

# Kommunikasjon med afasirammede

Kandidatnummer: 423, 519  
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave  
i sykepleie

Antall ord: 7975  
Dato: 12.04.2021



**Lovisenberg**  
diakonale høgskole

ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole Dato 09.04.21
Tittel Kommunikasjon med afasirammede	
<p><u>Problemstilling</u> <i>Hvordan kan sykepleier ved hjelp av kommunikasjon bidra til brukermedvirkning hos pasienter med afasi etter hjerneslag?</i></p> <p><u>Teoretisk perspektiv</u> Travelbees sykepleieteori er grunnlaget for oppgavens definisjon av sykepleie. Brukermedvirkning, hjerneslag og afasi og kommunikasjon vektlegges og gjøres rede for. Relevant lovverk og yrkesetikk er beskrevet og knyttet opp til oppgavens problemstilling.</p> <p><u>Metode</u> Metoden for denne oppgaven er en litterær oppgave. Den begrunner seg på teoretisk og forskningsbasert kunnskap. I vår oppgave er pensum, fag- og forskningslitteratur, yrkesetikk og lovverk anvendt som litteratur.</p> <p><u>Drøfting</u> Problemstillingen er drøftet i lys av forskningslitteratur og teoretisk kunnskap. Målet ved drøftingen var å besvare hvordan sykepleier ved hjelp av kommunikasjon kan bidra til brukermedvirkning hos pasienter med afasi etter hjerneslag. Vi har drøftet barrierer og forutsetninger for god kommunikasjon og ivaretagelse av brukermedvirkning. Videre har vi drøftet om implementering av nye kommunikative tilnærminger og til slutt utfordringer knyttet til slike nye implementeringer.</p> <p><u>Konklusjon</u> Det er i stor grad sykepleieren som styrer kommunikasjonen med pasienter med afasi, som fører til en skev maktfordeling og lav grad av personorientert kommunikasjon. Utfordringer med kommunikasjon til pasienter med afasi er en barriere for å ivareta brukermedvirkning. Oppgavens funn viser at implementering av nye kommunikative tilnærminger, som SCA og KomHIT, kan bidra til å øke pasienter med afasi sin mulighet til å medvirke ved gjennomføringen av helse- og omsorgstjenester.</p>	

(Totalt antall ord: 229)

## **Innholdsfortegnelse**

<b>1</b>	<b>Innledning .....</b>	<b>1</b>
1.0	Bakgrunn for valg av tema .....	1
1.1	Presentasjon av problemstilling .....	2
1.2	Begrepsavklaring .....	2
1.3	Kontekst og avgrensning .....	2
1.4	Disposisjon for oppgaven .....	2
<b>2</b>	<b>Teori.....</b>	<b>3</b>
2.0	Brukermedvirkning.....	3
2.1	Hjerneslag og afasi.....	3
2.2	Travelbee og kommunikasjon .....	4
2.2.1	Travelbee og menneske-til-menneske-forholdet .....	4
2.2.2	Kommunikasjon .....	6
2.2.3	Kommunikasjonsteknikker.....	7
2.3	Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere.....	8
2.4	Lovverk.....	9
<b>3</b>	<b>Metode .....</b>	<b>10</b>
3.0	Presentasjon av metode.....	10
3.1	Artikkelsøk .....	10
3.2	Kildekritikk.....	12
<b>4</b>	<b>Resultater .....</b>	<b>14</b>
<b>5</b>	<b>Drøfting .....</b>	<b>16</b>
5.0	Barrierer for god kommunikasjon og ivaretagelse av brukermidvirkning .....	16
5.1	Kommunikasjonsteknikker og kommunikative tilnærminger .....	19
5.2	Forutsetninger for god kommunikasjon og ivaretagelse av brukermidvirkning .....	21
5.3	Utfordringer .....	22
<b>6</b>	<b>Avslutning .....</b>	<b>24</b>
	<b>Referanseliste .....</b>	<b>25</b>

# 1 Innledning

## 1.0 Bakgrunn for valg av tema

Afasi har konsekvenser for kommunikasjon ettersom språket ikke lenger fungerer som et middel til å skape kontakt og mening i tilværelsen (Wergeland et al., 2016, s. 309). Hver dag får omtrent 17-18 mennesker i Norge afasi, og den vanligste årsaken er hjerneslag (Corneliussen et al., 2014, s. 9, 13). Afasi vil være en alvorlig funksjonshemming for den som rammes, ettersom vi bruker språket for å kommunisere med hverandre (Corneliussen et al., 2014, s. 13). En manglende evne til å kunne oppfatte og uttrykke seg på lik linje med andre, som afasi medfører, kan skape en følelse av mindreverdighet og føre til en følelse av redusert mentalitet (Wergeland et al., 2016, s. 309).

Forskning har vist at opp til 40% av pasienter med afasi blir helt friske eller tilnærmet friske innen det første året etter et hjerneslag, mens de resterende 60% fortsatt har vansker med kommunikasjon. Ett år etter et hjerneslag har så mye som 18-27% av pasientene kronisk afasi. Når pasientene ikke klarer å kommunisere egne ønsker og behov er det en større risiko for komplikasjoner, som for eksempel depresjon. Forskning har vist at pasienter med afasi kan ha dårligere utbytte av rehabilitering og en høyere grad av mortalitet (Poslawsky et al., 2010, s. 18). Brukermedvirkning i rehabilitering har vist seg å ha en positiv effekt på utbyttet av rehabiliteringsprosessen og det er dermed rimelig å anta at pasienter med afasi har et dårligere rehabiliteringspotensial dersom brukermedvirkning ikke ivaretas (Afasiforbundet, 2015).

Det fremkommer av FNs konvensjon om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne at de har krav på like god behandling som den som gis til andre. Det innebærer at behandlingen skal skje på grunnlag av fritt og informert samtykke og bevisstgjøring om selvbestemmelsesrett (Forente nasjoner, 2006, artikkel 25). Det er nedfelt i Pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 3-1) at pasienten har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Det blir derfor en viktig kommunikativ oppgave for sykepleier å undersøke hva som er viktig for pasienten, og dens ønsker og behov i situasjonen (Eide & Eide, 2017, s. 57). Å kommunisere godt med afasirammede krever at sykepleier har kunnskap om pasientens lidelse, evne til å leve seg inn i pasientens situasjon og behersker kommunikasjonsstrategier godt (Eide & Eide, 2017, s. 320).

I denne oppgaven ønsker vi å finne ut av hvordan sykepleier kan iverksette brukermedvirkning hos pasienter med afasi. Vi vil gå nærmere inn på hvordan sykepleier kan bruke kommunikasjon for å sikre medvirkning hos pasienter som har fått afasi som følge av et hjerneslag.

### **1.1 Presentasjon av problemstilling**

Hvordan kan sykepleier ved hjelp av kommunikasjon bidra til brukermedvirkning hos pasienter med afasi etter hjerneslag?

### **1.2 Begrepsavklaring**

**Brukermedvirkning:** Holter og Grov (2015, s. 33) definerer brukermedvirkning som «de som berøres av en beslutning, eller brukere av tjenester, får innflytelse på beslutningsprosesser og utforming av tjenestetilbud».

### **1.3 Kontekst og avgrensning**

Konteksten for denne oppgaven er begrenset til å gjelde enheter for slagpasienter i spesialisthelsetjenesten. Aldersgruppen er avgrenset til å omhandle voksne over 18 år, fordi de fleste som rammes av et hjerneslag er middelaldrende eller eldre. Insidensen øker med alder, og vi har dermed ikke begrenset med en øvre alder (Wergeland et al., 2016, s. 303). Vi inkluderer alle de tre ulike typene av afasi, som er motorisk, sensorisk og global afasi, fordi det er vanskelig å skille de ulike formene fra hverandre. I tillegg har de fleste en blanding av de tre formene (Wergeland et al., 2016, s. 309). Videre har vi valgt å fokusere på relasjonen mellom sykepleier og pasient, og inkluderer dermed pårørende i liten grad.

### **1.4 Disposisjon for oppgaven**

I kapittel 2 presenterer vi faglig kunnskap, teoretiske perspektiver og sykepleiefaglige rammer. Oppgavens metode og kritisk vurdering av kilder beskrives i kapittel 3. I kapittel 4 presenteres resultatene fra forskningsartiklene som skal besvare problemstillingen. Resultatene diskuteres og drøftes opp mot relevant litteratur og juridisk og etisk kunnskap i kapittel 5. I kapittel 6 løftes de viktigste momentene fra oppgaven frem og problemstillingen besvares.

## **2 Teori**

I teorikapittelet skal vi introdusere teoretisk kunnskap som er relevant for vår problemstilling. Her skal vi skrive om brukermedvirkning, kort om hjerneslag, de ulike typene av afasi, Travelbees sykepleieteori og videre om kommunikasjon. Vi skal også beskrive relevante lovverk og yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, og knytte det opp mot vår problemstilling.

### **2.0 Brukermedvirkning**

Pasienter har rett til innsyn og medbestemmelse ved gjennomføringen av helse- og omsorgstjenester, og skal bli hørt og respektert som eksperter på sitt eget liv. Målet er at pasientene selv skal kunne medvirke aktivt i utformingen av sine helsetjenestetilbud, samtidig som de opplever helsepersonellet som sine samarbeidspartnere (Holter & Grov, 2015, s. 33). Retten til medvirkning er et demokratisk gode for pasientene, men det kan også bidra til at helsepersonellet treffer bedre beslutninger og valg når de aktivt involverer pasientene (Molven, 2015, s. 88). Brukermedvirkning er et virkemiddel for å kvalitetssikre og forbedre helsetjenestene, når pasientens tilbakemeldinger og synspunkter aktivt er i fokus (Flovik & Roseth, 2015, s. 278). Sykepleier kan ikke velge å forholde seg til brukermedvirkning eller ikke, fordi det er en lovfestet rettighet. God kommunikasjon er det viktigste i møtet mellom pasient og sykepleier og det forutsetter at begge er åpne og bevisste for hverandre. I diskusjoner og beslutninger som angår pasientene skal de betraktes som likeverdige partnere. Det er viktig at sykepleier evner å være et medmenneske, og innehar god evne til å lytte (Helsedirektoratet, 2017).

### **2.1 Hjerneslag og afasi**

Kirkevold (2014, s. 465) definerer hjerneslag som «en ervervet, lokal hjerneskode grunnet oksygenmangel og celledød som følge av redusert blodtilstrømning til et område i hjernen.». Et hjerneslag kan enten forårsakes av et hjerneinfarkt eller en hjerneblødning, og de to ulike årsakene krever forskjellig behandling. Konsekvensene og alvorligheten av et hjerneslag avhenger av hvilket område i hjernen som er rammet og størrelsen på infarkt eller blødningen (Bertelsen, 2016, s. 326, 327). Hvert år rammes ca 15.000 personer av hjerneslag i Norge (Wergeland et al., 2016, s. 304). Et hjerneslag kan føre til kognitiv funksjonsnedsettelse, som afasi, og det kan være en vanskelig konsekvens (Kirkevold, 2014, s. 477).

Afasi skyldes en skade i språkområdet i hjernen som fører til at taleevnen svikter helt eller delvis (Wergeland et al., 2016, s. 309). De ulike typene av afasi inndeles etter hvilken grad språkforståelsen og språkproduksjonen er rammet. De ulike formene for afasi er motorisk afasi, sensorisk afasi og global afasi (Eide & Eide, 2017, s. 320).

Ved motorisk afasi ligger skaden i det fremre språkområdet, Brocas område, der språket produseres. En skade i det fremre språkområdet vil resultere i et langsomt taletempo med dårlig flyt, og den afasirammede strever med å finne fram til og forme ordene (Corneliussen et al, 2014, s. 15). Talen kjennetegnes ved at den ofte er nølende og usammenhengende, og det kan virke som pasienten strever med å finne ord. Pasientene med motorisk afasi kan ha vansker med å forholde seg til store mengder informasjon som presenteres raskt, sammensatte beskjeder og informasjon som kommer fra flere kanter samtidig (Eide & Eide, 2017, s. 321).

Ved sensorisk afasi sitter skaden i det bakre språkområdet, Wernickes område, som omdanner språklyder via sansene til meningsbærende enheter (Eide & Eide, 2017, s. 321). Det bakre språkområdet er viktig for at vi skal forstå de ordene vi hører. En skade i det bakre språkområdet gir nedsatt språkforståelse og vansker med å oppfatte hva som blir sagt (Wergeland et al., 2016, s. 309). Talen har et flytende preg, altså at det er en flytende strøm av ord, men det som sies kan for mange gi lite innhold og mening (Corneliussen et al., 2014, s. 15).

Global afasi forårsakes av skade i både fremre og bakre språkområde, som medfører både nedsatt språkproduksjon og språkforståelse (Wergeland et al., 2016, s. 309). Pasienter med global afasi har som regel fortsatt god situasjonsforståelse, eksempelvis ved at de forstår kroppsspråk og tonefall, og de kan forstå enkle nøkkelord (Eide & Eide, 2017, s. 320-321).

## **2.2 Travelbee og kommunikasjon**

### **2.2.1 Travelbee og menneske-til-menneske-forholdet**

Joyce Travelbee (1999, s. 29) definerer sykepleie som «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». Begrunnelsen for at Travelbee definerer sykepleie som en mellommenneskelig prosess er fordi det alltid dreier seg om en erfaring eller hendelse som

foregår mellom mennesker, hvor det er ett eller flere individer som har behov for den hjelpen som ytes av sykepleieren (Travelbee, 1999, s. 29-30). En profesjonell sykepleier har evnen til å bruke seg selv terapeutisk, og kan lindre den sykes plager ved bruk av egen personlighet og egne kunnskaper (Travelbee, 1999, s. 44).

En pasient er et individ som befinner seg på et sykehus eller er bruker av helsetjenesten. Begrepet «pasient» er en stereotyp, og vi generaliserer ofte alt det vi forbinder med det begrepet til å omhandle alle pasienter. En pasient er et unikt menneske, med sterke og svake sider, og en pasient er ikke noe annerledes enn alle andre mennesker. En grunntanke i Travelbees sykepleieteori er at det ikke finnes pasienter, men enkeltindivider som har behov for hjelp og omsorg fra andre mennesker (Travelbee, 1999, s. 61-63). Det samme er tanken om begrepet «sykepleier». En sykepleier er et menneske på samme måte som alle andre mennesker, men kan bli generalisert på lik linje som pasienter. En hovedforskjell er at sykepleieren har spesielle kunnskaper og er i stand til å yte omsorg og hjelp til andre mennesker som har behov for det (Travelbee, 1999, s. 72, 76).

I følge Travelbee kan sykepleiens mål og hensikt oppnås gjennom etableringen av et menneske-til-menneske-forhold. Travelbee forklarer forholdet som: «En eller flere opplevelser og erfaringer som deles av sykepleieren og den som er syk, eller som har behov for sykepleiernes tjenester». (Travelbee, 1999, s. 41). Ved en slik tilnærming vil både sykepleieren og pasienten oppfatte hverandre som unike menneskelige individer, og forholde seg til hverandre deretter. Den profesjonelle etablerer målbevisst et menneske-til-menneske-forhold, opprettholder det og bruker det som et virkemiddel for å sikre at behovet for sykepleie blir ivaretatt. Etableringen av et slikt forhold krever at sykepleieren er sikker og bevisst på sine følelser, tanker og erfaringer. Forholdet vil ikke utvikle seg av seg selv, det må bygges opp gradvis (Travelbee, 1999, s. 171-172).

I interaksjonen med mennesker er det vanskelig å følge faste regler eller prosedyrer, fordi alle interaksjoner er like, samtidig som de er helt ulike. Det er uansett viktig å utvikle evner og teknikker i kommunikasjon (Travelbee, 1999, s. 138). Sykepleie-pasient-interaksjoner er alt som foregår mellom individene, som kommunikasjon, utdeling av medisiner, sykepleieprosedyrer og behandling som gis. En interaksjon kan være god eller dårlig, men et menneske-til-menneske-forhold vil alltid være godt uansett, fordi det er konstruktivt og det ivaretar den sykes behov (Travelbee, 1999, s. 173).



Det foregår alltid kommunikasjon mellom sykepleier og pasient, både bevisst og ubevisst. Det er denne kommunikasjonen som gjør sykepleieren i stand til å etablere menneske-til-menneske-forholdet, slik at individets behov for sykepleie blir ivaretatt (Travelbee, 1999, s. 135). I følge Travelbee er kommunikasjon først og fremst et middel for å opprettholde menneske-til-menneske-forholdet, som igjen er et middel for å realisere sykepleiens formål (Eide & Eide, 2017, s. 365). Kommunikasjon er et middel for å lære pasienten å kjenne, forstå og møte pasientens behov, samt å hjelpe pasienten til å mestre sykdom, lidelse og ensomhet. Travelbee skriver at sykdom og lidelse henger nøye sammen, og at en persons holdning til lidelse i stor grad bestemmer hvor effektivt en mestrer sykdom. Mellommenneskelige relasjoner kan påvirke den enkeltes holdning til egen lidelse, eksempelvis finne mening i den, og følgelig hjelpe personen til å mestre både lidelsen og sykdommen bedre (Eide & Eide, 2017, s. 366). Sett i lys av vår problemstilling kan vi si at sykepleier vil kunne bidra til mestring for pasienten ved å hjelpe og motivere den afasirammede til å gjenvinne språket.

