



# Bacheloroppgave i sykepleie

*”Hvordan kan sykepleier legge til rette for en felles forståelse hos hjemmeboende pasienter rammet av afasi?”*

Kandidatnummer: 437

Kull: BIS13

Lovisenberg diakonale høgskole

Dato: 14.04.16

Antall ord: 10798



**Tittel:** Tilrettelegging av kommunikasjon hos pasienter rammet av afasi

## **ABSTRAKT**

**Problemstilling:** ”Hvordan kan sykepleier legge til rette for en felles forståelse hos hjemmeboende pasienter rammet av afasi?”

**Metode:** Denne oppgaven baserer seg på en litteraturstudie. Det er i stor grad lagt vekt på forskningslitteratur. Fagbøker, nettsider og egne erfaringer blir også benyttet for å svare på problemstillingen.

**Teoretisk perspektiv:** Schramms kommunikasjonsmodell, samt deler av Joyce Travelbees teori om etablering av et menneske-til-menneske-forhold blir brukt som teoretisk rammeverk. I tillegg blir teori om afasi, hjelpende kommunikasjon og sykepleierens rammefaktorer redegjort for, da det danner grunnlaget for drøftingen.

**Drøfting:** Sykepleieren har et ansvar for at den afasirammede kan være medvirkende i pleien. Dette forutsetter at pasienten både forstår det som blir sagt og klarer å uttrykke seg. For å svare på problemstillingen har jeg valgt å se på hvilke tiltak og strategier som bør være tilstede i møtet med den afasirammede, samt hvordan sykepleieren kan tilrettelegge helsetjenesten slik at kommunikasjonen med den afasirammede fremmes. Drøftingen viser betydningen av sykepleierens rolle i kommunikasjonssituasjonen, hvordan sykepleieren på best mulig måte kan møte de språklige utfordringene, samt hvilke utfordringer som finnes.

**Konklusjon:** Hvilke strategier som fremmer kommunikasjonen vil variere fra pasient til pasient. Sykepleieren bør derfor i det innledende møtet ta i bruk metakommunikasjon for å kartlegge hvilke strategier som vil kunne fungere. En felles forståelse med den afasirammede forutsetter at sykepleieren lytter og tar seg god tid. Økt kunnskap om hva som fremmer og hemmer kommunikasjonen, samt etablering av en relasjon er vesentlig for å oppnå en god kommunikasjon. Dette forutsetter at helsetjenesten organiseres på en slik måte at sykepleieren har mulighet for å møte disse forutsetningene.

## **Nøkkelord:**

Afasi, hjemmesykepleien, verbal og nonverbal kommunikasjon, kommunikasjonsstrategier, kommunikasjonsferdigheter, supplerende verktøy

*”Å ikke kunne snakke er ikke det samme som å ikke ha noe å si”*

(Kulø, 2012, s. 3)

## Innholdsfortegnelse

<b>1 Innledning</b> .....	<b>1</b>
<b>1.1 Formålet med oppgaven</b> .....	<b>1</b>
<b>1.2 Presentasjon av problemstilling</b> .....	<b>2</b>
<b>1.3 Avgrensning og presisering av problemstilling</b> .....	<b>2</b>
<b>1.4 Begrepsavklaringer</b> .....	<b>3</b>
1.4.1 Kommunikasjon .....	3
1.4.2 Afasi .....	3
1.4.3 Hjemmesykepleie .....	3
<b>1.5 Oppgavens oppbygging</b> .....	<b>4</b>
<b>2 Metode</b> .....	<b>5</b>
<b>2.1 Valg av metode</b> .....	<b>5</b>
<b>2.2 Litteratursøket</b> .....	<b>5</b>
<b>2.3 Kildekritikk</b> .....	<b>6</b>
<b>3 Teori</b> .....	<b>8</b>
<b>3.1 Afasi</b> .....	<b>8</b>
3.1.1 Ulike former afasi .....	8
<b>3.2 Hjelpende kommunikasjon</b> .....	<b>9</b>
3.2.1 Verbal metakommunikasjon .....	10
3.2.2 Schramms kommunikasjonsmodell .....	10
<b>3.3 Joyce Travelbees sykepleieteori</b> .....	<b>12</b>
3.3.1 De 4 fasene .....	12
<b>3.4 Sykepleierens rammefaktorer</b> .....	<b>13</b>
3.4.1 Lovverket .....	13
3.4.2 Etikk .....	13
3.4.3 Hjemmesykepleien som kontekst .....	14
<b>4 Drøfting</b> .....	<b>15</b>
<b>4.1 Tilrettelegging på individnivå</b> .....	<b>15</b>
4.1.1 Å samtale om samtaleforholdet .....	15
4.1.2 Å tolke de nonverbale signalene .....	16

4.1.3 Å ta i bruk ulike kommunikasjonsferdigheter.....	20
4.1.4 Å fokusere på pauser og god tid.....	22
<b>4.2 Tilrettelegging på organisatorisk nivå.....</b>	<b>24</b>
4.2.1 Fokus på økt kunnskap.....	25
4.2.2 Å sørge for kontinuitet.....	26
4.2.3 Å ta i bruk kommunikasjonshjelpemidler.....	28
<b>5 Oppsummering.....</b>	<b>31</b>
<b>Litteraturliste.....</b>	<b>32</b>
<b>Vedlegg 1.....</b>	<b>39</b>

# 1 Innledning

Hjerneslag er en utbredt sykdom og statistikk viser at ca. 15000 mennesker rammes av denne sykdommen årlig i Norge (Kirkevold, 2013). Av disse får ca. 25 % afasi (Helsedirektoratet, 2010).

Forskning har vist at sykepleiere mangler kunnskap om afasi, og at mange er usikre på hvordan de skal få til en god kommunikasjon med denne pasientgruppen (McGilton et al., 2011). Gjennom jobberfaring har jeg sett hvordan mangel på kompetanse har ført til at helsepersonell gruer seg for å gå til den afasirammede. De opplever kommunikasjons-situasjonen som svært frustrerende, og mange syntes det er vanskelig å utøve en sykepleie av god kvalitet til denne pasientgruppen. I flere tilfeller har dette ført til at sykepleierne kommer tidligere på jobb for å slippe å ha ansvar for den afasirammede, og hvis navnet deres står oppført på pasienten forsøker de iherdig å bytte pasienten bort.

En forutsetning for at sykepleieren skal kunne møte pasientens grunnleggende behov er at sykepleieren får til en god dialog med pasienten, hvor det utarbeides en felles forståelse (Kristoffersen, 2011). I møte med den afasirammede vil derfor sykepleierens støttende funksjon stå sentralt (Ryen, Wergeland & Ødegaard, 2013). Gjennom denne funksjonen har sykepleieren et ansvar for å iverksette tiltak som styrker pasientens ressurser, samt tilrettelegge omgivelsene for en vellykket kommunikasjon (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2011). For å kunne ivareta dette funksjonsområdet trenger sykepleieren kunnskap om hva som fremmer og hemmer kommunikasjonen med den afasirammede.

I løpet av de tre årene jeg har gått på sykepleiestudiet har det vært altfor lite fokus på det å øke studentenes kunnskap om kommunikasjon med afasirammede. Jeg har derfor det siste året tatt en interesse for tematikken, og ønsker å lære mer om temaet.

## 1.1 Formålet med oppgaven

I følge Helsedirektoratet (2010) vil forekomsten av hjerneslag øke med 50% de neste 20 årene. Som sykepleier vil sannsynligheten for å møte denne pasientgruppen med språkvansker være stor, og derfor et relevant tema å skrive om. Gjennom bacheloroppgaven ønsker jeg å

tilegne meg faglig kunnskap og forståelse for hvordan man som sykepleier kan hjelpe denne pasientgruppen å forstå og gjøre seg forstått, og hvordan en sykepleier kan møte denne gruppen pasienter på en god måte, slik at pasienten får den hjelpen han eller hun trenger. En slik kunnskap vil kunne gjøre meg mer forberedt på å møte disse kommunikasjonsutfordringene når jeg er ferdig utdannet sykepleier. Med trygghet på egen yrkesutøvelse, vil det også bli lettere å formidle kunnskapen videre til medarbeidere.

## **1.2 Presentasjon av problemstilling**

I denne oppgaven ønsker jeg å undersøke hva forskning og litteratur sier om de kommunikative utfordringene i møte med den afasirammede, hvilke faktorer som spiller inn for at pasienten på best mulig måte kan delta i en samtale, og eventuelt hvilke hjelpemidler som kan fremme kommunikasjonsprosessen. Oppgaven vil derfor baseres på følgende problemstilling:

*”Hvordan kan sykepleier legge til rette for en felles forståelse hos hjemmeboende pasienter rammet av afasi?”*

## **1.3 Avgrensning og presisering av problemstilling**

Den vanligste årsaken til afasi er hjerneslag (Haaland-Johansen, Haukeland, Knoph, Lind & Qvenild, 2010). Jeg ønsker derfor å fokusere på pasientgruppen som har fått språkvansker på bakgrunn av denne tilstanden. I oppgaven vil jeg ta utgangspunkt i eldre mennesker over 65 år da hjerneslag er mer vanlig blant denne pasientgruppen (Kirkevold, 2013). Det finnes flere former for afasi, og ofte vil pasienten ha en kombinasjon av disse. Jeg vil derfor i denne oppgaven ta for meg pasienter både med motorisk og sensorisk afasi, hvor pasienten har vansker både med å uttrykke seg og oppfatte hva som blir sagt (Ryen et al., 2013). Til tross for at pårørende kjenner pasienten godt, og kan være en viktig støttespiller i kommunikasjonsprosessen, har jeg valgt å avgrense oppgaven til å kun gjelde kommunikasjon mellom sykepleier og pasient. Grunnet oppgavens ordbegrensning ønsker jeg ikke å fokusere på pasienter med kognitiv svikt eller aldersrelaterte faktorer som nedsatt hørsel og syn, da dette er faktorer som kan bidra til ytterligere kommunikasjonsutfordringer (Ranhoff, 2013). De ulike avgrensningene medfører at jeg ikke får fanget hele det komplekse problemet.

Oppgaven baserer seg på hjemmesykepleien og de ulike kommunikasjonsutfordringene en kan møte der. Årsaken til at jeg har valgt hjemmesykepleien som kontekst er at jeg selv har en del erfaring innenfor dette arbeidsfeltet som jeg ønsker å benytte meg av i oppgaven.

I følge pasient-og brukerrettighetsloven brukes ordet pasient i de tilfeller hvor personen henvender seg til helse-og omsorgstjenester med forespørsel om helsehjelp (Pasient-og brukerrettighetsloven [Pbrl], 1999). Jeg vil derfor bruke ordet pasient når jeg snakker om den afasirammede. I oppgaveteksten vil sykepleien omtales som hun og afasirammede som han.

## **1.4 Begrepsavklaringer**

I dette underkapittelet vil faglige begreper bli gjort rede for, slik at feiltolkninger unngås.

### **1.4.1 Kommunikasjon**

Ordet kommunikasjon betyr å gjøre noe felles og omhandler en prosess hvor to eller flere mennesker utveksler og overfører meningsfulle tegn og signaler (Eide & Eide, 2013, s. 17). Disse tegnene utgjør til sammen et budskap som inneholder informasjon som senderen ønsker å formidle til mottakeren (Heyn, 2015, s. 364).

### **1.4.2 Afasi**

Fellesbetegnelse for en tilstand hvor en person har redusert evne til språklig kommunikasjon. Tilstanden medfører at personen har vansker med å forstå og/eller bruke språket (Eide & Eide, 2013, s. 384).

### **1.4.3 Hjemmesykepleie**

En betegnelse på all sykepleie som blir utført til personer som bor i eget hjem (Fjørtoft, 2012).



