



# Bacheloroppgave

**SAE00 Sykepleie**

**Sykepleie til pasienter med afasi etter hjerneslag**

Lene Roksvaag

Totalt antall sider inkludert forsiden: 43

Molde, 06.05.2009



# Publiseringsavtale

**Tittel på norsk: Sykepleie til pasienter med afasi etter hjerneslag**

**Tittel på engelsk: Nursing to patients with aphasia after stroke**

**Forfatter(e): Lene Roksvaag**

**Fagkode: SAE00**

**Studiepoeng: 12**

**Årstall: 2009**

**Veileder: Jeanette Varpen Unhjem**

## Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven. §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Opgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

**Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:**

ja nei

**Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?**

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja: **Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?** ja nei

**Er oppgaven unntatt offentlighet?**

ja nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

**Dato: 06.05.2009**

**Antall ord: 11531**

# Innhold

<b>1.0 Innledning</b> .....	<b>1</b>
1.1 Introduksjon .....	1
1.2 Bakgrunn for valg av tema.....	2
1.3 Problemstilling .....	2
1.4 Avgrensning .....	2
1.5 Definisjon av sentrale begreper.....	3
1.6 Oppbygging av oppgaven .....	4
<b>2.0 Metode</b> .....	<b>5</b>
2.1 Fremgangsmåte .....	5
2.2 Kildekritikk .....	6
<b>3.0 Teoretisk referanseramme</b> .....	<b>9</b>
3.1 Hjerneslag .....	9
3.1.1 Ulike faser .....	9
3.1.2 Afasi .....	10
3.2 Kommunikasjon .....	11
3.2.1 Ulike typer kommunikasjon.....	12
3.3 Joyce Travelbee.....	13
3.4 Forskning om kommunikasjon med pasienter som har fått afasi etter hjerneslag ....	15
<b>4.0 Drøfting</b> .....	<b>19</b>
4.1 Likeverd og respekt.....	19
4.2 Grunnleggende forutsetninger for en samtale .....	24
4.3 Tid og pauser.....	27
4.4 Ulike kommunikasjonskanaler.....	29
<b>5.0 Konklusjon</b> .....	<b>33</b>
<b>Litteraturliste</b> .....	<b>34</b>

Vedlegg 1: Oversikt over relevante og inkluderte artikler

Vedlegg 2: Oversikt over forskningsartikler

## 1.0 Innledning

### 1.1 Introduksjon

Hvert år er det ca 15 000 mennesker i Norge som rammes av hjerneslag. Hjerneslag er den vanligste årsaken til alvorlig funksjonshemming og uførhet blant voksne og eldre, og det er den tredje hyppigste årsaken til død i vår del av verden. Trolig er det nærmere 60 000 mennesker i Norge som har hatt et slagtilfelle, og mange av dem lever i dag med en funksjonssvikt som følge av slaget (Indredavik 2004). Mange som rammes av venstresidig hjerneslag får skade i språksenteret som fører til afasi. Dette kan gi problemer både med å snakke, skrive, lese og forstå hva andre sier, og de som rammes hardt vil ofte slite med store kommunikasjonsvansker (Amundsen mfl. 1993). Afasi kommer ofte kastet over et menneske og dets pårørende fra én dag til den neste:

Jeg satt midt i en telefonsamtale på jobben da ordene plutselig forsvant. Det aller verste var at jeg ikke kunne snakke. Jeg skjønte alt de sa, men kunne ikke svare. Jeg husket ikke en gang hva barna mine het. Det var grusomt, rett og slett, alt var et eneste kaos (Corneliussen mfl. 2006, s.13).

Med tanke på at det årlig er om lag 3000 mennesker i Norge som rammes av afasi som følge av hjerneslag, vil dette være et høyst aktuelt tema for meg som sykepleier. Kommunikasjon med pasienter og pårørende er viktig i alle former for sykepleie (Hanssen 2002). I møte med afasirammede pasienter kan kommunikasjon være en stor utfordring, og det vil ofte kreve større innsats enn ellers fra sykepleierens side for å etablere god kontakt, slik at man både forstår hva den andre mener og får formidlet det man ønsker (Eide & Eide 2007). Jeg vil i denne oppgaven fokusere på hvordan jeg som sykepleier kan oppnå god kommunikasjon med pasienter som har fått afasi som følge av hjerneslag.

## **1.2 Bakgrunn for valg av tema**

I løpet av sykepleieutdanningen min har jeg fått møte flere pasienter som har blitt rammet av afasi etter hjerneslag, både i praksis og i jobb ved siden av studiene. Det har gjort inntrykk å se hvor brått livet har blitt forandret for disse pasientene og deres pårørende. Når pasienten ikke klarer å uttrykke seg sånn som han/hun ønsker, eller når menneskene i rundt ikke forstår hva pasienten mener, oppleves situasjonen som fortvilende for alle parter, men kanskje aller mest for pasienten selv. I møte med disse pasientene kan man også som sykepleier føle seg utilstrekkelig, og det er derfor avgjørende å ha kunnskap om kommunikasjon. Jeg ser dette som viktig først og fremst for at jeg som sykepleier skal kunne oppnå en god relasjon med pasienten, men også for at jeg skal kunne informere og gi kunnskap til de pårørende om hvordan de på best mulig måte kan kommunisere med den afasirammede.

## **1.3 Problemstilling**

Hvordan kan sykepleier legge til rette for god kommunikasjon med pasienter som er rammet av afasi etter hjerneslag?

## **1.4 Avgrensning**

Jeg velger i denne oppgaven å fokusere på pasienter med skade i venstre hjernehalvdel, som hos de fleste mennesker omfatter evnen til å forstå og uttrykke språk. De fleste som har gjennomgått hjerneslag er over 65 år. Eldre mennesker er mer utsatt for større og alvorligere hjerneslag enn yngre, og blant de eldste kommer hjerneslaget ofte i tillegg til andre sykdommer. Ofte har også gamle pasienter aldersrelaterte funksjonsnedsettelse, slik som redusert syn og hørsel, noe som kan gjøre kommunikasjonen mer krevende (Kirkevold 2008). I denne oppgaven velger jeg å fokusere på pasienter som har vært friske før hjerneslaget, uavhengig av alder. Jeg forutsetter også at syn og hørsel fungerer på en slik måte at det ikke vil begrense pasientens evne til å kommunisere.

Jeg vil ta for meg pasienter som er innlagt ved en slagenhet på sykehus. Pasienter som er innlagt ved en slagenhet vil gå igjennom flere ulike faser, en akuttfase, en subakutt fase og en rehabiliteringsfase (Indredavik 2004). Jeg velger å fokusere på pasienter på tvers av de ulike fasene. I en slagenhet vil pasienten møte et tverrfaglig behandlingsteam. En pasient som er rammet av afasi vil for eksempel ha behov for språktrening i samarbeid med logoped i tillegg til annen behandling. Et godt tverrfaglig samarbeid innenfor behandlingsteamet er viktig for å kunne gi pasienten den behandlingen han/hun trenger (Kirkevold 2008). Jeg velger imidlertid ikke å skrive noe om tverrfaglig arbeid i denne oppgaven. Jeg vil avgrense kommunikasjon til å gjelde hovedgruppene verbal og nonverbal kommunikasjon. Jeg vil i ikke fordype meg i kommunikasjonens innhold, men heller fokusere på hvordan selve kommunikasjonen mellom sykepleier og en afasirammet pasient kan foregå. På grunn av oppgavens omfang vil jeg ikke ha fokus på fysiske utfall som kan oppstå etter hjerneslag. Jeg vil heller ikke skrive noe om de psykiske følgene ved det å bli rammet av afasi. Videre i oppgaven vil jeg for enkelhets skyld omtale sykepleieren som *hun* og pasienten som *han*.

## **1.5 Definisjon av sentrale begreper**

### **Kommunikasjon**

”En prosess der tanker og meninger utveksles mellom individer gjennom et felles system av symboler (som språk, tegn eller gester)” (Travelbee 1999, s. 136).

### **Afasi**

”Afasi er ervervede - ikke-medfødte – språkvansker som skyldes en skade i hjernen, vanligvis i venstre hjernehalvdel. Afasi kan innebære vansker med å forstå hva andre sier, med å finne ord, lage setninger og snakke, med å lese og å skrive. Og alle disse vanskene er der uten at evnen til å tenke klart (intellektet) er skadet” (Corneliussen mfl. 2006, s. 9).

## **Hjerneslag**

”Hjerneslag er en ervervet, lokal hjerneskode grunnet oksygenmangel og celledød som følge av redusert blodtilstrømning til et område i hjernen” (Kirkevold 2008, s.407).

### **1.6 Oppbygging av oppgaven**

Jeg har valgt å dele oppgaven inn i fem forskjellige kapitler. Første kapittel inneholder innledning med presentasjon av tema og problemstilling, samt avgrensninger i oppgaven og definisjon av sentrale begreper. I det andre kapitlet beskrives oppgavens metode. Her presenterer jeg hvordan jeg har funnet frem til relevant litteratur, hovedkildene som er brukt og kildekritikk. