket, men har redusert eller manglende evne til å uttrykke seg med ord har en skade i det fremre språkområdet – Brocas område. Denne typen språkvansker kalles også motorisk og ekspressiv afasi. Typiske kjennetegn er at talen ofte er nølende, uten flyt, og pasienten leter etter ordene. Selv om pasientene har bevart evne til å forstå språket, kan de ha vansker med å prosessere store mengder informasjon – som lange, sammensatte beskjeder – og informasjon fra flere kanter. Ved Brocas afasi kan pasientene ha betydelige skrivevansker, men ofte kunne lese korte tekster/beskjeder. (Eide & Eide, 2017a).

### **2.2.2 Wernickes afasi**

Skade i det bakre språkområdet påvirker pasientens evne til å forstå hva andre sier, og gi ord mening. Denne formen for språkvansker kalles også sensorisk og impressiv afasi. Pasientene kan komme med ordflommer uten mening, eller ord som «ting», «den der» og «du vet». I samtale kan det skape stor irritasjon for pasienten at andre ikke forstår, når pasienten selv tror det den sier har mening. De som er rammet av Wernickes afasi har som oftest mistet leseevnen. (Eide & Eide, 2017a).

### **2.2.3 Global afasi**

Ved skade i både fremre og bakre språkområde vil pasienten ha redusert eller manglende evne til både språkproduksjon og språkforståelse. Dette kalles global afasi. Spontan tale er som oftest redusert til et minimum, ord som ja og nei. Bruken av disse ordene er ikke nødvendigvis adekvat. Pasientene kan fremdeles ha (god) forståelse av for eksempel situasjon, kroppsspråk, tonefall og handlinger (Eide & Eide, 2017; Qvenlid, 2010).

## **2.3 Kommunikasjon**

Kommunikasjon er en grunnleggende bestanddel av det å være menneske, og kan defineres som å dele tanker, ønsker og behov med andre mennesker gjennom å benytte verbale og nonverbale tegn. I sykepleien er det fokus på god profesjonell, personorientert kommunikasjon. Det vil si at sykepleieren ser hele pasienten og anerkjenner dens ressurser, muligheter, verdier, ønsker og mål (Eide & Eide, 2017b).

### **2.3.1 Profesjonell kommunikasjon**

Profesjonell kommunikasjon har som mål å fremme helse, gjennom å skape en felles forståelse mellom pasient og sykepleier. Dette forutsetter aktiv lytting og at sykepleieren ser pasienten som en unik person (Heyn, 2018; Eide & Eide, 2017b). Pasienten må føle seg som en likeverdig del av samtalen, og oppleve tillit for å tørre å åpne seg. Sykepleieren er den profesjonelle parten, og har som ansvar å etablere denne relasjonen. Relasjonen er som oftest usymmetrisk, fordi sykepleieren allerede har forhåndskunnskaper om pasienten og innflytelse på pasientens personlige liv gjennom behandlingen. Sykepleieren må være bevisst og kritisk til egen maktposisjon (Heyn, 2018). En måte å gi pasienten mer makt og kontroll over egen situasjon er å motivere til å bruke egne ressurser for å gjennomføre endringer. Pasientens motivasjon er drevet av behov for selvbestemmelse, tilknytning og mestringsfølelse. Sykepleieren må lytte aktivt og undersøke hva som er viktig for pasienten, for å kunne legge til rette for en realistisk målsetting og godt samarbeid i rehabiliteringsarbeidet (Eide & Eide, 2017b).

### **2.3.2 Kommunikasjon med afasirammede**

Å miste evnen til kommunikasjon utgjør et stort tap, fordi kommunikasjon er selve grunnlaget for fellesskap og samhandling (Romsland, Dahl & Slettebø, 2015). Det er ikke enkelt å kommunisere når en ikke lengre evner å bruke verbalt språk for å pleie kontakter eller uttrykke egne ønsker og meninger. Språkvansker som afasi fører ofte til at andre oppfatter den afasirammede som inkompetent, eller at den ikke forstår noen ting. Slike fordommer kan være ødeleggende for kommunikasjonen og relasjonen, og føre til isolasjon ved at venner ikke



lenger tar kontakt. Mange afasirammede uttrykker at de «mister» seg selv, og opplever endringer i selvfølelse og selvbilde (Eide & Eide, 2017a; Qvenlid, 2010).

Afasirammede har minst like stort behov som språklig funksjonsfriske for å inkluderes i samtaler, snakkes med og være en del av et fellesskap. Personen med afasi skal være sender og mottaker av budskap på lik linje som samtalepartneren, men kommunikasjon med afasirammede krever mye av den språklig funksjonsfriske. For å kommunisere best mulig med pasienter med afasi krever det at sykepleieren har kunnskap om lidelsen og evner å sette seg inn i pasientens situasjon. I korte hovedtrekk vil tålmodighet og evner til å lytte, vise interesse og prøve å forstå, i tillegg til å beherske ulike kommunikasjonsstrategier gi et godt utgangspunkt (Eide & Eide, 2017a).

### **2.3.3 Kommunikasjonsverktøy**

Det er ofte nødvendig å bruke kommunikasjonsverktøy i samtale med afasirammede. Lavteknologiske hjelpemidler som skrevne ord, bilder og tegninger kan være effektive i kommunikasjonen, men fleste er utformet for den som samtaler med den afasirammede og ikke personen selv. Slike hjelpemidler er ofte tidkrevende å bruke, og er lite personrettet. Det finnes også høytteknologiske hjelpemidler som går på strøm som er mulig å låne fra NAV. Alt fra enkle maskiner som kan gi korte beskjeder i en telefonsamtale, til avansert utstyr med skjerm og utallige valgmuligheter (Kulø, 2010).

Supportive Conversation for Adults with Aphasia (heretter forkortet SCA) er et kommunikasjonsverktøy som kan benyttes i samtale med personer med afasi. Målet for SCA er å hjelpe personer med afasi å delta i samtaler, samt anerkjenne og få frem deres meninger og følelser. Teknikkene som benyttes er verbale, skrevne og illustrerte nøkkelord, kroppsspråk og gester, håndtegn og piktogrammer, og kan benyttes av alle som samhandler med personer med afasi – deriblant sykepleiere. I kommunikasjon med personer med afasi bør en etterstrebe å være så naturlig som mulig, og ta i bruk teknikkene dersom, eller når, kommunikasjonen stikker seg. Bruk av for mange teknikker samtidig kan oppfattes som nedlatende av den afasirammede, og dermed virke mot sin hensikt, men kan også være nødvendig i møte med personer med alvorlig afasi. Det viktigste er å prøve å oppfatte og tolke personens reaksjon og respons, og være ærlig når man ikke forstår (Aphasia Institute, u.å.).

## **2.4 Psykisk reaksjon på somatisk sykdom**

I møte med alvorlig somatisk sykdom, som hjerneslag, utfordres pasientens psykiske ressurser. Opplevelse av sykdom er individuelt – noen vil se på sykdom som en lettelse eller

verdi, mens andre opplever det å bli syk som en straff, svakhet eller utfordring. Jo mer sårbar pasienten er, desto mer utsatt er han eller hun for psykiske reaksjoner på hjerneslaget (Dahl, 2014).

Depresjon forekommer anslagsvis hos omtrent 40 prosent av hjerneslagrammede, og hos halvparten av disse er depresjonen alvorlig (Finset, 2014). Hos hjerneslagrammede med afasi er forekomsten rapportert til å være 60 prosent ett år etter hjerneslaget (Baker et al., 2020). Forekomsten av depresjon varierer med tidsforløpet etter et slag. Hva det kommer av er mye omdiskutert, men i den første fasen ser man sammenhenger mellom lokalisering av slaget og forekomsten av depresjon. I denne tiden ser en at pasienter med infarkt fremme i venstre hemisfære har dobbelt så høy forekomst av depresjon som pasienter med slag i høyre hemisfære eller bak i venstre. Seinere i forløpet forsvinner denne sammenhengen, og pasientens psykologiske reaksjon og tilpasningsevne blir mer avgjørende for å utvikle depresjon. Depresjon hos hjerneslagrammede er relatert til lavere livskvalitet og høyere grad av uførhet og dødelighet (Finset, 2014).

## 2.5 Sykepleierens rolle og rammer

Sykepleieren møter hjerneslagrammede pasienter i både primær- og spesialisthelsetjenesten, og pasientene er i ulike faser av sykdomsforløpet og livet selv (Wergeland et al., 2016, s. 303). Sykepleieren har både en etisk og lovfestet plikt til å utøve faglig forsvarlig og omsorgsfull pleie. Pasientens rett til selvbestemmelse er en veldig sentral problemstilling i sykepleieetikken, det inngår også som en av de fire prinsippers etikk – velgjørenhet, ikke skade, **autonomi** og rettferdighet (Brinchmann, 2016). I yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere står det i punkt 2.2 at «Sykepleieren understøtter håp, mestring og livsmot hos pasienten». Videre kan en lese i punkt 2.3 og 2.5 at «Sykepleieren ivaretar den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg» og «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 [NSF], 2011). Sykepleierens forpliktelser og pasientens rettigheter er nedskrevet i lovverket, og sykepleierens handlinger må foregå innenfor disse rammene (Molven, 2016). Sentralt for denne oppgaven står særlig pasient- og brukerrettighetslovens kapittel tre, som beskriver pasientens rett til medvirkning og informasjon, og § 4 i helsepersonelloven, *Forsvarlighet* (Helsepersonelloven, 1999; Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

I rehabilitering på sykehus er hovedmålet å bedre pasientens funksjonsnivå. Sykepleierens hovedoppgave i rehabiliteringen er å ivareta grunnleggende omsorg for den hjerneslagrammede pasienten, og kan beskrives gjennom fire funksjoner: den bevarende, fortolkende, trøstende og integrerende funksjonen (Romsland et al., 2015). Den bevarende funksjonen har til hensikt å forebygge ytterligere skade og å opprettholde funksjonsnivået til pasienten, som også kan vises gjennom velgjørhetsprinsippet. Den fortolkende funksjonen tar for seg sykepleierens vurdering av hjerneslagets betydning for pasientens familieliv, roller og identitet, og hvilke tiltak som kan hjelpe pasienten og dens pårørende å se konsekvenser av skaden. Den trøstende funksjonen handler om å ivareta deres følelsesmessige behov og være til stede og anerkjenne vanskelighetene til pasienten. Til sist tar den integrerende funksjonen for seg sykepleierens handlinger for å hjelpe pasienten i gjenoppbygging av dagliglivets aktiviteter (Romsland et al., 2015; Brinchmann, 2016).

### **2.5.1 Tverrprofesjonelt samarbeid**

Etter hjerneslag er det vanlig at pasienten behøver vurdering av både fysioterapeut, ergoterapeut og logoped, i tillegg til leger og sykepleiere. Sykepleieren har ofte en sentral rolle i avdelingen når det gjelder samhandling, og ansvar for samarbeid på tvers av profesjoner og etater (Romsland et al., 2015). Dette kommer frem juridisk i helsepersonelloven, der § 4, *Forsvarlighet*, beskriver at yrkesutøvelsen skal skje samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell når pasientens behov tilsier det (Helsepersonelloven, 1999).

### **2.6 Joyce Travelbee om sykepleie**

Joyce Travelbee var en amerikansk sykepleieteoretiker, som jobbet som psykiatrisk sykepleier og lærer i sykepleierutdanningen. Hun ble kun 47 år gammel, men har hatt stor innflytelse på mange sykepleiere og -studenter både i og etter sin levetid (Travelbee, 2001). Hun definerte sykepleiebegrepet slik:

*«Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene»* (Travelbee, 2001, s. 29).

I hennes teori står relasjoner mellom sykepleier og pasienten sterkt. For å oppnå målet og hensikten med sykepleien som gis er det nødvendig å opprettholde et menneske-til-menneske-forhold. Sykepleierens ansvar er å etablere dette forholdet. Relasjonsbygging går i følge

Travelbee over fem faser: det innledende møtet, fremvekst av identiteter, empatifasen, sympati og medfølelse, og gjensidig forståelse og kontakt. Relasjon kan kun oppnås når alle er gjennomført (Travelbee, 2001).

Førsteinntrykket er i følge Travelbee utgangspunktet for første fase. I denne fasen kan et sykepleier-pasient-forhold være ødeleggende, da det kan hindre sykepleieren å oppfatte mennesket i pasienten. I neste fase vokser identiteter fram, og sykepleieren må bruke seg selv for å se den andre som et unikt individ og etablere tilknytning. I denne fasen begynner sykepleieren å fange opp pasientens opplevelser og følelser, og likheter og forskjeller mellom dem kommer frem (Travelbee, 2001). Nå kan empatifasen innledes, som beskriver evnen til å leve seg inn i hvordan den andre har det i øyeblikket (Travelbee, 2001, s. 193). Gjennom empati tar sykepleieren del i pasientens psykiske tilstand, men står samtidig utenfor. Empati gjør sykepleieren i stand til å forutse den andre personens handlinger (Travelbee, 2001).

Skrittet videre er representert ved dannelse av sympati og medfølelse, karakterisert gjennom ønsket om å lindre pasientens plager. Relasjonen har nå passert prosessen med å lære hverandre å kjenne. Sympatifasen forsterker relasjonen, ved at sykepleieren får vist at hun eller han bryr seg og behandler pasienten som det unike mennesket det er. Den siste fasen, og målet for all sykepleie, er gjensidig forståelse og kontakt. Menneske-til-menneske-forhold betyr at sykepleieren skal tilstrebe å lære pasienten å kjenne, og utforske hvordan pasientens behov kan ivaretas best mulig. For å oppnå dette er det viktig at sykepleieren bruker seg selv terapeutisk (Travelbee, 2001).

Travelbee mener terapeutisk bruk av seg selv er et kjennetegn ved den profesjonelle sykepleieren, og handler om innsikt i hvordan sin egen atferd virker på andre. Å bruke seg selv terapeutisk handler om å bevisst bruke sin personlighet og ervervede kunnskaper for å etablere relasjon med pasienten og iverksette sykepleietiltak. Dette krever dyp innsikt i det være menneske. Det er en kunst å bruke seg selv terapeutisk og krever både fornuft og intelligens, og må ikke forveksles med vennlighet. Vennlighet er viktig, men kan aldri veie opp for vitenskap og evnen til å anvende den (Travelbee, 2001).

### **3 Metode**

Metode beskrives av Aubert som en fremgangsmåte for å løse problemer og komme frem til ny kunnskap (Aubert, sitert i Dalland, 2017), og benyttes når en vil systematisere informasjon og kunnskap som belyser problemstillingen. Metode er også måten vi kan etterprøve eksisterende kunnskap (Dalland, 2017; Thidemann, 2019). Det skilles mellom kvantitative og kvalitative metoder, som har til felles å skape bedre forståelse av et tema (Dalland, 2017). Forskningsartiklene som er inkludert i denne oppgaven har brukt kvalitative metoder. Derfor velger jeg kun å beskrive kvalitativ metode.

Kvalitative metoder fanger opp informasjon som ikke lar seg måle eller skrive med tall, som for eksempel opplevelser og meninger – såkalte «myke» data. Disse metodene går i dybden på temaet, og har til hensikt å finne sammenheng og helhet. I motsetning til kvantitative metoder trenger kvalitative metoder relativt få deltakere, og forskeren er ofte i direkte kontakt med både feltet og deltakerne. Nærhet til feltet betyr at forskeren må være bevisst på, og erkjenne påvirkning og delaktighet i fremstillingen sin (Dalland, 2017).

#### **3.1 Litteraturstudie som metode**

Litteraturstudier sammenfatter kunnskap fra eksisterende fagkunnskap, forskning og teori på en systematisk måte. Det vil si at litteraturen samles inn og vurderes med et kritisk blikk, før en kan analysere, tolke og sammenfatte og diskutere resultatene fra litteraturen. En god litteraturstudie har en tydelig beskrevet hensikt, en presist formulert problemstilling, og leseren kan enkelt etterprøve hvordan forfatteren har kommet frem til kunnskapen som presenteres (Thidemann, 2019). Hensikten er å avdekke kunnskapshull og anbefale videre forskning gjennom å klargjøre hva en vet og ikke vet. Det er vanlig å skille mellom systematisk litteratur oversikt (systematic review) og allmenn litteraturstudie.

Hovedforskjellen er at selve utvalget av artikler i allmenne litteraturstudier sjelden er gjennomført systematisk, slik en gjør i systematiske litteraturoversikter. Systematiske litteraturoversikter skal følge detaljerte retningslinjer for hvordan relevante studier søkes fram, vurderes og analyseres (Forsberg & Wengström, sitert i Thidemann, 2019, s. 81).

Fordelen med litteraturstudie som metode er at den samler og gir oversikt over relevante studier og fagkunnskap innenfor et spesielt fagområde. En eventuell bakdel med litteraturstudie som metode er at kunnskapen som presenteres er sekundærlitteratur, som vil si en tolkning av andre forfatteres funn (Thidemann, 2019).

### 3.2 Søk i databaser

Tabellen under viser hvordan jeg har søkt for å finne artiklene jeg har valgt å inkludere.

| # | Søkedato | Database | Søkeord   | Avgrensning   | Antall treff | Leste artikler | Inkludert artikkel   |
|---|----------|----------|---|---|--------------|----------------|--|
| 1 | 12.11.19 | Cinahl   | Aphasia<br>AND<br>*Stroke OR<br>Stroke Patients*<br>AND<br>*Nurses OR<br>Nurse OR<br>Nursing*<br>AND<br>Communication | 2010-2019<br><br>Academic<br>journal                                | 18           | 5              | “Ward talk”:<br>Nurses’<br>interaction with<br>people with and<br>without aphasia<br>in the very<br>early period<br>poststroke<br>(Hersh et al.,<br>2016)  |
| 2 | 11.12.19 | PubMed   | Stroke<br>AND<br>Patients<br>AND<br>Experience<br>AND<br>Vulnerability  | 2010-2019   | 9            | 2              | Call for human<br>contact and<br>support: an<br>interview study<br>exploring<br>patients’<br>experiences<br>with inpatient<br>stroke<br>rehabilitation<br>and their<br>perception of<br>nurses’ and<br>nurse<br>assistants’ roles<br>and functions<br>(Loft et al.,<br>2017) |
| 3 | 05.02.20 | Cinahl   | Aphasia<br>AND<br>*Stroke OR<br>Stroke Patients*<br>AND<br>Nurses<br>AND<br>Communication                             | 2010-2016<br><br>Academic<br>Journals<br><br>English +<br>Norwegian | 13           | 3              | Implementation<br>of supported<br>conversation<br>for<br>communication<br>between<br>nursing staff<br>and in-hospital<br>patients with<br>aphasia<br>(Jensen et al.,<br>2015)  |
| 4 | 09.03.20 | PubMed   | Post-stroke<br>AND<br>Aphasia<br>AND<br>Health<br>professionals   | 2010-2019   | 24           | 5              | Stroke health<br>professionals<br>management of<br>depression after<br>post-stroke<br>aphasia: a<br>qualitative<br>study<br>(Baker et al.,<br>2019)  |
| 5 | 09.03.20 | Cinahl   | Aphasia<br>AND  | 2013-2019   | 3            | 2              | What do people<br>with aphasia   |

|  |  |  |                    |  |  |  |  |
|--|--|--|--------------------|--|--|--|--|
|  |  |  | Patient experience |  |  |  | think about their health care? Factors influencing satisfaction and dissatisfaction (Tomkins et al., 2013) |
|--|--|--|--------------------|--|--|--|--|

### 3.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjons- og eksklusjonskriterier bidrar til å tydeliggjøre og avgrense litteratursøket, og gjøre søket mer hensiktsmessig (Thidemann, 2019). Inkluderte artikler i oppgaven skal være publisert i et akademisk tidsskrift på minimum nivå én i norsk register over vitenskapelige publiseringskanaler, og være fagfelleverderte (Norsk senter for forskningsdata, 2019). At en forskningsartikkel er fagfellevurdert betyr at minst to forskere innenfor samme fagfelt har vurdert den (Bramness, 2015). Inkludert forskning må være gjort i et land med helsevesen hvis kvalitet kan sammenliknes med det norske. Skandinavia, UK, Australia og USA er eksempler på dette. Artiklene er skrevet på et skandinavisk språk eller engelsk, omhandler afasi etter hjerneslag, og har sykepleiefaglig perspektiv.

Forskning og faglitteratur utgitt før 2010 ble ekskludert allerede i litteratursøkene, og er følgelig ekskludert fra oppgaven. Unntaket er Joyce Travelbees *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* (2001). Boka er en norsk oversettelse av originalen *Interpersonal Aspects of Nursing*, som ble utgitt i 1966. Nyere litteratur refererer fremdeles til Travelbees teori, og derfor vurderer jeg hennes syn på mellommenneskelige forhold i sykepleie til å være like relevant i dag.

### 3.4 Valg av litteratur

I prosessen med å finne litteratur til oppgaven har jeg søkt i ulike databaser – hovedsaklig *Oria* for lærebøker, og *Cinahl* og *PubMed* for forskningsartikler. Fagbøkene som er benyttet i oppgaven er i hovedsak norske – noen har vært pensum i tidligere emner, andre er selvvalgte. De fleste bøkene jeg har brukt har sykepleiestudenter som målgruppe, og dermed også et tydelig sykepleiefaglig perspektiv. Afasi tilhører dog et annet spesialfelt, og jeg har derfor vært nødt til å oppsøke spesialpedagogiske verk, som *Afasi – et praksisrettet perspektiv* (Lind, Haaland-Johansen, Knoph & Qvenlid, 2010), for å innhente kunnskap fra ekspertene på temaet. Denne boken er skrevet av logopedier med erfaring innenfor afasi fra både sykehus, rehabilitering, voksenopplæring og spesialpedagogikk.

Videre valgte jeg å ha Joyce Travelbee som sykepleieteoretisk referanseramme, fordi kommunikasjon står svært sentralt i hennes sykepleieteori (Travelbee, 2001).

### **3.5 Kildekritikk**

Kildekritikk brukes om metoder som benyttes for skille sanne opplysninger fra spekulasjoner og vurdere gyldigheten av litteraturen, gjennom å redegjøre for litteratursøk og begrunne valg av litteratur (Dalland, 2017).

Afasirammede er ofte ekskludert fra forskningsprosjekter knyttet til hjerneslag som følge av utfordringer relatert til kommunikasjon og forståelse (Baker et al., 2020). Det har vært en utfordring knyttet til å finne relevante forskningsartikler til oppgaven. Jeg opplevde også vansker med å finne relevant forskning om temaet sett fra et sykepleiefaglig perspektiv. En klar overvekt av forskningen på personer med afasi var gjort av og for logopeder. Jeg har benyttet noen forskningsartikler som setter lys på pasientens opplevelser med helsepersonell. Disse er skrevet av logopeder, noe jeg vurderer til å være en styrke for oppgaven, da logopeder er eksperter på området og jeg mener sykepleierne har mye å lære fra fagfolket (Qvenlid et al., 2010).

Til kritisk vurdering og kvalitetssikring av artiklene, har jeg benyttet Helsebibliotekets sjekkliste for vurdering av kvalitative studier (Helsebiblioteket, 2017). Artiklene jeg har brukt til oppgaven er skrevet på engelsk. For å unngå misforståelser i tolkningen av disse er det dermed viktig at jeg har oversatt de korrekt og vurdert de etter beste evne, selv om jeg ikke kan utelukke noen skjevheter i min tolkning på grunn av at de er skrevet på et annet språk.

### **3.6 Etiske overveielser**

I innledningen og drøftingen drar jeg inn erfaringer fra egen praksis i sykehus og hjemmesykepleie. Bruk av disse erfaringene i oppgaven stiller krav til ivaretagelse av anonymitet, jamfør helsepersonellovens § 21, *Hovedregel om taushetsplikt*, som lyder: «Helsepersonell skal hindre at andre får adgang eller kjennskap til opplysninger om folks legems- eller sykdomsforhold eller andre personlige forhold som de får vite om i egenskap av å være helsepersonell.» (Helsepersonelloven, 1999). Av den grunn oppgir jeg ikke hvilke konkrete arbeidssteder erfaringene er hentet fra.



## 4 Funn

I oppgaven har jeg valgt å inkludere fem forskningsartikler som kan belyse problemstillingen. Tre av artiklene undersøker sykepleiernes perspektiv, mens de to andre går nærmere inn på hva pasientene selv synes fungerer og ikke. Det kom frem at sykepleierne syntes kommunikasjon med afasirammede både var vanskelig og tidkrevende, og at de dype samtalene ikke ble prioritert (Baker et al., 2019; Jensen et al., 2015). Pasientene selv var enige i at helsepersonellet hadde for dårlige kommunikasjonsferdigheter (Loft et al., 2017; Tomkins et al., 2013). Sykepleierne holdt samtalen til et minimum i møte med afasirammede pasienter, og snakket sjelden om ting som ikke angikk handlingen de foretok seg hos pasienten (Hersh et al., 2016). Kommunikasjonstrening og bruk av SCA ble ansett som nyttig, og sykepleierne opplevde at pasientene ble mindre frustrerte (Jensen et al., 2015). Fra pasientenes side ble det lagt vekt på viktigheten av en god relasjon med pleieren, og ønsker om å delta i avgjørelser om egen rehabilitering og behandling (Loft et al., 2017; Tomkins et al., 2013). Flere funn, samt hensikt og metode med studiene, presenteres i artikkelmatrisen under.

| # | Forfatter  | Tittel   | Tidsskrift                           | Hensikt  | Metode  | Funn  |
|---|--|--|--------------------------------------|--|---|---|
| 1 | Deborah Hersh, Erin Godecke, Elizabeth Armstrong, Natalie Ciccone & Julie Bernhardt (2016) | “Ward talk”: Nures’ interaction with people with and without aphasia in the very early period poststroke | <i>Aphasiology</i>                   | Utforske naturen i sykepleierens interaksjoner med pasienter, både med og uten afasi, i slagenhet. | Kvalitativ metode<br><br>Tre pasienter, hvorav to hadde afasi og den siste ikke.<br><br>Interaksjonene ble filmet, og resulterte i 7,5t lange opptak for hver enkelt pasient.<br><br>Opptakene ble transkribert og analysert. | 1. Sykepleierne trenger trening i kommunikasjons-teknikker, for å få til en mer effektiv og fruktbar kommunikasjon med den afasirammede<br><br>2. Bruk av kommunikasjons-verktøy til støtte i samtale med afasirammede<br><br>3. Sykepleierne var fokusert på oppgaven de skulle gjøre i kommunikasjonen med pasientene med afasi. Pasienten uten afasi fikk større oppmerksomhet, og kunne påvirke i større grad |
| 2 | Mia I. Loft, Bente A. Esbensen, Lone L. Mathiesen, Helle K. Iversen,                       | Call for human contact and support: an interview study exploring   | <i>Disability and Rehabilitation</i> | Undersøke hvordan slagpasienter opplever rehabiliteringen i sykehus, og hvordan de                 | Kvalitativ metode<br><br>10 slagpasienter, derav to afasirammede, i rehabiliterings-  | 1. Pasientene hadde uoppfylte behov for å snakke med sykepleierne om tanker og bekymringer for fremtiden.   |

|   |   |  |                                      |   |  |   |
|---|---|--|--------------------------------------|---|--|---|
|   | Ingrid Poulsen<br>(2017)  | patients' experiences with inpatient stroke rehabilitation and their perception of nurses' and nurse assistants' roles and functions |                                      | opplever sykepleierne og assistentenes roller under innleggelsen  | avdeling i sykehus ble intervjuet.<br><br>Pasienter med alvorlig kognitiv svikt, og ikke kunne dansk ble ekskludert.<br><br>Pasientene med afasi ble intervjuet ved hjelp av SCA   | Sykepleiere må fange opp og anerkjenne pasientenes emosjonelle behov<br><br>2. Pasientene ønsket i større grad å delta i målsetting i rehabiliteringsprosessen<br><br>3. Sykepleiere behøver trening og undervisning i kommunikasjonsferdigheter  |
| 3 | Lise R. Jensen, Annelise P. Løvholt, Inger R. Sørensen, Anna M. Blüdnikow, Helle K. Iversen, Anders Hougaard, Lone L. Mathiesen & Hysse B. Forchhammer (2015) | Implementation of supported conversation for communication (SCA) between nursing staff and in-hospital patients with aphasia         | <i>Aphasiology</i>                   | Studien har tre hovedhensikter:<br>1 – Utvikle retningslinjer for helsepersonell i kommunikasjon med pasienter med afasi<br>2 – Utvikle et tverrfaglig opplæringskurs og tilby ansatte opplæring<br>3 – gjøre kommunikasjonsverktøy tilgjengelig<br><br>Studien presenterer utfallet for helsepersonell | Mixed-method, både kvalitative og kvantitative utfall<br><br>Totalt 72 deltakere: sykepleiere og assistenter med 2-10 års erfaring fra slagenhet.<br><br>Alle ble kurset i SCA og 52 svarte på spørreskjema før workshopen og 43 fikk spørreskjema 3-8 måneder etter.<br><br>Syv sykepleiere delte erfaringer med SCA i individuelle intervjuer. | Helsepersonellet opplevde høyere forståelse i kommunikasjon med afasirammede, og mindre frustrasjon blant pasientene med afasi.<br><br>Komplekse samtaler med afasirammede ble prøvd oftere etter workshopen enn tidligere.<br><br>Tid og pasientens forutsetninger og symptomer ble pekt ut som hindringer i bruken av SCA |
| 4 | Caroline Baker, Linda Worrall, Miranda Rose & Brooke Ryan (2019)  | Stroke health professionals management of depression after post-stroke aphasia: a qualitative study                                  | <i>Disability and Rehabilitation</i> | Undersøke hvordan depresjon etter afasi relatert til hjerneslag håndteres fra helsepersonellens ståsted   | Kvalitativ studie, der 39 helsepersonell innenfor hjerneslag deltok i fokusgrupper. Personellet var rekruttert fra både sykehus og kommunehelsetjeneste. Deltakerne ble fordelt på fem fokusgrupper. Gruppene var semi-strukturelle, diskusjon rundt fire ulike tema   | 1. Helsepersonell trenger trening i kommunikasjon for å møte psykososiale behov hos afasirammede.<br><br>2. Behov for en rutine/verktøy for å screene stemningsvansker/depresjon hos personer med afasi<br><br>3. Pårørende må involveres i rehabiliteringen for å pleie egne og pasientens                                 |

|   |   |   |                    |   |   |   |
|---|---|---|--------------------|---|---|---|
|   |   |   |                    |   |   | psykososiale behov  |
| 5 | Breanna Tomkins, Samantha Siyambalapatiya & Linda Worall (2013) | What do people with aphasia think about their health care? Factors influencing satisfaction and dissatisfaction | <i>Aphasiology</i> | Undersøke hva som påvirker graden av tilfredshet med helsetjenestene til personer med afasi | Kvalitativ studie. Semi-strukturelle dybdeintervjuer med 50 deltakere med afasi | <p>Studien identifiserte graden av tilfredshet og misnøye hos pasientene fordelt på ulike kategorier.</p> <p>Syv kategorier ble undersøkt. Jeg anser kategoriene relasjonsbygging, informasjon, kommunikasjon, kunnskap og måten tjenestene ble levert på som mest relevant for oppgaven.</p> <p>Funnene kan bidra til at helsepersonell kan forstå hvilke behov pasienter med afasi har, og dermed sette inn tiltak.</p> |

## 5 Drøfting

I denne delen vil jeg knytte sammen teori og funn fra forskningsartiklene for å besvare problemstillingen best mulig. Gjennom fag- og forskningslitteraturen har jeg kommet frem til fire emner jeg ønsker en bredere forståelse av, i lys av problemstillingen. Disse emnene er betydningen av god relasjon mellom pasient og sykepleier, pasientens psykososiale behov, kommunikasjonsferdigheter og ikke minst tverrfaglig samarbeid.

### 5.1 Relasjonen mellom sykepleier og pasient

Travelbee forklarer viktigheten av relasjoner gjennom sin teori om menneske-til-menneske-forholdet som fasiten på å oppnå sykepleiers mål og hensikt (Travelbee, 2001). Afasi har mange former, og enhver person er unik og har en iboende verdighet, derfor må sykepleier nullstille seg før hvert møte med en afasirammet person. Forutinntatthet påvirker relasjonen mellom pasient og sykepleier på en skadelig måte (Eide & Eide, 2017; Heyn, 2018).

Pasientdeltakerne i studiene gjort av Loft et al. (2017) og Tomkins et al. (2013) uttrykker behov for å bli behandlet med respekt og som likestilte og intelligente mennesker.

En tilnærming til afasirammede gjennom dannelse av menneske-til-menneske-forhold tror jeg vil bidra til god ivaretagelse av den pasientens medbestemmelse og autonomi, men det krever mye av sykepleieren. I følge Loft et al. (2017) betydde sykepleierens engasjement for og relasjoner med pasientene minst like mye som prosedyrene og pleien de utførte. Gjennom et menneske-til-menneske-forhold lærer sykepleieren pasienten å kjenne, og kan ivareta behov og ønsker på en god måte (Travelbee, 2001).

Hersh et al. (2016) dannet et skille mellom såkalte «gode» og «dårlige» samtalepartnere relatert til relasjonsbygging. De «dårlige» samtalepartnerne kun fokuserte på å få informasjon og brydde seg lite om å danne relasjon med pasienten. Den samme tilnærmingen kan også sees i Loft et al. (2017), hvor en deltaker uttrykte at noen sykepleiere er mer «menneskelige» enn andre, og at enkelte andre oppfører seg som om det kun er en jobb. I studien av Hersh et al. (2016) hadde to av deltakerne afasi, den tredje og siste deltakeren hadde ikke afasi. Hans muligheter til å danne relasjon med sykepleierne var mindre begrenset enn de afasirammedes mulighets. De oppdaget at pasienten uten afasi kunne kreve, og fikk mer oppmerksomhet fra sykepleierne (Hersh et al., 2016). Dette forteller meg at pasienter med språkvansker behandles annerledes enn pasienter uten, som strider mot det etiske prinsippet om rettferdighet og yrkesetiske retningslinjer (Brinchmann, 2016; NSF, 2011). Som sykepleier bør en etter min mening etterstrebe å danne relasjon på tross av språkbarrierer. Dette vil vise god terapeutisk

bruk av seg selv, slik Travelbee så det, og bidrar til å nå målet med omsorgen som utøves (Travelbee, 2001).

I studien til Hersh et al. (2016) syntes sykepleierne kommunikasjonen vedrørende pleien til pasienten var enklere når dens pårørende var til stede. De pårørende kjenner pasienten godt, og kan for eksempel bidra med informasjon om pasienten (Qvenlid et al., 2010). Det Hersh et al. (2016) imidlertid la merke til var at pasienten var tydelig mindre delaktig i samtalen med pårørende i rommet, sammenliknet med når han var alene med sykepleieren. Denne observasjonen er viktig å ha med seg i samtale med afasirammede med pårørende til stede, slik at en umyndiggjøring av pasienten unngås.

## **5.2 Psykososiale behov hos den afasirammede**

I studiene til både Loft et al. (2017) og Tomkins et al (2013) kommer det frem at pasientene ikke er tilfredse med sykepleiernes tilnærming til deres psykososiale behov, og at psykiske reaksjoner ikke blir møtt på en adekvat måte. Allerede på 90-tallet ble det konstatert at pasienter innlagt i rehabilitering etter hjerneslag ikke fikk sine psykososiale behov møtt (Loft et al., 2017) – at vi ikke har kommet særlig lengre i dag, 25 år senere, synes jeg er hårreisende. Faglitteraturen beskriver forekomsten av psykiske reaksjoner ved hjerneslag å være høy, og at så mange som 40-60 prosent av pasienter med afasi etter hjerneslag får en depresjon (Dahl, 2014; Finset, 2014). Studien til Baker et al. (2019) trekker sammenhenger mellom manglende psykososial støtte under sykehusinnleggelsen og vedvarende emosjonell nød hos personer med afasi, tre og seks måneder etter hjerneslaget. Det får meg til å undre. Kan vi klare å redusere andelen som utvikler depresjon etter hjerneslaget gjennom å møte pasientenes psykososiale behov allerede under sykehusinnleggelsen?

Deltakerne i Baker et al. (2019), som var helsepersonell, fortalte at deres fokus ligger på den medisinske behandlingen og fysiske funksjonsnedsettelse. Dette stemmer med mine erfaringer fra praksis, men skal det bety at det ikke finnes rom for samtale mellom slagene? Fra overordnet hold etterstrebes det å ha kortest mulig liggedøgn per pasient, og i Baker et al. (2019) rapporteres det videre at det ligger høyere prestisje i fysisk tilfriskning enn den psykiske og følelsesmessige. At psykososiale behov ikke er like høyt verdsatt i det faglige miljøet har kanskje bidratt til at Baker et al. (2019) også fant manglende rutiner og struktur for screening av forandret stemningsleie og depresjon hos afasirammede. Informantene i studien kunne fortelle at tilnærmingen til en slik vurdering var tilfeldig, og varierte veldig

med tanke på hvem som utførte den. De erkjente dessuten at pasientens mentale helse ikke var noe de etterspurte når den afasirammede pasienten ankom avdelingen (Baker et al., 2019).

I studien til Loft et al. (2017) kommer det frem at pasientene var klare på at de hadde et stort behov for å snakke om tanker og bekymringer for fremtiden, og at dette umøtte behovet var til hinder for rehabiliteringen deres. Sykepleierne lot være å ta opp slike temaer i samtale med de afasirammede, og greide heller ikke å fange opp hvordan pasientene egentlig hadde det. Dette viser mangel på respekt og evne til å behandle pasienten som et unikt individ, og strider mot Travelbees definisjon på sykepleie. Slik mangel på handling vil forsterke pasientens lidelse, og hjelper ikke pasienten i søken etter mening i sykdom og lidelse (Travelbee, 2001).

### **5.2.1 Forslag til tiltak**

I følge Loft et al. (2017) trenger sykepleierne og annet helsepersonell å anerkjenne pasientens psykososiale behov, og forstå hvilken innvirkning det har på den fysiske rehabiliteringen. Også studien til Baker et al. (2019) avdekket at helsepersonell adresserte afasi og psykososiale behov hver for seg, og ikke i sammenheng med hverandre. Baker et al. (2019) foreslår at utfordringene knyttet til å adressere og ivareta pasientenes psykososiale behov kan løses gjennom et biopsykososialt rammeverk. Et slikt rammeverk vil trekke paralleller og se sammenhenger mellom biologiske, psykiske og sosiale faktorer hos mennesket (Baker et al., 2019; Romsland et al., 2015). På spørsmål om hva som kjennetegner en god sykepleier, svarte en deltaker i Loft et al. (2017) evnen til å se det helhetlige bildet. En slik holistisk tilnærming mener jeg dessuten er i tråd med Travelbees syn på sykepleie, ettersom hennes teori om menneske-til-menneske-forhold i høyeste grad bygger på et helhetlig syn på mennesket.

Studien til Loft et al. (2017) sier ikke noe om hvorfor sykepleierne unngår å snakke om pasientenes psykososiale behov. Basert på egne erfaringer mener jeg det er nærliggende å relatere dette til mangel på kunnskap om kommunikasjon med afasirammede. Hersh et al. (2016) foreslår i sin studie at sykepleiere trenger å implementere strukturerte og effektive kommunikasjonsverktøyer i sin praksis i arbeidet med pasienter med afasi, noe Jensen et al. (2015) faktisk viser positive resultater fra. Dette vil jeg si mere om senere i drøftingen.

### **5.3 Kommunikasjon**

Sykepleieren skal være i stand til å vurdere når hun eller han skal søke mer kunnskap og innsikt, og vite hvor kunnskapen kan finnes. Denne disiplinert intellektuelle tilnæringsmåten er en del av det å bruke seg selv terapeutisk (Travelbee, 2001). Sykepleiere

og pasienter har en felles oppfattelse av at sykepleierne og annet helsepersonell har behov for økt kunnskap om kommunikasjon, og trening i kommunikasjonsferdigheter i samtale med afasirammede personer (Loft et al., 2017; Baker et al., 2019). Det er viktig å øke kunnskapen da mangel på kunnskap om kommunikasjon med afasirammede utgjør en stor trussel mot pasientsikkerheten; for det første ved at pasienten ikke blir hørt, og for det andre at helsepersonell ikke gir god nok informasjon (Heyn, 2018).

Studien til Baker et al. (2019) avdekker at sykepleierne og annet helsepersonell i slagrehabiliteringen hadde for dårlige kunnskaper om hvordan de kunne støtte afasirammede i kommunikasjonen. Som følge av det kjente de på følelser av hjelpesløset, frykt og dårlig selvtillit når de skulle kommunisere med denne pasientgruppen. Dette bidrar til at helsepersonell unngår å oppsøke pasientene med språkvansker utover det som angår den fysiske pleien og behandlingen (Hersh et al., 2016). Etter min mening bidrar helsepersonell dermed til isolering av en allerede utsatt gruppe. Afasirammede har i følge Heyn minst like stort behov som språklig funksjonsfriske for å snakkes med, men er ofte avhengige av fagpersoner for å få frem sine meninger (Heyn, 2018).

Sykepleieren står, som følge av sin profesjon, i en maktposisjon i kommunikasjon med pasienter (Heyn, 2018). I Tomkins et al. (2013) legger de vekt på maktubalansen som dannes særlig i kommunikasjon med pasienter med afasi, som følge av kommunikasjonsvansker og pasientens reduserte muligheter til å være en aktiv deltaker i samtale. Et tydelig eksempel på skjervfordelingen av makt kan sees i Hersh et al. (2016) hvor sykepleieren kontrollerte samtalen med den afasirammede totalt. Forsøkene den afasirammede gjorde for å si noe ble avvist, og sykepleierne gjorde lite for å hjelpe disse pasientene videre med det de ville si. Enten som følge av tiden det tok, muligheten for at sykepleieren mistet kontroll over samtalen eller at sykepleieren rett og slett ikke visste hva hun skulle gjøre. Maktubalansen er en fare for pasientens medvirkning og behov for å sees på som et menneske av verdi, med egne meninger (Tomkins et al., 2013). Travelbees menneske-til-menneske-forhold forteller at sykepleieren må ta utgangspunkt i at pasienten også har ideer, tanker og spørsmål å komme med for å utøve god omsorg (Travelbee, 2001). Dette gjelder uansett om pasienten er språklig funksjonsfrisk eller ikke, ettersom lovverket stiller krav til at sykepleieren skal fremme pasientens mulighet til egne avgjørelser, ved å sørge for at informasjon er tilpasset og forstått (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

Bruk av hjelpemidler kan være svært nyttig i kommunikasjonen med afasirammede, og er ofte helt nødvendig i møte med personer med alvorlig afasi (Kulø, 2010). Dessverre er min erfaring at hjelpemidler sjelden brukes i avdelingen, selv om både bildemateriale, hjelpeord og skriveblokker er tilgjengelige. Det er synd, ettersom fag- og forskningslitteraturen viser til gode resultater. Mulige årsaker til at hjelpemidler brukes i mindre grad enn ønsket kan være at pasienten selv ikke ser nytten eller synes det er for tidkrevende. Pasienten kan også ha den oppfatningen at et hjelpemiddel hemmer ham i opptreningen av språket, og vil prøve å snakke selv (Kulø, 2010). Uansett årsak – når afasipasienten ikke får uttrykt sine meninger er det en trussel mot pasientens medvirkning og autonomi.

Det er mulig at avdelingen min ikke er så flink på bruken av hjelpemidler på grunn av lite trening i bruken av disse hjelpemidlene. Noen tror at jo flere teknikker som brukes samtidig, desto større utbytte får en av samtalen da (Aphasia Institute, u.å.). Overbruk av hjelpemidler kan imidlertid oppfattes som nedlatende av den afasirammede, og dermed virke mot sin hensikt. For å låse opp kommunikasjonen med den afasirammede trenger sykepleieren trening i bruk av teknikker og verktøy i samtale med afasirammede (Hersh et al., 2016).

### **5.3.1 Kommunikasjonstrening**

Studien til Hersh et al. (2016) viser at sykepleiere ofte ramler inn i et mønster med lukkede spørsmål og enkle svar i kommunikasjonen med afasirammede. Sykepleierne brukte få, eller ingen, verktøy eller strategier som hjelpemidler i samtalene og brukte svært ulike måter og virkemidler å føre samtalen med pasienten på (Hersh et al, 2016). Helsepersonell i hjerneslagrehabiliteringen kjenner som regel til symptomene på afasi, men mangler spesifikk trening på kommunikasjon med personer med afasi, som fører til bruk av mange ulike kommunikasjonsstrategier hos samme pasient (Jensen et al., 2015). Jeg har selv erfart fra sykehus at sykepleierne hadde ulike måter å kommunisere med den afasirammede, og assistentene, meg selv inkludert, forsøkte seg som regel på samme teknikk som sykepleieren de observerte. Mine oppfatning fra ikke å ha et felles verktøy er at det skaper forvirring hos pasienten som, satt på spissen, blir servert fire ulike måter å skulle uttrykke ja eller nei på. Delte prinsipper og strategier for kommunikasjon blant helsepersonell i sykehus er lettere gjenkjennelige for pasienten, og styrker kommunikasjonen (Jensen et al., 2015).

I studien til Jensen et al. (2015) implementerte en større sykehusavdeling i Danmark verktøyet SCA, og gav trening i bruken av det til de ansatte. Intervjuer med sykepleierne i avdelingen viste at kommunikasjonstrening og implementering av SCA gjorde sykepleierne i stand til å ta



den vanskelige samtalen oftere. Kommunikasjonen med afasirammede var tidkrevende, men sykepleierne oppga at det var svært givende (Jensen et al., 2015). Implementeringen av SCA bidro til økt bruk av kommunikasjonshjelpemidler, tidligere hadde sykepleierne stort sett kun brukt kroppsspråk i tillegg til verbal kommunikasjon. Kommunikasjonstreningen gjorde dem mer bevisst på bruken av hjelpemidlene, både i forhold til når det var riktig å bruke det, og omfanget av det (Jensen et al., 2015).

Implementering av nye virkemidler for kommunikasjon i en avdeling kan i følge Jensen et al. (2015) være en utfordrende prosess, og ledelsens holdninger til endringsarbeid er essensielt for å lykkes (Jensen et al., 2015). Og da mener jeg det er viktig at lederen tar tak i alle yrkesgruppene som er direkte involvert i pasientens behandling og rehabilitering og at dette blir et samarbeid der yrkesgruppene får undervisning på tvers slik at man kan dele sine stryker med hverandre. Jensen et al. (2015) presiserte viktigheten av å holde kunnskapen ved like i avdelingen gjennom kontinuerlig trening og opplæring av personellet. Denne viktigheten ser også Eide & Eide, som understreker at trening på kommunikasjonsferdigheter er nødvendig for å bli bedre på kommunikasjon. Trening vil holde vedlike og videreutvikle kunnskapene, og dermed sørge for mestring hos sykepleieren og økt brukermedvirkning fra pasientens side (Eide & Eide, 2017).

#### **5.4 Tverrfaglig samarbeid**

Afasi og afasirehabilitering er et spesialfelt innenfor spesialpedagogikk, og det er naturlig at logopedene kan mest om dette feltet, og er den ansvarlige for språktreningen til den afasirammede (Qvenlid et al., 2010). Sykepleieren er i midlertid den som er tilgjengelig for pasientene hele døgnet, og har behov for mer kunnskap for å kunne arbeide mer målrettet og kunne bidra til mestring hos pasientene med afasi (Wergeland et al., 2016). For å oppnå dette kan tverrfaglig samarbeid være et nyttig virkemiddel (Romsland et al., 2015).

Det tverrfaglige arbeidet i slagrehabiliterende er viktig for utfallet av behandlingen, og består ofte av lege, sykepleier, fysioterapeut, logoped og ergoterapeut. For at samarbeidet skal fungere godt kreves det god dokumentasjon og rapportering mellom yrkesgruppene (Romsland et al., 2015). I studien til Baker et al, (2019) kom det frem at logopedene mente mye av ansvaret for pasientens psykiske helse ble lagt på dem. De følte seg verken kompetente til det, eller at det var deres oppgave (Baker et al., 2019). Jeg synes dette er et uttrykker behovet for tverrfaglig samarbeid godt, og viser at yrkesgruppene er nødt å dele kunnskap med hverandre. Tverrfaglig samarbeid innebærer også å dele suksesshistorier med hverandre, for

at helsepersonellet skal motiveres til å stå i vanskelige caser og få tips til gode løsninger (Baker et al., 2019; Romsland et al., 2015).

## 6 Avslutning

Jeg har lært mye av prosessen med å skrive denne oppgaven, noe jeg vil ta med meg i egen praksis som sykepleier, og utvikle videre. For at sykepleieren skal kunne bruke kommunikasjon som verktøy for å ivareta psykososiale behov hos pasienter med afasi er det først og fremst viktig at hun eller han øker sine kunnskaper om kommunikasjon. I drøftingen kom det frem at relasjonen mellom sykepleieren og pasienten viste seg å ha stor betydning for kommunikasjonen dem i mellom. Sykepleierne lyktes best når de greide å viske ut skjevheter i maktbalansen mellom seg og pasienten. Funnene fra forskningen viste store mangler i kommunikasjonsferdighetene til sykepleierne, som hadde stor betydning for den dårlige ivaretagelsen av pasientenes psykososiale behov. Disse funnene, sammen med mine egne erfaringer, viser at det er helt nødvendig at sykepleierne øker sine kunnskaper om kommunikasjon med afasirammede og må trene på kommunikasjonsferdigheter.