## **1.5 Oppgavens oppbygging**

Oppgaven er inndelt i to deler. Første del er den teoretiske delen. Her vil jeg ta for meg hva afasi er, samt hvilke former for afasi som finnes. I denne delen vil også teori om kommunikasjon bli belyst. Videre vil jeg gjøre rede for Joyce Travelbees sykepleieteori, og hvilke faser sykepleieren og pasienten må igjennom for at en felles forståelse skal oppstå. Til slutt vil jeg i den teoretiske delen kort presentere de juridiske, etiske og kontekstuelle rammene som kan fremme og begrense sykepleierens handlingsrom. Andre del av oppgaven er selve drøftingsdelen. I denne delen vil jeg forsøke å svare på min problemstilling ut fra de ulike funnene jeg har gjort. Her vil forskningslitteratur bli satt opp mot det teoretiske grunnlaget. Avslutningsvis vil jeg trekke frem de viktigste momentene som kommer frem i drøftingen.

## **2 Metode**

Metode kan defineres som en måte å gå frem på for å løse et problem, og for å tilegne seg kunnskap (Aubert, gjengitt etter Dalland, 2015, s. 111). Metoden forteller hvilken fremgangsmåte som benyttes ved innhenting av relevant data, det vil si informasjonen som trengs for å drøfte problemstillingen (Dalland, 2015).

### **2.1 Valg av metode**

Teorien og drøftingen i denne oppgaven baserer seg på en litteraturstudie. En litteraturstudie er en systematisk og kritisk gjennomgang av eksisterende litteratur på området (Olsson & Sørensen, 2003, s. 91). Målet med en slik studie er ikke å fremstille ny kunnskap, men å anvende den kunnskapen som allerede finnes om temaet i oppgaven (Dalland, 2015, s. 225). I oppgaven har jeg derfor tatt i bruk faglitteratur og forskningslitteratur.

### **2.2 Litteratursøket**

Databasene Cinahl, Swemed+ og Pubmed ble anvendt i søket. Cinahl og Swemed+ ble prioritert da disse favner mest sykepleiefaglig litteratur. Forskning som omhandlet både den afasirammedes og sykepleierens erfaring om hva som fremmet kommunikasjon var ønskelig. Det var også ønskelig med forskning som så på negative og positive sider ved bruk av kommunikasjonshjelpemidler. I søket ble ordene "aphasia", "stroke patients", "communication", "nurse-patient relations", "nonverbal- communication", "supported conversation" og "communication aid" brukt, alene eller i ulike kombinasjoner. I tillegg til disse søkene ble en oversiktsartikkel funnet i en tidligere bacheloroppgave og søkt opp i Google Scholar. Fremgangsmåten i litteratursøket er nærmere beskrevet i vedlegg 1.

Et av kriteriene som ble brukt i søkeprosessen var at artiklene måtte være av nyere dato og helst ikke mer enn 10 år gamle. Artikler som omhandlet kommunikasjon med andre pasientgrupper med kommunikasjonsvansker ble ekskludert. Sjekklisten i boken "jobb kunnskapsbasert" ble brukt til kritisk vurdering av mine forskningsartikler (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim & Reinart, 2012, s. 90). Forskningsartikkelen "Hvordan skape plass og samspill med afasipasienter vurdert som vanskelige pasienter" ble på bakgrunn

av denne sjekklisten ekskludert da resultatet fra forskningen ikke kom tydelig frem.

### **2.3 Kildekritikk**

I følge Dalland og Trygstad (2015, s. 67) er kildekritikk en metode som brukes for å vurdere om en kilde er sann. Dette gjøres ved å kritisk analysere de kildene som benyttes (Dalland & Trygstad, 2015).

I oppgaven har jeg brukt både primær-og sekundærlitteratur. Jeg har forsøkt å bruke primærlitteratur så langt det har vært mulig, men det har vært vanskelig å finne faglitteratur som kun er basert på førstehåndskilder. I besvarelsen har jeg derfor måtte bruke en del sekundærlitteratur. Faren med bruk av sekundærkilde er at relevant litteratur kan ha blitt utelatt. Samtidig kan det hende at forfatteren har feiltolket primærkilden og at sekundærlitteraturen inneholder unøyaktigheter (Dalland, 2015, s. 87). Jeg anser sekundærlitteraturen allikevel som holdbar da mange av bøkene benyttes som pensum i sykepleiestudiet, i tillegg til at flere av bøkene er skrevet av erfarne logopeder.

Det finnes ikke så mye forskning som retter seg mot sykepleie til hjemmeboende pasienter med afasi. Forskningen jeg har funnet baserer seg i hovedsak på pasienter som enten ligger innlagt på sykehus, eller som er på et rehabiliteringsopphold. Jeg er klar over at forskningsartiklene tar for seg andre settinger enn den konteksten jeg ønsker å fokusere på. Jeg mener likevel at funnene i artiklene har en overføringsverdi, da pasientgruppen er den samme. Av de forskningsartiklene jeg har funnet er det ikke alle som direkte undersøker temaet kommunikasjon. Til tross for dette inneholder disse artiklene enkelte funn som kan brukes i deler av drøftingen.

Bare en av forskningsartiklene er fra Norge. De 8 andre artiklene er fra Sverige, Danmark, Nederland, England og Canada. Jeg mener at det ikke er så store kulturelle forskjeller mellom Norge, Sverige og Danmark, og at funnene i disse forskningsartiklene derfor har en høy overføringsverdi. Forskningsartiklene fra de andre landene kan derimot bære preg av kulturelle ulikheter, noe som kan medføre en svakhet til drøftingen. I besvarelsen har jeg forsøkt å anvende forskningslitteratur som er mindre enn 10 år gamle. Til tross for dette har

jeg valgt å ta i bruk to eldre forskningsartikler. Årsaken er at disse artiklene belyser andre områder ved kommunikasjonen som nyere forskning ikke fokuserer på.

De fleste av artiklene som blir benyttet i oppgaven har en kvalitativ tilnærming. Denne type forskning baserer seg på noen få deltagere, noe som kan medføre at funnene ikke er representativt (Dalland, 2015, s. 112). Samtidig går denne tilnærmingen mer i dybden, hvor deltagerens egne erfaringer og opplevelse tillegges verdi, noe som er ønskelig i denne drøftingen. I 3 av forskningsartiklene blir den kvalitative metoden brukt i kombinasjon med kvantitativ metode. Dette vil kunne gi en bredere forståelse av tematikken, og styrke oppgaven (Dalland, 2015).

## 3 Teori

I dette kapittelet vil jeg presentere teori som jeg mener er relevant for min oppgave og som kan bidra til å svare på min problemstilling.

### 3.1 Afasi

Afasi er betegnelsen på en tilstand hvor en person har utviklet språkvansker etter en skade i ett eller flere av språkområdene i hjernen (Haaland- Johansen et al., 2011). De vanligste årsakene til afasi er hjerneslag, men språkforstyrrelsene kan også oppstå ved ytre hodeskader, ved enkelte demenssykdommer og ved utvikling av svulster (Wyller, 2015). Det å få afasi oppleves ofte som dramatisk for den som rammes (Corneliussen, Haaland-Johansen, Knoph, Lind & Qvenild, 2006, s. 13). Personen mister ikke språket helt, men tilgangen til språket reduseres betydelig. Den afasirammede kan fortsatt tenke klart, men har vansker med å forstå hva andre mennesker sier, finne ord og lage setninger, samt lese og skrive (Corneliussen et al., 2006, s. 9). Graden av språkvansker varierer fra person til person, og avhenger av hvor stor skaden er og hvilke av språkområdene som rammes (Corneliussen et al., 2006, s. 14). Til tross for at språktrening vil kunne bedre språkfunksjonene hos den afasirammede, vil ofte en del av dem som får afasi ha vedvarende kommunikasjonsproblemer (Haaland-Johansen et al., 2011). Språket er et grunnleggende verktøy for å kunne kommunisere med andre mennesker. Afasi vil derfor medføre et funksjonstap for personen og påvirke livskvaliteten (Corneliussen et al., 2006, Røste, 2014).

#### 3.1.1 Ulike former afasi

Afasi kan deles inn i 3 hovedtyper ut fra hvor skaden er lokalisert (Ryen et al., 2013).

Ved *motorisk afasi* er det fremre språkområdet i hjernen skadet (Corneliussen et al., 2006, s.15). Skade på dette området gjør at evnen til å produsere ord svikter (Berentsen, 2013). Personen har dermed problemer med å uttrykke seg og gjøre seg forstått, men språkforståelsen er bevart (Wyller, 2015). Ved denne formen for afasi vil personens tale være preget av korte setninger med mye gjentakelser (Berentsen, 2013). Taletempoet vil være langsom, og personen vil streve med å finne fram og forme ordene (Corneliussen et al., 2006).

Hos noen kan ordforrådet være så begrenset at de kun klarer å si ja og nei og enkelte dagligdagse fraser (Ryen et al., 2013). Ved denne afasiformen vil personen ofte ha skrivevansker (Eide & Eide, 2013, s. 385).

Ved *sensorisk afasi* er det bakre språkområdet skadet (Ryen et al., 2013). Dette området er knyttet til personens språkforståelse, og til evnen til å omdanne språklyder fra sansene til meningsfullt innhold (Eide & Eide, 2013, s. 385). Ved denne formen for afasi er språkproduksjonen bevart, men skaden gjør det vanskelig for personen å oppfatte hva som blir sagt (Ryen et al., 2013). Personen kan snakke flytende, men har vansker med å sette sammen ordene slik at innholdet blir uforståelig (Berentsen, 2013). Ordene kommer ofte i feil rekkefølge og flere av ordene har meningsløs betydning (Wyller, 2015). Ved denne afasiformen har personen mistet leseevnen i større eller mindre grad (Eide & Eide, 2013)

Ved *global afasi* er skaden så stor at begge språksentrene rammes (Berentsen, 2013). Alle språkfunksjonene er nedsatt og personen vil ha store problemer både med å gjøre seg forstått og å forstå (Ryen et al., 2013). Personen har vansker med å forstå hele setninger, og personens tale er sparsom og ofte uforståelig (Berentsen, 2013, Haaland-Johansen et al., 2011). Til tross for dette har den afasirammede ofte en god situasjonsforståelse og forstår både kroppsspråk, tonefall og handlinger (Eide & Eide, 2013, s. 385).

### **3.2 Hjelpende kommunikasjon**

Kommunikasjon kan foregå både verbalt og nonverbalt. Ved verbal kommunikasjon overføres et budskapet ved hjelp av ord, mens ved nonverbal kommunikasjon formidles budskapet gjennom kroppsspråket, det vil si gjennom ansiktsuttrykk, kroppsholdning, gester, blikk og berøring (Eide & Eide, 2013). I en samtale foregår ofte disse to kommunikasjonsformene parallelt, men har ulike funksjoner (Jensen & Ulleberg, 2011, s.126). Mens den nonverbale kommunikasjonen signaliserer den andres reaksjoner og følelser i situasjonen, gir det verbale språket mer en generell beskrivelse av hva den andre tenker (Eide & Eide, 2013, s. 200, 77). I følge Bavelas, Jackson og Watzlawick(2011) er det umulig å ikke kommunisere. Både det en gjør og det en ikke gjør vil bli analysert og fortolket av den andre. En person vil alltid signalisere et eller annet (Bavelas et al., 2011, s. 54).

Kommunikasjon er et nødvendig og viktig verktøy for at sykepleieren skal kunne hjelpe pasienten (Eide & Eide, 2013). Gjennom ulike kommunikasjonsferdigheter kan sykepleieren få frem pasientens perspektiv og uti fra dette planlegge sine sykepleiehandlinger (Heyn, 2015). Kommunikasjon er et hjelpemiddel for å kunne forstå hva pasienten trenger hjelp og støtte til, samt hvilke beslutninger som vil være riktige (Eide & Eide, 2013, s. 21). I følge Eide & Eide (2013) forutsetter en god kommunikasjon at sykepleieren behersker ulike ferdigheter. Noen av kommunikasjonsferdighetene som nevnes er det å :

- Lytte til pasienten
- Stimulere pasientens ressurser og muligheter
- Samarbeide om å komme frem til gode løsninger
- Fortolke pasientens verbale og nonverbale signaler
- Ta i bruk verbale ferdigheter (Eide & Eide, 2013, s. 17, 21, 220).

