



Høgskolen i **Hedmark**

Campus Elverum

Avdeling for folkehelse

4BACH

Lisa Borgvatn Ekseth og Maren Ervik

Veileder: Kari Johanne Kvigne

Antall ord: 12 151

«Språket – nøkkelen til et menneskelig fellesskap?»

«Language – the key to a human community?»

BASY 2012

Bacheloroppgave i sykepleie

2015

Samtykker til utlån hos biblioteket:

Ja

Nei

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage:

Ja

Nei

«Den som rammes av afasi får ødelagt selve koden til fellesskapet. Han har mistet nøkkelen til det menneskelige fellesskapet. Intens trening kan til en viss grad åpne døren på gløtt, men helt inn i varmen igjen kommer den afasirammede sjelden»

*Sitert i Corneliussen, Haaland-Johansen, Knoph, Lind og Qvenild
(2006, s.13).*

Sammendrag

Tittel: «Språket – nøkkelen til et menneskelig fellesskap?»

Problemstilling: «*Hvilke kommunikasjonsutfordringer opplever slagrammede med afasi i hverdagen, og hvordan kan sykepleieren i møte med hjemmeværende eldre støtte og styrke deres kommunikasjon?*»

Hensikt: Vi ønsker å undersøke og få økt kunnskap om hva vi som sykepleiere kan gjøre for å oppnå en bedre kommunikasjon med afasirammede, samt belyse hvilke kommunikasjonsutfordringer vi og pasienten møter. Vi fokuserer på eldre hjemmeboende afasipasienter og har valgt hjemmesykepleien som arena.

Metode: Litteraturstudie som baserer seg på pensumlitteratur, selvvalgt litteratur og forskning.

Teori: Vi har valgt å bruke Joyce Travelbee som teoretiker og hennes teori om mellommenneskelige forhold i sykepleie. Vi har også inkludert teori om hjerneslag, afasi, kommunikasjon og rehabilitering.

Konklusjon: Vi har erfart at kommunikasjon med afasirammede kan by på utfordringer, og vi har gjennom denne oppgaven funnet verktøy og hjelpemidler som kan bidra til å bedre kommunikasjonen. Selv om mangel på tid er et sentralt problem til at kommunikasjonen ofte blir glemt, har vi også stilt spørsmål ved prioriteringer. Joyce Travebee sin teori om mellommenneskelig prosesser står sentralt i oppgaven vår da sykepleieren må yte en ekstra innsats for et godt samarbeid med den afasirammede pasienten. Dette kan bidra til at den daglige kommunikasjonen blir opprettholdt i hverdagen. Det er samtidig viktig at vi som sykepleiere har gode kunnskaper om afasi og er bevisst på ansvaret vi har for å bidra til god språktrening og rehabilitering i hjemmet.

Til slutt vil vi takke Kari Johanne Kvigne for god veiledning og konstruktive tilbakemeldinger.

Innhold

SAMMENDRAG	3
INNHOOLD	4
1. INNLEDNING	6
1.1 BAKGRUNN OG BEGRUNNELSE FOR VALG AV TEMA.....	6
1.2 PROBLEMSTILLING OG AVGRENSNING	7
1.3 BEGREPSAVKLARING.....	7
1.4 OPPGAVENS OPPBYGGING	8
2. METODE	10
2.1 VALG AV LITTERATUR.....	10
2.2 LITTERATURSØK.....	11
2.3 KILDEKRITIKK.....	11
3. TEORETISK REFERANSERAMME	13
3.1 HJERNESLAG	13
3.1.1 <i>Årsaker</i>	13
3.1.2 <i>Symptomer</i>	14
3.1.3 <i>Konsekvenser for pasienten</i>	14
3.1.4 <i>Behandling</i>	15
3.2 HVA SKYLDES AFASI?.....	15
3.2.1 <i>Ulike typer afasi</i>	16
3.3 JOYCE TRAVELBEES INTERAKSJONSTEORI.....	16
3.3.1 <i>Kommunikasjon slik Travelbee ser det</i>	18
3.4 KOMMUNIKASJON	19
3.4.1 <i>Non-verbal kommunikasjon</i>	20
3.5 REHABILITERING	20
3.5.1 <i>Samarbeid med pårørende</i>	22
4. FUNN	23
4.1 «EN NY VERDEN»	23

4.2	KOMMUNIKASJONSUTFORDRINGER	23
4.3	BRUK AV METODIKK OG HJELPEMIDLER	24
4.4	MEDBESTEMMELSE OG EGENVERD	25
4.5	LIVSKVALITET OG MESTRING	26
4.6	PERSONALETS EVNER OG FERDIGHETER	26
5.	DRØFTING.....	28
5.1	Å KOMMUNISERE MED DEN AFASIRAMMEDE – HVILKE UTFORDRINGER MØTER VI?	28
5.2	MANGEL PÅ TID – HVORDAN KAN VI BRUKE TIDEN FORNUFTIG OG FOKUSERE PÅ GOD KOMMUNIKASJON?	29
5.3	HVA KAN PASIENTEN OG KOMMUNIKASJONSPARTNEREN FOKUSERE PÅ I EN SAMTALE?	31
5.4	AFASIPASIENTEN – BETEGNES DEN SOM «VANSKELIG»?.....	33
5.5	PÅRØRENDE – EN RESSURS?	35
5.6	OPPSUMMERING	37
6.	KONKLUSJON	39
	LITTERATURLISTE.....	41
	VEDLEGG	44
	VEDLEGG 1 – SØKEHISTORIKK	44
	VEDLEGG 2 - KRITISK GRANSKNING AV FORSKNINGSARTIKLER	46

1. Innledning

Sykepleien til slagrammede er ofte sammensatt og kan by på store utfordringer fordi hjerneslag er en sykdom som fører med seg store endringer både akutt og på lengre sikt (Kirkevold, 2007). Når en pasient har afasi kan det by på større utfordringer i og med at det nettopp er kommunikasjonen som er rammet og er en sentral del i samspillet mellom pleier og pasient. Sykepleieren har en sentral rolle i å støtte og veilede både pasienten og dens pårørende i de tilpasninger de må gjøre som følge av hjerneslaget (Kirkevold, 2007). Vi ønsker med denne oppgaven å finne ut hvordan vi som sykepleiere kan støtte eldre afasipasienter i hjemmet og deres pårørende, for å begrense de utfordringer de kan møte i hverdagen med tanke på kommunikasjon. Å leve med språkvansker vil ha innvirkning på pasientens livskvalitet, noe vi også vil belyse i oppgaven vår. Rehabilitering vil for afasipasienten være en sentral del av hverdagen på lang sikt, da kommunikasjonen må vedlikeholdes. Vår erfaring fra hjemmesykepleien er mangelfull opplæring, nettopp i kommunikasjon med afasipasienter. Vi har blant annet møtt en pasient som vi vet vil sitte oppe om kveldene, men som vi har måtte hjelpe i seng før endt kveldsvakt. Hadde det vært oss i samme situasjon hadde vi følt det som krenkende å bli «lagt» før vi ønsket. Dette noe vi vil komme tilbake til senere i oppgaven.

1.1 Bakgrunn og begrunnelse for valg av tema

Det oppstår 15 000-16 000 nye tilfeller av hjerneslag hvert år i Norge (Bertelsen, 2011). Av de som rammes av hjerneslag, vil cirka 3000 få afasi som følge av skaden i språksentrene (Eide & Eide, 2007). Vi har begge i gjennom praksis i hjemmesykepleien vært i kontakt med pasienter med ulik type afasi. Dette har bydd på utfordringer vi kjenner oss igjen i med tanke på kommunikasjon, noe som la grunnlaget for valg av tema i vår bacheloroppgave. I hjemmesykepleien skal man besøke mange pasienter, og dårlig tid kan utfordre oss med tanke på å ha nok tid til å fokusere på god kommunikasjon med den afasirammede. Hos pasienter med hjemmesykepleie, kan de ansatte som kommer innom være den eneste sosiale kontakten noen pasienter får i løpet av en dag. Vi valgte dette temaet for å kunne belyse de utfordringer som kan oppstå i hverdagen hos hjemmeværende, eldre pasienter med afasi, samt undersøke nærmere hvordan sykepleieren kan støtte og styrke pasientens kommunikasjon i hjemmet.

Vi vil påpeke at pasientgruppen vi omtaler i vår oppgave har hatt et hjerneslag, da språkforstyrrelser også kan være et resultat av andre årsaker, som for eksempel demens hos eldre (Qvenild, Haukeland, Haaland-Johansen, Knoph & Lind, 2010).

1.2 Problemstilling og avgrensning

Vi har valgt følgende problemstilling:

«Hvilke kommunikasjonsutfordringer opplever slagrammede med afasi i hverdagen, og hvordan kan sykepleieren i møte med hjemmeværende eldre støtte og styrke deres kommunikasjon?»

Vi velger å begrense oppgaven til afasi og kommunikasjon da slagrammede pasienter generelt kan gi et bredt spekter av ulike hjelpebehov i den sykepleien som skal utøves. Vi velger å møte den eldre pasienten i hjemmet, da dette er den arenaen vi har mest erfaring fra. Vi har begge jobbet i hjemmesykepleien ved siden av studiet, i tillegg til en praksisperiode gjennom sykepleierutdanningen. Vi tar ikke utgangspunkt i én type afasi i denne oppgaven, men fokuserer på de utfordringer personer med afasi og personene rundt kan møte i hverdagen med tanke på kommunikasjon. Vi skriver denne oppgaven uavhengig av kjønn, men fokuserer på den eldre pasienten som bor i eget hjem eller omsorgsbolig. Vi vil påpeke at vi drar inn egne erfaringer fra praksis underveis i oppgaven. Dette for å styrke og understøtte det som skrives i forskning og litteratur, samt gi leseren et realistisk innblikk i hva vi har opplevd.

1.3 Begrepsavklaring

Siden afasi er et begrep vi bruker gjennomgående i hele oppgaven ønsker vi å komme med en definisjon av begrepet. Afasi er «manglende evne til å tale eller formulere sine tanker i meningsfylte ord (motorisk, ekspressiv afasi) eller å forstå innholdet i ord eller skrift (sensorisk, impressiv afasi)» (Nylenna, 2012, s.16). Det er samtidig viktig å påpeke at pasienter med afasi ikke har mistet språket sitt fullstendig, men at de ikke har like god tilgang til språket sitt som tidligere (Corneliussen, Haaland-Johansen, Koph, Lind & Qvenild, 2006).

Vi velger å bruke begrepet *hjerneslag* gjennom oppgaven vår, da det er et samlebegrep på at hjernen mister sin blodforsyning helt eller delvis. Dette skjer enten på grunn av at en blodåre går tett eller fordi en blodåre sprekker. Dette vil vi forklare nærmere; *Hjerneinfarkt* er når en større eller mindre blodåre tettes av en embolus eller trombose, mens *hjerneblødning* er når trykket i en åre i hjernen eller hjernehinnen blir for høyt, sprekker, og forårsaker en blødning (Wergeland, Ryen og Ødegaard-Olsen, 2010).

Vår oppgave baserer seg på eldre pasienter vi har møtt i hjemmesykepleien. «Man er ikke eldre enn man føler seg», er noe vi begge har hørt ofte. Kirkevold (2014) skriver at så lenge helsen holder, lever de fleste sitt liv uten å tenke over at de gradvis blir eldre. Det er først når helsen begynner å skranke eller man blir rammet av alvorlig sykdom, at det går opp for en at en begynner å bli gammel. Romøren (2014) beskriver «eldre» som personer over 67 år, og det er det vi vil gå ut i fra i vår oppgave. Eldre mennesker har levd et langt liv og har mange erfaringer, og det er derfor viktig at vi som sykepleiere ser mennesket bak pasienten og i varetar dem på en omsorgsfull, bekreftende og støttende måte (Kirkevold, 2014).

1.4 Oppgavens oppbygging

Vi har valgt å dele oppgaven vår inn i seks hovedkapitler: (1.) Innledning, (2.) Metode, (3.) Teoretisk referanseramme, (4.) Funn, (5.) Drøfting, og (6.) Konklusjon. Noen av hovedkapitlene blir igjen delt inn i underkapitler. Oppgaven inneholder også to vedlegg til slutt, med en systematisk oversikt i tabellform over søkehistorikk og hver enkelt forskningsartikkel vi har benyttet oss av. Her kommer vi i tillegg med en egen bedømming av hver artikkel.

Kapittel 1. inneholder innledning, problemstilling, avgrensing, begrepsavklaring og oppbygging av oppgaven. Kapittel 2. inneholder metode og hvordan vi har gått fram for å finne relevant litteratur til oppgaven vår. Her presenterer vi også litteratursøk og kildekritikk. Kapittel 3. er vår teoretiske referanseramme. Her har vi skrevet om hjerneslag, afasi, kommunikasjon og rehabilitering i hjemmet. Vi har også skrevet et underkapittel om sykepleieteoretikeren vi har valgt; Joyce Travelbee og interaksjonsteorien, samt hennes syn på kommunikasjon. Dette er teorien vi mener legger grunnlaget for oppgaven og som videre blir drøftet sammen med de funnene vi har gjort. I kapittel 4. presenterer vi funn basert på vår granskning av de 9 forskningsartiklene vi har benyttet oss av i oppgaven. Her presenterer vi kort hva de handler om, samt sammenfattet alle artiklene i underkapitler ut i fra innhold

og fellestrekk. I kapittel 5. drøfter vi teori og forskningsresultater opp mot hverandre for best mulig å kunne belyse det temaet vi har valgt, og som vår problemstillingen er forankret i. Konklusjonen kommer til slutt i kapittel 6.

2. Metode

Dalland (2012) skriver at metoden forteller oss noe om hvordan vi skal gå til verks for å undersøke og finne fram til relevant kunnskap som kan belyse og bidra til å gi svar på det temaet vi har valgt. Han siterer sosiologen Vilhelm Aubert;

«En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder (1985, s.196)» (sitert i Dalland, 2012, s.111).

Bacheloroppgaven vi skriver er et *litteraturstudie*. Dette er tolkning av litteratur relatert til et tema eller en problemstilling. Dette gjør vi ved å lete igjennom og analysere relevant litteratur og forsøker å svare på problemstillingen (Aveyard, 2014). Videre skriver hun at man kan se på litteraturen som en del av et puslespill, og til slutt vil en gjennomgang av litteraturen ende opp som et helhetlig puslespill (Aveyard, 2014). Vi vil presisere at mye av litteraturstudiet er forskningsbasert.

Metoden brukes som et redskap for å finne informasjon, eller data, som trengs til en undersøkelse. Den kvalitative metoden «tolker» – den gir oss informasjon som ikke lar seg tallfeste eller måle og den fanger opp meninger og opplevelser. Den kvantitative metoden «teller» og gir oss data i form av målbare enheter (Dalland, 2012), og vi har inkludert forskning av begge typer i vår oppgave.

2.1 Valg av litteratur

Litteraturen vi har benyttet oss av i oppgaven er en blanding av pensumlitteratur og selvvalgt litteratur. Pensumlitteraturen er den vi har brukt gjennom 3 år på bachelorgraden i sykepleie på høgskolen. Selvvalgt litteratur består av både bøker, forskningsartikler, samt skjønnlitteratur. Pasient- og sykepleieropplevelser mener vi er viktige å inkludere for å skape en god oppgave. Vi har kritisk vurdert all litteratur vi har brukt, hva som er relevant og hva vi skulle sortere bort.

Når vi begynte å søke etter litteratur til bacheloroppgaven, oppdaget vi at det var et hav av bøker, artikler og pensum vi kunne bruke. Vi forsto raskt at det finnes mye litteratur rundt vårt tema. Vi måtte derfor tidlig begynne å vurdere litteraturen vi skulle bruke, og se etter

hva som var relevant for vår oppgave. Vi hadde god oversikt over pensumlitteratur i form av lærebøker og fagbøker og har brukt dette gjennom oppgaven. I tillegg har vi funnet ny litteratur som var rettet mot problemstillingen vår og tema – hjerneslag, kommunikasjon og afasi. Vi har funnet flere bøker vi synes var relevant, samt 9 forskningsartikler vi har valgt å bruke.

For å få pasient- og sykepleiers syn på egne opplevelser, har vi brukt kvalitative forskningsartikler og skjønnlitterære bøker vi synes ga et godt bilde av personlige erfaringer. Det skal nevnes at vi ikke har trukket inn skjønnlitterære bøker direkte i vår tekst, men vi har lest bøker for å få innblikk i pasientens opplevelse av å leve med afasi og hjerneslag. Skjønnlitterære bøker kan gi et veldig godt bilde av hvordan ulike mennesker har opplevd sin situasjon med alvorlig og krevende sykdom.

2.2 Litteratursøk

Da vi søkte etter litteratur på internett, måtte vi innsnevre søkene og bruke MeSH-termer for ikke å få altfor mye å velge mellom. Vi brukte blant annet søkeord som: Aphasia, communication, nursing, quality of life, og nurse-patient relations. Vi har gjennomført søk i databaser som SveMed+, Cinahl, Oria, samt Helsebibliotekets pyramidesøk McMaster+, men har ikke inkludert forskning fra alle disse. Vi har vært kritisk i utvalget av litteratur, noe vi kommer tilbake til i kapitlet under. I noen tilfeller har vi funnet forskning via referanselister i andre oppgaver, vi har funnet relevant stoff i tidsskrifter, samt at vi har fått anbefalt relevant litteratur av vår veileder. Vi hadde veiledning med en bibliotekar helt i starten av prosessen, slik at hun kunne hjelpe oss å snevre inn søkene, anbefale databaser og gi en konkret måte å søke på. Dette var til stor hjelp. Se **Vedlegg 1** for søkehistorikk.

2.3 Kildekritikk

Pensumlitteratur har vi brukt gjennomgående, da det støtter opp under mye av det vi har lært gjennom utdanningen vår. Dette er også bøker hvor vi ser at noen forfattere går igjen og er forfattere av flere av fagbøkene vi har brukt. Pensumbøkene vi har brukt går ikke grundig nok til verks i det fagområdet vi vil fordype oss i, men gir oss en mer overordnet oversikt over temaet (Dalland, 2012).

Høgskolens bibliotek har vi brukt på flere måter. Vi har lett fysisk i hyllene samt gjort søk via BIBSYS for å finne ulike og relevant litteratur. Vi har også brukt tidligere bacheloroppgaver for å få et inntrykk av en helhetlig oppgave, samt om de oppgavene innenfor samme tema hadde relevant litteratur vi kunne få bruk for. Nøkkelord som afasi, hjerneslag, kommunikasjon og hjemmesykepleie er ord vi har gått ut fra når vi har lett etter bøker fysisk i hyllene. I tillegg har vi søkt etter litteratur ut fra forfatternavn og sykepleieteoretikere vi har hørt var sentrale innenfor fagfeltet.

Søket etter *forskning* har vært en omfattende prosess. Vi har prøvd etter beste evne å luke ut de artiklene vi mener er best egnet til å belyse vår problemstilling. Ved å bruke MeSH-termer i søkene hjalp dette oss i stor grad å begrense antall treff. Vi har lest igjennom sammendrag for å finne hoved-essensen i artiklene, og ut i fra det avgjøre om de passet inn i vår oppgave. Forskningen vi har benyttet oss av strekker seg fra år 2007 til 2015. Selv om den eldste artikkelen er 8 år gammel, har vi hele veien lagt vekt på artikkelens relevans for vår oppgave. Vi fant det meste av litteratur og forskning tidlig i prosessen, men spesielt én artikkel fant vi midtveis i prosessen. Denne fant vi særlig relevant da den omhandler kompetanse i hjemmesykepleien og er publisert i 2015. Se **Vedlegg 2** for kritisk granskning av forskningsartikler.

Når det gjelder *selvvalgt litteratur* har vi benyttet oss av ulike fagbøker utenfor pensumlisten for å få dypere innsikt i fagområdet vi baserer oppgaven på. Vi har brukt noen bøker som er beregnet for logopeders hovedsakelig, og siden vi har kommunikasjon som en sentral del av oppgaven, så vi på dette som relevant. Særlig en av bøkene er et hjelpemiddel for å lære seg å kommunisere med pasienter med afasi. Dette er boken «Afasi og samtale» av Corneliussen et al., (2006) rettet mot pårørende, helsepersonell og andre i møte med afasipasienter. Denne har vi brukt gjennomgående i hele oppgaven fordi den ga oss mye relevant kunnskap vi kunne bruke og var for oss svært nyttig. Vi har underveis strebet etter å finne nyeste versjon av litteratur, for å stadfeste dens gyldighet og holdbarhet (Dalland, 2012). I tabellen over søkehistorikk skriver vi «*peer reviewed*» under 7 av 9 forskningsartikler vi har inkludert i vår oppgave. Dette betyr at de er fagfellevurdert og det er eksperter innenfor fagområdet som har vurdert og godkjent artiklene, noe som er et tegn på kvalitetssikring (Dalland, 2012).

3. Teoretisk referanseramme

I teoridelen går vi nærmere inn på hva hjerneslag og afasi er. Vi beskriver også Joyce Travelbees interaksjonsteori, kommunikasjon, rehabilitering for afasipasienter og samarbeid med pårørende.

3.1 Hjerneslag

Hjerneslag er den tredje hyppigste dødsårsaken i Norge, etter kreft og hjertesykdom. 85 % av tilfellene skyldes hjerneinfarkt forårsaket av en blodpropp, og 15 % skyldes blødning (Bertelsen, 2011). Kirkevold (2014) skriver at hjerneslag hos eldre er en av de største årsakene til funksjonsnedsettelse, sykelighet og død.

«Hjerneslag, eller *apoplexia cerebri*, betegner en plutselig skade på hjernevevet som følge av at blodtilførselen til et område av hjernen plutselig opphører enten på grunn av et hjerneinfarkt eller blødning fra en arterie i hjernen» (Bertelsen, 2011, s. 318). Hjernevevet er skjørt, og ved mangel på oksygen- og glukosetilførsel fra blodet vil det dø raskt. Det er snakk om kun få minutter. Når disse hjernecellene dør, vil funksjoner som kontrolleres i det rammede området i hjernen gå tapt. 20 % av dem som rammes av hjerneslag dør i løpet av den første måneden. Mange opplever bedring av funksjon og symptomer i opptil 1-2 år etter hjerneslaget (Bertelsen, 2011).

3.1.1 Årsaker

Hovedårsaken til hjerneslag er en trombose eller emboli (Kirkevold, 2014). Når en blodåre som fører blod til større eller mindre deler av hjernen blir tilstoppet, kalles det et hjerneinfarkt. Tilstoppingen kan skyldes en trombose, en blodpropp som oppstår i en aterosklerotisk arterie og tilstopper denne, eller en embolus, en blodpropp som kommer fra hjertet, aorta eller fra halsarteriene. Embolusen følger blodstrømmen og «kjører seg fast» i en av hjernens arterier (Wergeland et al., 2010)

Aterosklerose i de store arteriene som går til hjernen utgjør 50 % av tilfellene. Hovedårsakene til aterosklerose er: høyt blodtrykk, fysisk inaktivitet, atrieflimmer, røyking og diabetes. Hvor stor hjernearterie som tilstoppes, er avhengig av størrelsen på embolusen

(Bertelsen, 2011). Hjerneblødning skyldes et intracerebralt kar som sprekker spontant. Dette kan ofte skyldes av at pasienten har gått med ubehandlet høyt blodtrykk over lengre tid, eller bruker blodfortynnende midler (Bertelsen, 2011).

3.1.2 Symptomer

De fire kjente symptomene på hjerneslag er:

F - Facialparese, lammelse i ansiktet, skjevhet, hengende munnvik

A - Armparese, nedsatt kraft i armene

S - Synstap ensidig

T - Taleproblemer/språkutfall (afasi)

Symptomene som beskrevet over er avhengig av størrelsen på infarkt eller blødningen, og hvilken del av hjernen som er rammet. Når sirkulasjonen normaliseres innen få minutter og symptomene forsvinner, kalles det et transitorisk iskemisk anfall (TIA) (Bertelsen, 2010). Pasienten kan også oppleve symptomer som kvalme, brekninger, respirasjonsforstyrrelser og lysskyhet. Et svært alvorlig tegn ses ved ulik størrelse på pupillene som er en indikasjon på økt trykk i hjernen (Bertelsen, 2011).

3.1.3 Konsekvenser for pasienten

Ved hjerneslag er arteria cerebri media hyppigst rammet og kan føre til ensidig lammelse av arm og bein og eventuelt talevansker om språksenteret rammes (Bertelsen, 2011). Hjerneslag kan føre med seg mange fysiske og psykiske begrensninger. De fysiske konsekvensene kan deles inn i motoriske og sensoriske utfall. De motoriske kan være lammelser, svelgevansker, tap av balanse og muskeltonus. Sensoriske utfall er nedsatt sensibilitet, synsforstyrrelser, nedsatt kognitiv funksjon, neglekt – halvsidig oppmerksomhetssvikt, agnosi – vanske med å tolke sanseinntrykk korrekt, rom- og retningsproblemer, vansker med kropps- og tidsoppfatningen, apraksi – problemer med å utføre tillærte planlagte bevegelser, inkontinens og obstipasjon (Wergeland et al., 2010)

Psykiske konsekvenser for pasienten kan være depresjon, emosjonell instabilitet, aggresjon, initiativløshet, kritikkløshet, benektelse og bagatellisering, samt hallusinasjoner. I tillegg til afasi, finnes det flere faktorer som kan spille inn på pasientens kommunikasjon. Dette kan være dysartri – snøvlete og utydelig tale som følge av lammelser i ansiktet, samt oral apraksi – nedsatt evne til å bruke lepper og tunge for å lage riktige lyder (Wergeland et al., 2010)

Sammenfattet ser vi at slagpasienter kan oppleve en mengde store utfordringer i hverdagen både fysisk og psykisk, noe som sykepleiere og andre i møte med denne pasientgruppen må ta hensyn til.

3.1.4 Behandling

Ved mistanke om hjerneslag skal det ringes 113 og pasienten legges inn på sykehus. Trombolysebehandling, intravenøs behandling som løser opp blodproppen, bør starte så raskt som mulig. Pasienter som er aktuell for trombolysebehandling vurderes ut fra alder, sykehistorie og andre forhold (Helsedirektoratet, 2010). Antitrombotisk behandling bør gis til alle pasienter som ikke er aktuell for trombolysebehandling, dette gjelder for eksempel pasienter over 80 år. Antitrombotisk behandling gis i form av acetylsalisylsyre i tablettform. Det gjøres en nevrologisk undersøkelse, en undersøkelse av alvorlighetsgrad samt en CT for å finne lokalisasjon i hjernen og en eventuell blødning (Bertelsen, 2011). På sykehuset blir vitale parameter som hjerterytme, blodtrykk, oksygenmetning, temperatur, respirasjon og blodsukker overvåket de første 12-24 timene etter innleggelse. Noe lengre hos ustabile pasienter (Helsedirektoratet, 2010).

3.2 Hva skyldes afasi?

Afasi er gresk og kommer av ordet *phasis*, som betyr *tale* (Wergeland et al., 2010). Selve ordet afasi betyr tap av taleevnen. Hjerneslag er den vanligste årsaken til afasi, og omfatter både blødning og blodpropp i hjernen. Det er viktig å presisere at afasi ikke er en medfødt skade, men en ervervet språkforstyrrelse etter en skade i hjernen (Qvenild et al., 2010). En skade i et av hjernens språkområder, medfører afasi - en språklig defekt hos personer som tidligere har fungert normalt. Språkdefekten varierer ut fra hvor stor skaden i hjernen er, og hvor skaden sitter (Wergeland et al., 2010). En skade i Wernickes område vil medføre tap

av språkforståelsen, mens en skade i Brocas område vil medføre talevansker (Chaudhry, 2013).

3.2.1 Ulike typer afasi

Vi velger å omtale de ulike former for afasi ved å bruke begrepene *ekspressiv og impressiv afasi*. Vi velger å bruke disse to begrepene for å holde det mer ryddig og oversiktlig når vi omtaler begrepene i oppgaven, siden det finnes forskjellige navn på de ulike typene afasi.

Ekspressiv afasi skyldes en skade i det fremre språkområdet (Brocas område), i hjernen og medfører at pasienten får problemer med å uttrykke seg. Talen kan preges av pauser, pasienten kan blande bokstaver og/eller ha et svært begrenset ordforråd. Pasienten kan ha såkalt automatisk tale, der den kun benytter seg av faste uttrykk som for eksempel «ja» og «nei» (Wergeland et al., 2010).

Impressiv afasi skyldes skade i det bakre språkområdet (Wernickes område). Pasienten har nedsatt språkforståelse og sliter med å oppfatte hva som blir sagt. Den produserer en flytende strøm av tale der innholdet ofte er meningsløst. Dette kan kalles en «ordsalat» (Wergeland et al., 2010). Pasienten kan også benytte seg av såkalte tomme ord som «den derre» og «du vet». Det kan ofte føre til irritasjon hos pasienten når andre ikke forstår, fordi de tror de sier noe som gir mening (Eide & Eide, 2007).

Global afasi opptrer når både fremre og bakre del av språkområdet er affisert. Pasienten får både dårlig språkproduksjon og nedsatt språkforståelse (Eide & Eide, 2007).

3.3 Joyce Travelbees interaksjonsteori

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

Felles for interaksjonsteoriene er at de forsøker å forstå kommunikasjon mellom sykepleieren og pasienten, pårørende og andre involverte. Sykepleien ses på som en samhandlingsprosess (Eide & Eide, 2007). Travelbee kritiserer begrepene «sykepleier» og

«pasient», da hun mener at det definerer stereotyper og skjuler det enkelte individ. Hun beskriver sykepleierens oppgave slik: Man skal anerkjenne pasienten som et unikt, uerstattelig individ og man bør utvikle et «menneske- til menneske- forhold» til pasienten slik at man møter behovene til pasienten og de andre involverte (Eide & Eide, 2007).

Travelbee (2001) har utviklet en modell for utvikling i forholdet mellom sykepleier og pasient. Dette har hun delt inn i fem faser;

1. *Det innledende møtet*
2. *Fremvekst av identiteter*
3. *Empati*
4. *Sympati*
5. *Gjensidig forståelse og kontakt*

Hovedoppgaven til sykepleieren vil være å se pasienten som et individ og et menneske, i tillegg til å dele sin egen opplevelse som sykepleier. Den *første fasen* vil være preget av førsteinntrykk. Alle forutinntatte meninger om hvordan en pasient skal være eller er, bør settes til side her (Eide & Eide, 2007).

Den andre fasen innledes når det første møtet er vellykket og avsluttet. I denne fasen etablerer de et bånd til hverandre, oppfatter hverandre mindre som sykepleier og pasient, og mer som respektive identiteter (Eide & Eide, 2007).

Den tredje fasen innebærer å være empatisk ovenfor pasienten. Travelbee (2001) skriver at empati er å gå inn i og ta del i en annen persons psykologiske tilstand. Empati er en viktig forutsetning for å forstå pasienten, og samtidig for å kunne forutsi dens reaksjoner. Skal man oppnå god sykepleie er empati nødvendig, men ikke tilstrekkelig. Hun mener derfor at det også kreves sympati. Sympati beskrives som et ønske å hjelpe en pasient, ikke fordi det forventes av sykepleieren, men fordi de opplever pasienten som en person (Travelbee, 2001).

Den fjerde fasen er veien fra empati til sympati. Travelbee (2001) definerer sympati som «...en innstilling, en måte og tenke og føle på, som kommuniseres til den andre. Denne måten å tenke og føle på er karakterisert med en dyp personlig omhu og interesse» (s.201).

Den femte fasen er en prosess basert på gjensidig tillit, som oppleves meningsfull og viktig for begge parter (Eide & Eide, 2007).

Vi ser for oss at det kreves en ekstra innsats i interaksjonsprosessen mellom en slagrammet pasient med afasi og sykepleieren da det nettopp er kommunikasjonen som er svekket hos denne pasientgruppen. Vi antar at sykepleieren må yte mer og ha gode kunnskaper for å kunne kommunisere godt med afasipasienten. Derfor blir enda viktigere å legge vekk all forutinntatte meninger for hvordan pasienten er og ikke gå inn i møtet med en innstilling om at det kommer til å bli vanskelig å etablere et forhold på grunn av kommunikasjonsutfordringer. En bør ta hensyn til om pasienten har vansker med å uttrykke seg, eller forstå det som blir sagt, ut i fra hvilken form for afasi pasienten har. Derfor er det viktig å sette av god tid til å bli godt kjent med pasienten.

3.3.1 Kommunikasjon slik Travelbee ser det

Travelbee (2001) skriver at i ethvert møte mellom sykepleier og pasient, foregår det kommunikasjon. Begge parter kommuniserer både bevisst og ubevisst. De kommuniserer gjennom holdninger, adferd, manerer og gester. Hun skriver videre at all interaksjon sykepleieren får ved å kommunisere med den syke, gir anledning til å bli kjent og bevare pasientens behov. Kommunikasjon er ifølge Travelbee (2001) en dynamisk prosess og et instrument i sykepleiesituasjoner. Dette understreker hun først og fremst som et middel for å opprettholde menneske-til-menneske-forholdet og for å realisere sykepleierens formål. Kommunikasjon er altså et middel som brukes for å bli kjent med, og forstå pasienten, møte dens behov og hjelpe vedkommende til mestring av sykdom, lidelse og ensomhet.

Travelbee deler kommunikasjonsprosessen inn i fem stadier, som overlappes til en viss grad (Eide & Eide, 2007);

1. Observasjon
2. Fortolkning
3. Beslutning
4. Handling (sykepleie-intervensjon/tiltak)

5. Vurdering (eller evaluering) av handling

Eide og Eide (2007) beskriver hvordan Travelbee mener at kommunikasjon er en komplisert og tosidig prosess, hvor sykepleieren forstår det som formidles av pasienten. Dette gjelder både verbalt og non-verbalt, slik at sykepleieren kan bruke denne informasjonen for å planlegge og iverksette tiltak. Sykepleieren må bruke seg selv terapeutisk, altså ha evnen til å bruke egen personlighet bevisst og målrettet for å strukturere sykepleieintervensjonene etter å ha etablert et forhold til pasienten. Denne prosessen krever selvforståelse, selvinnsett, evne til å tolke egen og andres atferd, samt at sykepleieren må ha dyp innsikt i hva det innebærer å være menneske (Travelbee, 2001). Travelbee (2001) skriver videre at sykepleieren må være klar over, og i stand til å drøfte egne synspunkter om lidelse, sykdom og død. Hvis sykepleieren har en disiplinert intellektuell tilnærming og bruker seg selv terapeutisk, har sykepleieren i følge Joyce Travelbee gode kommunikasjonsferdigheter.

3.4 Kommunikasjon

«Språk er menneskets viktigste middel til kommunikasjon» (Corneliussen et al., 2006, s.19). Mennesket er alene om å beherske språket som kommunikasjonsmiddel og det er nettopp språket som skiller oss i størst grad fra andre levende vesener (Corneliussen et al., 2006). Eide og Eide (2007) skriver at kommunikasjon er utveksling av meningsfylte tegn mellom to parter, og definerer begrepet kommunikasjon på denne måten: «Begrepet «kommunikasjon» kommer av det latinske ordet *communicare*, som betyr å gjøre noe felles, delaktiggjøre en annen i, ha forbindelse med» (s.17).

Kommunikasjon kan skape en relasjon til andre. Relasjon kan forklares som at en gjenstand står i forbindelse til en annen. Dette kan brukes om forhold, kontakt eller forbindelse mellom mennesker. Når man kommuniserer kreves det to parter, og samtalen består av ulike tegn og signaler mellom disse. Begge må tolke tegn og signaler i et kommunikasjonsforhold. Dette skjer både non-verbalt og verbalt, slik at kroppsspråk, tonefall og blick kan ha mye å si for den som skal tolke signalene. Ingen personer vil tolke signalene likt, og man må derfor vurdere hvordan man skal legge fram et budskap eller kommunisere med personer i en ny livssituasjon, som for eksempel ved hjerneslag (Eide & Eide, 2007). Sykepleiere og andre yrkesgrupper i møte med afasipasienter bør kommunisere som en yrkesutøver på jobb, og ikke som en privatperson. Sykepleieren skal ha nøytrale holdninger og syn overfor pasienten og deres pårørende. Deres formål er blant annet å jobbe helsefremmende, forebygge sykdom,

gjenopprette helse og lindre lidelse. Med dette menes at kommunikasjonen innenfor helsefag alltid skal være hjelpende (Eide & Eide, 2007).

3.4.1 Non-verbal kommunikasjon

Når vi kommuniserer, sender og mottar vi et budskap, og en del av denne informasjonen bli gitt non-verbalt. Med dette mener vi at mye av kommunikasjonen foregår med kroppsspråk. For å uttrykke våre meninger, tanker og følelser bruker vi ansiktsuttrykk, øyebevegelser, kroppsholdninger, arm- og beinbevegelser (Corneliussen et al., 2006).

Ved bruk av kroppsspråk kan vi formidle flere ting. Noen eksempler kan være:

- Indikere ønsker og behov
- Gi uttrykk for følelser
- Illustrere kjennetegn ved personer, dyr og gjenstander
- Demonstrere handlinger og aktiviteter
- Gi beskjed eller anvisninger til andre mennesker.

Dette brukes ofte til å supplere eller erstatte vanlig tale (Corneliussen et al., 2006). Når den verbale kommunikasjonen ikke samsvarer med det non-verbale vil det si at kommunikasjonen er inkongruent. Likeså vil det motsatte være kongruent (Eide & Eide, 2007).

Mennesker med afasi kan ha vanskeligheter både med å utføre samt forstå kroppsspråk. Fysiske begrensninger som apraksi, neglekt og lammelser kan gi dem redusert evne til å formidle noe via kroppsspråk. Det kan gjerne bli klossete og vanskelig å forstå for andre.

3.5 Rehabilitering

I følge Romøren (2014) er det først og fremst hjerneslag og aldersdemens som gir mest plager og størst hjelpebehov sammenlignet med andre sykdommer. Når kombinasjonen av aldring og sykdom fører til funksjonstap, oppstår behovet for hjelp. Rehabilitering har som

hovedmål å forebygge forverring av en tilstand eller bedre funksjonsevnen (Romøren, 2014). Språklig rehabilitering hos afasipasienter må starte i akutfasen. Målrettede tiltak som blir iverksatt raskt, viser seg å gi god effekt. Pasienten vurderes og en kartlegging blir gjort for å finne ut av hva som er de primære språklige vanskene, som for eksempel forståelse av talte ord, lesing, skrivning, benevning og høytlesning. Pasientens sterke sider utnyttes i videre behandling (Stoller, 2010).

«Alle som rammes av afasi, har rett til rehabilitering eller opplæring uansett alder» (Qvenild et al., 2010, s.34). Retten til språklig opplæring er hjemlet i Opplæringsloven. Opplæring i sykehus er fylkeskommunens ansvar, mens opplæring i hjemkommunen er kommunens ansvar når afasipasienten utskrives. Langvarig og intensiv språkrehabilitering er ofte nødvendig for personer med afasi. Et godt rehabiliteringstilbud kan bidra til et liv med god livskvalitet og kan gjøre det mulig for pasienten å delta i samfunnslivet igjen. Derfor er det viktig at tilbudet har en viss intensitet og varighet, og mange har godt utbytte at logopedisk innsats over flere år (Qvenild et al., 2010). Dessverre virker det som at oppfølgingen av afasipasienter svikter etter de har fått et kommunikasjons hjelpemiddel. Logopedtilbudet trappes ned og nok opplæring i bruken av hjelpemidler holder ofte ikke mål. Dette fører til at mange hjelpemidler ofte blir stående ubrukte i et skap (Kulø, 2010). Derfor er et godt tverrfaglig samarbeid viktig i oppfølgingen av afasipasienten.

Den mest naturlige rehabiliteringsarenaen kan sies å være i hjemmet. Her er pasienten i sitt mest kjente miljø og både pasient og pårørende, der det er mulig, blir aktive deltagere i rehabiliteringen. Her fremmes uavhengighet, autonomi og re-integrering i samfunnet (Helsedirektoratet, 2010). Dette vil dessverre ikke alltid være tilfellet hos alle pasienter. De nasjonale retningslinjene beskriver «gjennomsnittspasienten» og har muligens en litt for idealistisk tilnærming, slik vi ser det. Afasien rammer ulikt og derfor har afasirammede mennesker behov for et individuelt tilpasset, målrettet og helhetlig tilbud over tid (Qvenild et al., 2010). Det er også viktig å påpeke at ikke alle pasienter har like ressurssterke pårørende og et like stort nettverk rundt seg.

Behovet for hjemmebasert omsorg vurderes ut fra pasientens funksjonsnedsettelse. Det kan for eksempel være tilrettelegging av bolig og behovet for hjelpemidler (Helsedirektoratet, 2010). «Hjemmesykepleie er et tilbud om pleie og omsorg til hjemmeboende når sykdom, svekket helse, alderdom eller livssituasjon gjør at de trenger hjelp i kortere eller lengre tid» (Fjørtoft, 2006, s.19). Hjemmesykepleie er ikke kun for eldre mennesker, slik som mange

tror, men for alle de som har behov for nødvendig helsehjelp i hverdagen. Sykepleieren har en viktig oppgave i å kartlegge pasientens behov for hjelp, noe som må videreformidles til et tjenestekontor eller lignende. Her blir tiden til ulike gjøremål fordelt ut ifra behovet (Fjørtoft, 2006).

3.5.1 Samarbeid med pårørende

Pårørende er en viktig ressurs som kan komme med nyttig informasjon om pasienten siden det er de som kjenner pasienten best. Derfor er det verdifullt for både pasient og personale at det utvikles et godt samarbeid med pasientens familie (Bakken, 2010). Når vi møter pasienten i hjemmet kan det være nyttig at vi kontakter pårørende for å få innsikt i pasientens språkfunksjon og undersøker om det er eventuelle nyttige redskaper vi kan benytte oss av. Samtidig bør både pasient og pårørende få hjelp og støtte til å mestre en ny tilværelse med kommunikasjons- og språkvansker (Helsedirektoratet, 2010). Et tilrettelagt tilbud for familie og pårørende er viktig for god afasirehabilitering og dette kan bidra til å fremme pasientens kommunikasjonsferdigheter (Qvenild et al., 2010).

Det er ikke alltid problemfritt å samarbeide med pårørende da de ofte kan svare for den afasirammede. De kan tolke et problem på sin måte, slik at pasienten ikke får sagt sin versjon av saken. Det er derfor viktig at pårørende får opplæring og innsikt i hva det innebærer å ha afasi, samt hvordan man best tilrettelegger for god kommunikasjon (Corneliussen et al., 2006).

4. Funn

Ut i fra valgt tema og problemstilling har vi plukket ut og gransket 9 forskningsartikler vi har inkludert i vår litteraturstudie. Vi har sammenlignet artiklene for å finne likhetstrekk og relevant innhold som vi har sammenfattet i seks underkapitler med overskriftene; (4.1) «En ny verden», (4.2) Kommunikasjonsutfordringer, (4.3) Livskvalitet og mestring, (4.4) Medbestemmelse og likeverdighet, (4.5) Bruk av metodikk og hjelpemidler, og (4.6) Personalets evner og ferdigheter.

4.1 «En ny verden»

Bronken, Kirkevold, Martinsen og Kvigne (2012) har et funn i sin forskningsartikkel de kaller «Entering a strange new world». Her skrives det om det første og andre møtet sykepleieren har med pasienten Maria på 35 år. Ved første møte er Maria fortsatt innlagt på sykehuset. En logoped var også tilstede under samtalen. Maria hadde et svært begrenset ordforråd og brukte kun få ord, samt ansiktsuttrykk. Hun slet med å forstå både muntlig og skriftlig språk, og kunne ikke lese eller skrive. Sykepleieren kommuniserte sakte, klart og tydelig og hun ønsket å få frem hva som skjedde den dagen Maria fikk hjerneslag. Ved neste møte, 9 dager senere, var sykepleieren interessert i å høre om Marias liv før hjerneslaget – hvem hun var, interesser, familie, verdier og mål. Ved å skrive og snakke, og benytte seg av ulike hjelpemidler klarer de sammen å komme frem til bruddstykker fra Marias tidligere liv. Maria beskriver det som «rart» og «nytt» å være så syk, for hun hadde ingen erfaring med å være syk tidligere. Hun så ikke for seg at rehabiliteringsprosessen ville være så tidkrevende, selv om hun ble fortalt at det ikke gikk an å forutse fremgangen. På tross av den beskjeden trodde hun at språket ville komme tilbake og at hun kunne jobbe igjen etter noen uker. Bronken et al., (2014) skriver om et knust selvbilde, om hvordan pasienten var bekymret over å kommunisere med andre mennesker. Oppfattelsen av å bli sett på som uinteressant, falle ut av samtaler, ikke finne de riktige ordene og bli misforstått bragte med seg negative følelser.

4.2 Kommunikasjonsutfordringer

I Mazaux et al., (2013) sin studie ble 164 pasienter intervjuet fortløpende etter første dokumenterte slag. Deltakerne var mellom 18-85 år. Hensikten var å forstå hvilke aktiviteter

som var påvirket i dagliglivet og avgjøre om evnen til verbal kommunikasjon var knyttet til alvorlighetsgraden av afasi. Ved oppfølging ble kun 100 pasienter vurdert, hvor 24 % hadde alvorlig afasi, 12 % moderat afasi og 64 % mild afasi. Resultatet viser at pasientene hadde størst utfordring i samtale med fremmede og/eller abstrakte emner, lesing og skriving av administrative dokumenter, håndtering av penger og kommunikasjon i forbindelse med sosiale aktiviteter. Kommunikasjon med kjente personer, det å uttrykke følelser og behov viste seg å være minst krevende. Samtidig konkluderer de med at de fleste hadde en forholdsvis positiv oppfatning av sine kommunikasjonsevner ett år etter slaget. Kun 14 % rapporterte om redusert kommunikasjonsevne, hvorav disse hadde alvorlig afasi. Hilari og Byng (2009) skriver i sin forskning at pasienter med alvorlig afasi rapporterer om redusert kommunikasjonsevne som en stor begrensning i hverdagen. De belyser kommunikasjonsutfordringene ved alvorlig afasi som en stor innvirkning på livskvaliteten.

4.3 Bruk av metodikk og hjelpemidler

Sykepleier-pasient-forholdet blir framstilt i Bronken et al., (2012) sin forskningsartikkel, der de samarbeider med en ung kvinnelig pasient om å rekonstruere hennes historier. Det var viktig med tanke på å forbedre pasientens psykiske velvære. Funnene ble delt inn i tre ulike kategorier; *Behovet for å fortelle*, *Mulighet til å fortelle* og *Hjelp til å fortelle*. Dette belyser derfor nødvendigheten med tid, støtte og tilrettelegging for pasienten.

Sykepleieren brukte ulike hjelpemidler som bilder og tekst, og ga pasienten mulighet til å uttrykke seg på flere måter enn bare ved språk. Til slutt leste sykepleieren opp det hun hadde notert og spurte Maria om hun hadde forstått budskapet riktig etterpå. Hun hadde som mål at Maria skulle føle seg sett, hørt og anerkjent som et voksent, kompetent menneske (Bronken et al., 2012). De konkluderer med at opplevelsen av rekonstruering av historier ga et viktig bidrag til å forbedre deltakerens psykiske velvære. De skriver også at det ofte fokuseres på språktrening, men det å fortelle historier er mye mer enn bare ord. Det å kunne fortelle om seg selv, sitt liv og sine opplevelser er et grunnleggende behov og en ressurs med hensyn til rehabilitering som kan være utfordrende for pasienter med afasi. Det ble tilrettelagt for tillit mellom sykepleier og pasient, systematisk bruk av støttende samtaler og materialer med spesifikt fokus på psykososiale emner (Bronken et al., 2012).

Jensen et al., (2014) skriver i sin forskning om implementeringen av SCA-metoden som kommunikasjonsverktøy mellom ansatte og inneliggende afasipasienter i Danmark. Metoden

er adoptert fra Canada, og forsøket er prøvd ut på et sykehus i Danmark. SCA-metoden, eller «Støttende samtale for voksne med afasi», gir mulighet for mer målrettet og systematisk kommunikasjon med afasipasienter. SCA-metoden henvender seg til samtalepartneren som gjennom undervisning lærer seg å støtte den afasirammede i kommunikasjonen. Pasienten får en egen samtalebok og det benyttes mer avanserte bildeverktøy. Personalet fikk opplæring gjennom bruk av videoeksempler og praktiske øvelser med afasirammede. Alle som deltok på undervisningen fikk tilsendt et spørreskjema før og etter kurset. Resultatene viser at de ansatte fikk økt forståelse for afasi og opplevde at kommunikasjonen ble mindre frustrerende for pasienten. De følte seg mer trygg på sin evne til å kommunisere med pasientene og ble mer villig til å innlede samtaler om komplekse temaer. Mangel på tid ble et problem i bruken av verktøy og teknikker. I enkelte tilfeller var også verktøyene for komplisert eller så begrenset symptomene til pasienten bruken av disse (Jensen et al., 2014).

Sammenlignet viser Bronken et al., (2012) viktigheten av tillit i sykepleier-pasient-forholdet som i lengden kan bidra til å redusere psykososiale problemer, mens Jensen et al., (2014) viser til mer spesifikke verktøy og viktigheten av at samtalepartneren har gode kunnskaper hva gjelder kommunikasjon.

4.4 Medbestemmelse og egenverd

Sagen (2010) tar for seg en spontan stellesituasjon mellom en lærer og en afasipasient betegnet som «vanskelig», for å undersøke om eventuelle protester uteble og hvorfor. En hjelpepleier assisterer i stedet. Her var det en sykepleierstudent som ba læreren sin om hjelp for å finne ut mer om situasjonen. Sagen (2010) konkluderer med at direkte henvendelse og interesse overfor pasienten bidrar til selvspekt, egenverd og livsmot. Det samme gjelder hos afasipasienter, selv om man ikke kan forvente et svar i begynnelsen. Det at læreren henvendte seg direkte til denne pasienten, ved å hilse, se pasienten i øynene og spørre om noe så banalt som hvordan pasienten liker temperaturen på vannet, gjorde at pasienten følte seg sett og fikk muligheten til medbestemmelse. Kitzmüller (2007) skriver i sin konklusjon at gode kunnskaper og kommunikasjonsferdigheter, positive holdninger og empatisk atferd, målrettede intervensjoner og likeverdighet fra personalet bidrar til mestring og fremmer pasientens medbestemmelse. Birkeland og Natvig (2008) skriver at det å utøve omsorg til en pasient inneholder en moralsk dimensjon hvor likeverd og verdighet står sentralt mellom partene. Ofte oppfattes den rammede som dum eller inkompetent av andre (Qvenild et al.,

2010), noe som belyses i Sagen (2010) sin artikkel hvor pasienten uttrykker at det å være hjelpetrengende oppleves som å bli behandlet som en forurenset pakke. Når pasientene ble behandlet som «hele» mennesker der empati, vennlighet og respekt sto sentralt i relasjonen, fremmet dette egenverd, håp og livsmot hos pasientene. Dette ble også styrket da pasientene ble snakket til, og ikke om, når de selv var tilstede (Kitzmüller, 2007).

4.5 Livskvalitet og mestring

Livskvaliteten påvirkes i stor grad av evnen til å kommunisere, skriver Kitzmüller (2007). Her ble seks kvinner og sju menn intervjuet, og studien har til hensikt å belyse pasientens positive erfaringer med helsepersonell og hvordan dette kan fremme mestring. I likhet med Hilari og Byng (2009) sin studie oppgir begge forskningsartikler at redusert kommunikasjonsevne svekker livskvaliteten. Hilari og Byng (2009) skriver at det finnes lite forskning på livskvaliteten til personer med alvorlig afasi. Deres mål er derfor å kaste lys over nettopp dette. Kitzmüller (2007) skriver at mestring bidrar til å fremme livskvaliteten. Når helsepersonell viser engasjement, interesse og gir pasienten mulighet til medbestemmelse, fremmer dette mestring. Dette kan sammenlignes med det Hilari & Byng (2009) skriver, at helsepersonell og fagfolk bør vurdere større deltagelse i pasientens liv for å forbedre sin kommunikasjon og kunnskap, som dermed kan bidra til å øke pasientens livskvalitet. Bronken et al., (2012) skriver i sin artikkel at begrenset evne til å kommunisere og samhandle med andre gir personer med afasi større sårbarhet for psykososiale problemer, som igjen kan gå utover livskvaliteten.