### **2.2.2 Kommunikasjon**

Begrepet kommunikasjon kommer av det latinske ordet *communicare* og kan oversettes med "å gjøre noe felles" (Eide & Eide, 2017, s. 17). Det kan forstås som det å gjøre noe i fellesskap og det å gjøre noe til felles viten. Eide & Eide (2017, s.17) definerer kommunikasjon i relasjoner som utveksling av verbale og nonverbale tegn og signaler mellom to eller flere personer. Verbal kommunikasjon er ved hjelp av ord, både skriftlig og muntlig, mens nonverbal kommunikasjon er all kommunikasjon uten bruk av ord (Travelbee, 1999, s. 138). Kommunikasjon forutsetter at alle som deltar i kommunikasjonen aktivt samarbeider og samhandler, og at man har et felles mål (Corneliussen et al., 2014, s. 22).

Det som kjennetegner profesjonell kommunikasjon er at den er personorientert og faglig fundert (Eide & Eide, 2017, s. 16). Personorientert kommunikasjon forutsetter at man er aktivt lyttende på en slik måte at den andre opplever å bli sett, hørt og forstått, både verbalt og nonverbalt. Det innebærer at man ser den andre som en unik person og man utforsker og anerkjenner hva den andre personlig opplever som verdifullt og viktig. Det er viktig å motivere pasienten til å ta kontroll over egen situasjon der det er mulig. På denne måten deles makten mellom sykepleier og pasient, og det stimulerer pasienten til å utøve autonomi (Eide & Eide, 2017, s. 17).

En stor del av kommunikasjonen er nonverbal. Det er et responderende språk og det forteller noe om parter i en dialog og om relasjonen mellom de. Det uttrykker gjerne noe om den andres følelser og reaksjoner (Eide & Eide, 2017, s. 139). Nonverbale tegn og signaler formidles på ulike måter gjennom ulike kanaler, eksempelvis ansiktsuttrykk, øyekontakt, kroppsholdning og kroppsspråk, stemme, berøring, stillhet og tempo (Eide & Eide, 2017, s. 140). Det å lytte aktivt til den andres nonverbale språk gjør oss i stand til å oppfatte viktig informasjon om vedkommende som kommer nonverbalt til uttrykk. Gjennom nonverbal kommunikasjon signaliserer en hvorvidt en er innstilt på å lytte og hjelpe, noe som er avgjørende for hvorvidt pasienten føler seg godt ivaretatt eller ikke (Eide & Eide, 2017, s. 136). Det nonverbale språket kan fungere kongruent eller inkongruent. Kongruens betyr at det er overensstemmelse mellom det verbale og det nonverbale, mens inkongruens er når det vi uttrykker verbalt og nonverbalt ikke stemmer over ens (Eide & Eide, 2017, s. 137). I møte med pasienter med afasi er det viktig at sykepleier først etablerer en god kontakt (Eide & Eide, 2017, s. 321). God kommunikasjon med afasirammede krever at sykepleier har kunnskap om pasientens lidelse, evne til å leve seg inn i pasientenes situasjon og at sykepleier behersker et nyansert register av kommunikasjonsstrategier (Eide & Eide, 2017, s. 320).

I samtale med pasienter med afasi er det viktig at sykepleier ser pasienten bak kommunikasjonsutfordringen og anerkjenner at det er et menneske som besitter massevis av kunnskap, interesser, ønsker og meninger. Sykepleier skal behandle pasienten med afasi som en likeverdig samtalepartner med respekt, tillit og åpenhet. Samtidig må sykepleier også være bevisst på at man har et spesielt ansvar for å få i stand og opprettholde samtalen når samtalepartneren har en utfordring med tanke på kommunikasjon (Corneliussen et al., 2014, s. 27).

### **2.2.3 Kommunikasjonsteknikker**

Kommunikasjonsteknikker er nyttige når en skal lære den syke å kjenne og ved etableringen av et menneske-til-menneske-forhold. Slike teknikker er metoder som brukes for å nå mål med sykepleierintervensjonene. Travelbee trekker frem åpne utsagn eller spørsmål, speiling av følelser og inntrykk, deling av sanseintrykk og bevisst bruk av klisjeer. Åpne utsagn eller spørsmål er overgangsfraser eller brobyggere som oppmuntrer den andre til å fortsette å snakke. Nonverbale metoder, eksempelvis et nikk, kan også være effektive for å få den andre til å fortelle mer. En annen kommunikasjonsteknikk er å speile følelser og inntrykk, det gir den syke mulighet til å utdype om sine følelser. En kan også parafrasere innholdet i

kommunikasjonen, ved å gjenta visse ord og utsagn, som ledd i kommunikasjonen videre. Å dele sine sanseintrykk med den andre kan få vedkommende til å fortelle hva som ligger bak ens atferd. Sykepleier bør være bevisst ved bruk av klisjeer. Standardfraser kan avdekke viktig informasjon, men krever at sykepleier evner å ytre virkelig interesse, slik at den syke opplever at sykepleier har tid og ønske om å lytte (Travelbee, 1999, s. 153-157).

### **2.3 Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere**

De yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere belyser blant annet forholdet mellom sykepleier og profesjonen, sykepleier og pårørende og deriblant forholdet mellom sykepleier og pasient. Barmhjertighet, omsorg og respekt for grunnleggende menneskerettigheter er de fundamentale verdiene. Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for hvert enkeltindivid sitt liv og iboende verdighet (Sneltvedt, 2012, s. 99). På bakgrunn av vår problemstilling har vi lagt vekt på kapittel 2, som omhandler sykepleieren og pasienten, som står i de yrkesetiske retningslinjene:

2.3 «Sykepleieren ivaretar den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg.»

2.4 «Sykepleieren er bevisst sin profesjonelle rolle. Sykepleieren respekterer pasientens integritet og utnytter ikke pasientens sårbarhet.»

2.5 «Sykepleieren fremmer pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått.»

2.6 «Sykepleieren respekterer pasientens rett til selv å foreta valg, herunder å frasi seg sin selvbestemmelse.» (Norsk sykepleierforbund, 2019).

Vi anser de ovennevnte retningslinjene som særskilt relevante for vår oppgave, fordi de sier noe om det faglige ansvaret sykepleieren har, og om respekt for pasientens autonomi og rett til medbestemmelse. Å ivareta pasientens behov for helhetlig omsorg innebærer å erkjenne hva som er viktig for pasienten, og på den måten fremme selvbestemmelse og mestring (Eide & Eide, 2017, s. 63). Pasienter med afasi er en sårbar gruppe, med tanke på deres utfordringer når det gjelder kommunikasjon, og det er viktig at sykepleier ser hele pasienten og anerkjenner dens meninger og tanker (Corneliussen et al., 2014, s. 27). Pasientene skal betraktes som likeverdige partnere i diskusjoner og beslutninger som angår dem (Helsedirektoratet, 2017).

## 2.4 Lovverk

Som beskrevet tidligere i oppgaven har pasienten rett til medvirkning ved gjennomføringen av helse- og omsorgstjenester. Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-1). I henhold til pasient- og brukerrettighetsloven (1999) § 3-2 har pasienten rett til informasjon. Informasjon som gis skal tilpasses den enkelte pasient, og helsepersonell plikter å sørge for at informasjonen er forstått (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-5). Retten til å medvirke må også sees i sammenheng med selvbestemmelsesretten, retten til å bestemme selv (Molven, 2015, s. 88). Hovedregelen er at helsehjelp bare kan gis ved pasientens samtykke, det vil si at pasientene selv bestemmer om de vil motta helsehjelp og hvilken type helsehjelp de vil motta (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 4-1; Molven, 2015, s. 91). Videre fremkommer det av helsepersonelloven (1999) § 10 at helsepersonell, herunder sykepleiere, plikter å gi informasjon etter pasient- og brukerrettighetsloven §§ 3-2 til 3-4. Ved å benytte ulike kommunikasjonsteknikker kan sykepleier tilpasse kommunikasjonen for pasienten med afasi, og på den måten sørge for at informasjonen som gis er tilstrekkelig og forståelig. Det vil sikre at pasienten får mulighet til å ta selvstendige avgjørelser, og at retten til å medvirke ivaretas (Corneliussen et al, 2014, s. 69).

### **3 Metode**

I metodekapittelet skal vi gjøre rede for metoden for oppgaven, altså hvordan vi har gått frem for å søke etter forskning, samt kildekritikk av valgt litteratur og forskning.

#### **3.0 Presentasjon av metode**

Metoden i en oppgave forklarer hvordan en har gått frem for å skaffe og etterprøve ny kunnskap, altså fremgangsmåten som er benyttet i datainnsamlingen (Dalland, 2020, s. 53, 197). Vi skriver en litterær oppgave, og denne typen oppgave kjennetegnes av at en samler inn data fra allerede eksisterende fagkunnskap, forskning og teori (Dalland, 2020, s. 199). Det vil si at vi ikke har samlet inn dataene selv, men samlet funn fra eksisterende forskning.

Vi ønsker å få mer kunnskap om betydningen av sykepleiers kommunikative evner og sykepleiers erfaringer med kommunikasjon til pasienter med afasi. Kvalitativ metode er dermed godt egnet for studiene vi inkluderer i vår oppgave, fordi denne type forskning får frem sammenheng, helhet og særegenhet, og formidler forståelse (Dalland, 2020, s. 55). Kvalitativ forskning kjennetegnes av at hensikten er å få kunnskap om menneskelige egenskaper. Denne metoden innebærer få deltakere, men kunnskapen går mer i dybden, fremfor kvantitativ metode som samler inn store mengder målbare objektive data og gir breddekunnskap (Thidemann, 2019, s. 76).

Fagbøker på nåværende og tidligere pensumlister til bachelorutdanningen i sykepleie er brukt til å hente inn fagkunnskap og teori om afasi, hjerneslag, kommunikasjon og brukermedvirkning. I tillegg har vi utført søk for å skaffe ytterligere fagkunnskap og bøker i Oria, som er en søkemotor i skolens bibliotek. Boken «Metode og oppgaveskriving» av Dalland er benyttet for å strukturere oppgaven. Vi har definert sykepleie ut fra Travelbee sin teori, og boken hennes «Mellommenneskelige forhold i sykepleie» har dermed vært viktig for vår oppgave. Vi har også utført litteratursøk i databaser for å finne forskningsartiklene.

#### **3.1 Artikkelsøk**

Vi har benyttet oss av CINAHL som database når vi har gjort våre søk etter forskningsartikler. CINAHL er en forkortelse for Cumulative Index to Nursing and Allied Health og dekker internasjonale tidsskrifter innen sykepleie og helsefag (Helsebiblioteket, 2013). For å gjøre søkene mer presise har vi benyttet oss av termbasen MeSH. Søkeordene vi

har brukt er formulert på bakgrunn av problemstillingen og er som følger: «Aphasia», «Communication», «Nurse-patient Relations», «Nurses» og «Participation». Fremgangsmåtene i søkene for tre av artiklene presenteres systematisk i Tabell 1, mens søket for den fjerde artikkelen gjøres rede for senere i kapittelet. Til å begynne med kombinerte vi søkeordene med «OR», men det ga en stor andel av resultater som ikke var relevante for vår problemstilling. For å sikre et presist søk og at resultatet av søket var relevant for vårt tema, ønsket vi å inkludere alle søkeordene. Vi kombinerte dermed søkeordene med «AND». Denne kombinasjonen av søkeord reduserte antall treff, og vi gjorde derfor ingen ytterligere avgrensninger. Da vi fikk et resultat av et søk, startet vi med å lese overskrifter på artiklene. Vi vurderte om de kunne være relevante, og leste dermed et utdrag av abstrakter (se Tabell 1). Til slutt valgte vi ut en eller flere artikler som vi leste i sin helhet. Vi ekskluderte blant annet artikler som ikke hadde et sykepleiefaglig fokus, for eksempel mer fokus på logopeder, og artikler hvor kontekst ikke var lagt til spesialisthelsetjenesten.

Det var vanskelig å finne et godt søkeord for «brukermedvirkning», men vi brukte MeSH som ga søkeordet «Participation». Vi valgte kun ut en forskningsartikkel fra søkeresultatet som inkluderte «Participation». Da vi valgte ut de to andre artiklene la vi vekt på at de hadde fokus på kommunikasjon og samhandling mellom sykepleier og pasient med afasi, ettersom det er en viktig forutsetning for å fremme brukermedvirkning.

Tabell 1: Søkeshistorikk

DATO OG DATABASE	SØKEORD	TREFF	LESTE TITLER	ANTALL LESTE ABSTRAKTER	ANTALL LESTE ARTIKLER	ANTALL VALGTE ARTIKLER
27.11.20 CINAHL	"Aphasia" AND "Communication" AND "Nurse-patient Relations»	31	31	6	2	2 «Ward talk»: Nurses' interaction with people with and without aphasia in the very early period poststroke  The use of conversational analysis: nurse-patient interaction in communication disability after stroke
05.01.21 CINAHL	«Aphasia» AND «Communication» AND «Nurses» AND «Participation»	2	2	2	1	1 Implementation of supported conversation for communication between nursing staff and in-hospital patients with aphasia

I søkeprosessen fant vi én artikkel som var relevant, i en referanseliste fra en annen artikkel, men den var litt eldre, så vi ønsket dermed ikke å inkludere den. Artikkelen var tilgjengelig på tandfonline.com, som er en database hvor en kan finne kvalitetssikret og fagfellevurderte journaler og artikler, blant annet innen sykepleie. Der benyttet vi en funksjon som viste en liste over artikler som har referert til denne artikkelen. I denne listen fant vi en aktuell nyere artikkel som vi ikke hadde tilgang til i fulltekst, men som vi bestilte fra skolens bibliotek, og som vi har inkludert som én av forskningsartiklene.

### **3.2 Kildekritikk**

Her skal vi gjøre rede for og kritisk vurdere svakheter og utfordringer med teorien, fagkunnskapen og forskningen vi har valgt. For å vurdere kvaliteten på forskningsartiklene som vi har valgt til oppgaven, har vi brukt Critical Appraisal Skills Programme (CASP) sin sjekkliste for kvalitative studier (Critical Appraisal Skills Programme, 2018) og kontrollert at de har fulgt IMRaD-struktur. Vi har kontrollert at forskningen er fagfellevurdert i NSD sitt register for vitenskapelige publiseringskanaler (Norsk senter for forskningsdata, 2021). Fagfellevurdering er viktig fordi det forsikrer oss om at artiklene holder vitenskapelig standard, og hjelper oss å skille vitenskapelige artikler fra fagartikler (Trygstad & Dalland, 2020, s. 145). CINAHL, databasen vi har benyttet, inneholder forskning relatert til sykepleie og helsefag, noe som gjorde det enklere å finne artikler som hadde et sykepleiefaglig perspektiv (Helsebiblioteket, 2013).

Pasienter med afasi har ofte blitt ekskludert fra forskning på bakgrunn av deres utfordringer når det gjelder kommunikasjon (Johansson et al., 2012, s. 145). Søkene ga begrenset antall treff, og vi valgte derfor å inkludere én artikkel som var publisert i 2009, og dermed litt eldre enn det vi hadde planlagt. Det kan være en ulempe med tanke på at det sykepleiefaglige feltet stadig er i utvikling, men vi har vurdert den til å være relevant og overførbar til vår problemstilling. Vi har kun gjort et utvalg av litteratur, men det vi har funnet dekker det vi var ute etter å finne. Vi har vært bevisste på at forskningen vi har valgt har et lite utvalg av deltakere, fordi det er kvalitativ forskning, og at resultatene dermed ikke representerer et stort mangfold.

Vi har inkludert en artikkel som har mixed method som metode. Det innebærer en kombinasjon av både kvalitative og kvantitative data, som kan gi en mer komplett forståelse, enn det kvalitativ eller kvantitativ tilnærming kan gi alene (Andersen, 2017, s. 61).

De artiklene vi har valgt er studier som har blitt utført i andre land enn Norge. Majoriteten av studiene er utført i Europa, med unntak av én studie, som ble utført i Australia. Forskningen har vi vurdert på bakgrunn av relevans og overførbarhet til vår problemstilling. Vi kan ikke utelukke feiltolkninger i oversettelsen av artiklene, da samtlige av de er skrevet på engelsk, men det vil alltid være en risiko for feiltolkninger når en skal tolke andres data.

Joyce Travelbee sin bok, Mellommenneskelige forhold i sykepleie, ble opprinnelig utgitt på engelsk i 1966, og den norske oversettelsen fra 1999 er dermed en sekundærkilde. Det er 55 år siden boken ble gitt ut og 22 år siden den ble oversatt, men den er en del av pensum i sykepleierutdanningen. Vi anser boken til å fortsatt være relevant, og spesielt når det gjelder vår problemstilling.



## 4 Resultater

Forskningsartiklene som er valgt utgjør hovedfunnene i vår litterære oppgave. Artiklenes resultater presenteres i dette kapittelet og videre vil funnene bli diskutert i kapittel 5.

Resultatene er presentert ytterligere i Tabell 2. To av artiklene ser på kommunikasjon og forholdet mellom sykepleier og pasient. De to andre artiklene utforsker implementering av nye kommunikative tilnærminger, med ulike kommunikasjonstrategier og -metoder.

Tabell 2: Artikkelmatrikse

Nr	Forfatter/årstall	Tittel	Tidsskrift	Hensikt	Design/metode	Funn
1	Hersh, D., Godecke, E., Armstrong, E., Ciccone, N., & Bernhardt, J. 2014	«Ward talk»: Nurses' interaction with people with and without aphasia in the very early period poststroke	Aphasiology 2014; 30(5), 609-628	Hensikten med studien var å utforske sykepleieres interaksjoner med pasienter på en akutt slagpost, for å forstå hvordan det kommunikative miljøet kunne forbedres.	Kvalitativ studie. Videoopptak av sykepleiere og pasienter på en akutt slagpost for å samle inn data, som senere har blitt transkribert. Tre pasienter (en uten afasi).	Sykepleiere dominerte samtalen, brukte lukkede spørsmål, og kommuniserte generelt ikke om andre problemer enn fysisk pleie. Det begrenset pasientene og de falt oftest i et mønster av lukkede spørsmål og enkel respons. Det var få støttede samtalestrategier. Talefunksjonsanalysen avslørte en avmaktsposisjon til pasientene med afasi sammenlignet med pasienten uten afasi som brukte et bredere spekter av talefunksjoner.
2	Hansen, D., Kristensen, L. F., Christensen, M. E., Eriksson, K. & Thunberg, G. 2020	Implementation of supported conversation for communication between nursing staff and in-hospital patients with aphasia	Disability and Rehabilitation	Hensikten med studien var å utforske helsepersonellens erfaringer med implementering av en ny kommunikasjonstilnærming på et nevrorehabiliteringssenter. Målet var å involvere pasienter med kommunikasjon utfordringer i større grad, spesielt pasienter med afasi.	Kvalitativ studie. To semistrukturerte gruppeintervjuer. 6 helsepersonell fra to ulike avdelinger (både fysioterapeut, ergoterapeut, sykepleier og pleieassistent)	Tre hovedtemaer:  Pasientene med afasi var med på å påvirke sin egen rehabiliteringsprosess i større grad.  Helsepersonellet opplevde økt fokus på kommunikasjon med pasienter med afasi.  Tidsrestriksjoner og dilemmaer med målsetting var utfordrende.

3	Gordon, C., Ellis-Hill, C. & Ashburn, A.  2009	The use of conversational analysis: nurse–patient interaction in communication disability after stroke	Journal of Advanced Nursing 2009; 65(3), 544-553	Hensikten med studien var å utforske hvordan sykepleiere og pasienter med afasi/dysartri kommuniserer med hverandre i naturlige settinger på en slagavdeling.	Kvalitativ studie. Observasjonell studie. Videoopptak med feltnotater, og påfølgende samtaleanalyse. 14 sykepleiere, 5 pasienter med afasi/dysartri.	Sykepleierne kontrollerte samtalen ved å kontrollere emne og flyt, noe som skapte asymmetri i alle interaksjoner. Pasientene hadde veldig lite innspill på grunn av lukkede spørsmål.
4	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 2015 29(1), 57-80	Hensikten med studien var å implementere støttende samtale for voksne med afasi (SCA). 1. Å utvikle en retningslinje for tverrfaglig personale til kommunikasjon med pasienter med afasi. 2. Utvikle tverrfaglig opplæring og undervise alle ansatte. 3. Å lage et sett med kommunikasjonsverktøy	Mixed-method: Kvantitativ og kvalitativ studie.  Kvantitativt spørreskjema før og etter workshop. 31 sykepleiere  Individuelle semistrukturerte intervjuer. 5 sykepleiere og 2 pleieassistenter.	Sykepleierne følte de hadde økt forståelse av afasi etter workshop og at kommunikasjonen var mindre frustrerende for pasienten. Endrede strategier – fra kroppsspråk til mer fokus på bildebruk og skriving. Sykepleierne var mer selvsikre når det gjaldt deres evne til å kommunisere med pasientene, mer opptatt av forståelse og mer villig til å ta initiativ til samtaler om mer komplekse temaer. Barrierer for å bruke hjelpemidlene og teknikkene var mangel på tid, komplekse bildehjelpemidler og pasientsymptomer.

## 5 Drøfting

I drøftingskapittelet vil vi drøfte den aktuelle problemstillingen; Hvordan kan sykepleier ved hjelp av kommunikasjon bidra til brukermedvirkning hos pasienter med afasi etter hjerneslag? Drøftingen tar utgangspunkt i funnene fra våre valgte forskningsartikler, og settes opp mot relevant litteratur, valgt teori og etisk og juridisk kunnskap. Innledningsvis skal vi drøfte barrierer for god kommunikasjon og ivaretagelse av brukermedvirkning. Og videre om to kommunikative tilnæringer og ulike kommunikasjonsstrategier, samt forutsetninger for god kommunikasjon og ivaretagelse av brukermedvirkning. Til slutt skal vi drøfte utfordringer ved implementering av nye kommunikative tilnæringer.

### 5.0 Barrierer for god kommunikasjon og ivaretagelse av brukermedvirkning

Som sykepleier vil en møte pasienter med afasi i ulike deler av helsetjenesten, både i spesialisthelsetjenesten og i kommunehelsetjenesten (Wergeland et al., 2016, s. 303). Sykepleierens vurderinger og beslutninger påvirkes av miljøet rundt pasienten. Det kan for eksempel tas ulike vurderinger av pasienten med afasi sin evne til å kommunisere avhengig av om pasienten befinner seg på et sykehus eller i sitt eget hjem (Nortvedt & Grønseth, 2016, s. 26). Mangel på tid og ressurser er en utfordring i alle deler av helsetjenesten. Samhandlingsreformen har ført til kortere liggetid i spesialisthelsetjenesten, noe som begrenser tiden sykepleieren får til å følge opp pasientene med afasi (Meld. St. 47 (2008-2009), s. 56). Vi skal drøfte utfordringer med tanke på tid ytterligere til slutt i dette kapittelet.

De yrkesetiske retningslinjene sier at sykepleier skal ivareta pasientens behov for helhetlig omsorg, som innebærer å erkjenne hva som er viktig for pasienten. Det vil kunne bidra til selvbestemmelse og mestring for pasientene (Eide & Eide, 2017, s. 63). At sykepleier og pasient oppfatter hverandre som unike individer er grunntanken bak menneske-til-menneske-forholdet (Travelbee, 1999, s. 171). Eide og Eide (2017, s. 63) skriver at tilknytning, selvbestemmelse og mestring henger sammen. Når man som pasient får spørsmål om hva som er viktig for en selv og blir lyttet til, vil det gi en opplevelse av bli sett og hørt, og det styrker tilknytningen i relasjonen. På samme tid tilfredsstiller det behovet for selvbestemmelse, fordi det pasienten selv opplever som viktig, blir tatt hensyn til og lagt til grunn. Når man sammen kan formulere mål og legge en god plan for arbeidet, stimulerer det også følelsen av mestring og kontroll og opplevelsen av å være kompetent til å gjennomføre.

I studien til Gordon et al. (2009, s. 550) viste resultatene derimot at helsepersonell hadde den største kontrollen over kommunikasjonen. Ingen av interaksjonene inkluderte diskusjoner som kan forventes i en rehabiliteringssetting, eksempelvis hvordan hjerneslaget påvirker deres liv eller temaer av interesse for pasienten. I stedet var samtalene relatert til sykepleieoppgaver (Gordon et al., 2009, s. 551). Det skapte asymmetri i alle interaksjonene mellom sykepleier og pasient (Gordon et al., 2009, s. 550). I likhet med Gordon et al. (2009) antyder Hersh et al. (2014, s. 9) i sin studie at sykepleierne dominerte kommunikasjonen. Sykepleierne brukte lukkede spørsmål, innledet samtaler i størst grad, kontrollerte samtaletema og kommuniserte generelt ikke om andre temaer enn fysisk pleie. Analysen de gjorde av samtalene viste en avmaktsposisjon for pasientene med afasi sammenlignet med pasienten uten afasi (Hersh et al., 2014, s. 18). Det er rimelig å anta at en slik tilnærming er en barriere for god kommunikasjon, fordi det svekker tilknytningen mellom sykepleier og pasient, som videre vil svekke graden av selvbestemmelse og mestring.