### **3.2.1 Verbal metakommunikasjon**

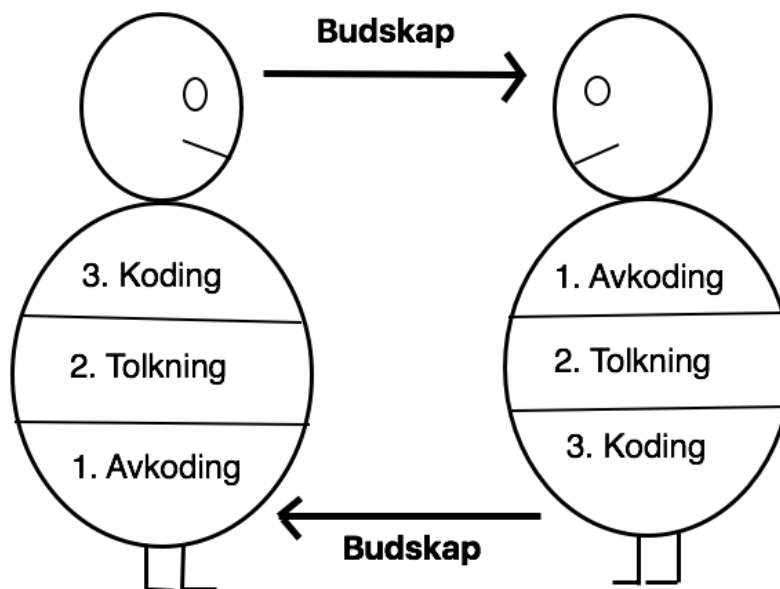
Verbal metakommunikasjon er en betegnelse for det å samtale om samtalen (Baltzersen, 2008, s. 7). Dette er en form for kommunikasjon som går ut på å ta et steg ut av samtalen og kommentere og snakke om den pågående kommunikasjonsprosessen (Eide & Eide, 2013, s. 316). Evnen til å metakommunisere er en forutsetning for å kunne lykkes i å kommunisere med andre mennesker (Baltzersen, 2008, s. 17). I følge Baltzersen (2008) kan det metakommunikative innholdet deles inn i 3 temaer: å samtale om samtaleinnholdet, å samtale om samtaleforholdet og å samtale om samtaletiden. Å metakommunisere om samtaleforholdet vil si å gjøre en vurdering av hvordan samtalen fungerer. Denne vurderingen tar utgangspunkt i hvordan en anser seg selv og den andre som samtalepartner, samt hvordan en opplever samarbeidet (Baltzersen, 2008, s. 107). Formålet med denne måten å kommunisere på er å bedre samspillet og styrke relasjonen mellom pasienten og hjelperen (Eide & Eide, 2013).

### **3.2.2 Schramms kommunikasjonsmodell**

Schramms kommunikasjonsmodell er en modell som illustrerer kommunikasjonsprosessen mellom to individer. Modellen går ut på at en person starter som sender, som koder og sender et budskap (Heyn, 2015). Ved koding vil senderen forsøke å gjøre budskapet forståelig ved å

ta i bruk en rekke tegn og signaler som gjør at mottakeren oppfatter budskapet (Eide & Eide, 2013). Dette budskapet blir så avkodet i det det når mottakeren (Heyn, 2015). Gjennom avkoding forsøker mottakeren ut fra ordene og signalene som er sendt å fortolke meningen og innholdet i budskapet (Mogstad, udatert). Deretter byttes rollene slik at mottakeren blir sender som koder og sender et nytt budskap ut fra tolkningen han eller hun har gjort av det tidligere budskapet. Budskapet fra den nye senderen mottas og avkodes så av den personen som først var sender (Heyn, 2015). Modellen er forsøkt skissert i figur 1.

**Figur 1-** Schramms kommunikasjonsmodell



Hvordan budskapet blir kodet og hvordan beskjeden som blir sendt avkodes kan føre til en rekke misforståelser og påvirke kommunikasjonen slik at relasjonen mellom samtalepartene svekkes (Heyn, 2015). Hansen(2011) nevner blant annet samtalepartnerens kunnskap, erfaringer og kulturelle bakgrunn som viktige faktorer som kan påvirke koding og avkoding av et budskap. Samtidig kan kroppsspråket, gester og ansiktsuttrykk ha en innvirkning på hvordan budskapet tolkes av mottakeren (Eide & Eide, 2013, s.199). Disse faktorene kan bidra til at beskjeden som sendes og beskjeden som mottas ikke blir den samme (Heyn, 2015).



### 3.3 Joyce Travelbees sykepleieteori

Joyce Travelbee er en sykepleieteoretiker som legger stor vekt på samhandlingen mellom sykepleier og pasient (Kristoffersen, 2011, s. 213). I følge Travelbee(1999) vil en gjensidig forståelse og interaksjon først oppstå når sykepleieren og pasient har gjennomgått 4 faser: det innledende møtet, fremvekst av identiteter, empati og sympati. Gjennom disse fasene etableres et menneske til menneske-forhold hvor sykepleieren og den syke deler erfaringer og opplevelser. Det er kun gjennom et menneske til menneske-forhold at sykepleieren får mulighet til å oppfylle sykepleierens funksjon om å hjelpe individet til å mestre sykdom og lidelse (Travelbee, 1999, s. 41).

#### 3.3.1 De 4 fasene

I det *innledende møtet* møter sykepleieren pasienten for første gang. Sykepleieren og pasienten vil i dette møtet få et inntrykk og gjøre seg opp en mening om hverandre. Oppfatningene vil være preget av førsteinntrykket, ut fra hva som observeres av den andres handlinger og væremåte, samt tidligere erfaringer en har fra lignende situasjoner. I denne fasen vil sykepleierens oppgave være å se pasienten som et unikt individ og bryte med sine forutinntatte oppfatninger (Travelbee, 1999, s. 187-188).

*Fremvekst av identiteter* oppstår når sykepleieren og pasienten etterhvert klarer å etablere en tilknytning til hverandre, et bånd, og erkjenne hverandre som unike individer. En slik tilknytning oppstår først når interaksjonen mellom sykepleieren og pasienten utvikler seg. I denne fasen vil sykepleierens oppgave være det å bli bevisst på hvordan hun selv oppfatter den andre og om hun klarer å se på den andre som en pasient som er forskjellig fra andre pasienter med egne tanker, følelser og opplevelse av situasjonen (Travelbee, 1999, s. 188-189).

*Empati* vil si evnen til å leve seg inn i, ta del i og forstå den andres indre opplevelse av situasjonen. At sykepleier har empati er viktig for å kunne forstå pasienten og forutsi pasientens reaksjoner. I situasjoner hvor sykepleieren lever seg inn i den andres følelser vil en opplevelse av nærhet og kontakt kunne oppstå (Travelbee, 1999, s. 193).

*Sympati* omhandler et ønske eller en trang om å hjelpe den andre og oppstår på bakgrunn av forståelsen som utvikles i empatifasen. Ved sympati tar sykepleieren del i den andres følelser, og utifra dette føler en medlidenhet. Gjennom sympati formidler sykepleieren at hun er engasjert i pasienten og bryr seg om han. Denne formidlingen kan skje både verbalt-og nonverbalt, utifra holdningen og væremåten (Travelbee, 1999, s. 200).

### **3.4 Sykepleierens rammefaktorer**

Sykepleierens virksomhet reguleres av etikk, juridiske rettigheter og konteksten sykepleieren befinner seg i (Kristoffersen & Nortvedt, 2011, s. 87). Disse setter føringer og påvirker hvordan en som sykepleier skal handle ovenfor pasienten.

#### **3.4.1 Lovverket**

En lov definerer pasientens rettigheter ved det å inneha rollen som pasient, samt hvilke forpliktelser sykepleieren har ved det å være helsepersonell (Molven, 2014, s. 33). Lovverket setter dermed grenser og definerer rammene som sykepleierens handlinger må foregå innenfor (Kristoffersen & Nortvedt, 2011). Lov om pasient-og brukerrettigheter skal sikre at befolkningen får en helsehjelp av god kvalitet (Molven, 2011, s. 105). I §3-1 står det blant annet at: ”pasient og bruker har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse-og omsorgstjenester” (Pbrl, 1999). Det vil si at pasienten har rett til medvirkning av helsehjelpen om han ønsker dette. Sykepleieren er derfor pliktig til å legge til rette for at pasienten blir involvert i beslutningene som tas i forhold til helsehjelpen (Molven, 2011). Retten til å medvirke forutsetter at det er et godt samspill og en dialog mellom sykepleieren og pasienten (Molven, 2014, s. 158).

#### **3.4.2 Etikk**

Sykepleierens yrkesetiske retningslinjer er utarbeidet på bakgrunn av menneskerettighetene og ICNs etiske regler, og er ment for å gi sykepleierne et minstemål og en retning for hva som er god praksis (Molven, 2014, s. 68, Norsk sykepleieforbund [NSF], 2011). Disse retningslinjene skal bidra til at sykepleierne arbeider ut fra et samme verdigrunnlag (NSF,

2011). I de yrkesetiske retningslinjene står det blant annet at sykepleieren har et ansvar for at sykepleien utøves på en slik måte at pasientens verdighet og integritet blir ivaretatt. Dette innebærer å gi pasienten en helhetlig sykepleie, sørge for at pasienten får være medbestemmende og at pasienten ikke opplever å bli krenket (NSF, 2011).

### **3.4.3 Hjemmesykepleien som kontekst**

I følge Fjørtoft (2014) er det i hjemmesykepleien en rekke rammefaktorer som påvirker sykepleierens handlingsrom. Hjemmesykepleien er organisert på en slik måte at sykepleieren jobber etter vedtak. Et vedtak er en bestilling på en tjeneste som pasienten har krav på. I vedtaket står det blant annet hva pasienten trenger hjelp til, hvor ofte han trenger hjelp og varigheten av hjelpen (Fjørtoft, 2014, s. 176). Varigheten av hjelpen setter en grense på hvor mye tid sykepleieren har hos den enkelte pasient. Overskrides denne tiden går det utover tiden til andre pasienter. I tillegg er tjenesten ofte preget av mange arbeidsoppgaver og mye å gjøre, noe som påvirker sykepleierens mulighet til å møte de individuelle behovene i tilstrekkelig grad. Sykepleieren jobber ofte under et tidspress og må ut fra dette hele tiden gjøre prioriteringer av hvilke behov som er viktigst å ivareta (Fjørtoft, 2014, s. 181).

## **4 Drøfting**

Etter en gjennomgang av forskning og litteratur på området, har jeg sett at tilrettelegging av en felles forståelse bør foregå på 2 nivåer: individnivå og organisatorisk nivå. Jeg vil derfor drøfte min problemstilling med utgangspunkt i disse 2 nivåene.

### **4.1 Tilrettelegging på individnivå**

I denne delen av drøftingen vil jeg se på hvordan sykepleieren kan tilrettelegge for at den enkelte pasient kan være delaktig i kommunikasjonen. Jeg vil her fokusere på hvordan sykepleieren på best mulig måte kan møte pasienten, hvordan hun bør tilnærme seg situasjonen, samt hvilke tiltak som bør være tilstede i kommunikasjonssituasjonen.

#### **4.1.1 Å samtale om samtaleforholdet**

I pleiesituasjoner med pasienter som har språkvansker vil mye av ansvaret for samtalen falle på den språklige funksjonsfriske deltageren (Corneliussen et al., 2006, s. 38). Hvordan sykepleieren møter de språklige utfordringene vil derfor være avgjørende.

