

Hvordan kan tilpasset kommunikasjon fremme brukermedvirkning hos pasienter med afasi

Kandidatnummer: 39, 108
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave
i Emne 14

Antall ord: 8891
Dato: 07.04.2022



Lovisenberg
diakonale høgskole

ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole Dato
Tittel “Hvordan kan tilpasset kommunikasjon fremme brukervedvirkning hos pasienter med afasi”	
<p><u>Problemstilling</u> Hvordan kan tilpasset kommunikasjon fremme brukervedvirkning hos pasienter med afasi som følge av hjerneslag?</p> <p><u>Teoretisk perspektiv</u> Teorien som presenteres i oppgaven omhandler generell kunnskap om hjerneslag og afasi, sykepleierens ansvars- og funksjonsområder, brukervedvirkning og empowerment. Oppgaven dekker også kunnskap om personsentrert kommunikasjon, menneske-til-menneske-relasjonen, hjelpemidler til pasienter med afasi, metoden Støttet samtale for voksne med afasi, og til slutt aktuelle etiske og juridiske prinsipper.</p> <p><u>Metode</u> Vi har skrevet en litterær oppgave hvor vi har inkludert aktuell forskningslitteratur, relevante fagbøker, pensumlitteratur og annen litteratur. For å komme frem til aktuell forskningslitteratur har vi benyttet databasene Cinahl og PubMed.</p> <p><u>Drøfting</u> Her fremstilles det aktuelle forskningsfunn som diskuteres ved at de ses i lys av oppgavens teoretiske grunnlag, og aktuelle juridiske og etiske perspektiver. Funnene som tas opp er aktuelle for å besvare problemstillingen. Det drøftes rundt erfaringer og oppfatninger av brukervedvirkning hos pasienter med afasi, tilpasset kommunikasjon med pasienter med afasi, kommunikative tilnærminger og hjelpemidler som fremmer brukervedvirkning, utforming knyttet til ivaretagelse av brukervedvirkning hos pasienter med afasi og til slutt utfordringer knyttet til ivaretagelse av brukervedvirkning.</p> <p><u>Konklusjon</u> For å fremme brukervedvirkning hos pasienter rammet av afasi kan det være hensiktsmessig for helsepersonell å tilpasse sin kommunikasjon ved å ta i bruk relevante kommunikasjonshjelpemidler, som bilder, penn og papir. Helsepersonell kan møte utfordringer i forbindelse med ivaretagelse av brukervedvirkning hos pasienter med afasi. Likevel er det ikke en gyldig grunn til å unngå å la pasienten medvirke i behandlingen. I lys av funnene kan det være behov for økt kunnskap om afasi og mer opplæring i bruk av tilpasset kommunikasjon hos sykepleier og andre profesjoner.</p>	

(Totalt antall ord: 280)

INNHALDSFORTEGNELSE

1	INNLEDNING	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema:.....	1
1.2	Problemstilling.....	2
1.3	Begrepsavklaringer.....	2
1.4	Avgrensning.....	3
2	TEORI	4
2.1	Hjerneslag.....	4
2.2	Afasi.....	4
2.3	Sykepleierens ansvars- og funksjonsområder.....	5
2.4	Brukermedvirkning og empowerment.....	6
2.5	Kommunikasjon og menneske-til-menneske relasjonen.....	6
2.6	Hjelpemidler til pasienter med afasi.....	8
2.7	Støttet samtale for voksne med afasi.....	8
2.8	Aktuelle etiske prinsipper.....	9
2.9	Juridiske prinsipper.....	10
3	METODE	11
3.1	Valg av database og søkeord.....	11
3.2	Litteratursøk.....	12
3.4	Inklusjons- og eksklusjonskriterier.....	14
3.4.1	Inklusjonskriterier.....	14
3.5	Øvrig faglitteratur.....	14
3.6	Kildekritikk.....	15
3.7	Etiske vurdering.....	17
4	PRESENTASJON AV FORSKNINGSRESULTATENE	18
4.1	Artikkelmatrise.....	19
5	DRØFTING	24
5.1	Erfaringer og oppfatninger knyttet til ivaretagelse av brukermedvirkning hos pasienter med afasi.....	24
5.2	Tilpasset kommunikasjon med pasienten med afasi.....	26
5.3	Kommunikative tilnærminger og hjelpemidler som fremmer brukermedvirkning.....	27
5.3.1	Støttet samtale for voksne med afasi.....	28
5.3.2	Tilretteleggelse for aktiv medvirkning i utforming av rehabiliteringsprosessen.....	30
5.4	Utfordringer knyttet til ivaretagelse av brukermedvirkning hos pasienter med afasi.....	31
6	KONKLUSJON	33
7	REFERANSELISTE	35

1 INNLEDNING

1.1 Bakgrunn for valg av tema:

Ifølge Helsedirektoratet (2017), rammes ca. 12 000 mennesker av hjerneslag årlig i Norge. Rundt 40 % av disse pasientene rammes av kommunikasjonsvansker som skyldes språk- og talevansker, pragmatiske vansker og andre relaterte kognitive svekkelser (Helsedirektoratet, 2017). Studier viser at kommunikasjonsvikt hos helsepersonell kan sette pasientsikkerheten i fare, føre til redusert kvalitet på pleien og resultere i nedsatt pasienttilfredshet (Heyn, 2015, s. 363; O'Shea et al, 2013). En studie utført i Norge viser at gode kommunikasjonsferdigheter hos samtalepartneren kan være avgjørende for å legge til rette for brukervedvirkning hos pasienter med afasi (Berg et al., 2016 s. 875). Økt brukervedvirkning er et sentralt punkt i målsettingen i pakkeforløpet for behandling og rehabilitering ved hjerneslag (Helsedirektoratet, 2019).

På bakgrunn av dette ønsker vi som fremtidige sykepleiere, å heve vår kunnskap om og øke vår evne til å kommunisere godt med personer rammet av afasi. Det krever at man som sykepleier innehar både kunnskap om pasientens lidelse, har evnen til å sette seg inn i pasientens situasjon og behersker et bredt register av kommunikasjonsstrategier (Eide & Eide, 2017, s. 320). Det krever også at man behandler pasienter med afasi med respekt, tillit og åpenhet under samtalen, og samtidig husker at man har ansvar for å skape flyt i samtalen når man snakker med pasienter med en språkvanske (Corneliussen et al., 2014, s. 27).

Gjennom sykepleiestudiet har vi begge erfart fra praksis at kommunikasjon spiller en sentral rolle i å fremme pasientens ønsker og behov. Noen av de viktigste erfaringene vi har gjort oss er at de meningsfulle samtalene bygger på tid, tillit og forståelse i møte med pasienten. Desto viktigere blir dette når pasientens evne til å uttrykke følelser og behov gjennom tale ikke er til stede. I praksis har vi møtt pasienter med kommunikasjonsvansker, og vi sitter igjen med en følelse av at det er mer utfordrende å fremme brukervedvirkning hos disse pasientene sammenlignet med pasienter uten kommunikasjonsvansker.

1.2 Problemstilling

På bakgrunn av oppgavens tema har vi kommet frem til problemstillingen: *Hvordan kan tilpasset kommunikasjon fremme brukermedvirkning hos pasienter med afasi som følge av hjerneslag?*

1.3 Begrepsavklaringer

Hjerneslag:

Betegner en plutselig skade på hjernevevet forårsaket av opphørt blodtilførsel til et område i hjernen, enten på grunn av hjerneinfarkt eller blødning fra en arterie i hjernen (Bertelsen, 2017, s. 326).

Afasi:

Afasi oppstår når språkområdet i hjernen påføres en skade som vil føre til at taleevnen svikter helt eller delvis hos personer som tidligere har fungert språklig normalt. De ulike typene afasi er motorisk, sensorisk og global afasi (Wergeland et al, 2016, s.309).

Kommunikasjon:

En prosess hvor et budskap som inneholder informasjon overføres eller blir formidlet. Det blir beskrevet som en gjensidig prosess hvor meldinger sendes og mottas, enten verbalt eller nonverbalt (Heyn, 2015, s.364; McCabe, 2004). I et hvert møte mellom pasient og sykepleier vil det foregå kommunikasjon, og sykepleieren skal ha kompetansen som trengs til å mestre dette (Travelbee, 1999, s. 135).

Brukermedvirkning og empowerment:

Brukermedvirkning innebærer at brukeren anses som en likeverdig partner i diskusjoner og beslutninger som gjelder brukerens problem (Helsedirektoratet, 2017). Det innebærer at pasienten skal bli hørt og respektert som ekspert på eget liv, og har retten til innsyn og medbestemmelse (Holter & Grov, 2015, s. 33). Empowerment-begrepet brukes ofte for å fremheve viktige perspektiver innenfor medvirkning. Empowerment-tilnærmingen skal bidra til at pasienten kan oppleve mestring, trygghet, og følelsen av å gjenvinne makt og kontroll i sitt eget liv (Helsedirektoratet, 2017).

1.4 Avgrensning

Risiko for hjerneslag stiger med alderen, og vi har av den grunn valgt å rette oppgaven mot voksne pasienter over 18 år. Vi har valgt å ikke inkludere barn og unge, da hjerneslag sjeldent forekommer hos den yngre pasienten (Bertelsen, 2017, s.326). Oppgaven omhandler hvordan tilpasset kommunikasjon kan fremme brukermedvirkning, uavhengig av pasientens kjønn. Pasienter med afasi har sjeldent en ren afasiform, ofte er det en kombinasjon av de ulike typene (Wergeland et al, 2015, s.309). Vi har av den grunn inkludert motorisk, sensorisk og global afasi i vår oppgave. Motorisk funksjonssvikt er en sentral utfordring knyttet til tiden etter et hjerneslag, men vi velger på grunn av oppgavens omfang å ikke belyse dette noe videre i denne oppgaven (Wergeland et al., 2016, s. 306). På samme grunnlag, har vi heller ikke inkludert pårørende.

Vi har videre valgt å avgrense oppgavens kontekst til slagenheter og rehabiliteringsinstitusjoner i spesialisthelsetjenesten. Blant helsepersonell er det sykepleiere som tilbringer mest tid sammen med pasienten i tilfrisknings- og i rehabiliteringsfasen etter et hjerneslag, og av den grunn har sykepleieren en sentral rolle (Kirkevold, 2010, s.38). På bakgrunn av oppgavens omfang har vi ekskludert artikler som kun omhandler kommunale helsetjenester, som sykehjem og hjemmesykepleie.