Avdelingen som implementerte et felles verktøy for kommunikasjon med afasirammede opplevde mindre frustrasjon og forvirring hos pasientene. For meg er ikke dette overraskende, men noe jeg ønsker å undersøke om eksisterer hos fremtidige arbeidsgivere. Et godt tverrfaglig samarbeid i avdelingen viste seg dessuten å være viktig både for kvaliteten på kommunikasjonen, men også med tanke på ivaretagelse av pasientenes psykososiale behov. Helsepersonell som jobber med hjerneslagrammede må samarbeide bedre, og dele kunnskap med hverandre for å hjelpe hverandre i å gjøre en bedre jobb.

## 7 Referanseliste

- Aphasia Institute. (u.å.) *Communication tools: Communicative access & SCA*. Hentet fra <https://www.aphasia.ca/communicative-access-sca>
- Baker, C., Worrall, L, Rose, M. & Ryan, B. (2019). Stroke health professional's management of depression after post-stroke aphasia: a qualitative study. *Disability and Rehabilitation*, 2019 Jun 10; 1-12.  
Doi: <https://dx.doi.org/10.1080/09638288.2019.1621394>
- Baker, C., Worrall, L, Rose, M. & Ryan, B. (2020). "It was really dark": the experiences and preferences of people with aphasia to manage mood changes and depression. *Aphasiology*, 34(1); 19-46. Doi: <https://doi.org/10.1080/02687038.2019.1673304>
- Bertelsen, A.K. (2016). Sykdommer i nervesystemet. I S. Ørn & E. Bach-Gansmo *Sykdom og behandling*. (2. utg, s. 321-344). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Bramness, J.G. (2015). *Hva jeg snakker om når jeg snakker om forskning*. Oslo: Universitetsforlaget
- Brinchmann, B.S. (2016). De fire prinsippers etikk. I B.S. Brinchmann (red.) *Etikk i sykepleien*. (4. utg., s. 81-96). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Dahl, A.A. (2014). Grunnlaget for psykiske reaksjoner ved somatisk sykdom. I A.A. Dahl, T.F. Aarre & J.H. Loge (red.) *Psykiske reaksjoner ved somatisk sykdom*. (s. 31-44). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving*. Hva er metode? (6. utg., s. 51-61) Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Dietrichs, E. (2019). Nervesystemets oppbygning og funksjon som grunnlag for topografisk diagnostikk. I E. Helseth, T. Rootwelt & H. Harbo (red.). (7. utg., s. 15-36). Bergen: Fagbokforlaget.
- Eide, T. & Eide, H. (2017a). *Kommunikasjon i relasjoner*. Hva er god profesjonell kommunikasjon? (3.utg., s. 15-45). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Eide, T. & Eide, H. (2017b). *Kommunikasjon i relasjoner*. Kommunikasjon med eldre. (3.utg., s. 309-338). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Finset, A. (2014). Skader i hodet og ryggstøtten, samt hjerneslag. I A.A. Dahl, T.F. Aarre & J.H. Loge (red.) *Psykiske reaksjoner ved somatisk sykdom*. (s. 504-514). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Folkehelseinstituttet. (2019). Hjerte- og karregisteret. Hentet 11. desember 2019 fra <http://statistikkbank.fhi.no/hkr/>

- Helsebiblioteket (2017). *Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie*. Hentet fra [https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister/\\_attachment/259644?\\_ts=162a95c553b](https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister/_attachment/259644?_ts=162a95c553b)
- Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell. (LOV-1999-07-02-64). Hentet 9. desember 2019 fra <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>
- Heyn, L.G. (2018). Hvordan tilegne seg kommunikasjonsferdigheter? I L.G. Heyn (red.) *Klinisk kommunikasjon i sykepleie*. (s. 13-31). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Hersh, D., Godecke, E., Armstrong, E., Ciccone, N & Bernhardt, J. (2016). “Ward talk”: Nurses’ interaction with people with and without aphasia in the very early period poststroke. *Aphasiology*, 30(5); 609-628.  
Doi: <https://doi.org/10.1080/02687038.2014.933520>
- Jensen, L.R., Løvholt, A.P., Sørensen, I.R., Blüdnikow, A.M., Iversen, H.K., Hougaard, A., Mathiesen, L.L. & Forchhammer, H.B. (2015). Implementation of supported conversation for communication between nursing staff and in-hospital patients with aphasia. *Aphasiology*, 29(1); 57-80.  
Doi: <http://dx.doi.org/10.1080/02687038.2014.955708>
- KITH. (2003). *Internasjonal klassifisering av funksjon, funksjonshemming og helse*. Hentet fra <https://ehelse.no/kodeverk/icf-internasjonal-klassifisering-av-funksjon-funksjonshemming-og-helse>
- Kulø, L.S. (2010). Afasi og kommunikasjonshjelpemidler. I M. Lind, L. Haaland-Johansen, M.I.K. Knoph og E. Qvenlid (red.) *Afasi – et praksisrettet perspektiv*. (s. 23-41). Oslo: Novus Forlag.
- Loft, M.I., Esbensen, B.A., Mathiesen, L.L., Iversen, H.K. & Poulsen, I. (2017). Call for human contact and support: an interview study exploring patients’ experiences with inpatient stroke rehabilitation and their perception of nurses’ and nurse assistants’ roles and functions. *Disability and Rehabilitation*. 41(4); 396-404. Doi: <https://doi.org/10.1080/09638288.2017.1393698>
- Lund, C.G., Rønning, P.A., Wallace, S. & Tennøe, B. (2019). Cerebrovaskulære sykdommer. I E. Helseth, T. Rootwelt & H.F. Harbo (red.) *Nevrologi og nevrokirurgi. Fra barn til voksen*. (7. utg., s. 309-338). Bergen: Fagbokforlaget
- Molven, O. (2016). *Sykepleie og jus*. Medvirkning og informasjon (5. utg, s. 160-171). Oslo: Gyldendal Juridisk.
- Norsk sykepleierforbund. (2011). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet 11. desember 2019 fra <http://yrkesetikk.nsf.no/nsfs-etiske-retningslinjer/retningslinjene>

- Norsk senter for forskningsdata (2019). Register over vitenskapelige publiseringskanaler. Hentet 10. desember 2019 fra <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter. (LOV-1999-07-02-63). Hentet 9. desember 2019 fra <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>
- Romsland, G.I., Dahl, B. & Slettebø, Å. (2015). *Sykepleie og Rehabilitering*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Thidemann, I-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter*. Oslo: Universitetsforlaget
- Tomkins, B., Siyambalapitiya, S. & Worall, L. (2013). What do people with aphasia think about their health care? Factors influencing satisfaction and dissatisfaction. *Aphasiology*. 27(8); 972-991. Doi: <https://doi.org/10.1080/02687038.2013.811211>
- Travelbee, J. (2001). *Mellommeneskelige forhold i sykepleie*. Hva er sykepleie? (s. 29-49) Oslo: Gyldendal Akademisk
- Wergeland, A., Ryen, S. & Ødegaard-Olsen, T.G. (2016). Sykepleie ved hjerneslag. I D-G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (red.). *Klinisk Sykepleie, bind 2*. (5. utg., s. 303-328). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Qvenlid, E., Haukeland, I., Haaland-Johansen, L, Knoph, M.I.K. & Lind, M. (2010). Afasi og afasirehabilitering. I M. Lind, L. Haaland-Johansen, M.I.K. Knoph og E. Qvenlid (red.) *Afasi – et praksisrettet perspektiv*. (s. 23-41). Oslo: Novus Forlag.