Som sykepleier har man en relasjon til den enkelte pasient samtidig som man er representant for helsevesenet som system. I møtet med systemet har den enkelte behov for tilknytning, selvbestemmelse og kompetanse. Mange pasienter beveger seg inn og ut av systemene og da kan man lett få følelsen av avmakt. Eide & Eide (2017, s. 63) foreslår at en av grunnene kan være at behovene for tilknytning, selvbestemmelse og kompetanse lett blir oversett i møte med store systemer. En kan få en opplevelse av at systemet har tatt over, og at man selv har liten mulighet til å påvirke det som skjer. Også følelsen av å være kompetent kan lett bli satt på spill (Eide & Eide, 2017, s. 64). I rollen som helsepersonell er man imidlertid alltid i en maktposisjon og makten kan være sterkere enn man er seg selv bevisst. Relasjonen til pasienter og pårørende er aldri jevnbyrdig når det gjelder makt, fordi man som helsepersonell er i rollen som giver og den andre i rollen som mottaker av helsehjelp (Eide & Eide, 2017, s. 26).

Gordon et al. (2009, s. 551) antyder at årsaken til at helsepersonellet kontrollerte kommunikasjonen er kompleks og består av flere faktorer. Helsepersonellets interaksjoner har en tendens til å oppstå i en kontekst der den profesjonelle besitter mer kunnskap enn pasienten, hvilket som anses å være fundamentet for asymmetri. På grunn av afasiens karakter kan pasientens deltakelse i samtalene være uforutsigbare og utfordrende, og kan sees på som en trussel til profesjonell kunnskap. Problemer med å forstå undergraver sykepleiernes kompetanse som kommunikasjonspartnere, og derfor kan de synes det er ubehagelig å snakke

med pasienter som de føler seg dårlig rustet til å snakke med. Det kan forklare hvorfor de ser ut til å kontrollere interaksjonen for mye. Samtidig er pasienter med afasi avhengige av at andre gir rom for at de kan få snakke, noe som begrenser deres mulighet til å påvirke samtaler.

Gordon et al. (2009, s. 551) beskriver effektiv kommunikasjon mellom sykepleier og pasient som respektfull, terapeutisk og en individualistisk tilnærming med forpliktelse til kommunikasjonsprosessen. I følge Travelbee har en profesjonell sykepleier evne til å bruke seg selv terapeutisk (Travelbee, 1999, s. 44). Travelbee understreker at kommunikasjon er viktig for etableringen av menneske-til-menneske-forholdet som ivaretar behovet for sykepleie (Travelbee, 1999, s. 135). Eide og Eide (2017, s. 16) påpeker at profesjonell kommunikasjon er personorientert, noe som forutsetter at sykepleiere er aktivt lyttende og anerkjenner pasienten som et unikt individ. Det vil sikre at pasienten føler seg sett, hørt, respektert og forstått. Basert på samtaleene i studien og deres fokus på pleieoppgaver, virker ikke samtaleene til å være verken terapeutiske eller individualistiske. Det illustreres spesielt gjennom at helsepersonellet styrer samtaletema og derav ikke er lydhøre for pasientens individuelle behov. Bruken av lukkede spørsmål fører til korte responser fra pasientene og leder også til en mindre terapeutisk tilnærming, ikke bare med hensyn til taleterapi, men også til den terapeutiske kommunikasjonen som er essensiell for rehabiliteringsprosessen (Gordon et al., 2009, s. 551).

Gordon et al. (2009, s. 551-552) skriver at effektiv pasientkommunikasjon er viktig for deltakelse i rehabiliteringsprosessen. Økt bevissthet om omfanget av institusjonell innflytelse på den daglige dialogen kan fremme flere samtaler med pasienter som ikke bare er knyttet til sykepleieoppgaver. Videre vil trening i hvordan man kan være en effektiv kommunikasjonspartner også kunne bidra til å forbedre samspillet mellom ansatte og pasienter med afasi, og forbedre ferdighetene som er nødvendige for å kunne følge veiledning i kommunikasjon. Sykepleiere kan få mer tillit til sine egne samtaleferdigheter hvis de blir støttet til å lære å kommunisere effektivt med pasienter med afasi. I likhet med Gordon et al. (2009) foreslår Hersh et al. (2014, s. 18) implementering av en ny kommunikativ tilnærming der verbal kommunikasjon støttes gjennom non-verbal og visuell kommunikasjon. De belyser at ved å ikke rette fokus mot en slik implementering risikerer pasienter med afasi å få begrenset sine muligheter til kommunikasjon. Corneliussen et al. (2014, s. 45) understøtter denne påstanden og sier at det er viktig at en husker på mulighetene som ligger i å bruke alle

kommunikasjonskanaler. Det vil øke den afasirammedes mulighet til å delta mer aktivt i samtalen.

## **5.1 Kommunikasjonsteknikker og kommunikative tilnæringer**

Travelbee sin sykepleieteori dreier seg om at sykepleiens mål og hensikt ikke kan oppnås før et menneske-til-menneske-forhold har blitt etablert (Travelbee, 1999, s. 171). Virkemidler som er nyttige i etableringen av et slikt forhold er kommunikasjonsteknikker (Travelbee, 1999, s. 154). I lys av yrkesetiske retningslinjer og lovverk er bruk av kommunikasjonsteknikker og tilpassing av kommunikasjon viktig, fordi det bidrar til selvbestemmelse og medvirkning (Corneliussen et al., 2014, s. 69).

Jensen et al. (2014) utforsket i sin studie implementeringen av Supported Conversation for Adults with Aphasia (SCA). Det er en kommunikasjonsmetode som er utviklet ved Aphasia Institute i Toronto for bruk av både pårørende og helsepersonell, men vi vil her rette fokus mot sykepleiers bruk av metoden. Metoden har som hensikt å bryte ned kommunikasjonsbarrierer, redusere de psykososiale konsekvensene av afasi, og å gi den afasirammede økte muligheter for kommunikasjon og deltakelse i hverdagslivet igjen (Corneliussen et al., 2014, s. 66). Metoden bygger på tanken om samtalens betydning for mennesker og er basert på ideen om samtale-partnerskap. Det betyr at ansvaret for å etablere og opprettholde hverdagslige samtaler ligger hos begge samtalepartnere, men hovedansvaret ligger hos den som ikke har afasi. Som samtalepartner må sykepleier være en ressurs for den afasirammede og er ansvarlig for å gi støtte gjennom ulike kommunikasjonsteknikker. Det vil bidra til å synliggjøre den afasirammedes kunnskap, meninger, tanker og følelser i samtalen på en naturlig og likeverdig måte. I følge Eide og Eide (2017, s. 16) er en slik tilnærming kjernen i profesjonell kommunikasjon. Kommunikasjon handler ikke bare om å sende og motta budskap, men også om å etablere og opprettholde sosiale relasjoner (Corneliussen et al., 2014, s. 67). SCA understreker viktigheten av samtalefelleskap i like stor grad som informasjonsutveksling (Corneliussen et al., 2014, s. 68). Metoden inneholder ulike kommunikasjonsteknikker som skal bidra til å hjelpe den afasirammede til å få vist sin kompetanse. Det innebærer samtalepartners evne til å kommunisere budskapet slik at pasienten forstår, at pasienten får kommunisert budskapet, og bekreftelse og sammenfatning av samtalen som har funnet sted (Corneliussen et al., 2014, s. 69).

Hansen et al. (2020, s. 2) gjennomførte en studie basert på et klinisk internt prosjekt som tok sikte på å øke pasientens medvirkning i rehabiliteringsprosessen på et nevrologisk rehabiliteringssenter. Det ble implementert en ny kommunikatív tilnærming for å sikre at involveringen av pasienter med kommunikasjonsproblemer ble forbedret, spesielt pasienter med afasi. Denne nye tilnærmingen var en kombinasjon av samtalepartner-trening i henhold til SCA sammen med alternative strategier gjennom bruk av KomHIT-programmet. Både SCA og KomHIT handler om samtale-partnerskap og ASK (alternativ og supplerende kommunikasjon), men SCA har primært fokus på samtale-partnerskap og KomHIT har fokus på ASK-strategier. Videre er SCA rettet mot pasienter med afasi, mens KomHIT er rettet mot pasienter med kommunikasjonsproblemer generelt.