4.6 Personalets evner og ferdigheter

Birkeland og Natvig (2008) har som mål i sin artikkel å få fram pasientens opplevelse av hvordan deres sosiale behov blir ivaretatt av hjemmesykepleien, gjennom kvalitative intervju. 12 kvinner og 8 menn deltok, der gjennomsnittsalderen var på 82,5 år. Pasientene hadde ulike helseproblemer som for eksempel KOLS, slag og hjertesvikt. Birkeland og Natvig (2008) skriver at eldre hjemmeboende har et lite sosialt nettverk, da mange har mistet sine nærmeste. Hjemmesykepleien har da en sentral rolle i å ivareta pasientenes sosiale behov. I forskningen kommer det frem at kontakten med personalet varierte fra person til person og deres evne til å skape en relasjon med pasienten. Det konkluderes med at hjemmesykepleien i stor grad ivaretar pasientens sosiale behov med en uformell og positiv

kontakt, samt at de har erfaring og kompetanse. Michaelsen (2012) skriver at pasientene generelt har lave forventninger til sykepleieren, og ofte ikke helt vet hva de kan kreve. Michaelsen (2012) belyser hovedsakelig sykepleiernes opplevelser av å jobbe med såkalte «vanskelige» pasienter. De funnene som ble gjort her ble delt inn i tre strategier; *Overtalelse*, *kompromiss* og *emosjonell distanse*. Disse er faktorer som kan bidra til en mindre positiv relasjon mellom pasient og pleier, samt at det har negative konsekvenser for sosial ivaretagelse. For mange hjemmeværende eldre er kontakten med hjemmesykepleien den eneste formen for sosialt samvær i hverdagen (Birkeland & Natvig, 2008), derfor er det nødvendig med et bredere sosialt fellesskap utover det som utøves mellom pasient og pleier i hjemmet. Nok kunnskap og opplæring av helsepersonell i kommunikasjon med afasirammede viser seg å være mangelfull. Helsepersonell trenger nettopp kunnskap om hvordan samhandling i forhold til kommunikasjon kan tilpasses, slik at pasienten blir møtt med forståelse og får den hjelpen han trenger (Kitzmüller, 2007).

Norheim og Thoresen (2015) har skrevet en artikkel som omhandler kompetansen i hjemmesykepleien. De ønsket å bidra med kunnskap om tidlige erfaringer med dette etter samhandlingsreformen ble innført. Elleve sykepleiere i ulike alder, med arbeidserfaring fra 1,5 til 25 år deltok. To kommunale ledere samtykket også til intervju. Resultatene viser at utskrivningsklare pasienter beskrives som «sykere», «mer tidkrevende enn tidligere» eller «dårligere enn det som ble meldt fra spesialisthelsetjenesten». Samlet sett var informantene samstemte i at sykepleierne hadde nok kompetanse, men god sykepleiefaglig kompetanse var likevel ikke nok når kvaliteten baserer seg på en større gruppe av ansatte, med de krav og utfordringer som hjemmesykepleien nå står overfor. Sykepleiernes bruk av egen kompetanse ble begrenset av tidspress, uhensiktsmessig arbeidsfordeling og manglende ressurser (Norheim & Thoresen, 2015).

5. Drøfting

I vår problemstilling ønsker vi å belyse hva slags kommunikasjonsutfordringer eldre afasipasienter opplever i hverdagen og hvordan vi som sykepleiere kan bidra til å støtte og styrke deres kommunikasjon. I dette kapitlet vil vi trekke fram hva som er viktig i forhold til å kommunisere med eldre pasienter med afasi og hva slags utfordringer man kan møte underveis. Vi vil i dette kapitlet fokusere på hva pasient, pleier og andre kan gjøre, mangelen på tid, hvorfor personer med afasi kan bli betegnet som «vanskelige» pasienter og om pårørende kan være en ressurs for pasienten i hverdagen.

Vi har delt drøftingen inn i seks underkapitler, hvor vi til slutt kommer med en oppsummering.

5.1 Å kommunisere med den afasirammede – hvilke utfordringer møter vi?

For at en samtale skal bli meningsfull er det en forutsetning med god tid, tålmodighet, og trygge og rolige omgivelser. Pasienten trenger tid og oppmuntring for å våge å snakke. Det kan ofte være både frustrerende og vanskelig å forstå hva pasienten mener (Wergeland et al., 2010). Dette har vi opplevd i praksis, og tålmodigheten kan bli satt på prøve. Som sykepleier må vi våge å innrømme at vi ikke forstår, men heller ikke gi opp. Pasienten kan også bli oppkavet og sliten, og det er derfor lurt å oppfordre pasienten til å hvile litt før han prøver på nytt. En bør først og fremst fokusere på her og nå-situasjoner når en prater med afasirammede pasienter, og spørre om én ting av gangen. Sykepleieren må observere hva pasienten klarer å oppfatte og uttrykke, om «ja» og «nei» blir brukt korrekt eller om det er andre måter pasienten bedre klarer å uttrykke seg på. Trygge omgivelser er hensiktsmessig for at pasienten kan fokusere på gjenopptreningen i stedet for å bruke energien på angst og frustrasjoner. Etter hvert som pleier og pasient blir kjent kan dette forhindre hjelpeløshet og fortvilelse hos begge parter (Wergeland et al., 2010).

Å kommunisere med en afasirammet pasient kan være utfordrende, samt at det kan være frustrerende for pasienten å ikke bli forstått. Det finnes mange måter å skape en god kommunikasjon med denne pasientgruppen på. Det er viktig å tenke på at ikke alle er like; det som funker for den ene pasienten, fungerer nødvendigvis ikke for den andre. For at man

skal være sikker på at en pasient med afasi har forstått budskapet, er det viktig å bruke tydelig ansiktsuttrykk og gester (Corneliussen et al., 2006).

Vi har begge reagert på mangelfull opplæring i hjemmetjenesten med tanke på afasi. Vi fikk generell opplæring av hjelpepleiere og sykepleiere. Der møtte vi primært to pasienter med ulik type afasi, men vi opplevde ingen opplæring i forhold til deres språkvansker, og var aldri i kontakt med logoped. Vi opplevde at opplæringen var preget av rutiner i forhold til morgen/kveldsstell, matlaging og andre praktiske gjøremål i hjemmet. Det fantes ingen hjelpemidler som kunne hjelpe oss i kommunikasjonen med pasientene, og vi ble nødt til å prøve oss frem. Etterhvert som vi ble kjent med pasientene ble vi kjent med deres rutiner, men vi opplevde samtidig noen utfordringer. Når vi ikke forsto hverandre oppsto frustrasjon og hjelpeløshet mellom oss. Pasienten kunne bli irritert og frustrert fordi vi ikke forsto, og vi som sykepleiere kjente på maktesløsheten når vi ikke kunne bidra til å hjelpe pasienten slik den ville.

Etter innføring av samhandlingsreformen i 2012, ble kommunen ilagt et større ansvar der tilbudet skal bli bredere og oppfølgingen av kronisk syke vil bli bedre. Kommunene får mer penger til å utføre flere oppgaver (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014). Norheim og Thoresen (2015) skriver om enhetslederne som ønsker mer tid til fagutvikling og internundervisning, men at stramme økonomiske rammer gjør at det fokuseres på ren drift.

5.2 Mangel på tid – hvordan kan vi bruke tiden fornuftig og fokusere på god kommunikasjon?

Ut i fra den forskningen vi har funnet, er dårlig tid blant helsepersonell en gjenganger. Birkeland og Natvig (2008) skriver at et gjennomgående tema i intervjuene de gjennomførte bar preg av at personalet i hjemmesykepleien hadde liten tid hos hver enkelt, men at det også varierte hvordan de utnyttet den tiden de hadde til rådighet. Når man jobber i hjemmesykepleien er det avsatt en tidsramme hos hver pasient. Ulike oppgaver og rutiner skal gjennomføres på en viss tid, og det å ivareta pasientens sosiale behov kan ofte falle igjennom. Eldre som bor alene, og i tillegg har en omfattende funksjonssvikt, kan ha et ekstra omsorgsbehov. Hjemmesykepleie må ikke bare dreie seg om praktiske og konkrete oppgaver, men må også ha fokus på hvordan pasienten opplever sin situasjon. Det kommer frem at ansatte opplever problemer knyttet til å ivareta pasientens sosiale behov (Birkeland & Natvig, 2008). Norheim og Thoresen (2015) skriver om sykepleiernes refleksjoner over at

de må bruke tid på å varme opp Fjordland og ikke får brukt den kompetansen de har fått gjennom 3 år på høgskolen til faglig kliniske vurderinger og forebyggende tiltak.

I Jensen et al., (2014) sin artikkel kom det fram at hensiktsmessig bruk av SCA-metoden, «Støtte samtale til voksne med afasi», ble forhindret av dårlig tid hos personalet samtidig som det kom an på pasientens dagsform. Som beskrevet i kapitlet over er god tid en forutsetning for at en samtale skal bli meningsfull. Ved å forsikre seg selv og den afasirammede om at vi har nok tid til å prate sammen, trenger ikke stillhet og pauser underveis å oppleves som pinlige eller ubehagelige (Corneliussen et al., 2006). Når man har en tidsramme å forholde seg til i hjemmesykepleien, er det ikke alltid like lett å gjennomføre i praksis, hvis kommunikasjon med den afasirammede ikke står konkret beskrevet i arbeidslisten. Man må forvente, og tolerere, å bruke god tid i samtale med en afasirammet, for det sier seg selv at tempoet må senkes. Å vise pasienten toleranse for god tid, vil vise en aktivt lyttende holdning, og vil både være nyttig og til hjelp for begge parter. Opplevelsen av å ha god tid kan lette presset pasienten legger på seg selv. Den afasirammede trenger tid til å oppfatte det som blir sagt, samt finne ordene den skal si. Det kan derfor føles godt for pasienten at nettopp samtalepartnern understreker at de har tid til rådighet (Corneliussen et al., 2006). Bronken et al., (2012) belyser nettopp viktigheten av at pasienten trenger tilrettelegging og støtte for å fortelle, og at det er en forutsetning for pasienten at det blir satt av god tid til å kommunisere. Det bør være et mål for sykepleiere og andre helseprofesjoner som samarbeider med afasirammede at behovet for å fortelle blir ivaretatt.

Michaelsen (2012) stiller spørsmål ved Travelbees definisjon på kommunikasjon, og spør om den er noe ensidig med tanke på at det er sykepleieren som skal etablere forholdet og ikke pasienten. Travelbee har en idé om å løse opp i rollene sykepleier og pasient, men ser ikke ut til å ta hensyn til maktforholdet mellom partene. På den ene siden forstår vi hva som menes, med tanke på at hjemmesykepleien er de som går inn og skal utføre oppgaver hjemme hos pasienten. Sykepleieren har makt til å gjøre hva hun vil i den forstand at hun kan unngå å høre på hva afasipasienten har å si, hvis hun ikke forstår. Hun kan late som, unngå å svare eller bare gå videre i rutiner for å spare tid og til slutt forlate pasienten i en travel jobbhverdag. På en annen side kan afasipasienten «ha makten» ved å stå på sine krav og ha medbestemmelse over at kommunikasjon bør være et viktig tiltak i hans hverdag. Pasienten kan ha en ledende rolle i samtalen, hvor den for eksempel bestemmer samtaleemne og samtalens varighet, og drar nytte av sykepleieren som den støttende samtalepartner. Makt trenger nødvendigvis ikke være et negativt begrep i denne sammenhengen, men sykepleieren

må være åpen for å samarbeide på pasientens premisser og gi litt mer av seg selv. Vi ser at makten lett kan overføres til sykepleieren på grunn av afasipasientens manglende evne til å prate og forstå.

Når vi jobber i hjemmesykepleien kan vi forsøke å utnytte ulike situasjoner for å skape gode samtaler. Stellesituasjoner kan være gode arenaer siden slagrammede ofte trenger en del hjelp i stell. Vi tror det er hensiktsmessig å være kreativ for å få brukt den tiden man har til rådighet på best mulig måte. Humor og godt humør kan gjerne brukes der det passer seg. Når personalet var villige til å bruke tiden sin på samtaler og samhandling, følte pasientene at de fikk formidlet sine ønsker og behov, og de følte seg verdsatt (Kitzmüller, 2007). Michaelsen (2012) skriver også at det vil være verdifullt og nødvendig med ytterligere forskning som fokuserer på vellykket kommunikasjon, og hvordan den oppleves av både pasient og sykepleiere.

5.3 Hva kan pasienten og kommunikasjonspartneren fokusere på i en samtale?

Corneliussen et al., (2006) skriver om ulike måter for å forbedre kommunikasjonen med en afasirammet pasient. De skriver om fire prinsipper for å skape en god samtale. Dette gjelder både for oss som helsepersonell, samt andre, eksempelvis pårørende. Prinsippene bygger på likeverd og oppriktighet, samt respekt. De fire prinsippene er hensiktsmessig å huske på i samtale med en afasirammet, og ha disse klart for seg før en samtale. Man kan vurdere å sette opp en liste, slik at alle som er innom pasienten kan benytte seg av denne på samme måte.

Lik deltakelse bygger på at det skal være likeverdighet mellom begge parter i samtalen. De skal delta likt som sender og mottaker av et budskap. For at kommunikasjon skal regnes som en samtale, skifter vi på å snakke og lytte til det den andre har å si. I samtale med en afasirammet pasient kan samtalepartneren raskt ta over, men man kan få til en like god samtale ved å ikke si ordet hvis pasienten står fast, men hjelpe de med å omformulere setningen slik at de får fram det de mener. Dette gjør at de ikke får følelsen av at noen tar fra dem ordet (Corneliussen et al., 2006). Dette mener vi bygger på Joyce Travelbee (2001) sin teori om mellom-menneskelig forhold. Alle mennesker er likeverdige, og pleier og pasient er to likeverdige individer i samtalen som foregår mellom dem.

Det andre prinsippet bygger på *utveksling av informasjon*. For å skape interesse i samtalen, bør temaene i samtale bygge på felles interesser, «nyheter» siden sist eller for eksempel barnebarn. Som helsepersonell er det viktig å by på seg selv, men samtidig finne ut hva den andre interesserer seg for. For en afasirammet pasient vil det være vanskelig å skifte tema og snakke om det de ønsker. Da kan sykepleieren gjerne spørre om pasienten har noe på hjertet eller ønsker å snakke om noe spesielt (Corneliussen et al., 2006).

Vi har begge erfaring fra hjemmesykepleien hvor det har vært utfordrende å føre en god samtale med en afasirammet pasient. De gangene vi har snakket om temaer som har interessert pasienten, har dette vært gunstig for videre samtaler. De ble mer positive, forsøkte mer før de ga opp og virket tilfreds med besøket. Da vi ikke hadde en tilfredsstillende samtale, virket det som pasienten ble nedstemt og stille. Det finnes mange måter å uttrykke seg på, som det tredje prinsippet bygger på. Å tenke over at kommunikasjon ikke bare er en talekanal, men at det finnes flere måter å kommunisere på. Den afasirammede bør få velge *kommunikasjonskanal* i samtalen (Corneliussen et al., 2006). Både tegninger, kroppsspråk, tegn og tale kan brukes sammen slik at samtalepartnerne forstår hverandre på en tilstrekkelig måte. Mange afasirammede kan ha nytte av å lage sin egen kommunikasjonsbok. Denne kan bestå av bilder med ord, følelser og gjøremål som er en del av pasientens hverdag. En av oss møtte en pasient i praksis som fikk hjelp til å skrive handleliste ved hjelp av en bok. Der sto de fleste matvarene hun pleide å kjøpe, samt noen ting til mer spesielle anledninger. Hun pekte på en vare, og fikk ordet bekreftet. Bruken av andre kommunikasjonskanaler er også gunstig for parten som ikke er rammet av afasi. Å bruke for eksempel tegn og ord sammen kan gi pasienten en bedre forståelse av budskapet (Corneliussen et al., 2006).

Rollen som lytter er sentral i det fjerde prinsippet. Vi skal ikke late som vi forstår hva pasienten sier, men være tilstede i samtalen og gjerne legge bort egne tanker for å rette fokus mot pasienten. Vi bygger samtalen på tillitt og ærlighet, slik at vi rydder i uklarhet med en gang det oppstår. Dette kan være viktig for den videre samtalen. Med dette menes også at språktrening ikke hører til en samtale (Corneliussen et al., 2006), slik at vi ikke retter for mye på pasienten underveis og gir han mulighet til å fortelle.

Kroppsspråk og tegn kan hjelpe en afasirammet pasient, men også samtalepartneren å uttrykke seg bedre. Det kan også være enklere for pasienten å motta budskapet hvis det som formidles er kongruent, at kroppsspråk stemmer overens med talespråket (Eide & Eide, 2007). En afasirammet kan også oppleve at det er vanskelig å forstå og uttrykke seg selv

gjennom gester og kroppsspråk. Corneliussen et al., (2006) har listet opp noen gode forslag for en afasirammet pasient for å gjøre seg bedre forstått;

- «Å peke opp/ned med tommelen for å tilkjenne ja og nei dersom disse ordene ikke kan uttales eller lett forveksles når de blir sagt
- gi uttrykk for jeg vet ikke ved å trekke på skuldrene
- angi tall ved å vise antall fingre
- holde en hånd i været for å formidle at man ønsker å skifte samtaleemne» (s. 51).

Som nevnt tidligere kan samtalepartneren bruke tegninger og skrive for at den afasirammede skal forstå bedre. Corneliussen et al., (2006) skriver at samtalepartneren og den afasirammede kan bruke enkle strektegninger dersom dette lar seg gjøre. Dette kan også gjøres sammen med både språk og ord skrevet ned, slik at pasienten får et sterkere inntrykk av det som formidles. Ved å skrive enkelte ord som er hoved-essensen i setningen vil man lettere kunne få fram det som menes. Ved å be den afasirammede om å skrive første bokstaven i ordet de tenker på, vil dette kunne hjelpe han å komme på ordet eller formidle seg på en annen måte (Corneliussen et al., 2006).

Bruk av SCA-metoden, «Støttet samtale for voksne med afasi», er noe alle kan benytte seg av i samtaler med afasirammede mennesker. Metoden er utviklet for å gi personer med afasi muligheten til å formidle sin kompetanse og ferdigheter som er skjult bak språkvanskene. Dette gir dem større mulighet for å delta i samfunnslivet og økte muligheter for god kommunikasjon (Corneliussen et al., 2006). Som Jensen et al., (2014) skriver er det samtalepartneren som ilegges et ansvar for å opprettholde og føre samtaler. Vi som sykepleiere skal være en ressurs for afasipasienten og dele på kommunikasjonsbyrden, og på denne måten kan pasientens personlighet og kunnskaper skinne igjennom. Igjen påpekes viktigheten av å være jevnbyrdige og likeverdige, og en relasjon bygges mellom pasienten og samtalepartneren (Corneliussen et al., 2006).

5.4 Afasipasienten – betegnes den som «vanskelig» ?

Sagen (2010) har i sin studie tatt for seg en stellesituasjon med en eldre pasient rammet av hjerneslag og afasi. Denne pasienten protesterte omtrent alltid når hun ble assistert i stell, noe som plaget de fleste i avdelingen og førte til at flere vegret seg mot å hjelpe henne. Som nevnt tidligere er det en sykepleierstudent som ber læreren sin om hjelp for å finne ut mer.

Læreren og en hjelpepleier går inn til pasienten. Pasienten kunne bruke «ja» og «nei» på riktig måte. Hva var det som gjorde at pasienten protesterte? Vi får inntrykk av at stellet vanligvis ble gjennomført på en overfladisk måte. Vanligvis gikk pleierne inn, dro opp gardinene og hilste høyløst ut i rommet. Vi mener den menneskelige kontakten manglet, på den måten at menneske-til-menneske-forholdet ikke var i fokus. Vi bemerket oss at læreren i denne situasjonen, som ikke kjente pasienten fra før, følte tilfredsstillelse av at pasienten var så villig til å samarbeide. Sagen (2010) skriver også noe om at læreren påpekte at hjelpepleieren var flink til å assistere og benytte mekaniske hjelpemidler. Det mener vi kan være et tegn på at stellesituasjonen bar preg av rutine. Dette er nødvendigvis ikke galt, men det kan fort hende at de glemmer mennesket bak pasienten for at stellesituasjonen skal gå raskest mulig på grunn av tidspress i avdelingen. Læreren som faktisk henvender seg direkte til pasienten og lar den få bestemme, fremmer mestring og positive følelser hos pasienten. Pasienten sier det slik: «Å bli spurt om mine opplevelser er deilig og uvant – jeg blir jo nesten betraktet som et normalt menneske» (Sagen, 2010, s.60).

Vår erfaring fra hjemmesykepleien var ofte at en bestemt afasirammet pasient ble byttet bort mellom de ansatte, da hun ofte hadde besøk på slutten av en kveldsvakt. Det tror vi var på grunn av at noen synes denne pasienten var tidkrevende og «vanskelig». Denne pasienten var glad i å se på tv, særlig i helgene, og siste besøk var som regel rundt kl.21.00. Siden pleietyngden er såpass stor for nattevaktene, kunne ikke de hjelpe denne pasienten på sin vakt. Vi måtte derfor hjelpe pasienten i seng før endt kveldsvakt, og pasienten fikk derfor aldri se ferdig tv-programmet sitt på lørdagskvelden. Vi følte det var krenkende overfor pasienten da vi kom inn og avbrøt midt i programmet for å få pasienten i seng. Det ble flere ganger diskutert om de ansatte på kveldsvakt kunne ta kveldsstellet, og om nattevaktene da kunne legge pasienten senere på kvelden. Vi fikk inntrykk av at flere kollegaer var enig i dette, men det ble ikke godt mottatt av nattevaktene, og det ble derfor ikke gjort noen endringer. Det vi også har gjort oss noen tanker om, er at denne pasienten er hardt rammet av afasi. Kanskje hun flere ganger har prøvd å fortelle oss at hun ikke ønsker å legge seg så tidlig, uten at vi har forstått henne. Vi mener at vi bør strekke oss litt lenger for å la pasienten få delta og bestemme, selv om hun kanskje ikke klarer å svare ordentlig for seg. Det er nettopp i slike situasjoner vi skulle ønske vi hadde bedre tilgang på hjelpemidler for å kunne kommunisere godt med pasienten og bidra til økt brukervedvirkning. Derfor har vi gjort oss noen tanker rundt holdninger blant helsepersonell i hjemmesykepleien. Har vi egentlig for dårlig tid, eller strekker vi oss faktisk ikke langt nok for afasipasienten?

5.5 Pårørende – en ressurs?

Som nevnt tidligere skriver Birkeland og Natvig (2008) at hjemmesykepleien ofte er den eneste formen for sosial kontakt mange pasienter opplever i løpet av en dag. De pasientene med afasi som vi har møtt, har sjelden hatt pårørende på besøk mens vi har vært der. Vi har ofte lurt på om deres pårørende har tatt aktivt del i språkrehabiliteringen, og hvordan dette har blitt gjennomført. Vi mener at familien har en sentral rolle i rehabiliteringsprosessen, men forstår at det samtidig kan være en belastning for familien når et familiemedlem blir rammet av hjerneslag eller annen alvorlig sykdom. Kirkevold (2007) skriver nettopp det at flere studier underbygger viktigheten av familiestøtte, samtidig som det kan være en belastning. Mange eldre bor alene, og har kanskje ikke familie i nærheten som kan bidra aktivt og støtte den slagrammede i hverdagen. Kirkevold (2007) skriver at det er først når pasienten kommer tilbake til hverdagen og hjemmesituasjonen, at det først går opp for en hvordan hverdagen blir på lengre sikt. Her har hjemmesykepleien et stort ansvar og må derfor kartlegge hvordan pårørendes situasjon er med tanke på familiens alder, helsetilstand og andre forhold som arbeid, eventuelle barn og aktiviteter som opptar de pårørende i hverdagen. For å bidra med støtte og avlastning til den slagrammede trenger ofte de pårørende hjelp og veiledning, samtidig som de trenger bistand til å vurdere om de kan akseptere hjelp utenfra og ikke glemmer å ivareta sine egne behov (Kirkevold, 2007).

Vi er av den oppfatning av at mange eldre aleneboende ikke ønsker å være til bry for sine nærmeste. De har for eksempel voksne barn, som lever en ellers travel hverdag. Slik Fjørtoft (2012) skriver er det viktig for pasienten at han har noen som stiller opp ved behov og bryr seg. Familien samt det sosiale nettverket er av stor betydning for pasienten livssituasjon, mestring og livskvalitet. Birkeland og Natvig (2008) skriver at det er et ytterligere behov for sosial kontakt og aktiviteter utover det som utøves mellom pasient og pleier i hjemmet. I møte med pasienter i hjemmesykepleien har vi opplevd varierende grad av pasientens behov for sosial kontakt. Noen har et større behov for å snakke med noen enn andre. I hjemmesykepleien møter vi pasienter med alle slags pårørende. Både de som har mange som ofte er innom, og de som har færre pårørende de har lite kontakt med. Det er hjemmesykepleiens ansvar å kartlegge pasientenes sosiale nettverk for å få innsikt i de ulike ressursene pasienten har, og hva vi kan hjelpe til med i hverdagen (Fjørtoft, 2012).

Som vi har nevnt tidligere er det varierende hvor mye tid man har til rådighet hos hver enkelt pasient, der noen besøk er relativt korte. Såkalte tilsynsbesøk kan for noen bidra til at det

føles trygt og forsvarlig å bo hjemme. Mange ulike pasienter kan få tilsyn, men særlig de med lite nettverk og nedsatt funksjon kan ha særlig nytte av dette. Det er samtidig viktig å ha klart for seg hva slags hensikt tilsynet har (Fjørtoft, 2012). Birkeland og Natvig (2008) skriver at mange pasienter har forståelse for at personalet har dårlig tid, men det kommer frem varierende resultater på hvordan de bruker tiden sin - om de benytter anledningen til å bruke tiden på en mer omsorgsfull måte. Når vi møter pasientene med afasi vi vet har et lite nettverk, og ikke får like stor sosial deltakelse i hverdagen som andre, mener vi at sykepleieren må ha som mål å prioritere tid til samtaler og god kommunikasjon med afasipasienten. Ansatte i hjemmesykepleien har derfor en viktig formidlerrolle til eksterne tiltak som kan bidra til å øke den sosiale kontakten (Birkeland & Natvig, 2008).

Som sykepleier har vi et yrkesetisk ansvar å ivareta pasientens helhetlige behov for omsorg (Norsk Sykepleierforbund, 2011). Pårørende er en viktig aktør i omsorgen som utøves, men det er samtidig viktig å påpeke at de ikke skal stå med ansvaret alene. Mens hjemmesykepleien bidrar med fagkunnskap, erfaringer og nødvendig kompetanse, vil de pårørende supplere med en uformell omsorg i form av at de har en personlig relasjon til pasienten (Fjørtoft, 2012). Hos pasienter med afasi er det viktig å opprettholde daglig kommunikasjon, og vi mener pårørende kan være en stor ressurs i pasientens hverdag der det er mulig. Slik vi ser det vil pårørende kommunisere på en annen måte enn det vi som ansatte gjør. De kjenner til pasientens livshistorie og personen bak pasienten, og det er det viktig at vi som sykepleiere drar nytte av. Det er samtidig vårt ansvar å gi pårørende innsikt i hva det innebærer å ha afasi, samt tilrettelegge for god kommunikasjon (Corneliussen et al., 2006).

Mange pasienter i hjemmesykepleien er ofte utsatt for sosial isolasjon. Pasienter med afasi har en funksjonssvikt og kommunikasjonen deres er svekket. Mange kvier seg for å opprettholde kontakt med venner og andre, da funksjonssvekkelsen kan hindre dem i å prate som de gjorde før. For å opprettholde livskvaliteten er sosiale relasjoner viktig (Fjørtoft, 2012). I forskningen til Hilari og Byng (2009) står det at mange pasienter rammet av afasi har nedsatt livskvalitet, spesielt de som er rammet av den alvorligste graden. Videre formidler de at helsepersonell har en viktig og sentral rolle for å øke deres livskvalitet ved god kommunikasjon og å oppfordre til sosiale aktiviteter (Hilari & Byng 2009).

Mange afasipasienter vi har møtt vil holde seg hjemme fra sosiale sammenkomster de kanskje deltok mye på før, nettopp fordi de ikke klarer å fylle den «rollen» de hadde før hjerneslaget. Ta for eksempel en mann som hadde en rolle der han kom med morsomme

kommentarer og vitser. Etter han ble rammet av afasi bruker han lenger tid på å prate og klarer ikke å treffe med vitsene sine på samme måte som før. Dette kan gjøre at han unngår sammenkomster hvor han tidligere har deltatt fordi han er flau eller kvier seg for dette. Dowswell et al., (2000) skriver om kronisk syke som følge av hjerneslaget opplever seg selv som «rolleløse» og ikke klarer å møte egne og andres forventninger i sosiale sammenhenger (referert i Kirkevold, 2007, s.181). Kiz Müller refererer til Brumfitt (1993) i sin artikkel, som sier noe om at «tap av språkfunksjonen kan true nære sosiale relasjoner fordi selvforståelse og identitet påvirkes negativt» (sitert i Kiz Müller, 2007, s.43).

5.6 Oppsummering

Samlet sett ser vi at det kreves likeverd, respekt og forståelse mellom sykepleier og pasient da kommunikasjonen med afasirammede kan by på utfordringer. Det mellom-menneskelige forholdet i Joyce Travelbees interaksjonsteori står sentralt. Sykepleieren må tillate seg å bruke god tid hos afasipasienten for å skape gode og meningsfulle samtaler. God tid kan begrense stresset pasienten påfører seg selv og tiden sykepleieren prioriterer til samtaler kan bidra til å ivareta pasientens sosiale behov. Samtidig kan vi gi pasienten rom og mulighet til å fortelle det han har på hjertet. Så hvorfor blir kommunikasjonen med afasirammede i hjemmesykepleien nedprioritert? Sosial ivaretagelse er like mye et grunnleggende behov som mat og stell, men mange pasienter nøyer seg ofte med dette. Mange tørr kanskje ikke å uttrykke behovet for en samtale uavhengig om de har afasi eller ikke. Hjemmesykepleien opplever vi ofte som rutinepreget da man skal forholde seg til en arbeidsliste med ulike gjøremål innenfor en gitt tidsramme. Kommunikasjon i seg selv har vi aldri sett som et eget tiltak i arbeidslistene. Vi har også savnet ulike kommunikasjonshjelpemidler som kan hjelpe oss på veien og forbedre kommunikasjonen. Gjennom å skrive denne oppgaven har vi tilegnet oss kunnskap om flere ulike måter vi kan kommunisere med afasirammede på. Vi mener det ikke bør være så høy terskel for å innføre og opprettholde bruken av ulike hjelpemidler, og det trenger heller ikke være komplisert. Å ta i bruk for eksempel penn og papir krever lite.

Vi har dessverre erfart at afasipasienter oppfattes som krevende og «vanskelige», og vi mener afasipasienten har rett til å bli sett og hørt på lik linje med andre pasienter som ikke har språkvansker. Som sykepleier må en strekke seg litt lenger for å forstå afasipasientens budskap. Forskningen vi har funnet forteller oss gjentatte ganger om dårlig tid blant

helsepersonell, at det sosiale behovet ikke blir godt nok ivaretatt og at den språklige rehabiliteringen på sikt ikke blir fulgt opp. Verbal- og nonverbal kommunikasjon er vesentlig i all samhandling med pasienter. At kommunikasjonen er kongruent, er noe vi som sykepleiere må være bevisst på i utøvelsen av sykepleie.

6. Konklusjon

Vi har igjennom denne oppgaven fått innblikk i mange ulike måter på hvordan vi kan oppnå god kommunikasjon med afasirammede. Vi har gjennom litteratur og forskning funnet resultater på hvordan vi kan tilrettelegge for god kommunikasjon. Det trenger nødvendigvis ikke være spesifikke verktøy, men det er flere aspekter ved kommunikasjonen det kan være hensiktsmessig å tenke over i samtaler med afasipasienter. Vi har også fått forståelse for at afasi preger pasientenes livskvalitet i stor grad og at pasientene er avhengige av god oppfølging og støtte. Det er av stor betydning at daglig kommunikasjon blir opprettholdt for å kunne mestre hverdagen og ivareta sosial deltagelse.

Underveis i prosessen med å skrive denne oppgaven har vi gjort oss noen refleksjoner over hvordan tiden egentlig blir brukt, og om den faktisk blir brukt til god kommunikasjon med afasipasienten. Handler det om prioriteringer eller de ansattes holdninger mot pasienten? Vi har fått inntrykk av at fokuset i hjemmesykepleien faller litt bort med tanke på å utnytte den tiden man har til rådighet hos pasientene. Et ekstra kvarter blir heller brukt til en lengre pause enn for eksempel en samtale med afasipasienten, noe vi synes er galt. Samhandlingsreformen sier noe om flere, mer krevende oppgaver til kommunene og at det skal bli bedre for pasienten ved at tilbudene er nærmere. Det blir satt av penger og ressurser, men blir de brukt riktig? Vi har nevnt tidligere at vi ikke har fått konkret opplæring rettet mot afasi, noe som har ført til at vi ofte har opplevd kommunikasjonen som utfordrende og at fokus på god kommunikasjon ofte blir glemt i rutinene. Vi kunne for eksempel tenkt oss å få opplæring og råd av en logoped, og sett konkrete tiltak i arbeidslisten.

Innledningsvis i oppgaven skriver vi et sitat om afasipasienten som har mistet nøkkelen til det menneskelige fellesskapet. Vi mener at hjemmesykepleien kan være til stor støtte for pasienten, særlig hos de som ikke har et stort nettverk. Som sykepleiere kan vi være en støttespiller i språklig oppfølging og oppfordre til sosiale aktiviteter. Vi kunne for eksempel ha samlet afasipasientene som bor på samme sted og dannet en liten samtalegruppe, altså gi pasienten mulighet til å bli en del av et sosialt fellesskap igjen.

Som sykepleiere har vi et yrkesetisk ansvar i å utøve helhetlig sykepleie og omsorg. Den helhetlige pleien som gis, mener vi bør bidra til å fremme økt livskvalitet og medbestemmelse. Vi ser at det er viktig at sykepleiere har gode kunnskaper om afasi og er bevisst i samtaler med afasirammede. Hvis oppfølging av afasipasienters rehabilitering

svikter på lang sikt mener vi helt klart at det er sykepleierens ansvar i hjemmesykepleien å bidra på best mulig måte. Ved å jobbe med denne bacheloroppgaven har vi tilegnet oss økt kunnskap om kommunikasjon med afasipasienter og vi føler oss bedre rustet til fremtidige møter med denne pasientgruppen.

Litteraturliste

Selvvalgt litteratur er merket med stjerne.*

*Aveyard, H. (2014). *Doing a Literature Review in Health and Social care – a practical guide*. Maidenhead: Open University Press.

*Bakken, H. B. (2010). Afasi - en utfordring for hele familien. I M. Lind, L. Haaland-Johansen, M. I. K. Knoph, E. Qvenild. (Red.). *Afasi - et praksisrettet perspektiv* (s.216-227). Oslo: Novus Forlag.

Bertelsen, A.K. (2011). Sykdommer i nervesystemet. I Ørn, S., Mell, J. & Bach-Gansmo, E. (Red.). *Sykdom og behandling* (s.313- 336). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

*Bronken, B. A., Kirkevold, M., Martinsen, R. & Kvigne, K. (2012). The aphasic storyteller: Coconstructing Stories to Promote Psychosocial Well-Being After Stroke. *Qualitative Health Research*, 22(10), 1303-1316.

*Chaudhry, F. A. (2013). Nervesystemet. I G. Nicolaysen & P. Holck. (Red.). *Kroppens funksjon og oppbygning* (s.55-93). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

*Corneliussen, M., Haaland-Johansen, L., Knoph, M. I. K., Lind, M. & Qvenild, E. (2006). *Afasi og samtale – gode råd om kommunikasjon*. Oslo: Novus Forlag.

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

Eide, H. & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner – samhandling, konfliktløsning, etikk* (2.utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Fjørtoft, A-K. (2012). *Hjemmesykepleie – ansvar, utfordringer og muligheter* (2.utg.). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

*Helsedirektoratet. (2010). *Nasjonal retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag*. (Rundskriv IS-1688). Lokalisert på:

<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/55/IS-1688-Nasjonal-retningslinje-for-behandling-og-rehabilitering-ved-hjerneslag-fullversjon.pdf>

*Helse- og omsorgsdepartementet. (2014). *Samhandlingsreformen i kortversjon*. Lokalisert på: <https://www.regjeringen.no/nb/tema/helse-og-omsorg/helse--og-omsorgstjenester-i-kommunene/samhandlingsreformen-i-kortversjon1/id650137/> Oslo: Departementet.

*Hilari, K. & Byng, S. (2009). Health-related quality of life in people with severe aphasia. *International journal of language & communications disorders*. 44(2), 193-205. Lokalisert på: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=b0edbf1c-8896-43e7-9ebe-355f34b393e9%40sessionmgr114&vid=7&hid=102>

*Jensen, L. R., Løvholt, A. P., Sørensen, I. R., Blüdnokow, A. M., Iversen, H. K., Hougaard, A. ... Forchhammer, H. B. (2014). Implementation of supported conversation for communication between nursing staff and in-hospital patients with aphasia. *Aphasiology*, 29(1), 57-80. Lokalisert på: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/02687038.2014.955708#abstract>

Kirkevold, M. (2014). Gammel og syk. I M. Kirkevold., K. Brodtkorb & A. H., Ranhoff. (Red.). *Geriatrisk sykepleie – god omsorg til den gamle pasienten* (2.utg., s.22-28). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

*Kirkevold, M. (2007). Å leve med hjerte- og karlidelser. I E. Gjengedal & B. R. Hanestad. (Red.). *Å leve med kronisk sykdom – en varig kursendring* (2.utg., s.161-207). Oslo: Cappelens Forlag AS.

*Kitzmüller, G. (2007). Hvordan kan afasipasienters positive erfaringer i møte med helsepersonell påvirke mestring? *Norsk tidsskrift for helseforskning*. 3(2), 42-55.

*Kulø, L. S. (2010). 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 Forlag.

*Mazaux, J-M., Lagadec, T., Panchoa De Sèze, M., Zongo, D., Asselineau, J., Douce, E. ... Darrigrand, B. (2013). Communication Activity in Stroke Patients with Aphasia. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 45(4), 341-346. Lokalisert på: <http://www.medicaljournals.se/jrm/content/?doi=10.2340/16501977-1122&html=1>

*Norheim, K. H. & Thoresen, L. (2015). Sykepleiekompetanse i hjemmesykepleien – på rett sted til rett tid? *Sykepleien Forskning*, 10(1), 14-22.

<http://dx.doi.org/10.4220/Sykepleienf.2015.53343>

Norsk Sykepleierforbund (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Lokalisert på: https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf

Nylenna, M. (2012). *Medisinsk ordbok* (7.utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

*Qvenild, E., Haukeland, I., Haaland-Johansen, L., Knoph, M. I. K., & Lind, M. (2010). Afasi og afasirehabilitering. I M. Lind, L. Haaland-Johansen, M. I. K. Knoph, E. Qvenild. (Red.). *Afasi - et praksisrettet perspektiv* (s.23-41). Oslo: Novus Forlag.

Romøren, T. I. (2014). Eldre, helse og hjelpebehov. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, A. H., Ranhoff. (Red.). *Geriatrisk sykepleie – God omsorg til den gamle pasienten* (2.utg., s.30-38). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

*Sagen, A. (2010). Utfordrende pleiesituasjon – hvordan skape plass og samspill med afasipasienter vurdert som «vanskelige pasienter»? En kasusstudie. *Norsk Tidsskrift for Sykepleieforskning*. 12(4), 57-66.

*Stoller, S. (2010). En kasusstudie av afasi i tidlig fase. I M. Lind, L. Haaland-Johansen, M. I. K. Knoph, E. Qvenild. (Red.). *Afasi - et praksisrettet perspektiv* (s.136-149). Oslo: Novus Forlag.

*Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Wergeland, A., Ryen, S. & Ødegaard-Olsen, T. G. (2010). Sykepleie ved hjerneslag. I H. Almås, D.-G. Stubberud, R. Grønseth. (Red.). *Klinisk sykepleie 2* (4.utg., s.261-284). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Vedlegg

Vedlegg 1 – Søkehistorikk

Database	Søkeord	Treff	Lest	Anvendt	Tittel
SweMed+ 07.04.15	Aphasia + communication + nurse-patient relations (peer reviewed)	2	2	1	«Utfordrende pleiesituasjon - Hvordan skape plass og samspill med afasipasienter vurdert som «vanskelige» pasienter?»
SweMed+ 07.04.15	Aphasia + communication (peer reviewed)	9	2	1	«Communication activity in stroke patients with aphasia»
Cinahl 07.04.15	Aphasia + quality of life (peer reviewed)	282	1	1	«Health-related quality of life in people with aphasia»
Cinahl 07.04.15	Aphasia + quality of life + nursing (peer reviewed)	8	2	1	«What are the important factors in health-related quality of life for people with aphasia»
SweMed+ 10.04.15	Aphasia (peer reviewed)	21	1	1	«Hvordan kan afasipasienters positive erfaringer i møte med helsepersonell påvirke mestring?»
SweMed+ 10.04.15	Aphasia (peer reviewed)	44	1	0	«Nyt redskap til kommunikasjon med

					<i>afasiramte»</i>
Google scholar 13.04.15	«Implementation of supported conversation for communication between nursing staff and in-hospital patients with aphasia» Denne fant vi via artikkelen over.	1	1	1	<i>«Implementation of supported conversation for communication between nursing staff and in-hospital patients with aphasia»</i>
Anbefalt artikkel fra Berit Bronkens avhandling.			1	1	<i>«The Aphasic Storyteller: Coconstructing Stories to Promote Psychosocial Well-Being after Stroke»</i>
Google Scholar 21.04.15	«Pasientens opplevelse av å bo på sykehjem» Vi spesifiserte søket spesielt for å finne artikkelen vi var ute etter, noe som ga det treff. (peer reviewed)	843	1	1	<i>«Eldre som bor alene og deres erfaringer med hvordan hjemmesykepleien ivaretar deres sosiale behov»</i>
Trykt utgave av Sykepleien Forskning. 30.04.15	(peer reviewed)		1	1	<i>«Sykepleiekompetanse i hjemmesykepleien – på rett sted til rett tid?»</i>

Vedlegg 2 - Kritisk granskning av forskningsartikler

Tittel/forfatter(e)	År	Metode	Hensikt	Resultat
« <i>Communication activity in stroke patients with aphasia</i> » Mazaux et al.	2013	Kvantitativ studie. Spørreundersøkelse utført i hjemmet etter første dokumenterte slag i løpet av en 14-måneders periode. 164 pasienter mellom 18-85 år deltok, men bare 100 av disse deltok ved oppfølging.	Studere om evnen til verbal kommunikasjon er knyttet til alvorlighetsgrad av afasi, og kartlegge hvilke aktiviteter som er mest eller minst svekket.	Pasientene rapporterte hovedsakelig om størst svekkelse i samtale med fremmede og/eller abstrakte emner, lesing og skriving av administrative dokumenter, håndtering av penger. Minst svekket var evnen til å uttrykke følelser og behov, og kommunisere med familie.

Egen bedømming: God artikkel med tanke på at den fokuserer på kommunikasjonsbegrensninger i forhold alvorlighetsgrad av afasi. Den bidrar til å gi oss et bilde på hva pasienter mener er de største kommunikasjonsutfordringene i hverdagen. Gir et større overblikk med høyt antall deltagende pasienter.

Tittel/forfatter(e)	År	Metode	Hensikt	Resultat
« <i>Health-related quality of life in people with severe aphasia</i> » Hilari og Byng.	2009	Kvantitativ studie. Spørrebasert tverrsnittsundersøkelse. 12 deltakere -	Studien utforsker helsereelatert livskvalitet hos pasienter med alvorlig afasi.	Pasienter med alvorlig afasi har en betydelig redusert og dårligere helsereelatert livskvalitet enn de med mindre alvorlig afasi.

		halvparten menn, halvparten kvinner.		Helsepersonell og fagfolk må vurdere om de skal forbedre kommunikasjonen, sosial aktivitet og deltagelse i pasientens liv for å øke livskvaliteten og redusere innvirkningen av alvorlig afasi.
--	--	--------------------------------------	--	---

Egen bedømming: Denne artikkelen belyser at pasienter med alvorlig afasi har betydelig redusert livskvalitet, sammenlignet med pasienter med mild til moderat afasi gjort i tidligere studier. Det kommer fram at helsepersonell har en viktig rolle i å engasjere seg i pasientens liv for å skape god kommunikasjon og sosial deltagelse for å bedre livskvaliteten, noe som er relevant for vår oppgave. Noe lang kvantitativ, engelsk artikkel (12 sider), som gjorde det vanskelig for oss å sette seg grundig inn i med tanke på språket og hyppig bruk av forkortelser.

Tittel/forfatter(e)	År	Metode	Hensikt	Resultat
« <i>Utfordrende pleiesituasjon – Hvordan skape plass og samspill med afasipasienter vurdert som «vanskelige pasienter?» En kasusstudie</i> » Sagen.	2010	Kvalitativ studie. Spontan kommunikasjon, handlinger og miljøfaktorer i situasjonen blir tolket og analysert.	Undersøke hva en spesiell pasient, betegnet som «vanskelig» kunne formidle til pleierne under et morgenstell.	Felles utgangspunkt og forståelse bør være grunnlaget for å la pasienten være i sentrum og føle seg forstått. Dette for å kunne bidra med verdifulle opplevelser som igjen kan styrke den faglige forståelsen. For å sette pasienten i fokus må man henvende seg direkte og med interesse overfor

				pasienter for å bygge egenverd, livsmot og selvrespekt.
--	--	--	--	---

Egen bedømming: God og aktuell kvalitativ studie for vårt tema, da afasipasienten kan ses på som «vanskelig» i ulike sammenhenger på grunn av språkbegrensninger. Også fordi den tar for seg pasient og pleiers opplevelse i en spesiell situasjon der kommunikasjon står sentralt. I og med at studiet kun tar for seg ett kasus, kan dette være en begrensning.

Tittel/forfatter(e)	År	Metode	Hensikt	Resultat
«Hvordan kan afasipasienters positive erfaringer i møte med helsepersonell påvirke mestring?» Kitzmüller.	2007	Kvalitativ studie. 13 afasirammede pasienter ble inkludert og dybdeintervjuet.	Løfte frem positive erfaringer afasipasienter opplever i møte med helsepersonell og hvilken innvirkning de har på mestring av en ny livssituasjon.	Det var enighet om at afasi hadde størst innvirkning på livskvaliteten til pasientene. Gode kunnskaper og kommunikasjonsferdigheter, positive holdninger og empatisk atferd, målrettede intervensjoner og likeverdighet fra helsepersonell bidrar til mestring.

Egen bedømming: Den eldste artikkelen vi har inkludert. Vi mener denne er relevant fordi den også omhandler redusert livskvalitet i forhold til afasi. Den belyser viktigheten av at helsepersonell fremstår med empati, gode kunnskaper og holdninger mot pasientene for å fremme mestring i en ny livssituasjon.

Tittel/forfatter(e)	År	Metode	Hensikt	Resultat
« <i>Implementation of supported conversation for communication between nursing staff and in-hospital patients with aphasia</i> » Jensen et al.	2014	Kombinert kvalitativ og kvantitativ metode. Spørreundersøkelse.	Utvikle en retningslinje for tverrfaglig personale i kommunikasjon med inneliggende afasipasienter, samt utvikle et tverrfaglig kurs og gjøre et sett med kommunikasjonsverktøy tilgjengelig.	Prosjektet var vellykket. Kursdeltagerne rapporterte om høyere forståelse for afasi og større trygghet i å kommunisere og innlede til samtaler med afasipasienter.

Egen bedømming: Hensiktsmessig i forhold til vår oppgave fordi den tar for seg en konkret metode for å skape bedre kommunikasjon mellom afasirammede og samtalepartneren. En begrensning er at studien tar for seg kommunikasjon med inneliggende pasienter og ikke i hjemmesykepleien som er arenaen for vår problemstilling. Vi har funnet litteratur som omhandler samme metode, og at denne er hensiktsmessig i bruk hos alle som er i kontakt med afasirammede pasienter.

Tittel/forfatter(e)	År	Metode	Hensikt	Resultat
« <i>The Aphasic Storyteller: Coconstructing Stories to Promote Psychosocial</i> »	2012	Kvalitativ studie med deltakende observasjon; Data ble deretter analysert fra et hermeneutisk	Studien illustrerer hvordan en ung kvinne med afasi og en utdannet sykepleier samhandlet i å rekonstruere historier.	Opplevelsen av rekonstruering av historier ga et viktig bidrag til å forbedre deltakerens

<i>Well-Being After Stroke»</i> Bronken et al.		fenomenologisk perspektiv.	Intervensjon rettet mot å fremme psykososial trivsel i det første året etter et hjerneslag.	psykiske velvære.
---	--	----------------------------	---	-------------------

Egen bedømming: Viktig, i forhold til at artikkelen belyser viktigheten av tillitt mellom pasient og pleier for å kunne rekonstruere gode historier og samarbeide i kommunikasjon. Får frem pasientens opplevelse av å leve med afasi. Begrensing i forhold til vår oppgave med tanke på at denne artikkelen tar for seg kommunikasjon med en pasient på 35 år, da vårt hovedfokus er eldre pasienter i hjemmet.

Tittel/forfatter(e)	År	Metode	Hensikt	Resultat
« <i>Emotional distance to so-called difficult patients</i> » Michaelsen.	2012	Kvalitativ studie inspirert av hermeneutisk fenomenologi. Deltakende observasjon og intervju gjennomført i en dansk kommune.	Undersøke forholdet mellom sykepleier og pasienter i hjemmesykepleien som oppleves som vanskelige, og hvordan sykepleierne opplever situasjonen. Studiet innebærer også om det foreligger noen konsekvenser for slike forhold.	Tre strategier ble identifisert: <i>Overtalelse, kompromiss og emosjonell distanse.</i> Emosjonell distanse resulterte i helserelaterte og sosiale konsekvenser for pasientene. Kompromiss ga muligheter for dialog.

Egen bedømming: Relevant i forhold til hvordan sykepleiere opplever å arbeide med såkalt «vanskelige» pasienter i hjemmesykepleien. Studiet viser at helsepersonell tok emosjonell avstand fra disse pasientene og engasjerte seg ikke i like stor grad, noe som resulterte i negative sosiale konsekvenser for pasienten.

Tittel/forfatter(e)	År	Metode	Hensikt	Resultat
«Eldre som bor alene og deres erfaringer med hvordan hjemmesykepleien ivaretar deres sosiale behov» Birkeland og Natvig.	2008	Kvalitativ studie ved hjelp av intervjuer. 12 kvinner og 8 menn deltok.	Få frem hvordan eldre hjemmeboende pasienter opplevde at deres sosiale behov ble ivaretatt av hjemmesykepleien.	Hjemmesykepleien ivaretar pasientenes sosiale behov i stor grad gjennom den omsorgen som utøves.

Egen bedømming: Denne artikkelen retter seg ikke direkte mot afasipasienter, men eldre hjemmeboende med hjemmesykepleie. Den tar for seg hvordan deres sosiale behov blir ivaretatt, noe som er like så viktig å knytte opp mot den hjemmeboende afasipasienten. Det kommer frem ulikheter i hvordan personalet benytter den tiden de har til rådighet, noe som er sentralt å koble opp mot vår oppgave.

Tittel/forfatter(e)	År	Metode	Hensikt	Resultat
«Sykepleiekompetanse i hjemmesykepleien – på rett sted til rett tid?» Norheim og Thoresen	2015	Kvalitativ studie. 11 sykepleiere og to ledere deltok.	Bidra med kunnskap rundt kompetansebehovet i hjemmesykepleien etter samhandlingsreformen ble innført.	Sykepleierne fant det vanskelig å få bruk for sin kompetanse på rett sted til rett tid. Deres kompetanse ble sett på som tilfredsstillende, men ikke tilstrekkelig. Kompetansen må styrkes i alle ledd, fordi det kan forventes en

				utvikling med flere kompetansekrevende oppgaver.
--	--	--	--	--

Egen bedømming: Nyeste artikkel vi har inkludert. Vi mener denne er sentral med tanke på at den tar for seg sykepleiekompetansen i hjemmesykepleien. Etter innføring av samhandlingsreformen får hjemmesykepleien «sykere» og mer krevende pasienter. Det kreves derfor at kompetansen styrkes i alle ledd. Det kommer frem at kompetansen er tilfredsstillende inntil videre, men at sykepleierne ofte ikke får brukt sin kompetanse på rett sted til rett tid. Stramme økonomiske rammer gjør at det blir reduserte muligheter for fagutvikling og kursing av ansatte.