Forskning har vist at sykepleiere sitter igjen med en opplevelse av at det å kommunisere med afasirammede er problematisk og vanskelig (Jensen et al., 2015). Slike negative opplevelser kan forstyrre samtaleforholdet og er derfor viktig å snakke om (Baltzersen, 2008 s. 107). I det innledende møtet vil det å metakommunisere derfor kunne være en nyttig metode. Gjennom å snakke om samtaleforholdet kan sykepleieren formidle hvordan hun selv opplever det å kommunisere med pasienter rammet av afasi. For eksempel kan hun under besøket fortelle pasienten at hun syntes det er vanskelig å få til en felles forståelse med denne pasientgruppen og at hun ofte opplever samtalen som vanskelig. Gjennom en slik samtale får sykepleieren en mulighet til å være oppriktig med pasienten.

Baltzersen (2008, s. 28) poengterer at det er viktig med metakommunikasjon tidlig i forløpet. Samtalepartnerne kan da rydde opp i eventuelle uklarheter (Jensen & Ulleberg, 2011, s. 157). Sykepleieren bør derfor være tydelig på at det foreligger en kommunikasjonsutfordring i møte med pasienten, og at det er viktig at en sammen finner en løsning på hvordan en skal møte disse utfordringene. Som nevnt tidligere forutsetter en god kommunikasjon at sykepleieren i

samarbeid med pasienten kommer frem til løsninger (Eide & Eide, 2013). Samtidig vil sykepleieren gjennom en metakommunikasjon kunne tydeliggjøre forventninger og kartlegge det videre samarbeidet (Jensen & Ulleberg, 2011). Sykepleieren kan gjennom en slik samtale med andre ord informere pasienten hva hun forventer av ham, for eksempel at han er aktiv og villig til å få til en felles forståelse, samt kartlegge hvilke kommunikasjonsstrategier pasienten selv syntes fungerer. Til tross for at Baltzersen sier at det å samtale om samtaleforholdet bør skje tidlig i forløpet, nevner han på en annen side at det vil være lettere å utforske samtaleforholdet om en først har utviklet en tillit i relasjonen. Det er først da en våger å åpne seg (Baltzersen, 2008 s. 107). Et argument for en tidlig metakommunikasjon vil likevel kunne være at sykepleieren da har bedre forutsetninger for å løse enkelte av kommunikasjonsproblemene (Jensen & Ulleberg, 2011).

Gjennom metakommunikasjon bør sykepleieren også kartlegge hvilke forventninger den afasirammede har til samtaleforholdet. En studie fra 2009 har vist at enkelte pasienter syntes det er viktig at sykepleierne snakker selv om pasientene ikke klarer å svare, mens en annen studie fra samme år konkluderer med at sykepleierne prater for mye og at pasientens individuelle behov blir neglisjert (Nyström, 2009, Gordon, Ellis-Hill & Ashburn, 2009). Sykepleieren bør derfor innhente informasjon fra den afasirammede om hvordan han ønsker at samtaleforholdet skal være, om det er ønskelig at sykepleieren skal føre samtaler under store deler av besøket, eller om pleien bør foregå i stillhet, hvor det kun kommuniseres om ting som er relevant for pleien. Å klargjøre hva den afasirammede ønsker, gjør det lettere for sykepleieren å vite hvordan hun skal angripe kommunikasjonssituasjonen, samtidig som det sikrer pasientens rett til å være medbestemmende (NSF, 2009).

#### **4.1.2 Å tolke de nonverbale signalene**

En god kommunikasjon og samhandling med den hjemmeboende afasirammede er vesentlig for å kunne utøve en god sykepleie (Hansen, 1995). Sykepleieren må derfor sørge for at budskapet blir formidlet fra den ene samtalepartnern til den andre. I følge Friis-Mikkelsen (2001) har pasienter med afasi god evne til å lese det nonverbale språket, og de kan ofte uttrykke seg ved hjelp av mimikk og gester. Det å aktivt ta i bruk det nonverbale språket kan derfor være til stor hjelp når sykepleieren forsøker å forstå hva pasienten vil uttrykke eller når den afasirammede ikke forstår hva sykepleieren forsøker å formidle.

Sundin, Jansson og Norberg (2002) nevner at det å bruke tid på og lese pasientens reaksjoner og væremåte, er svært viktig. Gjennom å lese pasientens kroppsspråk kan sykepleieren registrere hva pasienten tenker og føler om pleiesituasjonen, samt veilede hvordan sykepleieren skal håndtere situasjonen videre (Sundin et al., 2002). I kommunikasjonssituasjonen er det derfor viktig at sykepleieren er henvist mot pasienten, slik at pasienten får mulighet til å kommunisere via kroppsspråket. I følge Hansen (2011) er ansiktet den viktigste nonverbale kommunikasjonskanalen. Gjennom å tolke ansiktsuttrykket kan sykepleieren få en forståelse av om den afasirammede føler glede, sorg, sinne eller avsky (Hansen, 2011, s.146). Områdene rundt øynene og munnen er de mest uttrykksfulle partiene og formidler det meste av informasjonen (Hansen, 1995, s.71). Som sykepleier vil det kanskje være spesielt viktig å fokusere på disse ansiktsområdene i møte med pasienter som er rammet av motorisk eller global afasi. Disse pasientene vil i ulik grad ha problemer med å uttrykke sine subjektive opplevelser av situasjonen (Ryen et al., 2013). Det vil da være viktig at sykepleieren innhenter informasjonen gjennom andre kommunikasjonskanaler, slik at den helhetlige sykepleien blir bevart. I følge Travelbee (1999, s. 193) er en av forutsetningen for å få til en felles forståelse at sykepleieren lever seg inn i og forstår den andres indre opplevelse av situasjonen. Ved at sykepleieren har en empatisk forståelse vil pasienten også i større grad oppleve det som formidles i kommunikasjonen som meningsfylt (Travelbee, 1999).

Flere studier bekrefter at bruk av gester kan fremme kommunikasjonen. I en av studiene ble gestikulering betraktet som en nyttig strategi og som et nødvendig supplement til talen (Johansson, Carlsson & Sonnander, 2012). En annen studie konkluderer med at gestikulering kan øke forståelsen da det er lettere for en person å gjette hva pasienten forsøker å si (Nyström, 2009). Gester brukes ofte for å understreke eller forsterke den verbale kommunikasjonen og kan erstatte ord (Håkonsen, 2011). Sykepleieren bør i møte med den afasirammede derfor oppfordre den afasirammede til å benytte tegn og gester i kommunikasjonssituasjonen, enten som et supplement eller som en erstatning til det han eller hun ønsker å si (Corneliussen et al., 2006, s. 51). Hendene kan brukes til å understreke det en ønsker å formidle (Hansen, 1995). Pasienten kan for eksempel peke på gjenstander eller angitte tall ved å bruke fingrene. Om pasienten ikke kan uttale ordene ja og nei, eller hvor disse ordene lett forveksles, kan pasienten motiveres til å nikke eller riste med hodet for å bekrefte eller avkrefte spørsmålene som blir stilt vedrørende pleiesituasjonen (Corneliussen et al., 2006). På denne måten får pasienten en mer aktiv deltagelse i beslutningene som blir tatt. Til tross for at gestikulering kan være en nyttig strategi i samtalen, har ofte den afasirammede

problemer med å ta initiativ til å starte en handling (Corneliussen et al., 2006). Pasienten evner kanskje ikke det å ta i bruk dette tiltaket, og sykepleieren har derfor et ansvar for å minne pasienten på å ta i bruk strategien. Forskning har på annen side vist at ikke alle syntes gestikulering er nyttig, og for noen er denne strategien anstrengende å bruke (Johansson et al., 2012). Ofte har hjerneskaden ført til fysiske lammelser, noe som reduserer den afasirammedes evne til å produsere gester (Corneliussen et al., 2006, s. 49). Om sykepleieren ikke tar hensyn til pasientens forutsetninger for å ta i bruk gestikulering, kan dette kanskje føre til enda mer frustrasjon og sinne for pasienten, samt mer forvirring for sykepleieren. Sinne og frustrasjon har vist seg å være de dominerende følelsene som oppstår når en person ikke klarer å få uttrykt seg (Johansson et al., 2012). Dette understreker igjen nødvendigheten av å avklare ved hjelp av metakommunikasjon.

I tillegg til å være en nyttig metode for pasienter rammet av motorisk afasi kan sykepleieren også ta i bruk denne strategien i møte med pasienter som har vansker med å oppfatte hva som blir sagt. Ikke-verbale signaler kan øke muligheten for at budskapet hos den afasirammede blir oppfattet, fordi nonverbale språket gir tilleggsinformasjon som den afasirammede har mulighet for å oppfatte (Friis-Mikkelsen, 2001). Samtidig er det viktig at sykepleieren innehar en forståelse om at gester kan være kulturbetinget (Hanssen, 2011). Gester som i Norge blir oppfattet på en måte, kan bli tolket annerledes i en annen kultur. For eksempel er det i Norge vanlig å klø seg i hodet når en er forvirret, mens denne atferden signaliserer sinne i andre land (Hanssen, 2011). Sykepleieren skal derfor være forsiktig med bruk av gester ovenfor afasirammede med annen kulturell bakgrunn, og i de situasjoner hvor hun ikke har noe kunnskap om kulturforskjeller.

Flere studier understreker viktigheten av berøring. En av dem påstår at kommunikasjon mellom sykepleier og pasient fremmes ved erkjennende berøring (Sundin & Jansson, 2003). Studien konkluderte med at det var flere årsaker til dette. Først og fremst ga berøring pasienten en følelse av at sykepleieren aksepterte situasjonen. Samtidig fremmet berøring motet hos pasienten til å forsøke å uttrykke seg (Sundin & Jansson, 2003). I følge Eide og Eide (2013, s. 210) kan berøring brukes som en metode for å vise forståelse, samt ha en støttende funksjon. En bør allikevel være noe kritisk til funnet i studien. Ulik faglitteratur viser til at personer reagerer forskjellig på berøring. Noen opplever berøring som positivt, mens andre kan oppleve berøringen som upassende, påtrengende og invaderende (Håkonsen, 2011, s. 223). Hvis pasienten oppfatter berøringen som noe negativt, kan det hemme

kommunikasjonen. Håkonsen (2011, s. 118) hevder på en annen side at berøring av hender, underarm og skuldre sjeldent oppleves som truende. Om sykepleieren velger å støtte pasientens kommunikasjonsutfordring gjennom berøring, bør berøringen kanskje foregå på disse områdene til man har en form for relasjon som gjør at sykepleieren kan berøre andre områder. Men opplevelse av berøring påvirkes også i stor grad av hvilke sinnsstemning pasienten befinner seg i (Håkonsen, 2011, s. 224). For eksempel kan pasienten oppleve berøringen som påtrengende om pasienten allerede er sint og frustrert i kommunikasjons-situasjonen. I følge de yrkesetiske retningslinjene skal sykepleieren handle på en slik måte som gjør at pasienten ikke føler seg krenket (NSF, 2009). Sykepleieren må derfor hele tiden vurdere når det passer å ta i bruk fysisk berøring.

Til tross for at kommunikasjon med afasipasienter kan være utfordrende, er det i følge Travelbee (1999, s.187) viktig at sykepleieren ikke går inn i samtale med oppfatning av at det er utfordrende. Ofte vil slike negative oppfatninger formidles nonverbalt uten at sykepleieren er klar over det selv, både gjennom kroppsspråk og ansiktsuttrykk (Mabeck, 1999). Som nevnt over har afasirammede en god oppfatningsevne selv om de ikke klarer å uttrykke seg verbalt (Eide & Eide, 2013). Pasienten vil dermed kunne fange opp usikkerheten og de negative holdningene knyttet til kommunikasjonssituasjonen, noe som kan være et hinder for pasienten kommunikasjonsmessig. For eksempel kan sykepleierens nølende berøring tolkes av pasienten som at hun ikke er komfortabel med kommunikasjonssituasjonen (Håkonsen, 2011, s. 223). Sykepleierens kroppsholdning signaliserer også om det foreligger en interesse for pasienten eller ikke (Kitzmuller, 2007). At sykepleieren har en avslappet holdning, sitter vendt mot pasienten og opptrer rolig, viser at sykepleieren er til stede, lytter og er opptatt av å få til en felles forståelse (Eide & Eide, 2013, s. 208). Som nevnt i teoridelen er det ikke mulig og ikke-kommunisere. I møte med den afasirammede bør sykepleieren derfor ha kontroll over kroppsspråket, slik at pasienten ikke fanger opp usikkerheten rundt kommunikasjonen i like stor grad (Heyn, 2015). I følge Travelbee(1999) vil sykepleieren på en annen side ikke klare å etablere et bånd til den afasirammede med slike negative holdninger. For å bryte med de forutinntatte oppfatningene er sykepleierens oppgave i følge Travelbee (1999, s.158) å se på den hjelpetrengende som et unikt individ. Slik jeg tolker det, bør sykepleieren i det innledende møtet derfor ikke se på pasienten som en del av en pasientgruppe hvor det å kommunisere vil være et stort problem, men i stedet møte pasienten med en tanke om at det finnes en person bak språkvanskene som trenger hjelp.



### 4.1.3 Å ta i bruk ulike kommunikasjonsferdigheter

I møte med pasienter rammet av afasi bør sykepleieren ha fokus både på hvordan hun formidler budskapet, samt hvor hun tolker beskjeden som er sendt. I følge Schramms kommunikasjonsmodell kan misforståelser i en samtale oppstå både ved koding eller avkoding av et budskap (Heyn, 2015).

For å få til en vellykket kommunikasjon er det i følge Eide & Eide (2013) viktig at sykepleieren tar hensyn til pasientens individuelle forutsetninger og tilpasser det som skal formidles ut fra personens evne til å ta imot og bearbeide informasjon. Etter en hjerneskade vil pasienten ha problemer med å holde oppmerksomheten over tid, noe som medfører en redusert evne til å oppfatte det som formidles (Corneliussen et al., 2006, s.54). Forskning fra 2009 viser til at det vil kunne være lettere for pasienten å forstå hva sykepleieren mener om tempoet på samtalen reduseres, samt at sykepleieren bruker alminnelig ord og uttrykk (Nyström 2009). En annen studie har gjort lignende funn. I denne studien kommer det frem at det å bruke korte setninger i kommunikasjonen er viktig for å få til en felles forståelse (Kitzmuller, 2007). Om pasienten ikke forstår hva sykepleieren sier, bør hun forsøke å omformulere det hun ønsker å si med utgangspunkt i disse funnene. Til tross for at studiene gir en pekepinn på hvordan den verbale kommunikasjonen bør foregå, kan det hende at denne måten å formidle budskapet på ikke vil være tilstrekkelig. En studie fra Danmark nevner at det å skrive i pasientens dagbok kan være et nyttig hjelpemiddel. Gjennom å skrive ned det som ble sagt i stikkordsform, økte pasientens forståelse (Jensen et al., 2015). Ved at sykepleieren noterer ned stikkord mens hun snakker vil også taletempoet reduseres. Som nevnt over vil dette være viktig faktor å ta hensyn til (Nyström, 2009). Det er viktig at stikkordene som skrives er lett å tyde, og sykepleieren bør helst bruke blokkbokstaver (Corneliussen et al., 2006, s. 55). Til tross for at denne strategien kan være effektiv og enkel å ta i bruk i hjemmesykepleien, vil den kanskje ikke fungere for alle. Mange av de afasirammede vil i tillegg til redusert språkevne ha problemer med å lese (Corneliussen et al., 2006). Å kode budskapet på denne måten vil dermed kunne føre til enda flere misforståelser. I følge Corneliussen et.al (2006, s.54) bør sykepleieren i slike situasjoner ta i bruk enkle tegninger i stedet.

Johansson et.al (2012) fant i sin forskning at støttende samtalestrategier medførte en lettere forståelse for samtalepartneren, samt gjorde det enklere for den afasirammede å kommunisere. En av de støttende strategiene som blir nevnt er å stille ja og nei-spørsmål

(Johansson et al., 2012). Forskning gjort av Kitzmuller (2007) viser det samme resultatet. Ved denne formen for spørsmål får hjelperen kun informasjon om det han eller hun konkret spør om. Lukkede spørsmål kan derfor være nyttig i de situasjonene hvor pasienten ikke klarer å uttrykke seg, eller hvor pasienten trenger hjelp til å bli mer konkret (Eide & Eide, 2013, s. 270). Til tross for at det å stille ja og nei spørsmål kan skape en bedre forståelse i kommunikasjonssituasjonen, viste en studie fra 2002 at pleierne har en tendens til å unngå å stille pasienten spørsmål under interaksjonen. Pleierne forklarte dette med at de ønsket å unngå at pasienten ble stresset, eller at pasienten skulle føle seg dum (Sundin et al., 2002). En annen studie derimot tar opp viktigheten av det å faktisk stille spørsmål til pasienten selv om det nødvendigvis ikke fører til noe forståelse. Ved at sykepleieren inkluderer pasienten i samtalen styrkes egenverdet (Kitzmuller, 2007). Samtidig vil pasientens ønsker og behov ikke komme frem om sykepleieren ikke forsøker å inkludere pasientens i pleien. Ved å stille spørsmål til pasienten vil sykepleieren i det minste sørge for at kravet om medbestemmelse i pasient- og brukerrettighetsloven blir ivaretatt. Som nevnt tidligere har den afasirammede en redusert evne til å oppfatte (Corneliussen et al., 2006). Det er derfor viktig at sykepleieren stiller et og et spørsmål, og gir den afasirammede tid til å forstå hva det blir spurt om (Sundin et al., 2002). Kanskje kan stressfaktoren som sykepleieren opplevde hos pasientene i studien over skyldes at sykepleieren ikke tok hensyn til disse momentene? Å få til en felles forståelse ved bruk av en slik strategi, forutsetter at pasienten også kan bruke ordene riktig. Ved global afasi forveksler ofte pasienten ordene ja og nei (Corneliussen et al., 2006). I disse tilfellene kan det tenkes at det å stille ja og nei-spørsmål ikke vil være nyttig.

Selv om studier viser til at ja og nei spørsmål kan være en effektiv måte å få innhentet opplysninger om hva pasienten tenker og føler, bør sykepleien også være litt varsom med å bruke denne strategien. I følge Schramms kommunikasjonsmodell vil en optimal kommunikasjonsprosess foregå sirkulært, hvor pasienten og sykepleieren bytter på det å være sender og mottaker av et budskap (Heyn, 2015). Ved at sykepleieren stiller lukkede spørsmål, vil kommunikasjonsprosessen derimot bli mer lineær, da pasienten blir oppfordret til å besvare nøyaktig det han blir spurt om. Hjelperen får rollen som intervjuer og blir ansvarlig for å drive samtalen videre, mens pasienten mest sannsynlig vil oppfatte samtalen som styrt av hjelperen og passivt avvente at sykepleieren skal stille neste spørsmål (Eide & Eide, 2013, s. 271). Dette kan medføre at sykepleieren og pasienten kommer inn i en ond sirkel hvor pasients medvirkende rolle blir glemt. Dette ser jeg på som svært uheldig, da en god kommunikasjon forutsetter at sykepleieren har evne til å lytte til pasienten (Eide & Eide,

2013). Forskning fra 2009 har allerede vist at sykepleieren i møte med den afasirammede styrer mye av samtalen (Gordon et al., 2009). En kan da stille seg kritisk til hvor riktig det er at sykepleieren tar i bruk en slik strategi, om den samtidig ekskluderer pasienten i samtalen?

Travelbee (1999, s.159) hevder at en av årsakene til at kommunikasjonen bryter sammen kan være at budskapet tolkes bokstavelig, uten noe form for tolkning av det underliggende betydningen. Ved global afasi vil pasienten ha problemer med å sette sammen ordene slik at innholdet blir forståelig (Berentsen, 2013). Det pasienten formidler vil kanskje ikke være det han mener. For å unngå store misforståelser bør sykepleiere også fokusere på det å avkode budskapet fra pasienten riktig. En fremgangsmåte vil da kunne være at sykepleieren tydeliggjør hvordan hun har oppfattet det som er sagt og det som er gitt uttrykk for ikke-verbalt (Kristoffersen, 2011, s. 356). Dette kan gjøres ved å gjengi hva pasienten har sagt med andre og færre ord, på en slik måte at innholdet ikke endres (Eide & Eide, 2013, s. 226). Ved at sykepleieren setter ord på det hun har oppfattet, gis pasienten en mulighet til å oppdage og eventuelt bekrefte om det sykepleier har oppfattet er riktig (Kristoffersen, 2011). Det er dessverre lite forsket på det å ta i bruk denne avklarende kommunikasjonsferdigheten i møte med den afasirammede. Det er derfor vanskelig å vite om det å gjenta hva den afasirammede har sagt vil ha en hjelpende funksjon, eller om det bidrar til ytterligere frustrasjon for den afasirammede i interaksjonen. Corneliussen et.al (2006, s. 46) hevder på en annen side at det er viktig at sykepleieren er oppriktig i kommunikasjonssituasjonen. Sykepleien må ikke late som hun har forstått pasienten. Hvis sykepleieren ikke tar seg tid til å rydde opp i uklarheter, kan resten av samtalen bli vanskelig (Corneliussen et al., 2006). Samtidig kan det medføre at de slutningene sykepleieren trekker ikke stemmer overens med hva pasienten mener, men at pasienten godtar det allikevel, fordi han ikke vil bry sykepleieren, eller vet at det ikke er lett for sykepleieren å forstå (Corneliussen et al., 2006). Dette bidrar til en situasjon som ikke er ønskelig, da pasientens integritet ikke blir ivaretatt.

#### **4.1.4 Å fokusere på pauser og god tid**

Betydningen av at sykepleieren tar seg god tid i samtalen med den afasirammede er noe som går igjen i flere studier. Johansson et.al (2002) hevder for eksempel gjennom sin forskning at det å ta i bruk tid og pauser som en strategi, medfører en lettere forståelse for sykepleiere. Kitzmuller(2007) fant i sin studie et lignende svar. Ved at helsepersonell var villig til å bruke god tid på samtalen og samhandlingen, følte pasientene seg mer verdsatt, samtidig som de

fikk større mulighet til å formidle sine ønsker og behov. Ved å få bedre tid var det lettere for dem å kommunisere, da de kunne bruke lengre tid å finne og formulere de ordene de hadde inne i seg (Kitzmuller, 2007). En studie fra 2009 poengterer det samme. I denne studien kommer det frem at pasienter med sensorisk afasi ofte opplevde at samtalen var over når de hadde funnet ut av meningen med samtalen. Det er derfor viktig at sykepleieren gir pasientene tilstrekkelig tid til å gjette meningen av den verbale beskjedene, og ikke bare tid til å konsentrere seg om å finne de riktige ordene (Nyström, 2009). Ut fra denne forskningen kan det kanskje hevdes at god tid i samtalen kan være en nødvendig og god investering. I hjemmesykepleien kan det å ha god tid være en utfordring. Hjemmesykepleien er styrt av en rekke vedtak som angir hvor lang tid sykepleieren har hos pasienten ved hvert besøk (Fjørtoft, 2014). Om sykepleieren velger å overgå denne tiden for å møte pasientens individuelle behov, vil dette kunne gå utover tiden til andre pasienter. Slik jeg ser det vil ikke det være en riktig og rettferdig prioritering? Corneliussen et al (2006, s. 36) nevner på en annen side at god tid ikke nødvendigvis betyr at det tar lang tid. Siden forskning tilsier at det å sette av god tid vil kunne øke sannsynlighetene for en vellykket kommunikasjon, vil dette kunne sees på som mer tidsbesparende enn for eksempel gjette ukritisk på hva pasienten forsøker å formidle. Til tross for at sykepleieren bør fokusere på å ta seg god tid i samtalen, viser forskning fra 2012 derimot at lange samtaler kan ha en negativ innvirkning på kommunikasjonen. For mange deltagere var lange samtaler utmattende og overveldende (Johansson et al., 2012). Sykepleieren bør derfor også tenke på at samtaler ikke må bli for lange, slik at pasienten mister fokuset.

I følge Travelbee (1999, s. 160) vil kommunikasjonen mellom sykepleier og pasienten kunne blokkeres om sykepleieren lar være å lytte. Årsaken til at sykepleieren ikke lytter kan være mangel på interesse eller at sykepleieren snakker for mye (Travelbee, 1999). For å unngå å havne i denne fellen bør sykepleieren aktivt ta i bruk pauser. Pause er et sterkt kommunikativt virkemiddel som innebærer at hjelperen trer tilbake i noen sekunder i påvente av at pasienten skal respondere (Eide & Eide, 2013 s. 213). Gjennom stillheten som oppstår får både pasienten og sykepleieren tid til å bearbeide det som har blitt sagt, samtidig som det stimulerer pasienten til å forsøke og dele sine tanker og følelser (Eide & Eide, 2013). For mange afasirammede er det viktig at sykepleieren lar pasienten få være med på å styre samtaleinnholdet. De gir uttrykk for at det er lettere å kommunisere når de på forhånd vet hva de skal snakke om (Johansson et al., 2012). Pauser gir pasienten akkurat muligheten til dette. Det å bruke stillhet og pauser krever en bevisst tilbakeholdenhet fra sykepleieren, noe som

kan være en svært vanskelig oppgave i møte med den afasirammede. I følge Corneliussen et.al (2006, s. 37) trenger den afasirammede ofte lengre pauser enn hva som er vanlig i en samtale. Stillhet i kommunikasjon vil da kunne bli svært merkbar og kan for sykepleieren oppleves som ubehagelig (Corneliussen et al., 2006, s. 32). Slike pauser er derfor noe som sykepleieren bør trene på. En mulig løsning vil kunne være at sykepleieren med jevne mellomrom i samtalen oppmuntrer pasienten til å fortsette. Å oppmuntre pasienten kan i tillegg til å redusere den pinlige stemningen, virke stimulerende ved at pasienten blir mer motivert til å fortelle videre og forsøke å dele sine tanker og følelser (Eide & Eide, 2013, s. 220).

Sykepleierens kroppsspråk utstråler om hun har god tid i kommunikasjonen (Corneliussen et al., 2006, s. 36). Ved å ha en lyttende holdning vil hun kunne formidle at hun er til stede i kommunikasjonen og at hun lytter, samtidig som hun inviterer pasienten til å fortelle om det som er viktig for ham (Kristoffersen, 2011, s. 356). Det å vise interesse og bry seg om pasientens problemer er en av forutsetningene for å få til en gjensidig forståelse i følge Travelbee(1999). Eide & Eide (2013, s.198) nevner i sin bok at sykepleieren vil oppnå en slik holdning om hun sitter avslappet med kroppen henvendt mot pasienten. Forskning understreker at det også er viktig at pasienten og sykepleieren sitter i samme høyde. Dette gir en indikasjon på at sykepleieren er tilstede og har tid (Sundin & Jansson, 2003). I tillegg vil det å ha øyekontakt gi pasienten en indikasjon på at en har full oppmerksomhet på pasienten, og at en ikke tenker på alle de andre arbeidsoppgavene som skal gjøres (Eide & Eide, 2013). Til tross for dette bør sykepleieren være noe kritisk til å bruke blikket som et virkemiddel. Å bruke blikket for mye kan medføre en stirring hvor pasienten får en følelse av å bli vurdert (Eide & Eide, 2013 s. 206). En slik følelse kan legge et enda større press på pasientens forsøk på å uttrykke seg.

#### **4.2 Tilrettelegging på organisatorisk nivå**

I denne delen av drøftingen vil jeg se på hvordan sykepleieren kan organisere helsetjenesten slik at kommunikasjonen med den afasirammede fremmes.

#### 4.2.1 Fokus på økt kunnskap

Ut fra det som er drøftet i kapittelet ”tilrettelegging på individnivå” ser man at sykepleieren bør inneha kunnskap om hvordan hun på best mulig måte kan møte den afasirammedes språkvansker. Til tross for at kunnskap ser ut til å være en nødvendig forutsetning for å få til en felles forståelse, viser forskning at sykepleieren mangler denne kunnskapen (McGilton et al., 2011). I følge Travelbee (1999, s.138) vil sykepleieren først kunne klare å forstå hva pasienten kommuniserer når hun har utviklet en rekke kommunikasjonsferdigheter og evner. I de yrkesetiske retningslinjene kommer det samtidig fram at sykepleieren selv har ansvar for å holde seg faglig oppdatert (NSF, 2011). Ved manglende kompetanse bør sykepleieren derfor aktivt innhente kunnskap om de kommunikasjonsferdigheter som letter kommunikasjonsprosessen og bidrar til forståelse. Ved å inneha nok kunnskap på fagfeltet, kan sykepleieren også fungere som en rollemodell som motiverer medarbeidere til å oppdatere sine kunnskaper (Pfeiffer, 2007, s.10).

I følge McGilton et.al (2011) mangler sykepleierne både kunnskap om den afasirammedes språkvansker, og de ulike kommunikasjonsstrategiene som kan tas i bruk. I følge Kristoffersen (2011, s.183, 193) kan sykepleieren øke denne kompetansen gjennom klinisk erfaring og mengdetrening. Det er dokumentert i forskning fra 2007 at kommunikasjonen er lettere for den afasirammede om sykepleieren er dyktig i å kommunisere (Kitzmuller, 2007). Sykepleieren bør derfor informere enhetslederen om at hun ønsker å øve på å kommunisere med pasienter rammet av afasi, slik at lederen på best mulig måte kan legge forholdene til rette for at sykepleieren kan nå dette målet.

For å få et utbytte av den erfaringsbaserte praksisen, bør sykepleieren også inneha forskningsbasert kunnskap. En slik kunnskap kan sykepleieren innhente gjennom forskningslitteratur og faglitteratur på feltet (Kristoffersen, 2011). Forskere fra Danmark hevder derimot at sykepleieren kan få en slik kunnskap ved å delta på kurs (Jensen et al., 2015). I studien fikk sykepleierne utdelt spørsmål om kurset som omhandlet støttende kommunikasjonsstrategier hadde medført noen endringer i sykepleierens kunnskap om afasi, samt i måten de kommuniserte med den afasirammede. Det viste seg at pleierne følte seg mer forberedt på å kommunisere etter å ha deltatt på kurset. En av pleierne beskrev at hun ble mer villig til å delta i samtaler med den afasirammede. En annen pleier understrekte at samtalen med den afasirammede hadde blitt lengre og mer meningsfull (Jensen et al., 2015). Sykepleieren bør derfor undersøke med enhetslederen om det finnes noen mulighet for å

arrangere lignende kurs eller undervisning på arbeidsplassen. På en annen side kan en slik form for læring være noe problematisk. I hjemmesykepleien er det mange arbeidsoppgaver som skal gjøres i løpet av en vakt, og tiden som blir igjen vil kanskje ikke være tilstrekkelig til å få til en undervisning med nok tyngde til å kunne øke kunnskapen (Fjørtoft, 2014, s. 181). Om dette er tilfelle bør sykepleieren kanskje oppfordre enhetslederen til å sette av tid slik at sykepleieren får mulighet til å lese seg opp på relevant faglitteratur på egen hånd. En studie fra 2012 viste nemlig at manglende kunnskap i hvordan kommunisere med personer med språkvansker medførte at sykepleieren styrte samtalen, og at det var lite mulighet for den afasirammede til å bidra eller påvirke samtalen (Gordon et al., 2009). Pasienter med afasi kan ha en redusert evne til å ta initiativ i samtalen, og er derfor svært sårbare. Til tross for språkvanskene, har den afasirammede fortsatt evne til å tenke (Nyström, 2009). I følge Nyström(2009) er det ekstremt viktig at denne kunnskapen gjøres kjent slik at lik deltagelse kommer i fokus.

#### **4.2.2 Å sørge for kontinuitet**

I Travelbee sin sykepleieteori kommer det frem at gjensidig forståelse først oppstår når interaksjonen mellom sykepleieren og pasienten utvikler seg, hvor de får en bedre kjennskap til hverandre (Travelbee, 1999). Forskning de siste årene bekrefter viktigheten av at sykepleieren og pasienten har utviklet et bånd til hverandre. Kitzmuller (2007) fant for eksempel i sin forskning ut at sykepleiere som fulgte pasienten over et lengre tidsrom hadde en bedre forutsetning for å lykkes med å få til en felles forståelse. En annen studie fant ut at en sykepleier som kjenner pasienten godt, har muligens lettere å forstå hva pasienten ønsker å si og bistå den afasirammede når han eller hun har problemer med å finne og uttrykke ordene (Johansson et al., 2012). At flere forskningsstudier konkluderer med det samme, gir en indikasjon på at kontinuitet er en vesentlig faktor for en felles forståelse. Det vil være enhetslederen sitt ansvar å sikre kontinuitet og at de faste sykepleierne får gå til den afasirammede, men enhver sykepleier kan være med på å legge forholdene til rette for at dette vil være mulig. Til tross for hva forskningen viser, kan en på en annen side stille seg kritisk til om en kontinuitet i hjemmesykepleien vil være gjennomførbart? En slagpasient vil som oftest ha et stort pleiebehov og trenge hjelp mer enn en gang per døgn (Ryen et al., 2013). Dette medfører at pasienten må kunne forholde seg til mange ulike sykepleiere (Fjørtoft, 2014 s. 205). Selv om kontinuitet vil kunne by på en rekke utfordringer, er det samtidig viktig at enhetslederen etterstreber kontinuitet så langt det lar seg gjøre. Dette kan hun gjøre ved å for

eksempel sørge for at to eller tre av sykepleierne med ulik turnus får hovedansvaret for pasienten. På en annen side kan det kanskje tenkes at det vil være mer hensiktsmessig at enhetslederen organiserer helsetjenesten på en slik måte at de som ikke går så ofte til den afasirammede også har mulighet for å gi en helhetlig sykepleie?

McGilton et al (2011) påstår at opprettelse av individuelle kommunikasjonsplaner kan være en mulig løsning. En slik kommunikasjonsplan kan for eksempel inneholde hvordan sykepleieren skal kommunisere med pasienten, hvordan pasienten kommuniserer og hva pasienten liker å samtale om (McGilton et al., 2011). I studien kom det frem at slike kommunikasjonsplaner fremmet kontinuitet. Sykepleierne som ikke kjente pasienten godt kunne aktivt ta i bruk denne planen for å innhente kunnskap om hvilke strategier som fremmet kommunikasjon med pasienten slik at deres behov ble møtt. Ved å innhente denne informasjonen, opplevde sykepleierne at de hadde bedre forståelse for sine pasienter, kunne møte deres behov oftere, og at pasienten viste mindre tegn til frustrasjon. (McGilton et al., 2011). Dette funnet indikerer at kommunikasjon er mulig til tross for at sykepleieren ikke har en relasjon til pasienten. På en annen side kan det tenkes at en slik kommunikasjonsplan ikke vil fungere i møtet med hjemmeboende pasienter rammet av afasi. Som nevnt tidligere i drøftingen trenger den afasirammede lengre tid i en samtale både for å oppfatte hva sykepleieren har sagt, og for å selv finne ordene som passer til det han ønsker å formidle (Corneliussen et al., 2006, s. 34). Dette vil i seg selv ta mye av sykepleierens tid. Om kommunikasjonsplanene skal ha en hjelpende funksjon, må sykepleieren også bruke tid på å sette seg inn i denne. I hjemmesykepleien jobber sykepleieren allerede under et stort tidspress (Fjørtoft, 2014). Ut fra egen erfaring vil slike planer ikke være det som prioriteres når sykepleieren allerede er stresset. En kan da stille spørsmål hvor riktig det vil være å bruke mye tid og krefter på utarbeidelse av en slik kommunikasjonsplan? På en annen side viser forskningen at enkelte av sykepleierne syntes disse planene sparte dem for mye tid, og at de derfor kunne fokusere på andre oppgaver (McGilton et al., 2011). For at slike kommunikasjonsplaner skal ha noe hensikt, må sykepleieren også inneha en praktisk kunnskap om de ulike kommunikasjonsstrategiene. Det holder ikke å kun lese i kommunikasjonsplanen om de ulike strategiene. I følge Eide & Eide (2013, s. 22) må sykepleieren også ha øvd på hvordan strategiene brukes i praksis.

Gjennom å ha jobbet i hjemmesykepleien i flere år har jeg erfart hvor effektivt bruk av pleieplaner kan være. En slik pleieplan gir en konkret beskrivelse av hva som skal gjøres og



hvordan sykepleieren skal gå fram i situasjonen (Vabo, 2014). Denne planen kan fungere som et oppslagsverk i de situasjonene hvor sykepleieren ikke forstår hva pasienten forsøker å si. Dette gjelder spesielt de situasjonene hvor samtalen omhandler sykepleieutøvelsen. Sykepleieren bør kanskje derfor stille krav til ledelsen om tid til utarbeidelse av slike pleieplaner? En pleieplan bør i utgangspunktet ikke være for detaljert, da det vil kunne oppfattes som uoversiktlig (Rotegård & Solhaug, 2011). På en annen side vil hensikten med å ta i bruk en pleieplan være at sykepleieren skal kunne få innhentet den informasjonen man trenger når kommunikasjonsevnen er redusert. Det vil kanskje derfor være viktig at den inneholder nøyaktige beskrivelser om pasientens vaner og rutiner. Samtidig må sykepleieren passe på og ikke følge pleieplanen slavisk i møte med den afasirammede. Sykepleieren har en rettslig forpliktelse til å sørge for å inkludere pasienten i utøvelse av helsehjelpen (Molven, 2011, s.121). Sykepleieren kan derfor ikke bare utføre alle punktene i planen. Pasienten kan ha andre preferanser og ønsker den dagen, og det er sykepleierens ansvar å få tak i disse gjennom kommunikasjon (Molven, 2011).

#### **4.2.3 Å ta i bruk kommunikasjonshjelpemidler**

Kulø( 2011) nevner at det finnes ulike kommunikasjonshjelpemidler tilgjengelig som kan bedre forståelsen i kommunikasjon med den afasirammede. Disse hjelpemidlene er ment som et supplement eller som en kompensasjon for pasientens språkvansker (Kulø, 2011).

En studie fra 2015 har vist at lavteknologiske løsninger kan være et godt hjelpemiddel for å få til en felles forståelse (Jensen et al., 2015). Lavteknologiske løsninger vil si enkle kommunikasjonshjelpemidler laget av for eksempel papir, og kan være alt ifra pekebøker med bokstaver til kommunikasjonsbøker med bildesymboler eller skrevne ord og setninger (Kulø, 2011). En metastudie viser på en annen side at slike kommunikasjonsbøker vil ha en begrenset funksjon om de ikke er individuelt tilpasset (Beukelman, Fager, Ball & Dietz, 2007). Sykepleieren bør derfor utarbeide et slikt kommunikasjonsmateriell i samarbeid med den afasirammede. På denne måten sørger sykepleieren for at boken inneholder ord og uttrykk pasienten har behov for å bruke (Kulø, 2011). På en annen side har ikke alle afasirammede like god leseforståelse. For disse vil det kanskje være mer aktuelt å lage en kommunikasjonsbok med ulike illustrasjoner (Kulø 2011). Flere studier har vist at sykepleieren har god opplevelse med bildebruk, og at de syntes samtalen med pasientene ble lengre og mer meningsfylte med en slik strategi (Jensen et al., 2015, McGilton et al., 2011). Til tross for at

pekebøker kan gjøre kommunikasjonssituasjonen lettere, viser en prosjektrapport fra 2012 at ikke alle liker denne formen for kommunikasjonshjelpemiddel. Noen av deltagerne ga uttrykk for at det å peke i en bok var barnslig og nedverdiggende (Kulø, 2012). Samtidig viser en annen studie at det for noen er viktig å forsøke og si ordene uten å ta i bruk kommunikasjonsstrategier (Johansson et al., 2012). For å ivareta pasientens integritet bør sykepleieren sørge for at ledelsen tilrettelegger helsetjenesten på en slik måte at en kartlegging i bruk av lavteknologiske løsninger kan være mulig.

I dag finnes det også mer avanserte kommunikasjonshjelpemidler. Disse høyteknologiske hjelpemidlene går på strøm og kan være alt fra ulike symbolsystemer på nettbrett til talemaskiner (Kulø, 2011). Slike høyteknologiske løsninger finnes i ulike prisklasser, og er mulig å få dekket av NAV (Kulø, 2012, s. 26). Forskning har vist at høyteknologiske hjelpemidler kan bedre kommunikasjonen til den afasirammede (Van De Sandt-Koenderman, Wiegers, Wielaert, Duivenvoorden, & Ribbers, 2007).. I studien ble effekten av det håndholdte kommunikasjonshjelpemiddelet Touch-Speak undersøkt. Touch-Speak er et verktøy bestående av en skjerm med ulike bilder, ord og setninger som den afasirammede kan trykke på for å aktivere en beskjed til samtalepartneren (Van De Sandt-Koenderman et al., 2007). Studien konkluderte med at kvaliteten på kommunikasjonen økte ved bruk av dette verktøyet. I tillegg kom det frem i studien at 79% av pasientene og 74 % av samtalepartnerne syntes maskinene var et godt hjelpemiddel i kommunikasjonssituasjonen (Van De Sandt-Koenderman et al., 2007). Det er derfor et ledelsesansvar å søke om hjelpemidler til de pasientene som kan ha nytte av dette. Til tross for at forskning indikerer at ledelsen bør vurdere slike hjelpemidler, er det dessverre lite forsket på bruk av høyteknologiske løsninger blant denne pasientgruppen. Det er derfor vanskelig å vurdere hvorvidt disse hjelpemidlene vil fungere i praksis, og bidra til en forståelse. Dette fagfeltet er noe som bør forskes mer på, da det i dag finnes svært mange høyteknologiske hjelpemidler tilgjengelig (Kulø, 2011).

Det finnes utfordringer tilknyttet bruken av høyteknologiske løsninger. Kulø (2012) nevner blant annet at den afasirammede vil trenge lengre tid ved bruk av slike hjelpemidler, både med tanke på å lete frem til ordene eller bildene, men også for å formulere seg på en forståelig måte. Ved for liten tid hos den afasirammede vil den funksjonelle bruken av det høyteknologiske hjelpemiddelet reduseres (Kulø, 2012). Forskning viser til akkurat dette problemet. I en studie fra 2015 ga flere av sykepleierne uttrykk for at det er vanskelig å ta i bruk kommunikasjonsverktøy. En av årsakene var at de ikke hadde nok tid til å bli kjent med

bruken av dem, men også fordi de hadde for liten tid til å ta dem i bruk. Ofte hadde de nok med å fokusere på personens pleiebehov (Jensen et al., 2015). Prosjektrapporten fra 2012 understreker en lignende problematikk. Her kommer det frem at hjemmetjenesten ikke har tid til å følge opp bruken av kommunikasjonshjelpemidler (Kulø, 2012, s.10). I følge de yrkesetiske retningslinjene har sykepleieren et ansvar for at pasienten får være deltagende i pleien som gis (NSF, 2009). Om bruken av høyteknologiske løsninger kan hjelpe pasienten i å uttrykke sine behov, bør kanskje sykepleieren iverksette tiltak slik at mulighet for å bruke slike kommunikasjonshjelpemidler er til stede. En løsning i denne situasjonen kan kanskje være at sykepleieren søker om utvidelse av pasientens vedtak (Fjørtoft, 2014). Dette vil kunne bidra til at pasienten og sykepleieren får bedre tid til å anvende og utforske bruken av avanserte kommunikasjonshjelpemidler.

Til tross for at studien til Van De Sandt-Koenderman et.al (2007) viser at pasienter med alvorlig grad av afasi var i stand til å mestre et datastyrt ordforråd, viser derimot prosjektrapporten fra 2012 at pasienten som har global afasi ikke vil kunne ha nytte av høyteknologiske løsninger. Dette begrunnes med at pasienter med global afasi vil ha stor vanskelighet med å lære seg bruken av hjelpemiddelet (Kulø, 2012, s. 32). Et slikt kommunikasjonshjelpemiddel vil derfor kanskje være mest aktuelt for pasienter med mild grad av afasi som har en bedre forutsetning for å forstå? Samtidig viser prosjektrapporten fra 2012 at ikke alle afasipasienter ønsker å bruke høyteknologiske løsninger (Kulø, 2012). Det er derfor viktig at sykepleieren og ledelsen har en forståelse for at forutsetningene ikke alltid er til stede, selv om pasienten har behov for et kommunikasjonshjelpemiddel.

## 5 Oppsummering

I denne oppgaven hadde jeg som formål å styrke min kunnskap om hvordan sykepleieren kan legge til rette for en felles forståelse hos hjemmeboende pasienter rammet av afasi. Ut fra hva som kommer frem i drøftingen finnes det ikke et enkelt fasitsvar på hvordan sykepleieren kan møte kommunikasjonsutfordringene. Den afasirammedes språkproblemer vil variere fra person til person, både ut fra hvor stor skaden er og hvilke språkområder som er rammet. Meta-kommunikasjon vil derfor være en nyttig og effektiv metode for å kartlegge hvilke strategier som vil kunne fremme kommunikasjonen.

En kombinasjon av det å lytte og være oppriktig, gå inn i situasjonen med gode holdninger, samt skape en god relasjon er essensielt for å få til en felles forståelse. I tillegg må sykepleieren sørge for at helsetjenesten tilrettelegges slikt at både den teoretiske og erfaringsbaserte kunnskapen øker. God tid og kontinuitet i pleien har vist seg å være vesentlige faktorer i møte med pasientens språkproblemer. Utarbeidelse av detaljerte kommunikasjonsplaner og pleieplaner, samt utvidelse av vedtaket kan sikre at disse faktorene blir møtt.

I forskningen kommer det fram at sykepleieren må tilrettelegge kommunikasjonen slik at både pasienten og sykepleieren forstår hva som blir formidlet. Strategier som oppmuntring i bruk av gester, ja/nei-spørsmål og lese pasientens kroppsspråk vil kunne hjelpe sykepleieren med å forstå pasientens følelser, ønsker og behov. Supplerende verktøy som pekebøker og avanserte talemaskiner vil også kunne fremme kommunikasjonen om forutsetningene for bruken er tilstede. Sykepleieren må samtidig ha fokus på hvordan budskapet kodes. Langsamt taletempo, korte setninger med alminnelig ord, samt bruk av gester og enkle tegninger kan bidra til at pasienten oppfatter budskapet.