2 TEORI

2.1 Hjerneslag

I Norge er hjerneslag den tredje hyppigste dødsårsaken og den vanligste årsaken til alvorlig funksjonshemming (Wergeland et al., 2016, s. 303). Betegnelsen hjerneslag brukes når blodtilførselen til et område av hjernen plutselig opphører enten på grunn av hjerneinfarkt eller hjerneblødning, og det medfører en plutselig skade på hjernevevet. Hjerneceller, i det området hvor skaden oppstår, vil raskt dø ved forandring i blodforsyningen i hjernevevet og funksjoner som er kontrollert av dette området, vil gå tapt (Bertelsen, 2017, s. 326). Hvilket område i hjernen som rammes og størrelsen på infarkt eller blødningen, er avgjørende for hvilke symptomer som oppstår. Dersom språksenteret i hjernen rammes av hjerneslaget, vil det kunne gi afasi (Bertelsen, 2017, s. 326). En skade i dette området i hjernen vil føre til at taleevnen svikter helt eller delvis (Wergeland et al., 2016, s. 309). Tilstanden kan svekke den rammedes evne og mulighet til å leve et fullverdig liv (Vasset, 2021, s. 45).

2.2 Afasi

Afasi er en språkdefekt hvor graden av forstyrrelse avhenger av hvor stor skaden er og hvilket språkområde som rammes. Det finnes ulike typer av afasi (Wergeland et al., 2016, s. 309).

Motorisk afasi, også kalt ekspressiv afasi, fører til at evnen til å uttrykke seg er svekket (Wergeland et al., 2016, s. 309). Redusert spontantale, med nøling, anstrengelser og pauser er kjennetegnene ved motorisk afasi (Vasset, 2021, s. 45). Mennesker rammet av motorisk afasi har en god del forståelse, men kan ha vansker med å få med seg alt som blir sagt (Corneliussen et al., 2014, s. 15).

Sensorisk afasi medfører svekket språkforståelse, som fører til at den rammede vil ha nedsatt evne til å svare på konkrete spørsmål og utføre det hen blir bedt om (Wergeland et al., 2016, s. 309). Mennesker med sensorisk afasi produserer en flytende tale og kan snakke noe uanstrengt, men det vil være vanskelig å tolke innholdet i det de sier (Vasset, 2021, s. 46).

Total eller global afasi, som følge av en omfattende skade i språkområdet, fører til at den rammede vil ha redusert evne til å uttrykke seg og språkforståelsen vil være nedsatt. For mange produseres det kun meningsløse enstavelsesord eller banneord (Wergeland et al., 2016, s. 309). Situasjonsforståelse og bruk av kroppsspråk kan fortsatt være til stede hos mennesker rammet av denne typen (Vasset, 2021, s. 47).

Mennesker rammet av afasi får ofte en kombinasjon av de ulike afasiformene beskrevet over. Det er i tillegg vanlig å ha vansker med å lese (aleksi) og skrive (agrafi) (Wergeland et al., 2016, s. 309). Det er store individuelle forskjeller på mennesker rammet av afasi. Noen vil kunne gjenvinne mer språk enn andre og den rammedes evne til å utnytte andre hjelpemidler i kommunikasjonen enn talen avhenger av samtalepartneren og konteksten kommunikasjonen foregår i (Corneliussen et al., 2014, s. 16).

2.3 Sykepleierens ansvars- og funksjonsområder

Hjerneslagrammede pasienter er en stor pasientgruppe som sykepleiere vil møte både i spesialisthelsetjenesten og i kommunehelsetjenesten (Wergeland et al, 2016, s. 303). Sykepleie ved hjerneslag vil variere fra pasient til pasient, avhengig av konsekvensen av hjerneslaget og hvilken grad utfallet påvirker pasientens funksjonsnivå (Wergeland et al., s. 303). Imidlertid er det, uansett funksjonsutfall, nødvendig at pasienten er aktiv og medansvarlig i behandling for at hen skal bli bedre (Wergeland et al., 2016, s. 304).

Kirkevold (2010, s. 28) identifiserte fire sykepleierfunksjoner ved utøvelse av sykepleie til pasienter med hjerneslag. De fire sykepleierfunksjonene er den fortolkende, støttende, integrerende og bevarende funksjon. Den bevarende funksjonen omfatter aktivitetene eller tiltakene som utføres for å beskytte pasientens kroppslige og kognitive integritet, og forhindre sekundære konsekvenser relatert til hjerneslaget. Funksjonen innebærer å ivareta pasientens grunnleggende behov (Kirkevold, 2010, s. 28). Ved utøvelse av den fortolkende funksjonen skal sykepleier sikre at pasienten og pårørende får tilstrekkelig kunnskap om hjerneslag og konsekvensene av sykdommen. For å skape en meningsfull forståelse av situasjonen må sykepleier gi pasienten realistisk og individuelt tilnærmet informasjon (Kirkevold, 2010, s. 29). Den støttende funksjonen innebærer at sykepleier utfører handlinger som reduserer emosjonell smerte og lidelse hos pasienten som følge av hjerneslaget. Det er nødvendig å

etablere en nær og tillitsfull relasjon med pasienten og pårørende for å kunne utøve denne funksjonen (Kirkevold, 2010, s. 29). Den integrerende funksjonen omhandler de handlingene sykepleieren gjør for å hjelpe pasienten med å integrere nylig lærte ferdigheter og teknikker i dagliglivets aktiviteter (Kirkevold, 2010, s. 29).

2.4 Brukermedvirkning og empowerment

I helsetjenesten er det et grunnleggende prinsipp at pasient og bruker har rett til å medvirke i forbindelse med gjennomføring av helse- og omsorgstjenester (Meld. St. 34 (2015-2016), s. 28). Pasientens rett til medvirkning er også lovfestet i pasient- og brukerretighetsloven (1999, § 3-1). I Nasjonale retningslinje ved hjerneslag står det at sikring av pasientens medvirkning i rehabiliteringen er viktig for å sikre god gjennomføring av rehabiliteringen.

(Helsedirektoratet, 2017). I kommunikasjon med pasienter rammet av afasi som følge av hjerneslag er det viktig at sykepleieren går bevisst inn for å prøve å få fram hva pasienten ønsker, og hvilke behov denne pasienten har (Andreassen, 2019, s. 537). Sykepleieren har en viktig rolle i å hjelpe pasienten med å mestre konsekvenser av sykdom, behandling og helsesvikt. Styrking av pasientens empowerment, altså styrke pasientens mestringsressurser, kan blant annet gjøres ved å vise at man har tro på pasientens autonomi og understøtte pasientens egne krefter, mestringssevne og håp (Nortvedt & Grønseth, 2016, s. 21).

Empowerment-begrepet innebærer tanken om at helse kan fremmes når den enkelte tar ansvar for sin egen helse, opplever anerkjennelse for sin kompetanse om seg selv og sin situasjon, og klarer å medvirke til ivaretagelse av egen helse (Tveiten 2020, s. 33). Et sentralt ord innenfor empowerment er ordet deltakelse. Deltakelse i avgjørelser som angår sitt eget liv og helse, og er en forutsetning for empowerment (Tveiten 2020, s. 33).

2.5 Kommunikasjon og menneske-til-menneske relasjonen

Kommunikasjon handler om å sende og motta et budskap, men også om å skape og opprettholde sosiale relasjoner, samt ha en opplevelse av å delta i en jevnbyrdig voksen samtale hvor man i størst mulig grad kan «glemme» afasien (Corneliussen et al., 2014, s. 67).

I kommunikasjon med pasienter rammet av afasi er det nødvendig at

kommunikasjonspartneren klarer å leve seg inn i situasjonen til pasienten (Eide & Eide, 2017, s. 320). For å sette seg inn i pasientens situasjon bør sykepleieren utøve personsentrert sykepleie, som går ut på å fremme gjensidighet, samarbeid og deling med pasienten (Kim, 2016, s. 150) Personorientert kommunikasjon innebærer å se pasienten eller brukeren som en hel person (Eide & Eide, 2017, s. 16). Essensen i personorientert kommunikasjon er på mange måter å være en aktiv lytter som gir den andre en opplevelse av å bli sett, hørt og forstått. Dette gjøres blant annet ved å prøve å oppfatte og forstå hva personen prøver å si, også i det som viser seg indirekte gjennom ordvalg, kroppsspråk, ansiktsuttrykk og stemmebruk (Eide & Eide, 2017, s. 17). Det kan være hensiktsmessig at den som skal kommunisere med pasienter rammet av afasi er bevisst på å senke sitt taletempo og benytter tydelig turtaking mellom samtalepartnerne slik at begge deltar (Vasset, 2021, s. 49)

Sykepleieren Joyce Travelbee så sykepleie som en mellommenneskelig prosess, og vektla betydningen av den personlige kommunikasjonen mellom pasient og sykepleier (Eide & Eide, 2017, s. 364). Kommunikasjon er en prosess som kan bidra til etablering av et menneske-til-menneske-forhold som kan hjelpe sykepleieren å oppfylle det Travelbee mente var sykepleiens mål og hensikt. Nemlig å hjelpe enkeltindivider og familier å forebygge og mestre erfaringene knyttet til sykdom og lidelse, samt støtte dem i å finne mening i sine erfaringer (Travelbee, 1999, s. 135). Travelbee var opptatt av empati og tillit som sentrale elementer for at sykepleieren skal kunne komme i møte med den syke pasienten (Slettebø, 2013, s. 72). Kjentegnet til menneske-til-menneske-relasjonen er at pasientens sykepleiebehov identifiseres og blir ivaretatt av sykepleieren (Travelbee, 1999, s. 142). For at denne menneske-til-menneske-relasjonen skal oppstå er det nødvendig at kontakten er preget av gjensidighet (Travelbee, 1999, s. 172).

Pasienten kan kommunisere noe til sykepleieren gjennom sin atferd, holdninger, ansiktsuttrykk, og sitt utseende. Det samme gjelder sykepleierens kommunikasjon overfor pasienten, og denne prosessen foregår uansett, bevisst eller ubevisst (Travelbee, 1999, s. 135). I kommunikasjon kan responser og initiativer uttrykkes både verbalt og nonverbalt, og de ordløse responsene bør ikke vurderes som mindre viktige enn de verbale (Eide & Eide, 2017, s. 36). For pasienter med afasi kan tydelig bruk av gester og ansiktsuttrykk hos samtalepartneren gjøre budskapet lettere å forstå, fordi disse ikke-verbale signalene bidrar med tilleggsinformasjon (Corneliussen et al., 2014, s. 50). Det kan bli utfordrende både å kommunisere og å oppfatte hva som er kommunikasjon når språket ikke fungerer som et

middel til å opprette kontakt på samme måte som det gjordet før (Eide & Eide, 2017, s. 321). Den profesjonelle sykepleieren må ha kompetanse til å forstå *om* det foregår kommunikasjon, og oppfatte *hva* som kommuniseres fra pasienten, slik at innholdet i kommunikasjonen kan brukes i videre sykepleieintervensjoner (Travelbee, 1999, s. 135). Selv om afasi kan skape utfordringer i kommunikasjonen vil enhver god samtale uansett være basert på en grunnleggende trygghet, tillit og respekt mellom deltakerne (Corneliussen et al., 2014, s. 30). Kommunikasjon som viser at man har sett og forstått det sentrale i det pasienten ønsker å formidle kan oppleves bekreftende og motiverende for pasienten, samt skape en tillit og trygghet i relasjonen som kan bidra til et godt samarbeid (Eide & Eide, 2017, s. 155). Ved at sykepleieren bruker bekreftende kommunikasjon, uttrykker dette anerkjennelse og respekt for pasientens frihet, integritet og rett til selvbestemmelse (Eide & Eide, 2017, s. 156).

2.6 Hjelpemidler til pasienter med afasi

I forbindelse med utfordringene knyttet til kommunikasjonen med pasienter med afasi, påpeker Vasset (2021, s. 49) at helsepersonell vil kunne trenge hjelp til å endre sin kommunikasjon rundt den afasirammede. Det kan være hensiktsmessig at alle hjelpende profesjoner bruker de samme hjelpemidlene som støtte i kommunikasjon med pasienter med afasi (Vasset, 2021, s. 49). I behandlingen er det viktig å bruke daglige ord og uttrykk i treningssituasjoner, og ved behov må det brukes hjelpemidler som personen med afasi synes å ha nytte av. Det kan for eksempel være hjelpemidler som peketavle og bildestøtte (Vasset, 2021, s.50). Når sykepleieren skal hjelpe pasienten å ta *inn* budskapet og forstå det, kan det være relevant å for eksempel bruke et enkelt språk, uttrykksfull stemme og ansiktsuttrykk, aktivt benytte seg av et ark med emneord, og kombinere hjelpemidlene med et tydelig kroppsspråk (Corneliussen et al., 2014, s.69). Når man som sykepleier skal hjelpe pasienten til å få budskapet *ut* kan det være viktig å uttrykke at man har god tid, og oppmuntre pasientene til å bruke gester, kroppsspråk og peking for å få frem det hen ønsker å uttrykke (Corneliussen et al., 2014, s. 70).

2.7 Støttet samtale for voksne med afasi

Støttet samtale for voksne med afasi er en metode som har til hensikt å bedre samtaler for personer med afasi (Statped, 2020). Metoden baseres på en teoretisk tilnærming til afasi, som

logoped Aura Kagan har utviklet ved Aphasia Institute i Toronto (Corneliussen et al., 2014, s. 66). Corneliussen et al. (2014, s. 66) forklarer denne metoden i boken «Afasi og samtale». Sentralt i metoden står samtale-partnerskapet og begge partene sitt ansvar for å opprettholde en hverdagslig samtale, men at hovedansvaret ligger på den som ikke har afasi. Personen med hovedansvaret skal bidra til støtte med ulike teknikker som er med å fremme personen med afasi sin personlighet, vilje og kunnskaper (Corneliussen et al., 2014, s.67). Metoden belyser samtals betydning for mennesker som viktig. En hverdagslig samtale mellom mennesker er et sosialt samspill, som pasienter med afasi kan ha vanskelig for å medvirke i på samme måte som de gjorde før, på grunn av språkvanskene de har (Corneliussen et al., 2014, s. 66). Metoden peker på at det er en risiko for at afasi kan skjule personens kunnskap, personlighet, tanker og følelser (Corneliussen et al., 2014, s. 66). Det er da samtalepartnerens ansvar å støtte den afasirammede personen, slik at hen i størst mulig grad forstår hva samtalepartneren formidler, samt bidra til at personen selv får uttrykt seg (Statped, 2020). Deler av hensikten med metoden er å øke personen med afasi sin mulighet til kommunikasjon og til å delta i samfunnet (Corneliussen et al., 2014, s. 67).

2.8 Aktuelle etiske prinsipper

I utøvelsen av sykepleie har sykepleieren et faglig, etisk og personlig ansvar for handlingene og vurderingene som tas (Norsk Sykepleierforbund, 2019). Sentralt i sykepleierens yrkesrolle står de etiske retningslinjene for sykepleiere (Molven 2019, s. 68). Formålet bak de yrkes etiske retningslinjene er å angi et minstemål for eller retning på god praksis (Molven, 2019, s. 71). I de yrkesetiske retningslinjer er det noen punkter som særlig kan knyttes opp mot oppgavens tematikk.

«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, 2.3-2.6)

Nevnte retningslinjer er relevante da sykepleieren, i sin utøvelse av sykepleie til pasienter med hjerneslag, har ansvar for å styrke pasientens selvbylde, verdighet og integritet (Wergeland et al., 2016, s.304). Mennesker med afasi har på grunn av språkvanskene færre anledninger til å formidle sine meninger og følelser (Corneliussen et al., 2014, s.66). Det bør tilrettelegges for at pasienter med hjerneslag involveres i behandlingen fra starten av for å fremme en aktiv og selvbestemt deltakelse i rehabiliteringsprosessen (Helsedirektoratet, 2017, s.229).

2.9 Juridiske prinsipper

Lov om pasient- og brukerrettigheter gjelder indirekte helsevesenet og helsepersonellet, og den er høyst relevant for sykepleiere i møte med pasienter (Molven, 2019, s.30). Loven skal fremme rettighetene til pasientene og brukerne slik at de har lik tilgang til tjenester av god kvalitet. Dette skal ifølge loven gjøres ved å styrke tillitsforholdet mellom pasient/bruker og helse- og omsorgstjenesten, og ivareta respekten for liv, integritet og menneskeverd (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 1-1). Videre har loven som hensikt å fremme brukermedvirkning hos pasienter og brukere i møte med helse- og omsorgstjenester (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3- 1). Pasienter og brukere har rett til individuell tilrettelegging ved informasjonsformidling. Informasjonen skal være tilpasset mottakerens forutsetninger og den skal gis på en hensynsfull måte (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-5). Pasienter og brukere som har krav på informasjon etter reglene i pasient- og brukerrettighetsloven §§ 3-2 til 3-4, skal i henhold til Helsepersonelloven § 10 (1999) få denne informasjonen av den som yter helse- og omsorgstjenester.

Lovene nevnt over er relevante for å besvare vår problemstilling. Pasient- og brukerrettighetsloven fremmer brukermedvirkning og individuell tilnærming, noe som er viktig i møte med pasienter med afasi, som nevnt tidligere. Helsepersonelloven er profesjonsloven til sykepleiere (Molven, 2019, s.29).

3 METODE

Dette er en litterær oppgave hvor vi har hentet data fra eksisterende fagkunnskap, forskning og teori (Dalland, 2020, s.199).

3.1 Valg av database og søkeord

Vi har sett gjennom databasene man finner på skolens nettside og valgt å benytte oss av CINAHL og PubMed. Disse databasene inneholder tidsskriftartikler innen sykepleie, medisin og helsefag (Lovisenberg Diakonale Høgskole, 2020).

Basert på problemstillingen vår kom vi frem til søkeordene “Aphasia”, “Communication”, “Rehabilitation”, “Healthcare professionals”, “Nurse-Patient Relations” og “Patient Participation. Vi begynte søket vårt bredt med søkeordene “Aphasia” og “Communication”, som ga oss et treff på rundt 1500 artikler i PubMed. Vi valgte derfor å begrense søket ved å legge til “Healthcare professionals”, i tillegg til å begrense søket til publiseringsår etter 2017. Her fant vi to artikler som var relevante for vår problemstilling. Artikkene vi fant i det første søket refererte til andre artikler som hadde “augmentative or alternative communication” som emneord. Vi utførte derfor et nytt søk hvor vi brukte søkeordene “Aphasia” og “Augmentative and Alternative communication” og “Rehabilitation”. Her fant vi én artikkel.

Vi gjennomførte et søk i Cinahl med søkeordene “Aphasia”, “Communication” og “Nurse-Patient Relations”. Vi begrenset søket til publiseringsår etter 2017 i dette søket også, men her fant vi bare tre artikler og valgte derfor å endre til publiseringsår etter 2012. Her fant vi en relevant artikkel.

3.2 Litteratursøk

Søk nr	Søke dato	Database	Søkeord m/ordkombinasjoner	Avgrrensning	Antall treff	Leste sammen drag	Leste artikler	Artikler inkludert	Valgte artikler
1		CINAHL Complete	<p>S1 (MH «Aphasia+»</p> <p>S2 (MH «Communication+»</p> <p>S3 MH «Nurse-Patient Relations»</p> <p>S4 “S1 AND S2 AND S3”</p>	2012-2022	7	3	2	1	<p>Lise R. Jensen, Annelise P. Løvholt, Inger R. Sørensen, Anna M. Blüdnikow, Helle K. Iversen, Anders Hougaard, Lone L. Mathiesen & Hysse B. Forchhammer (2015) Implementation of supported conversation for communication between nursing staff and in-hospital patients with aphasia, <i>Aphasiology</i>, 29:1, 57-80, DOI: 10.1080/02687038.2014.955708</p>
2	05.01.2022	PubMed	(Aphasia) AND (communication) AND (healthcare professionals)	Årstall: 2017-2022	56	5	3	2	<p>Louise Clancy, Rachel Povey & Karen Rodham (2020) “Living in a foreign country”: experiences of staff–patient communication in inpatient stroke settings for people with post-stroke aphasia and those supporting them, <i>Disability and</i></p>

									<p>Rehabilitation, 42:3, 324-334, DOI: 10.1080/09638288.2018.1497716</p> <p>Van Rijssen MN, Veldkamp M, Bryon E, Remijn L, Visser-Meily JMA, Gerrits E, van Ewijk L. (2021) How do healthcare professionals experience communication with people with aphasia and what content should communication partner training entail? Disabil Rehabil. 2021 Feb 2:1-8. doi: 10.1080/09638288.2021.1878561</p>
3	07.03.22	Pubmed	(Aphasia) AND (Augmentative and alternative communication) AND (Rehabilitation)	Årstall: 2017-2022	13	4	2	1	<p>Hansen D, Kristensen LF, Christensen ME, 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. Disabil Rehabil. 2020 Dec 5:1-10.</p>

									doi: 10.1080/09638288. 2020.1853829.
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

3.4 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

På bakgrunn av vår avgrensning har vi avgrenset utvalget til å kun se på artikler som inkluderte pasienter over 18 år, med afasi som følge av hjerneslag. For å finne nyere forskningsartikler innenfor temaet vårt valgte vi å utelukke artikler publisert før 2012. Vi valgte å ekskludere forskningsartikler som utelukkende fokuserte på pasienter i kommunehelsetjenesten.

3.4.1 Inklusjonskriterier

Inklusjonskriterier
<ul style="list-style-type: none"> • Pasienter over 18 år
<ul style="list-style-type: none"> • Afasi som følge av hjerneslag
<ul style="list-style-type: none"> • Artikler fra 2012 og oppover
<ul style="list-style-type: none"> • Slagenheter og rehabiliteringsinstitusjoner i spesialisthelsetjenesten

3.5 Øvrig faglitteratur

Vi har i denne oppgaven benyttet faglitteratur fra bøker som har vært relevante gjennom sykepleierutdanningen. Vi har brukt «Sykdom og behandling» av Bertelsen (2017), «Klinisk sykepleie 2» av Wergeland et al. (2016), «Klinisk kommunikasjon i sykepleie» av Heyn (2015), «Mellommenneskelige forhold i sykepleie» av Travelbee (1999), et kapittel i «Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie» av Holter & Grov (2015) og Helsedirektoratet (2017) for å definere aktuelle begreper. Den nevnte litteraturen blir også brukt videre i oppgaven til å underbygge oppgavens teoretiske rammeverk.

For å forklare hjerneslag og afasi som fenomen har vi brukt Wergeland et al. (2016), Bertelsen (2017), «Afasi og samtale» av Corneliussen et al. (2014) og «Kommunikasjon i klinisk og sosialt arbeid» av Vasset (2021). For å presentere sykepleierens ansvar- og funksjonsområder innenfor utøvelse av sykepleie til pasienter med hjerneslag har vi brukt Wergeland et al. (2016) og artikkelen «The role of nursing in the rehabilitation of stroke survivors: an extended theoretical account» av Kirkevold (2010). For å forklare brukermedvirkning og understøtte begrepets funksjon innenfor sykepleie til pasienter med afasi har vi brukt «Utøvelse av klinisk sykepleie» av Andreassen (2019) og Helsedirektoratet (2017). «Klinisk sykepleie» av Nortvedt & Grønseth (2016) og «Helsepedagogikk» av Tveiten (2020) brukes for å forklare empowerment. Vi har valgt å bruke Travelbee (1999), «Sykepleie og etikk» av Slettebø (2013), Corneliussen et al. (2014), et kapittel i «Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie» av Kim (2015), og «Kommunikasjon i relasjoner» av Eide & Eide (2017) for å forklare menneske-til-menneske relasjonen og kommunikasjon, samt hvordan det er relevant i forhold til pasienter med afasi som følge av hjerneslag. Vi har brukt Corneliussen et al. (2014) og Statped (2020) til å beskrive metoden Støttet samtale for voksne med afasi. Videre er både Corneliussen et al. (2014) og Vasset (2021) brukt til å beskrive hjelpemidler til pasienter med afasi.

For å belyse lovverk og yrkesetiske retningslinjer som er relevant for oppgaven har vi «Sykepleie og jus» av Molven (2019) og nettstedene Lovdata og Norsk Sykepleieforbund. Vi har valgt å trekke frem relevant lovverk innenfor pasient- og brukerrettighetsloven (1999) og helsepersonelloven (1999).

3.6 Kildekritikk

I denne delen av oppgaven skal vi presentere kritisk vurdering av oppgavens litteratur, med litteraturens styrker og svakheter. Vi har benyttet både CINAHL og PubMed ved tidligere oppgaveskriving. Det har påvirket oss til å bruke disse databasene i søket vårt. Som nevnt tidligere inneholder disse databasene tidsskriftsartikler innen sykepleie, medisin og helsefag (Lovisenberg Diakonale Høgskole, 2020). Det gjør dem aktuelle for å understøtte oppgavens sykepleiefaglige relevans.

Vi har sikret at alle artiklene følger IMRAD-struktur, og kontrollert at forskningen er fagfellevurdert i Norsk senter for forskningsdata sitt register for vitenskapelige publiseringskanaler og sjekket at våre artikler befinner seg på nivå 1 eller 2. De fire artiklene vi har valgt å inkludere er fagfellevurdert, noe som vil si at «de er vurdert og godkjent av to eller tre upartiske, anonyme eksperter innenfor fagfeltet» (Utdanningsforbundet, 2016). Vi har i størst grad valgt å bruke kvalitative forskningsartikler i vår oppgave for å kunne få kunnskap om menneskelige egenskaper som opplevelser og erfaringer, knyttet til kommunikasjonen mellom sykepleiere og pasienter med afasi. For å utvide vår forståelse av temaet vi vil belyse i oppgaven, har vi inkludert en studie som bruker «mixed methods»-design. Denne kombinasjonen av kvalitativ og kvantitativ metode er hensiktsmessig å inkludere fordi det kan gi en god forståelse og dypere kunnskap av tematikken vi ønsker å belyse (Andersen, 2017).

Jensen et al. (2015, s. 57), Van Rijssen et al. (2021, s. 1) og Hansen et al. (2020, s. 1) sine studier ble utført på sykehus eller rehabiliteringssentre hvor deltakerne var helsepersonell som jobbet med pasienter med afasi som følge av hjerneslag. Helsepersonellet sin oppfatning av kommunikasjonen og pasientens medvirkning stemmer nødvendigvis ikke overens med slik pasienten opplever det fra sitt ståsted. I studien til Clancy et al. (2020, s. 325) ble intervjuene utført i ulike kontekster, både hjemme, i støttegrupper og på sykehus. Studien inkluderer helsepersonell, pasienter med afasi og pårørende sine erfaringer og opplevelser av pasientkommunikasjonen ved sykehusinnleggelse i forbindelse med hjerneslaget (Clancy et al., 2020, s. 324). Dette bidrar til å få frem pasientperspektivet i vår oppgave. Studiene inkluderer også andre profesjoner enn sykepleiere. Ifølge Helsedirektoratet (2017) skal rehabiliteringstilbudet etter hjerneslag bygge på tverrfaglighet. Sykepleiere har en sentral rolle i det tverrfaglige behandlingsteamet (Wergeland et al. 2016, s. 314). Forskningsartiklene har av den grunn sykepleiefaglig relevans, selv om andre profesjoner er inkludert.

Hansen et al. (2020), Van Rijssen et al. (2021) og Clancy et al. (2020) er alle nyere artikler som er gitt ut etter 2017. Dette er en styrke fordi de da inneholder oppdatert og tidsaktuell forskning, som øker sannsynligheten for at funnene er overførbare og aktuelle i dagens praksis. Jensen et al. (2015) sin studie er gitt ut før 2017, men vi har valgt å inkludere forskningen da den ser på tilpasset kommunikasjon mellom sykepleiere og pasienter med afasi, samt at resultatet i forskningen bidrar godt til å svare på problemstillingen vår. Vi har valgt å inkludere de aktuelle studiene fordi skandinavisk og europeisk forskning vil være godt overførbart, og på bakgrunn av forskningen sin relevans til vår problemstilling.

Vi har hatt som hovedregel i denne oppgaven å oppsøke primærkilden og henwise til den, da man helst skal unngå å benytte seg av sekundærkilden (Dalland, 2017, s.171). I tilfeller hvor dette ikke har latt seg gjøre, har vi tatt høyde for at forfatteren kan ha oversatt innholdet feil. Boken «Mellommenneskelige forhold i sykepleie» skrevet av Joyce Travelbee (1999) er anvendt i oppgaven. Dette er gammel litteratur, men vi anser litteraturen som relevant, da den står som pensum i sykepleierutdanningen. Vi anvender en artikkel skrevet av Marit Kirkevold (2010) som er over 10 år gammel. Wergeland et al (2016, s. 304) refererer til denne artikkelen i kapittelet om Sykepleie ved hjerneslag i «Klinisk Sykepleie». Etersom denne litteraturen er nyere og på pensum i sykepleierutdanningen, anser vi artikkelen til Kirkevold (2010) som aktuell å bruke i vår oppgave. Vi har i størst grad benyttet Wergeland et al. (2016) i oppgaven fordi han beskriver sykepleiefunksjonene som Kirkevold identifiserer i sin artikkel, på en oppsummert og kortfattet måte.

3.7 Etiske vurdering

I vår oppgave har vi fulgt Lovisenberg Diakonale Høyskole sine retningslinjer for oppgaveskriving og brukt referansestil APA 7th (Lovisenberg Diakonale Høyskole, 2021). Når vi har valgt ut hvilke artikler vi ønsket å inkludere i vår oppgave har vi sjekket at deltakerne i studien har blitt informert om studien, samt samtykket til sin deltagelse. I tillegg har vi forsikret oss om at studien overholder taushetsplikt. Vi har også sørget for å sjekke at studiene har blitt etisk vurdert av en komite eller at studien har fulgt etiske retningslinjer.

4 PRESENTASJON AV FORSKNINGSRISULTATENE

Resultatene fra studiene til Hansen et al. (2020) og Jensen et al. (2015) viser at implementering av metoden Støttet samtale for voksne med afasi, førte til økt kunnskap om afasi og forbedret kommunikasjonsferdigheter hos helsepersonell. Metoden omtales i artiklene som Supported Conversation for Adults with Aphasia (SCA). I artiklene beskriver deltakerne at de opplevde at pasienter med afasi var mer delaktig i samtaler, og rapporterte økt brukertmedvirkning i rehabiliteringsprosessen etter implementeringen av SCA-metoden (Hansen et al., 2020; Jensen et al., 2015). Funn fra studien til Van Rijssen et al. (2021) viser at helsepersonell opplever at pasientens kommunikasjonsvansker går utover behandlingen til pasienter rammet av afasi. Deltakerne rapporterte behov for å forbedre kommunikasjonen gjennom organisatoriske endringer, mer informasjon og veiledning fra logopeder, og økt kunnskap og forbedring av kommunikasjonsferdigheter (Van Rijssen et al., 2021). Funn fra studien til Clancy et al. (2020) fremhever at tilpasset og konsistent kommunikasjon og pleie, er avgjørende for å unngå mislykket kommunikasjon med pasienter med afasi. Videre viser resultatene at møter med pasienten hvor kommunikasjonen er mislykket kan føre til at pasienten ikke aktivt deltar i behandlingen (Clancy et al. 2020).

De fire sentrale forskningsartiklene trekker frem tid som en barriere for få til god kommunikasjon, og at det er en faktor som skaper utfordringer knyttet til å fremme brukermedvirkning (Van Rijssen et al., 2021; Jensen et al., 2015; Hansen et al. 2020; Clancy et al., 2020). I studiene belyses det utfordringer ved bruk av komplekse bildeverktøy, uhensiktsmessig bruk av kommunikasjons hjelpemidler og uenighet rundt målsetting (Van Rijssen et al., 2021; Jensen et al., 2015; Hansen et al. 2020; Clancy et al., 2020).

4.1 Artikkelmatrise

Forfatter / Årstall	Tittel	Tidsskrift	Hensikt	Design/ Metode	Funn
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	<p>Studien er basert på et prosjekt som hadde som hensikt å øke involveringen av pasienter og deres pårørende i rehabiliteringsprosessen på et nevrorehabiliteringssenter i Danmark. For å kunne øke brukermedvirkning hos pasienter med kommunikative utfordringer, spesielt pasienter med afasi, ble det implementert en ny kommunikatív tilnærming som kombinerer opplæring av kommunikasjonspartnere i henhold til Supported Conversation for Adults with Aphasia (SCA) og augmentative strategier fra KomHit-prgrammet.</p> <p>Hensikten bak denne studien var å fremme helsepersonell sine oppfatninger av implementeringen av den nye kommunikative tilnærmingen og utforske om tilnærmingen hadde effekt på involvering av pasienter med afasi.</p>	<p>Kvalitativ metode: Dataene i studien ble samlet inn gjennom semistrukturerte gruppeintervjuer som inkluderte helsepersonell fra ulike profesjoner (sykepleiere, ergoterapeuter og fysioterapeuter). Helsepersonalet er rekruttert fra to avdelinger, som er kjent for å ha et høyt antall av innlagte pasienter med afasi. Tre ansatte med ulik yrkesbakgrunn fra hver avdeling ble inkludert i gruppeintervjuene. De innspilte intervjuene ble transkribert, og det ble gjennomført en tematisk analyse av dataene.</p>	<p>Funnene viser at implementeringen av SCA-metoden økte fokuset på pasientens rettigheter innenfor kommunikasjon og ønske om å forbedre kommunikasjonen med pasienter med afasi.</p> <p>Studien viser at implementering av SCA-metoden førte til at deltakerne ble mer bevisst egen kommunikasjon med pasienter med afasi. Deltakerne rapporterte en jevnere balanse i kommunikasjonen mellom helsepersonell og pasient. Studien belyser hvordan økt kunnskap om afasi og bruk av nye kommunikasjonsstrategier, førte til økt selvtilit hos deltakerne i samtaler med pasienter med afasi.</p> <p>Deltakerne uttrykte at implementeringen styrket deres vilje til å involvere pasienter med afasi i deres egen rehabiliteringsprosess, og økte inkluderingen av pasientens individuelle perspektiver i beslutningene rundt rehabiliteringen .</p>

					Resultatene avdekket imidlertid utfordringer knyttet til tidsbegrensinger og uenighet rundt målsetting.
Clancy L., Povey R. & Rodham K. (2018)	“Living in a foreign country”: Experiences of staff-patient communication in inpatient stroke settings for people with post-stroke aphasia and those supporting them	Disability and Rehabilitation	Kommunikasjonen som foregår mellom helsepersonell og pasienter ved en slagenhet anses å være utfordrende for pasienter som har afasi som følge av hjerneslag, samt deres pårørende. Hensikten bak studien var å belyse perspektiver og erfaringene knyttet til utfordrende kommunikasjon hos pasienter, pårørende, og helsepersonell. Videre belyser studien barrierer ved kommunikasjon i den aktuelle konteksten og hvilken betydning kommunikasjon har for pasientens medvirkning ved rehabilitering etter hjerneslag.	Kvalitativ metode: Det ble brukt en-til-en intervju (med båndopptaker) eller fokusgruppeintervju. I intervjuene ble pasienter med afasi, pårørende og helsepersonell inkludert. Pasientene ble intervjuet innen seks måneder etter hjerneslaget og de inkluderte pasientene rapporterte mild til moderat nivå av afasi. Intervjuene med pasientene og deres pårørende foregikk i ulike kontekster (i hjemmet, i samme rom som støttegruppen foregikk og sykehus). Helsepersonalet som ble inkludert i studien måtte jobbe med innlagte pasienter som har afasi som følge av hjerneslag. Intervjuene med helsepersonell ble	Studien identifiserer deltakernes perspektiver og erfaringer som oppsummeres i temaene: “being in a foreign country”, “finding a voice” og “you’re just a number”. Helsepersonell-pasient kommunikasjon hvor pasienten sine perspektiver blir tatt i betraktning er fundamentalt for rehabilitering etter hjerneslag, men utfordrende for pasienter med afasi, pårørende og helsepersonell. For å oppnå god kommunikasjon mellom helsepersonell og pasienter med afasi er det tre områder som må vurderes og tas hensyn til: Hvem er involvert i kommunikasjonen, hvem påvirkes av kommunikasjonen som foregår mellom helsepersonell og pasient, og hvilke faktorer i sykehussettingen kan påvirke interaksjonene. Tilpasset og konsistent kommunikasjon og pleie er avgjørende for å unngå

				<p>utført som en-til-en-intervjuer ved sykehuset på grunn av ulike vaktordninger, samt for å ivareta taushetsplikten.</p> <p>Transkripsjoner for hver gruppe ble analysert separat ved bruk av induktiv tematisk analyse, etterfulgt av en integrativ analyse.</p>	<p>mislykket kommunikasjon med pasienten. Møter med pasienten hvor kommunikasjonen er mislykket kan føre til at pasienten ikke deltar aktivt i sin behandling.</p> <p>Studien foreslår en dynamisk kommunikasjonsmodell for å forstå de tre primærfaktorene (kontekst, personene og interasjonene) som påvirker en helsepersonell-pasient-interaksjon i en sykehussetting.</p>
<p>Jensen L.R., Løvholt A.P., Sørensen I.R., Blüdnikow A.M., Iversen K.H., Hougaard A., Mathiesen L.L. & Forchhammer, H.B. (2015)</p>	<p>Implementation of supported conversation for communication between nursing staff and inpatient patients with aphasia</p>	<p>Aphasiology</p>	<p>Hensikten bak studien var å opplære helsepersonell fra ulike profesjoner i Supported conversation for adults with aphasia metoden. Målet med studien var å forbedre deres mulighet til å kunne øke pasienter med afasi sin deltagelse i samtaler rundt deres medisinske behandling, pleie og rehabilitering. Ved å inkludere sykepleiere og andre profesjoner i utviklings- og tilpasningsprosessen av implementeringen av SCA-metoden, ønsket de å gi dem en følelse av eierskap til de verktøyene og teknikkene som brukes for å kunne støtte voksne med afasi i samtaler.</p> <p>Målet med studien var å</p>	<p>Studien bruker «Mixed-methods» design hvor både kvantitative og kvalitative tilnærminger er brukt for å kunne komme frem til gyldig og sammenlignbar data. Deltakerne skulle fylle ut KAQ (Knowledge of Aphasia Questionnaire) spørrekjema i forkant og i etterkant av workshopene. Det ble også brukt intervju.</p>	<p>Funn fra spørreundersøkelsene viser en signifikant økning i kunnskap om afasi hos sykepleierne etter workshopen, og deltakerne rapporterte at de opplevde kommunikasjonen som mindre frustrerende for pasientene.</p> <p>En endring i bruk av kommunikasjonsstrategier ble belyst i studien. I intervjuene, beskriver deltakerne at de følte seg tryggere i sin evne til å kommunisere med pasienter med afasi, sikrere på sin evne til å etablere en felles forståelse mellom pasient og sykepleier, samt økt motivasjon til å initiere</p>

			<p>få frem utfallet av en tverrfaglig workshop som helsepersonell på de ulike slagenhetene deltok på.</p> <p>Studien utforsker sykepleiernes perspektiver og erfaringer med SCA metoden.</p>		<p>til samtale om komplekse temaer.</p> <p>Deltakerne følte at workshopen gjorde dem mer forberedt til å kommunisere med pasienter med afasi, og at samtalene ble lengre og mer meningsfulle.</p> <p>Utfordringer ved bruk av verktøy og teknikker var relatert til mangel på tid, for komplekse bildeverktøy, samt pasientens karakteristiske og spesifikk symptomer, inkludert pasientens mangel på innsikt i utfordringer relatert til sin afasi, ekstrem fatigue, eller psykososiale vansker.</p>
<p>Van Rijssen M.N., Veldkamp M., Bryon E, Remijn L., Visser-Meily J.M.A., Gerrits E., van Ewijk L. (2021)</p>	<p>How do healthcare professionals experience communication with people with aphasia and what content should communication partner training entail?</p>	<p>Disability and Rehabilitation</p>	<p>Studien legger til grunn at kliniske retningslinjer støtter viktigheten av å lære helsepersonell å bruke støttende kommunikasjonsteknikker gjennom partner-trening i kommunikasjon. Studien ønsker derfor å belyse og beskrive helsepersonell sine erfaringer innenfor kommunikasjon med pasienter rammet av afasi.</p> <p>Studien ønsker også å belyse helsepersonell sine behov og ønsker for opplæring, for å øke sannsynlighet for vellykket implementering av</p>	<p>Dataene ble samlet inn gjennom kvalitative semistrukturerte intervjuer av helsepersonell (17). Helsepersonell ble rekruttert fra to geriatriske rehabiliteringssentre i Nederland og et akademisk sykehus i Belgia.</p>	<p>Helsepersonell opplevde at kommunikasjonsvansker går utover behandlingen i helsetjenesten (1).</p> <p>Det ble rapporterte behov for organisatoriske endringer. Det er behov for implementering av mer tid i behandlingsforløpet til pasienter med afasi.</p> <p>Det er behov for mer informasjon og veiledning fra tale- og språkterapeuter.</p> <p>Helsepersonell ønsker økt kunnskap og ferdigheter for å kunne forbedre kommunikasjonen mellom</p>

			<p>partnertrening i kommunikasjon i helsevesenet.</p>	<p>helsepersonell og pasienter, samt øke pasientens brukermedvirkning i daglige aktiviteter.</p> <p>Kommunikasjon som foregår mellom helsepersonell og pasienter med afasi kan forbedres ved at helsepersonell trenes i å bruke teknikker og verktøy innenfor støttet samtale for voksne med afasi kontinuerlig og vet hvordan de innhenter kunnskap om slike verktøy.</p>
--	--	--	---	--

5 DRØFTING

5.1 Erfaringer og oppfatninger knyttet til ivaretagelse av brukermedvirkning hos pasienter med afasi

Ifølge de yrkesetiske retningslinjer har sykepleieren ansvar for å ivareta den enkelte pasient sine behov og pasientens rett til å være medbestemmende (Norsk Sykepleierforbund, 2019). For å sikre at retten til medvirkning blir ivaretatt i løpet av rehabilitering ved hjerneslag skal pasienter og brukere sine meninger legges stor vekt på (Helsedirektoratet, 2019). Likevel kommer det frem i Van Rijssen et al. (2021, s. 4) sin studie at helsepersonell møter på utfordringer med å forstå hvilke problemer denne pasientgruppen opplever, og hvilke behov og ønsker de har. Dessuten er det større sannsynlighet for at delt beslutningstaking kan bli nedprioritert for pasienter med afasi (Van Rijssen et al., 2021, s. 6). I et eksempel fra studien til Van Rijssen et al. (2021, s. 4) forklarer et av intervjuobjektene at det er vanskelig å involvere pasientene i planleggingen av behandlingen, og at kommunikasjonsutfordringene gjør at det nesten er umulig å involvere pasienter med afasi i beslutninger som tas rundt deres pasientforløp. Kommunikasjonsutfordringene belyses også i studien til Clancy et al. (2020, s. 332) hvor det kommer frem at mangel på god kommunikasjon mellom helsepersonell og pasient har betydning på brukermedvirkning, utformingen av mål og beslutninger som tas. I tillegg kommer det frem i studien til Hansen et al. (2020, s. 6) at helsepersonell bemerket seg at pasienter hadde vanskelig for å vurdere konsekvensene av sine mål. På den ene siden ønsker helsepersonell i studien at pasientene skal uttrykke sine meninger og delta i utformingen av mål i rehabiliteringen. På den annen side opplever helsepersonell at målene ikke er realistiske sammenlignet med den profesjonelle vurderingen av hva som ville være hensiktsmessige mål for pasienten (Hansen et al., 2020, s. 6). Sykepleier er lovpålagt å utøve en praksis som ivaretar pasientens medvirkning (1999, § 3-1). Samtidig skal sykepleieren yte en forsvarlig yrkesutøvelse i henhold til Helsepersonelloven § 4 (2001). Ved å sørge for balanse mellom aktivitet og hvile i rehabiliteringen, vil sykepleieren i utøvelse av sin bevarende funksjon, bidra til helhetlig pleie og omsorg til pasienten (Wergeland et al., 2016, s.304).

Clancy et al. (2020) sin studie utforsker erfaringer med kommunikasjon mellom helsepersonell og pasienter med afasi, fra et pasientperspektiv. Pasientene uttrykker at deres

individuelle behov, preferanser og komorbiditeter ved enkelte tilfeller ikke blir tatt i betraktning. Likevel kommer det frem at det er en tydelig enighet mellom helsepersonell at de prioriterer å støtte pasienter med afasi i sitt behov for å utrykke seg selv. Videre poengterer helsepersonell viktigheten av, og behovet for, pasientsentrert og individualisert omsorg til pasientene, med kommunikasjon som en grunnleggende faktor for å oppnå dette (Clancy et al., 2020, s.329). Pasienten har gjerne en aktiv rolle i pasientsentrert omsorg. Det vil si at både pasienten og helsepersonell i behandlings- og pleieteamet samarbeider om beslutninger som tas (Nortvedt & Grønseth, 2017, s.25). Studien til Clancy et al. (2020, s. 327) belyser derimot at en pasient føler at prosedyrer utføres på, i stedet for med, pasienter med afasi. Pasienten forklarer videre at det er frustrerende at helsepersonell utfører handlinger uten å forklare henne hva de gjør, noe som fører til at hun opplever følelsen av å miste kontrollen (Clancy et al., 2020, s.327). Det vil si at pasienten i denne settingen tvert imot spiller en aktiv rolle i behandlingen. En slik praksis bryter med de yrkesetiske retningslinjene, som sier at sykepleieren skal respektere integriteten til pasienten og ikke utnytte pasientens sårbarhet (Norsk Sykepleierforbund, 2019). Dessuten står det også tydelig i nasjonal faglig retningslinje for hjerneslag at pasienten bør involveres i rehabiliteringsprosessen for å fremme en aktiv og selvbestemt deltagelse (Helsedirektoratet, 2017). Opplevelsen av å ha selvbestemmelse og innflytelse på egen behandling vil dessuten kunne føre til at pasienten føler seg empowered (Tveiten, 2020, s. 47). I studien til Hansen et al. (2020, s. 5) beskrives det et eksempel som belyser hvordan helsepersonell kan bidra til at pasienten føler seg empowered. I eksemplet har en pasient fått muligheten til å bestemme hva hen vil trene på i rehabiliteringen ved å formidle ønsket skiftelig, og på denne måten er pasienten en aktiv deltaker i avgjørelser som angår pasientens eget liv (Hansen et al., 2020, s.5). Ved å styrke pasientens empowerment, vil sykepleier kunne unngå at følelsen av maktløshet og opplevelse av å miste kontroll over eget liv, oppstår hos pasienten (Stubberud, 2017, s.46). I samsvar med sykepleierens støttende funksjon, vil pasientens opplevelse av mestring styrkes ved at sykepleier sørger for at aktivitetene i rehabilitering tilpasses pasienten (Wergeland et al., 2016, s.304). Dessuten må sykepleier skape tillit og trygghet hos pasienten, og på denne måten styrke pasienten sitt selvbilde, integritet og verdighet (Wergeland et al. 2015, s. 304). Til slutt er det relevant å nevne at opplevelsen av mestring, mening og velvære styrkes når pasienten har mulighet til å snakke for seg selv, også i det offentlige rom. Det er noe av det som gjør en person hel og selvstendig (Vasset, 2021, s.53).

5.2 Tilpasset kommunikasjon med pasienten med afasi

Enhver interaksjon mellom sykepleieren og pasienten er en mulighet til å bli bedre kjent med pasienten som menneske, innhente og gi informasjon til pasienten, samt en mulighet for pasienten å innhente hjelp (Travelbee, 1999, s. 137). Helsepersonell fra Van Rijssen (2021, s. 4) sin studie uttrykker at de er usikre på hvordan og i hvilken grad de skal tilpasse kommunikasjonen til pasienten sine behov. En av deltakerne som er sykepleier, beskriver opplevelsen av å føle seg tidvis hjelpeløs knyttet til pasientens kommunikasjonsutfordringer (Van Rijssen, 2021, s. 5). Dette belyses også av Corneliussen et al. (2014, s. 38) som beskriver at samtalepartneren ofte kan føle seg hjelpeløs når det dukker opp begrensninger og misforståelser i samtale med den afasirammede. En sykepleier i studien til Jensen et al. (2015, s. 69) forteller at hen ofte har forlatt pasienter med en ubehagelig følelse og frustrasjon knyttet til sin opplevelse av at hen ikke forstod pasienten, og pasienten heller ikke forstod sykepleieren. Som nevnt kommer det frem i resultatene til Van Rijssen et al. (2021, s. 5) at negative følelser hos helsepersonalet gjør det vanskelig for dem å kommunisere godt med pasientene. Det kommer videre frem et viktig synspunkt, nemlig at man som helsepersonell ikke bør vise til pasienten at man er ukomfortabel eller at man gir opp, i påvente av at pasienten skal svare. Da dette kan "bekrefte" pasientens opplevelse av å ikke mestre daglig sosialt akseptert kommunikasjon (Van Rijssen et al., 2021, s. 5). Stillhet og pauser er en naturlig del av vanlige samtaler og en slik pause vil ofte være kort, men for en pasient med afasi vil det ofte være behov for lengre tid på å oppfatte det samtalepartneren har formidlet, samt finne de rette ordene til det hen ønsker å formidle tilbake (Corneliussen et al, 2014 s. 34).

I samtale med pasienter med afasi kan det være vanskelig å forstå hva pasienten uttrykker og ønsker, og det er da viktig at sykepleieren våger å innrømme at hen ikke forstår, og samtidig ikke gir opp (Wergeland et al., 2016, s. 325). Sett i sammenheng med dette trekkes det her frem et eksempel fra en deltaker i studien til Hansen et al. (2020, s. 5). Deltakeren viser til treningssituasjoner hvor pasienten har forsøkt å formidle noe og helsepersonalet ikke har forstått. Pasienten ble da møtt med kommentaren "lets talk about that later" fra helsepersonalet, altså at de kunne snakke om det senere (Hansen et al., 2020, s. 5). På denne måten blir pasienten på den ene siden møtt med anerkjennelse for sin kompetanse ved at samtalepartneren henvender seg direkte til pasienten (Corneliussen et al., 2014, s. 68). På den annen side vil det fort bli gjennomskuet dersom pasienten opplever at samtalepartneren later

som hen forstår (Corneliussen et al., 2014, s. 69). I studien til Jensen et al. (2015, s.70) beskriver helsepersonalet at de har en tendens til å kommunisere med pasienten kun basert på håpet om at det blir mest mulig riktig. Det vil trolig kunne føre til at pasienten opplever seg misforstått av samtalepartneren. Mennesker deler sjeldent sine meninger før man er helt sikker på at det man skal formidle ikke kommer til å ignoreres eller avvises (Travelbee, 1999, s. 137). Dersom dette tas hensyn til kan sykepleier bidra til å skape kommunikasjon som samsvarer med et viktig prinsipp i kommunikasjon med pasienter med afasi, nemlig likeverd mellom de to som snakker (Corneliussen et al., 2014, s. 39).

Helsepersonell i studien til Van Rijssen et al. (2021, s. 4) beskriver at kommunikasjon med pasienter med afasi er utfordrende, særlig når det gjelder helserelaterte aktiviteter. Funnene i studien viser at det nødvendigvis ikke er vanskelig å gi instruksjoner til pasienter med afasi, fordi man fysisk kan demonstrere den bestemte øvelsen. Utfordringene dukker derimot opp i det man skal prøve å forklare og vise pasienten *hvorfor* en øvelse er nødvendig å utføre (Van Rijssen et al, 2021, s 4). Denne utfordringen kan gjøre det vanskelig for sykepleieren å yte sitt fulle ansvar i å hjelpe pasienten med å forstå hensikten med hvorfor øvelsen utøves og hvorfor den implementeres som en øvelse i dagliglivet (Wergeland et al., 2016, s. 304). Det kommer frem i Clancy et al. (2020, s. 329) at det er nødvendig for helsepersonell å jobbe gjennom flere strategier for å finne det som fungerer best for hver individuell pasient. En deltaker i studien beskriver et forslag til hvordan man kan sjekke at pasienten har forstått. Ved å stille det samme spørsmålet, på ulike måter, vil svarene man får kunne vise om pasientens oppfatning samsvarer uansett hvilken måte spørsmålet blir formulert på (Clancy et al, 2020, s. 329). Dette vil gjøre det mulig for sykepleier å kunne observerer hva pasienten oppfatter av det som formidles, samt om pasienten bruker ja og nei korrekt (Wergeland et al., 2016, s. 326)

5.3 Kommunikative tilnærminger og hjelpemidler som fremmer brukermedvirkning

Samtalepartneren til en pasient med afasi, som for eksempel sykepleiere, bør ifølge Helsedirektoratet (2017) inkluderes i opplæring i kommunikasjonsstrategier. Dette underbygges i studien til Van Rijssen et al. (2016), hvor viktigheten av helsepersonellrettet opplæring i å bruke støttet samtaleteknikker gjennom kommunikasjonspartner trening fremheves. Dette belyses også av Corneliussen et al. (2014, s.38), som beskriver at det kan

være nyttig å ha kunnskap om bruk av hensiktsmessig strategier når man skal være samtalepartner til en pasient med afasi.

Studien til Clancy et al. (2020, s.329) belyser hvordan helsepersonell hjalp pasienter med å «finne en stemme» ved å bruke verbal og nonverbal kommunikasjon tilpasset pasienter med afasi. Ifølge Corneliusen et al., (2014.s 50) vil nonverbale signaler som sykepleier formidler til pasienten gi tilleggsinformasjon, som dermed kan bidra med å gjøre innholdet i et budskap lettere å forstå. Kommunikasjon som blant annet inkluderer repetisjon, sjekking av pasientens forståelse underveis, langsom tale og bilder, er eksempler fra studien til Clancy et al. (2020, s. 239) som belyser hvordan helsepersonell støtter pasienter. Videre rapporterer to pasienter også at de opplever å bli hørt når helsepersonell har god øyekontakt, forsikrer seg om at pasienten forstår, er hjelpsomme og gir pasienten tid (Clancy et al., 2020, s. 329). Det er nødvendig å gi pasienten med afasi tid til å finne ord eller uttrykksmåte, og på denne måten kan man hjelpe den afasirammede med å formidle sine behov og ønsker (Corneliusen et al., 2015, s.36). Jensen et al (2015, s.69) sin studie belyser også hvordan økt forståelse og kunnskap om afasi, kan bidra til å endre helsepersonell sitt syn på kommunikasjonen med pasienter med afasi. For eksempel blir det beskrevet i studien at en sykepleier opplever at det var enklere å innlede en samtale med pasienten etter implementering av nye kommunikative tilnærminger, og en annen bemerker seg at samtalene hadde blitt lengre og mer meningsfylte (Jensen et al., 2015, 69). Kommunikasjon som er målrettet og gjensidig vil, ifølge Travelbee (1999, s. 148), bidra til at dialogen mellom sykepleier og pasienten blir meningsfull. Hvis sykepleieren ved hvert møte med pasienter med afasi går bevisst inn for å bli bedre kjent med personen, vil det kunne føre sykepleieren et skritt nærmere menneske-til-menneske-forholdet, og det vil videre gjøre sykepleieren i bedre stand til å ivareta pasientens behov (Travelbee, 1999, s.142) .