Etter den nye kommunikative tilnærmingen var det forventet at personalet ville få økt kunnskap om pasienters rettigheter når det gjelder kommunikasjon. Det var også forventet at økt fokus på alternative kommunikasjonsstrategier ville hjelpe med å bryte ned barrierer i kommunikasjonen mellom personalet og pasientene med afasi. Som et resultat av implementeringen, var det videre forventet at det ville styrke medvirkningen på egen rehabiliteringsprosess for pasientene med afasi. Det ble antatt at SCA- og KomHIT-programmene ville utfylle hverandre godt som en ny kommunikatív tilnærming i møte med pasienter med afasi (Hansen et al., 2020, s. 2).

I studien til Jensen et al. (2014, s. 67) indikerte alle deltakerne, både før og etter treningen, at de brukte strategier og teknikker ved kommunikasjon med pasienter med afasi, men det var en klar forskjell på hvilke strategier som ble rapportert brukt. Før treningen var de mest brukte strategiene bruk av kroppsspråk, sakte og enkel tale, å gi tid til respons og å bruke peketavle. Etter trening var det hyppigere bruk av å skrive ned ord og å bruke tegninger og bilder. Det var også flere som naturlig nevnte SCA-teknikker og -ressurser, som de ikke hadde hatt tilgang på tidligere. De kunne dermed se et skifte som gikk fra å bruke strategier som inkluderte kroppsspråk eller talespråk, til strategier med mer fokus på skriving og support av bilder. Selv om personalet tidligere hadde brukt ulike strategier i kommunikasjonen med pasienter med afasi manglet de en systematisk måte å gå frem på. Tidligere var de nødt til å bane sine egne veier, og hadde ikke tilgang på et felles sett med verktøy og teknikker (Jensen et al., 2014, s. 70).

## **5.2 Forutsetninger for god kommunikasjon og ivaretagelse av brukermedvirkning**

Etter å ha gjennomgått treningen kunne Jensen et al. (2014, s. 66-67) se en signifikant økning i hvor godt helsepersonellet vurderte sin egen forståelse av afasi. Samtidig var det færre som opplevde at kommunikasjon med pasienter med afasi var flaut og frustrerende for pasientene. Majoriteten syntes kommunikasjon med pasienter med afasi var vanskelig og tidkrevende. Samtidig var de også generelt enige om at kommunikasjon med pasienter med afasi kunne være givende, og at de hadde en viss tillit til deres egen evne til å støtte denne pasientgruppen.

I studien til Jensen et al. (2014, s. 69) uttrykte de fleste av informantene før deltakelse at de følte seg usikre når de kommuniserte med pasienter med afasi, og de at ikke var selvsikre på sine egne evner til å kommunisere med denne pasientgruppen. De opplevde ofte ukomfortable situasjoner hvor de ikke klarte å forstå pasienten eller bli forstått. I etterkant uttrykte de at de følte seg mer forberedt til å kommunisere med pasientene med afasi. De hadde fått mer selvtillit, og hadde mot til å ta initiativ til samtale. Samtidig opplevde de at samtalene hadde blitt lengre og mer meningsfulle. Ved å bruke kommunikasjonsteknikker og verktøy fikk de mer ut av samtalene og klarte å komme seg gjennom flere ulike temaer. Etter implementeringen av SCA-metodene oppfattet informantene at pasientene var mer positive, og at de var mer aktive i forsøk på å kommunisere. Det skapte mer forutsigbarhet for pasientene når personalet brukte de samme teknikkene (Jensen et al., 2014, s. 71).

I studien til Hansen et al. (2020, s. 4-5) rapporterte deltakerne generelt om økt fokus på kommunikasjon i deres daglige arbeid sammenlignet med før implementeringen av den nye kommunikative tilnærmingen. Personalet kommuniserte i større grad med pasientene med afasi og den nye tilnærmingen førte til en bedre balanse mellom pasienter og helsepersonell. Det hjalp de til å se pasienten bak hjerneskaden og til å snakke med pasienter med afasi om mer personlige temaer enn tidligere, noe som er positivt, fordi profesjonell kommunikasjon bærer preg av å være personorientert (Eide & Eide, 2017, s. 16). Likevel var det fortsatt vanskelig å kommunisere med enkelte pasienter, eksempelvis vanskeligheter med å finne ut om pasientene med afasi klarte å forstå hva som ble kommunisert til dem. De følte seg mer selvsikre i interaksjoner med pasienter med afasi, og turte å prøve ut mer. De tok mer initiativ til å snakke med pasientene, istedenfor å samle inn informasjon om pasienten og deres preferanser kun fra deres pårørende. Generelt ble det gjort mer plass til å kommunisere med pasientene med afasi.



Deltakerne rapporterte at pasientene med afasi i større grad var med på å påvirke deres egen rehabiliteringsprosess sammenlignet med før implementeringen. De uttrykte at det hadde gitt dem en mulighet til å inkludere de som de tidligere ikke hadde klart å inkludere. Det gjorde det enklere for personalet å kommunisere med pasientene med afasi, og ga pasientene muligheten til å kunne fortelle hva som var viktig for dem å trene på. Det var økt fokus på at pasientene skulle få være med på møter om sin egen rehabiliteringsprosess, og det ble lagt til rette for at de skulle bli mer involvert (Hansen et al., 2020, s. 5-6). Resultatene av studien viser at implementeringen av en ny kommunikatív tilnærming kan øke fokuset på kommunikative rettigheter og forbedring av kommunikasjon med pasienter med afasi. Resultatene stemmer overens med resultater fra tidligere studier som at helsepersonellet økte sin oppmerksomhet til kommunikasjon med pasienter med afasi etter samtalepartner-trening. Deltakerne i studien rapporterte om bedre balanse i kommunikasjonen mellom pasient og pleier, og at det førte til bedre selvtillit. Økt selvsikkerhet i kommunikasjon med pasienter med afasi er også funnet i andre studier. Det ble sett på som et resultat av økt kunnskap om afasi og et nytt perspektiv på suksessfull kommunikasjon som et delt ansvar mellom personalet og pasienter med afasi (Hansen et al., 2020, s. 6-8).

### **5.3 utfordringer**

Eide & Eide (2017, s. 64) skriver at den enkelte helsetjenesten gjerne drives etter innarbeidede rutiner og mønstre. De påpeker at travelhet kan være en skjult verdi og ukultur i systemet. Slike skjulte verdier er noe man selv ikke identifiserer seg med eller ser på som en verdi, men vises på indirekte måter. Når pasienten stilles overfor et system som preges av denne kulturen kan pasienten oppleve en følelse av å være til bry og holde tilbake viktig informasjon for å ikke være til belastning for det travle helsepersonellet. Eide & Eide (2017, s. 65) peker på at helsepersonell ofte kan havne i denne fallgruven i møte med personer som er passive og har liten vilje til å gripe fatt i egen situasjon. Det er rimelig å anta at det kan være tilfelle i kommunikasjon med pasienter med afasi med tanke på deres kommunikasjonsutfordringer.

Hersh et al. (2014, s. 18) belyser i sin studie et behov for å integrere mer effektive kommunikasjonsstrategier for sykepleiere i daglige pleierutiner. De foreslår samtalepartnertrening som en mulighet til å oppnå mer tilfredsstillende kommunikasjon. De poengterer at i stedet for å være en ekstra belastning for sykepleiernes tid, kan slike teknikker spare tid gjennom mer effektiv overføring av informasjon. Slike teknikker kan også bidra til å

styrke både pasientens oppfatning av seg selv som en kompetent formidler, og forholdet mellom sykepleier og pasient. Studien til Jensen et al. (2014, s. 70-71) peker på mangel på tid som en signifikant barriere for bruk av SCA-teknikker og -verktøy. Det krever mye tid å forberede pasientene på hva som skal skje. Hansen et al. (2020, s. 8) understreker også at tidsrestriksjoner er en stor utfordring, og at det dermed er vanskelig å finne tid til implementering. De poengterer at det kan være et «nybegynner-problem», og at det vil bli enklere etter hvert når en har gjort seg kjent med den nye tilnærmingen. Kommunikasjon må balanseres med de andre praktiske oppgavene som kreves av en sykepleier i rehabiliteringsprosessen. Kommunikasjonsrehabilitering bør legges like stor vekt på som den fysiske rehabiliteringen av pasienter etter hjerneslag. Det inkluderer å anerkjenne at det krever økt tidsressurs for pasienter med utfordringer når det gjelder kommunikasjon (Gordon et al., 2009, s. 552).

Tilstedeværelse av pårørende kan være en mulighet til å innhente og gi informasjon om pasienten, men kan også være en utfordring hvis familiemedlemmene tar over og svarer på spørsmål som er rettet til pasienten (Jensen et al., 2014, s. 71). Det kan gjøre det enklere for pasientene å kommunisere når deres nærmeste er tilstede, men samtidig kan det redusere muligheten for deltakelse hvis de overtar for mye av kommunikasjonen (Hersh et al., 2014, s. 14). Pårørende kan være en god ressurs, men det er viktig å være bevisst på konsekvensene det kan ha for pasienten.