## Litteraturliste

- Baltzersen, R. K. (2008). En metakommunikasjonsmodell. I R. K. Baltzersen(Red.), *Å samtale om samtalen* (s. 97-128). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.
- Baltzersen, R. K. (2008). Er verbal metakommunikasjon bra i pedagogiske samtaler? I. I R. K. Baltzersen(Red.), *Å samtale om samtalen* (s. 27-39). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.
- Baltzersen, R. K.(2008). Å samtale om samtalen. Hva er egentlig verbal meta-kommunikasjon? I R. K. Baltzersen(Red.), *Å samtale om samtalen* (s. 7-24). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.
- Bavelas, J. B., Jackson, D.D., & Watzlawick, P. (2011). Pathological Communication. I P. Watzlawick., J. B. Bavelas., & D. D. Jackson(Red.), *Pragmatics of human communication* (s.53-98). United States of America: Norton & Company.
- Berentsen, V. D. (2013). Kognitiv svikt og demens. I A. H. Ranhoff., K. Brodtkorb., & M. Kirkevold(Red.), *Geriatrisk sykepleie* (1.utg, s. 350-382). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Beukelman, D. R., Fager, S., Ball, L., & Dietz, A. (2007). AAC for adults with acquired neurological conditions: A review. *Argumentative and alternative communication*, 23(3), 230-242. doi:10.1080/07434610701553668
- Corneliussen, M., Haaland- Johansen, L., Knoph, M. I. K., Lind, M., & Qvenild, E. (2006). *Afasi og samtale*. Oslo: Novus.
- Dalland, O.( 2015). Den litterære oppgaven. I O. Dalland (Red.), *Metode og oppgaveskriving* (5.utg, s.223-238). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Dalland, O. (2015). Hva er metode? I O. Dalland (Red.), *Metode og oppgaveskriving* (5.utg, s. 111-122). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

- Dalland, O. (2015). Sitater og referanser. I O. Dalland (Red.), *Metode og oppgaveskriving* (5.utg, s.83-92). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Dalland, O., & Trygstad, I. (2015). Kilder og kildekritikk. I O. Dalland (Red.), *Metode og oppgaveskriving* (5.utg, s.63-81). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Eide, H., & Eide, T. (2013). *Kommunikasjon i relasjoner*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Fjørtoft, A-K. (2014). Hjemmesykepleiens rammer. I A-K. Fjørtoft (Red.), *Hjemmesykepleie: ansvar, utfordringer og muligheter* (2.utg, s. 159-184). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.
- Fjørtoft, A-K. (2014). Innledning. I A-K. Fjørtoft (Red.), *Hjemmesykepleie: ansvar, utfordringer og muligheter* (2.utg, s. 13-18). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.
- Fjørtoft, A-K. (2014). Observere og vurdere behov. I A-K. Fjørtoft (Red.), *Hjemmesykepleie: ansvar, utfordringer og muligheter* (2.utg, s. 185-211). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.
- Friis-Mikkelsen, E. (2001). Sykepleie til pasienter med hjerneslag. I E. Gjengedal., & R. Jakobsen (Red.), *Sykepleie-praksis og utvikling:3* (942-961). Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.
- 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. doi: 10.1111/j.1365-2648.2008.04917.x
- Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L., & Reinar, L.M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert! En arbeidsbok*. Oslo: Akribe

- Haaland-Johansen, L., Haukeland, I., Knoph, M. I. K., Lind, M., & Qvenild, E. (2011). Afasi og afasirehabilitering. I L. Haaland-Johansen., M. Lind., M. I. K. Knoph., & E. Qvenild (Red.), *Afasi- et praksisrettet perspektiv* (s. 23-41). Oslo: Novus.
- Hansen, I. (2011). Interkulturell sykepleie. I E-A. Skaug., F. Nortvedt., & N. J. Kristoffersen (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 1* (2.utg, s. 135-160). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Hansen, I. (1995). Kommunikasjon. I N.J. Kristoffersen (Red.), *Generell sykepleie 2. Pasient og sykepleier- Samhandling, opplevelse og identitet* (1.utg, s. 63-110) Oslo: Universitetsforlaget.
- Helsedirektoratet (2010). Nasjonale faglige retningslinjer for behandling og rehabilitering ved hjerneslag. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/55/IS-1688-Nasjonal-retningslinje-for-behandling-og-rehabilitering-ved-hjerneslag-fullversjon.pdf>
- Heyn, L. (2015). Kommunikasjon- menneskets grunnleggende behov for å forstå og å bli forstått. I I. M. Holter., & E. K. Grov (Red.), *Sykepleieboken 1* (5.utg, s. 363- 398). Oslo: Cappelen Damm.
- Håkonsen, K. M. (2011). Kommunikasjon. I K. M. Håkonsen (Red.), *Innføring i psykologi* (4. utg, s. 218-236). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Håkonsen, K. M. (2011). Kunnskapens veier. I K. M. Håkonsen (Red.), *Innføring i psykologi* (4. utg, s. 99-134). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- 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), s. 57-80. doi:10.1080/02687038.2014.955708
- Jensen, P., & Ulleberg, I. (2011). Digital og analog kommunikasjon. I I. Ulleberg., & P. Jensen (Red.), *Mellom ordene* (1.utg, s. 125-143). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Jensen, P., & Ulleberg, I. (2011). Kommunikasjon. I I. Ulleberg., & P. Jensen (Red.), *Mellom ordene* (1.utg, s. 19-51). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Jensen, P., & Ulleberg, I. (2011). Metakommunikasjon. I I. Ulleberg., & P. Jensen (Red.), *Mellom ordene* (1.utg, s. 145-164). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

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.  
doi:10.1111/j.1460-6984.2011.00089.x

Kirkevold, M. (2013). Hjerneslag. I A. H. Ranhoff., K. Brodtkorb., & M. Kirkevold (Red.), *Geriatrisk sykepleie* (s. 406-417). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Kitzmuller, G (2007). Hvordan kan afasipasienters positive erfaringer i møte med helsepersonell påvirke mestring? *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, 3(2), 42-55

Kristoffersen, N, J. (2011). Den myndige pasienten. I N. J. Kristoffersen., F. Nortvedt., & E-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 3* (2.utg, s. 337-385). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

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

Kristoffersen, N, J., Nortvedt, F., & Skaug, E-A. (2011). Om sykepleie. I N. J. Kristoffersen., F. Nortvedt., & E-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 1* (2. utg, s.15-29). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Kristoffersen, N, J. (2011). Sykepleie- kunnskap og kompetanse. I N. J. Kristoffersen., F. Nortvedt., & E-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 1* (2.utg, s.161-206). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.



Kristoffersen, N, J. (2011). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I N. J. Kristoffersen., F. Nortvedt., & E-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 1* (2.utg, s. 207-280). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

Kulø, L. S. (2012). Afasi og IKT-hjelpemidler? Hentet fra <http://www.afasi.no/Nettbutikk/Gratis-materiell-paa-nett/Idehefter-haandboeker-og-praksisrapporter/Afasi-og-IKT-hjelpemidler>

Kulø, L. S. (2011). Afasi og kommunikasjonshjelpemidler. I M. Lind., L. Haaland-Johansen., M. I. K. Knoph., & E. Qvenild (Red.), *Afasi-et praksisrettet perspektiv* (s.120-135). Oslo: Novus

Mabeck, C, E. (1999). Kommunikation og forståelse. I C.E. Mabeck (Red.), *Samtalen med patienten* (1.utg, s. 27-49). København: Lægeforeningens Forlag.

McGilton, K., Sorin-Peters, R., Sidani, S., Rochon, E., Boscart, V., & Fox, M.(2011). Focus on communication: increasing the opportunity for successful staff- patients interactions. *International Journal Of Older People Nursing*, 6(1), 13-24. doi: 10.1111/j.1748-3743.2010.00210.x

Mogstad, L, M, T. (udatert). Koding og avkoding. *NDLA*. Hentet den 03.01.2015 fra <http://ndla.no/nb/node/76358>

Molven, O. (2014). Forholdet mellom jus og etikk. I O. Molven (Red.), *Sykepleie og jus* (4. utg s. 65-78). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Molven, O. (2014). Medvirkning og informasjon. I O. Molven (Red.), *Sykepleie og jus* (4. utg, s.157-168). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Molven, O. (2011). Pasientens rettigheter og plikter. I I. M. Holter & T. E. Mekki (Red.), *Sykepleieboken 1*(4.utg, s 105-135). Oslo: Akribe.

- Molven, O. (2014). Rettslig regulering av helsetjenesten og sykepleievirksomheten. I O. Molven (Red.), *Sykepleie og jus* (4.utg, s. 26-36). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Norsk sykepleieforbund (2011). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. *ICNs etiske regler*. Hentet fra [https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte\\_pdf.pdf](https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf)
- Nyström, M. (2009). Professional aphasia care trusting the patient's competence while facing existential issues. *Journal Of Clinical Nursing*, 18(17), 2503-2510. doi:10.1111/j.1365-2702.2009.02825.x
- Olsson, H., & Sörensen, S. (2013). Kvalitativ respektive kvantitative innsamlingsmetode. I H, Olsson & S, Sörensen (Red.), *Forskningsprosessen* (s.81-99). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Pasient-og brukerrettighetsloven (1999). *Lov om pasient-og brukerrettigheter*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient>
- Pfeiffer, R. (2007). Ansvarsforhold ved ledelse av sykepleiepraksis. I R. Pfeiffer (Red.), *Sykepleier og leder* (s. 4-35). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke.
- Ranhoff, A.K. (2013). Den akutt syke gamle. I A. H. Ranhoff., K. Brodtkorb., & M. Kirkevold(Red.), *Geriatrisk sykepleie* (1.utg, s. 180-195). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Rotegård, A. K., & Solhaug, M. (2011). Sykepleierens arbeids-og beslutningsprosess. I I. M, Holter., & T. E, Mekki(Red.), *Sykepleieboken 1*(4.utg, s. 190-212). Oslo: Akribe.
- Røste, I. (2014). Myter om afasi. Hentet fra <http://www.afasi.no/Aktuelt/Nyheter-2004-2014/Nyhetsarkiv-2014/Myter-om-afasi>
- Ryen, S., Wergeland, A., & Ødegaard-Olsen, T.G. (2013). Sykepleie ved hjerneslag. I D-G. Stubberud., H. Almås., & R. Grønseth (Red.), *Klinisk Sykepleie 2* (4.utg, s.261-284). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

- Sundin, K., Jansson, L., & Norberg, A. (2002). Understanding between care providers and patients with stroke and aphasia: a phenomenological hermeneutic inquiry. *Nursing Inquiry* 9(2), 93-103. doi: 10.1046/j.1440-1800.2002.00135.x
- Sundin, K., & Jansson, L. (2003). Understanding and being understood as a creative caring phenomenon-in care of patients with stroke and aphasia. *Journal Of Clinical Nursing*, 12(1), 107-116. doi:10.1046/j.1365-2702.2003.00676.x
- Travelbee, J. (1999). Begrepet kommunikasjon. *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* (s. 135-167). Oslo: universitetsforlaget
- Travelbee, J. (1999). Hva er sykepleie? *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* (s. 27-50). Oslo: universitetsforlaget
- Travelbee, J. (1999). Menneske-til menneske-forholdet. *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* (s.171-218). Oslo: universitetsforlaget
- Vabo, G.(2014).Dokumentasjon i pasientens behandlingsplan. I G. Vabo (Red), *Dokumentasjon i sykepleie* (2.utg, s. 73-103). Oslo: Cappelen Damm
- Van De Sandt-Koenderman, W., Wiegers, J., Wielaert, S., Duivenvoorden, H., & Ribbers, G. (2007). A computerised communication aid in severe aphasia: an exploratory study. *Disability & Rehabilitation* , 29(22),1701-1709. doi: 10.1080/09638280601056178
- Wyller, T. B. (2015). Kognitiv svikt. I T. B. Wyller(Red.), *Geriatriske og medisinske lærebok* (2. utg, s. 58- 69). Oslo: Gyldendal Akademisk Forlag.

## Vedlegg 1

Tabell 1- Fremgangsmåte i litteratursøket

Database	Søkeord	Avgrensninger	Funn av relevans
Swemed+	"Aphasia"	Norsk, Artikkel, Peer reviewed	5 treff 2 forskningsartikler
Cinahl	"Communication" AND "Stroke patients" AND "Aphasia"	2006-2016, Full text, Research article, Peer reviewed	39 treff 2 forskningsartikler
	"Communication" AND "Aphasia" AND "Nonverbal communication" AND "Nurse-patient-relations"	2006-2016, Full text	4 treff 2 forskningsartikler
	"Communication" AND "Aphasia" AND "nurse- patients-relations"	2006-2016, Full text, Peer reviewed, Research article	13 treff 2 forskningsartikler
	"Aphasia" AND "Supported conversation"	2006-2016, Research article	7 treff 1 forskningartikkel
	"Communication aid" AND "Aphasia"	2006-2016	7 treff 1 forskningsartikkel