5.3.1 Støttet samtale for voksne med afasi

Støttet samtale for voksne med afasi (SCA) er en metode, hvor deler av hensikten er å bruke støttende samtale til å hjelpe pasienten til å bli mer delaktig i samfunnet (Corneliusen et al., 2014, s. 67). Helsepersonell fra studien til Jensen et al. (2015, s. 69) føler seg mer forberedt til å kommunisere med pasienter med afasi etter workshopen i SCA, hvor flere av dem tidligere hadde følt seg usikre relatert til lav selvtillit i sine egne evner til å kommunisere med

pasientgruppen (Jensen et al., 2015, s. 69). Dette belyses i Eide & Eide (2017, s. 325) som peker på at mangel på kunnskap kan være en årsak til at man unngår å inkludere pasienten med afasi i samtale. Det er nettopp mangel på kunnskap en del av helsepersonalet i studien til Van Rijssen (2021, s. 5) opplever at de mangler.

Alle deltakerne i Jensen et al. (2015, s. 70) sin studie rapporterer at de brukte kommunikasjonsteknikker, strategier og hjelpemidler i kommunikasjon med pasienter med afasi, både før og etter workshopen, men deltakerne opplever at SCA-metoden hjelper dem å kommunisere med pasienten på en mer systematisk måte. Det skjedde et skifte fra strategier som involverte *kroppsspråk* eller *auditive tilpasninger* over til mer bruk av strategier med fokus på *skrivning* og *bildestøtte* etter workshopen (Jensen et al., 2015 s. 67). Dette kan ses i sammenheng med at både lesing, skrivning og forenklede tegninger er hjelpemidler de fleste av oss kan ty til når ord ikke lenger strekker til. Disse hjelpemidlene blir en naturlig støtte å ta i bruk når det man ønsker å formidle muntlig blir for komplisert (Corneliussen et al., 2014, s. 53). Det er hensiktsmessig å bemerke at leseevnen hos afasirammede vil være varierende. Evnen kan hos mange være relativt god, men være preget av lavere utholdenhet og behov for flere pauser, fordi denne kognitive prosessen (lesing) ikke skjer like automatisk som den gjorde før (Corneliussen et al., 2014, s. 53).

Sykepleierne i Jensen et al. (2016, s. 69) opplever at pasientene var mer delaktig i samtalene (Jensen et al., 2016). En sykepleier, som utførte en bildebasert samtale med en pasient med alvorlig afasi, beskriver hvordan hun opplevde at en slik samtale resulterte i en meget positiv endring i pasientens generelle kommunikative adferd, allerede etter første samtale. Pasienten ble mer åpen og initierte til samtaler med sykepleiere og andre pasienter på avdeling, noe hun aldri hadde gjort før (Jensen et al., 2015, s. 70). Helsepersonell i studien til Hansen et al. (2020, s. 5) opplever noe av det samme, nemlig at pasientene er mer delaktige i sin egen rehabiliteringsprosess etter at helsepersonell ble introdusert til SCA-metoden kombinert med KomHit-programmet. Deltakerne beskriver også en økt selvtillit hos seg selv, som fører til at de i større grad enn før forsøker å inkludere pasienten, ved å snakke direkte til pasienten. Ved å henvende seg direkte til pasienten kan man gi uttrykk for at man anerkjenner pasientens kompetanse (Corneliussen, 2014, s. 68). Helsepersonell i studien til Hansen et al. (2020, s. 5) gjør dette ved å innhente informasjon om pasientens preferanser direkte fra pasienten selv, og ikke pasientens pårørende. Ved at sykepleier viser eller skaper en tydelig forventning om at pasienten har noe på hjertet som hen vil formidle, kan dette gi pasienten med afasi en erfaring

av at noen virkelig ønsker å lytte til det hen skal formidle. På denne måten kan pasienten styrkes til å bli en aktiv deltaker i størst mulig grad (Corneliussen, 2014, s. 40).

5.3.2 Tilretteleggelse for aktiv medvirkning i utforming av rehabiliteringsprosessen

I henhold til forskrift om habilitering og rehabilitering (2012, § 4) er det et krav om at pasient og bruker kan medvirke ved planlegging, utforming, utøving og evaluering av eget habilitering- og rehabiliteringstilbud. Deltakerne i studien til Hansen et al (2020, s. 5) fremhever viktigheten av en tilnærming som fører til økt brukermedvirkning. Studien påpeker at det nye fokuset fører til at pasientperspektivet blir med i beslutninger og at tilnærmingen åpner for å inkludere flere pasienter (Hansen et al, 2020, s. 5). I studien til Clancy et al. (2020, s. 330) opplever pasientene derimot at deres perspektiver ikke blir tatt med i beslutninger som gjelder deres egen rehabiliteringsprosess. Ettersom funnene i studien til Clancy et al. (2020) og Hansen et al. (2020) er ulike, kan det tenkes at noe av grunnen er ulik kommunikativ tilnærmingen i de ulike studiene. I studien til Hansen et al. (2020, s. 2) implementeres SCA-metoden kombinert med KomHit-programmet. Det påpekes at denne kombinasjonen av kommunikative tilnærminger kan være hensiktsmessig i kommunikasjon med pasienter med afasi (Hansen et al., 2020, s.2).

Studien til Hansen et al. (2020, s. 5) fremhever at pasientens medvirkning i utforming av egen rehabiliteringsprosess innebærer å involvere dem i utformingen av mål. Dette belyses også av Helsedirektoratet (2017), som påpeker viktigheten av å lytte til pasientens synspunkter ved utforming av mål for å sikre ivaretagelse av pasientens medvirkning. I et eksempel som blir trukket frem i studien til Hansen et al. (2020, s. 5) beskriver en av deltakerne hvordan pasienten brukte pen og papir for å fortelle hva han ville trene på den dagen, og på denne måten inkluderte helsepersonalet pasientens ønsker og mål i rehabiliteringsprosessen. Ifølge deltakerne i studien blir det avholdt jevnlig målmøter i løpet av rehabiliteringen og disse møtene blir ansett som en sentral aktivitet for å involvere pasientene i rehabiliteringsprosessen. En av intervjuobjektene forteller at de har begynt å inkludere pasienter i målmøtene i løpet av rehabiliteringen, noe de ikke hadde tenkt at var mulig tidligere (Hansen et al, 2020, s. 5). Helsepersonell i Van Rijssen et al. (2021, s. 4) uttrykker, som nevnt tidligere, derimot at det er svært vanskelig å gi pasienter med afasi en sentral rolle i egen rehabiliteringsprosess. Det kan trolig bety at det er nødvendig med mer opplæring i bruk av støttende kommunikasjonsteknikker, da man ser en forskjell mellom helsepersonell i

studien til Hansen et al. (2020) og Van Rijssen et al. (2021). Dette belyses også av en deltaker i Van Rijssen et al. (2021, s. 5), som uttrykker at kontinuerlig opplæring i bruk av støttende kommunikasjonsteknikker, vil kunne være hensiktsmessig for alle profesjoner som møter pasienter med afasi.

5.4 utfordringer knyttet til ivaretagelse av brukermedvirkning hos pasienter med afasi

De fire sentrale forskningsartiklene trekker frem *tid* som en barriere for å få til god kommunikasjon, og at det er en faktor som skaper utfordringer knyttet til å fremme brukermedvirkning (Van Rijssen et al., 2021, s. 5; Jensen et al., 2015, s. 70; Hansen et al. 2020, s. 6; Clancy et al., 2018, s. 332). Deltakerne i Jensen et al. (2015, s. 70) og i Hansen et al. (2020, s. 6) nevner at mangel på tid kan være en signifikant barriere i arbeidet med å implementere, og bruke kommunikasjonshjelpemidler i samtaler med pasienter. En deltaker i studien til Hansen et al (2020, s. 6) påpeker derimot at det tar tid å etablere nye rutiner, og antyder at tidspresset kan avta når helsepersonell på avdelingen blir kjent med den nye kommunikative tilnærmingen. Helsepersonell i Van Rijssen (2021, s. 6) sin studie etterspør mer tid med pasienter med afasi, og påpeker at det må til for å realisere god kvalitet i deres behandling. Likevel er ikke tidsbegrensning noen gyldig grunn til å unngå å la pasienten medvirke i behandlingen da pasienten har en lovfestet rett til medvirkning (Pasient- og brukerretighetsloven, 1990). At dette er et gjentakende problem er derimot enda større grunn til at dette må fokuseres på videre.

I studien til Clancy et al. (2020, s. 329) belyses en utfordring som vi ikke har klart å identifisere i de andre studiene, nemlig at kommunikasjonshjelpemidlene i seg selv kan være en barriere for ivaretagelsen av brukermedvirkning. Studien til Clancy et al. (2020, s. 329) antyder at kommunikasjonshjelpemidlene, på den ene siden kan hjelpe pasienten med å medvirke i rehabiliteringsprosessen, men på den annen side kan det hindre medvirkning. I studien til Clancy et al. (2020, s. 329) kommer det frem at hjelpemidlene iblant blir brukt på en uhensiktsmessig måte. Noe av hensikten bak hjelpemidlene er å oppfordre pasienten til å kommunisere verbalt. Likevel beskrives det at pasienter med afasi iblant kun forholder seg til peking ved bruk av hjelpemidlene, noe som kan hindre dem i å forsøke å kommunisere verbalt (2020, s. 329). På denne måten kan feil bruk av kommunikasjonshjelpemidler trolig

føre til at pasienten ikke for utdypet sine meninger og tanker verbalt. En motsetning til dette beskrives i studien til Jensen et al (2015, s.69), hvor en deltaker forteller at kommunikasjonshjelpemidlene bidrar til at forskjellige temaer ble dekket og at de får mer ut av samtalene.

En siste utfordring som er relevant å trekke frem er at helsepersonell i studien til Hansen et al. (2020, s.6) opplever utfordringer knyttet til å involvere pasienten i målsetting, som nevnt tidligere i oppgaven. Jensen et al. (2015, s. 71) presenterer i sin studie at pasienters symptomer og manglende innsikt i egen sykdom kan være en barriere for medvirkning i behandlingen. På en side er det viktig at sykepleieren hjelper pasienten i å hente frem og ta i bruk sine egne ressurser, på den annen side er det av betydning å huske at pasienten også kan ha utfordringer som hen faktisk trenger hjelp til å løse eller at utfordringen direkte løses av noen andre enn pasienten selv (Tveiten, 2021, s.24). Med sin fortolkende funksjon skal sykepleieren veilede pasienten i å se sine ressurser og begrensinger. På denne måten kan man bidra til at pasienten bruker disse ressursene til å skape realistiske forventninger knyttet til sin rehabilitering (Wergeland et al., 2016, s. 304).