Å forbedre pasientpleie er ikke lett, det er vanskelig å implementere nye metoder som krever komplekse forandringer i kliniske rutiner, bedre samarbeid mellom fagfelt, endringer i pasienters atferd og endringer i organiseringen av omsorg (Jensen et al., 2014, s. 59-60). Det krever en kulturell endring i pleiemiljøet for at det skal være mulig for sykepleiere å forbedre kommunikasjonen i det daglige kliniske arbeidet (Gordon et al., 2009, s. 551). Som Hansen et al. (2020, s. 8) påpeker er det behov for retningslinjer og tiltak på et høyere organisatorisk nivå. Det vil bidra til å sikre at helsepersonell har nok tid til å kommunisere med pasienter med afasi, og til å implementere nye kommunikasjonsteknikker.

## 6 Avslutning

Vår oppgave har en stor problemstilling, som kan ses forskjellig da det er et komplekst fenomen i en kompleks kontekst. Våre funn er et resultat av metoden vi har valgt, og en annen fremgangsmåte vil om mulig gi et noe annerledes svar enn hva vi har konkludert med.

Etter å ha arbeidet med denne oppgaven har vi sett at det i stor grad er sykepleieren som kontrollerer samtalen i møte med pasienter med afasi. En slik kommunikasjonstilnærming fører til asymmetri, altså en skev maktfordeling mellom sykepleier og pasient.

Kommunikasjonen bærer dermed også preg av å være lite personorientert. Det er i strid med hva Eide og Eide kjennetegner som profesjonell kommunikasjon. Sett i lys av Travelbees menneske-til-menneske-forhold kan ikke sykepleiers mål og hensikt oppnås uten å etablere et slikt forhold, og grunnverdiene for det er at sykepleier og pasient anerkjenner hverandre som unike individer.

Implementering av nye kommunikative tilnærminger, som SCA og KomHIT, kan føre til at sykepleier i større grad mestrer å kommunisere med pasienter med afasi. Det kan også bidra til at samtalen bærer mer preg av å være personorienterte, og at pasientene med afasi deltar mer aktivt i kommunikasjonen. En slik tilnærming kan videre føre til en bedre balanse i forholdet mellom sykepleiere og pasienter med afasi. Mest betydningsfullt er det at pasientene med afasi kan bli inkludert i større grad, og dermed få medvirke ytterligere på gjennomføringen av egen behandling i spesialisthelsetjenesten. Det er en lovfestet rettighet at pasientene skal få medvirke ved gjennomføringen av helse- og omsorgstjenester. Retten til å medvirke kan ivaretas gjennom bruk av tilpassede kommunikative tilnærminger, som SCA og KomHIT, fordi det sikrer at pasienten får mulighet til å ta selvstendige avgjørelser.

Implementering av nye kommunikative tilnærminger, som SCA og KomHIT, kan forbedre noen deler av kommunikasjonen mellom sykepleier og pasient, men vi kan ikke forvente at det vil løse alle utfordringer. Slike implementeringer kan også være utfordrende, både med tanke på tidsressurser og organisering av kliniske rutiner, men over tid er det rimelig å anta at det vil bidra til mer effektiv kommunikasjon, som igjen kan virke tidsbesparende og bidra til bedre omsorg. Som en konklusjon er det rimelig å anta at sykepleier ved å implementere nye kommunikative tilnærminger og ved å ta i bruk ulike kommunikasjonsteknikker og -verktøy i kommunikasjon med pasienter med afasi kan bidra til å øke deres brukermedvirkning.

## Referanseliste

Andersen, J. (2017, 27. desember). "Mixed methods" - design i helseforskning.

<https://sykepleien.no/forskning/2017/12/mixed-methods-design-i-helseforskning>

Afasiforbundet (2015, 29. juni). *Afasi og brukervedvirkning*.

<https://afasi.no/2015/06/29/afasi-og-brukervedvirkning/>

Bertelsen, A. K. (2016). Sykdommer i nervesystemet. I S. Ørn & E. Bach-Gransmo (Red.), *Sykdom og behandling*. (2. utg., s. 321-343). Gyldendal.

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

Critical Appraisal Skills Programme. (2018). *CASP Qualitative Studies Checklist*.

<https://casp-uk.b-cdn.net/wp-content/uploads/2018/03/CASP-Qualitative-Checklist-2018-fillable-form.pdf>

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

Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner: personorientering, samhandling og etikk*. (3. utg.). Gyldendal Akademisk.

Flovik, A. M. & Rokseth, T. (2015). Kvalitetsarbeid og pasientsikkerhet. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie: sykepleieboken 1*. (5. utg., s. 271-296). Cappelen Damm.

Forente nasjoner. (2006). *Konvensjon om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne*. Barne- og familiedepartementet.

[https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/bld/sla/funk/konvensjon\\_web.pdf](https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/bld/sla/funk/konvensjon_web.pdf)

Gordon, C., Ellis-Hill, C., & Ashburn, A. (2009). The use of conversational analysis: Nurse-patient interaction in communication disability after stroke. *Journal of Advanced Nursing*, 65(3), 544-553. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04917.x>

- Hansen, D., Kristensen, L. F., Christensen, M. E., Eriksson, K., & Thunberg, G. (2020). 'They get the opportunity to say what is important for them': Exploring staff's early perceptions of the implementation of a new communicative approach to patients with aphasia. *Disability and Rehabilitation*, 1-10.  
<https://doi.org/10.1080/09638288.2020.1853829>
- Helsedirektoratet. (2017, 17. oktober). *Brukermedvirkning*.  
<https://www.helsedirektoratet.no/tema/brukermedvirkning>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata.  
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Hersh, D., Godecke, E., Armstrong, E., Ciccone, N., & Bernhardt, J. (2014). "Ward talk": Nurses' interaction with people with and without aphasia in the very early period poststroke. *Aphasiology*, 30(5), 609-628.  
<https://doi.org/10.1080/02687038.2014.933520>
- Holter, I. M. & Grov, E. K. (2015). Hvem er pasientene, og hvor befinner de seg? I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie: sykepleieboken 1*. (5. utg., s. 27-35). Cappelen Damm.
- 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*, 29(1), 57-80. <https://doi.org/10.1080/02687038.2014.955708>
- Johansson, M. B., Carlsson, M. & Sonnander, K. (2012). Communication difficulties and the use of communication strategies: from the perspective of individuals with aphasia. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 47(2), 144-155.  
<https://doi.org/10.1111/j.1460-6984.2011.00089.x>
- Kirkevold, M. (2014). Hjerneslag. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten*. (2. utg., s. 464-479). Gyldendal Akademisk.

- Molven, O. (2015). Pasienters og brukeres rettigheter og plikter. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie: sykepleieboken 1*. (5. utg., s. 70-103). Cappelen Damm.
- Norsk senter for forskningsdata. (2021). *Register over vitenskapelige publiseringskanaler*.  
<https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside>
- Norsk sykepleierforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*. Hentet fra:  
<https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>
- Nortvedt, P. & Grønseth, R. (2016). Klinisk sykepleie: funksjon, ansvar og kompetanse. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie: Bind 1* (5. utg., s. 17-39). Gyldendal Akademisk.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Poslawsky, I. E., Schuurmans, M. J., Lindeman, E. & Hafsteinsdóttir, T. B. (2010). A systematic review of nursing rehabilitation of stroke patients with aphasia. *Journal of Clinical Nursing*, 19(1-2), 17–32. <https://doi.org/10.1080/02687038.2014.933520>
- Qvenlid, E. (2017). *Hva er AFASI? Informasjon til deg som har afasi*. [Brosjyre]. Statped og Afasiforbundet i Norge. [https://afasi.no/wp-content/uploads/2016/01/Hva-er-Afasi\\_2017-3-1.pdf](https://afasi.no/wp-content/uploads/2016/01/Hva-er-Afasi_2017-3-1.pdf)
- Sneltvedt, T. (2012). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. I Brinchmann, B. S (Red.), *Etikk i sykepleien* (3. utg, s. 97-116). Gyldendal Akademisk.
- St.meld. 47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen: rett behandling – rett sted – rett tid*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/>
- Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* (K. M. Thorbjørnsen, Overs.). Gyldendal akademisk. (Opprinnelig utgitt 1966).

Trygstad, H. & Dalland, O. (2020). Kunnskapskilder og kildekritikk. I O. Dalland, *Metode og oppgaveskriving*. (7. utg., s. 139-166). 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). Gyldendal Akademisk.