6 KONKLUSJON

Det er større sannsynlighet for at delt beslutningstaking kan bli nedprioritert for pasienter med afasi. Pasienter med afasi kan oppleve at det er frustrerende at de ikke blir inkludert i behandlingen, og de kan føle at deres individuelle behov ved enkelte tilfeller ikke blir tatt i betraktning. Helsepersonell kan møte på utfordringer med å forstå hvilke problemer denne pasientgruppen opplever, og mangel på god kommunikasjon mellom helsepersonell og pasient har betydning på brukermedvirkning. I denne oppgaven har vi ønsket å svare på hvordan tilpasset kommunikasjon kan fremme brukermedvirkning hos pasienter med afasi som følge av hjerneslag.

Noe av det som gjør en person hel og selvstendig, er muligheten til å snakke for seg selv. Selvbestemmelse og innflytelse på egen behandling vil dessuten styrke pasientens empowerment. Sykepleieren skal styrke pasientens opplevelse av mestring, ved å sørge for at aktivitetene i rehabiliteringen tilpasses pasienten. Helsepersonell må jobbe gjennom flere strategier for å finne ut det som fungerer best for hver individuell pasient, og inkluderes i opplæring i kommunikasjonsstrategier. Den kunnskapen er nyttig i samtaler med pasienter med afasi. Ved å implementere SCA-metoden i opplæringen av helsepersonell som møter pasienter med afasi, vil det kunne fremme brukermedvirkning hos pasienten. SCA-metoden kan øke helsepersonell sin selvtillit i sine egne evner til å kommunisere med pasientgruppen, og dermed gjøre at de i større grad forsøker å inkludere pasienten i samtaler rundt behandlingen. For å sikre brukermedvirkning, må pasientens synspunkter inkluderes i målsettingen i rehabiliteringen. Tilpasset kommunikasjon, som bruk av bilder, penn og papir, vil kunne støtte pasienten i å uttrykke sine meninger. Dermed vil det være mulig for helsepersonell å inkludere pasientens ønsker og mål i rehabiliteringsprosessen.

Funnene sier mye om hvorfor det er viktig og hva som fungerer når det gjelder tilpasset kommunikasjon som fremmer brukermedvirkning hos pasientgruppen. Samtidig belyser også utfordringene helsepersonell møter på i denne problemstillingen. Utfordringene knyttet til tid, barrierer ved bruk av kommunikasjonshjelpemidlene og uenighet rundt realistisk målsetting, er likevel ikke en gyldig grunn til å unngå å la pasienten medvirke i behandlingen da pasienten har en lovfestet rett til medvirkning. I lys av dette ser vi et behov for økt kunnskap om afasi og mer opplæring i bruk av tilpasset kommunikasjon hos sykepleier og andre

profesjoner, slik at man til tross for utfordringer kan bidra til å fremme brukermedvirkning hos pasienter med afasi som følge av hjerneslag.

7 REFERANSELISTE

- Andersen, J. (2017). «Mixed methods»-design i helseforskning. *Sykepleien*, 05(64738), e-64738
DOI: <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2017.64738>
- Berg, K., By Rise, M., Balandin, S., Armstrong, E. & Askim, T. (2016) Speech pathologists' experience of involving people with stroke-induced aphasia in clinical decision making during rehabilitation. *Disability and Rehabilitation*, 38(9), 870-878, DOI: <https://doi.org/10.3109/09638288.2015.1066453>
- Bertelsen, A.K. (2017) Sykdommer i nervesystemet. I E.B. Gransmo (Red.), *Sykdom og behandling* (2.utg.). Gyldendal
- Clancy, L., Povey R. & Rodham, K. (2020) «Living in a foreign country»: Experiences of staff-patient communication in inpatient stroke settings for people with post-stroke aphasia and those supporting them, *Disability and Rehabilitation*, 42(3), 324-334.
<https://doi.org/10.1080/09638288.2018.1497716>
- Corneliussen, M., Haaland-johansen, L., Knoph, M.I.K., Lind, M. & Qvenild, E. (2014). *Afasi og samtale – gode råd om kommunikasjon*. Novous forlag
- Dalland, O. (2017) *Metode og oppgaveskriving: Bacheloroppgaven*. (7.utg.). Gyldendal Akademisk
- Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner*. (3.utg.). Gyldendal Akademisk
- Folkehelseinstituttet (03.06. 2016). *Sjekklistet*. Helsebiblioteket.
<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistet>
- Forskrift om habilitering og rehabilitering (2012). *Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator*. FOR-2011-12-16-1256. Lovdata.
<https://lovdata.no/forskrift/2011-12-16-1256>
- Hansen, D., Kristensen, L.F., Christensen, M.E., Eriksson, K. & Thunberg, G. '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. *Disabil Rehabil*. 1-10.
<https://doi.org/10.1080/09638288.2020.1853829>

Helsedirektoratet (2017). *Brukermedvirkning*. Helsedirektoratet. (sist faglig oppdatert 17.oktober 2017, lest 10 mars 2022) Tilgjengelig fra:

<https://www.helsedirektoratet.no/tema/brukermedvirkning>

Helsedirektoratet (2017). *Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag*. Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 27. april 2020, lest 21. mars 2022). Tilgjengelig fra

<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/hjerneslag>

Helsedirektoratet (2018). *Rett til medvirkning og informasjon*. Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 16. november 2021, lest 30. mars 2022). Tilgjengelig fra:

<https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/pasient-og-brukerrettighetsloven-med-kommentarer/rett-til-medvirkning-og-informasjon>

Helsedirektoratet (2019). *Hjerneslag. Pakkeforløp*. Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 17. Mars 2022, lest 30. Mars 2022)Tilgjengelig fra:

<https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/hjerneslag>

Helsepersonelloven (1999). *Lov om helsepersonell*. (LOV-1999-07-02-64). Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). Lov pasient- og brukerrettigheter. (LOV-1999-0702-6). Lovdata.

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Heyn, L. (2015) Kommunikasjon – menneskets grunnleggende behov for å forstå og å bli forstått. I.E. Grov & I.M. Holter. *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. (5.utg, s. 363-395)

Holter, M. & Grov, E. (2015). Hvem er pasienten, og hvor befinner de seg? I G. Ellen Karine & H. Inger Margrethe (Red), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (5. utg s. 142-155). Cappelen Damm Akademisk.

Jensen, R, Løvholt, A., Sørensen, I., Blüdnikow, A., Iversen, H.

Hougaard, A., Mathiesen, L. & Forchhammer, H. (2015) Implementation of supported conversation for communication between nursing staff and in-hospital patients with aphasia, *Aphasiology*, 29:1, 57-80. [10.1080/02687038.2014.955708](https://doi.org/10.1080/02687038.2014.955708)

- Kim, H. S. (2015) Sykepleierprofesjonens grunnleggende kjennetegn – det kunnskapsfilosofiske grunnlaget. I E. K. & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (5. utg s. 142-155). Cappelen Damm Akademisk
- Kirkevold, M. (2010). The Role of Nursing in the Rehabilitation of Stroke Survivors. An Extended Theoretical Account. *Advances in Nursing Science*. 33 (1), E27–E40.
<https://doi.org/10.1097/ans.0b013e3181cd837f>
- Lovisenberg Diakonale Høgskole (2020, 7. Januar). *Databaser og nettressurser*. Sist oppdatert 6. April 2022. Hentet 15. Februar fra:
<https://ldh.no/bibliotek/databaser-og-nettressurser>
- Lovisenberg Diakonale Høgskole. (2021, 8. Desember). *Oppgaveskriving*. Sist oppdatert 8. desember 2021. Hentet 6. april 2022 fra
<https://ldh.no/bibliotek/oppgaveskriving>
- Martinsen, R., Kitzmüller, G., Mangset, M., Kvigne, K., Evju, A. S., Bronken, B. A., Bragstad, L. K., Hjelle, E. G., Sveen, U., & Kirkevold, M. (2021). Nurses' and occupational therapists' experiences of conducting a home-based psychosocial intervention following stroke: a qualitative process evaluation. *BMC health services research*, 21(1), 791. DOI:
<https://doi.org/10.1186/s12913-021-06857-8>
- Meld. St. 34 (2015-2016). *Verdier i pasientens helsetjeneste – melding om prioritering*. Regjeringen.
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-34-20152016/id2502758/>
- Molven, O. (2019). *Sykepleie og jus*. (6.utg). Gyldendal Norsk Forlag
- Northvedt, P. & Grønseth, R. (2020). Klinisk sykepleie – funksjon, ansvar og kompetanse. I D-G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås. *Klinisk Sykepleie Bind 1* (5. utg, s.21) Gyldendal Akademisk.
- Norsk Sykepleieforbund (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*. Hentet 14. Januar 2022 fra <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>
- Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). *Lov pasient- og brukerrettigheter*. (LOV-1999- 0702-6). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Skovholt, K., Landmark, A.M.D., Sikveland, R.O. & Solem, M.S. (2021). *Samtaleanalyse*. En praktisk innføring. Cappelen Damm Akademisk

- Slettebø, Å. (2013). *Sykepleie og etikk* (6.utg.). Gyldendal Akademisk
- Statped. (2020 14. april). *Afasi og kommunikasjon*. Statped.no
<https://www.statped.no/afasi/afasi-og-kommunikasjon/>
- Stubberud, D-G. (2019). *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom* (2. utg). Gyldendal
- Thidemann, I-J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgave skriving* (2.utg). Universitetsforlaget
- Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Gyldendals sykepleieklassikere
- Tveiten, S. (2020) Helsepedagogikk: *Helsekompetanse og brukermedvirkning* (2. utg). Fagbokforlaget
- Utdanningsforbundet (15.04.2016). *Hva er en fagfelleverdert artikkel?* Utdanningsforskning.
<https://utdanningsforskning.no/artikler/2016/hva-er-fagfelleverdert-artikkel/>
- Vasset, F. (2021) Kommunikasjon med mennesker med afasi. F. Vasset & S. Molnes (Red.).
Kommunikasjon i klinisk og sosialt arbeid (s.44-54). Fagbokforlaget
- Van Rijssen MN, Veldkamp M, Bryon E, Remijn L, Visser-Meily JMA, Gerrits E, van Ewijk L. How do healthcare professionals experience communication with people with aphasia and what content should communication partner training entail? *Disabil Rehabil*, s.1-8.
<https://doi.org/10.1080/09638288.2021.1878561>
- Wergeland, A., Ryen, S. & Ødegaard-Olsen, T. (2016). Sykepleie ved hjerneslag. H. Almås, D-G. Stubberud & R. Grønseth (Red.). *Klinisk Sykepleie Bind 2*. (5.utg., s. 303-327). Gyldendal Akademisk.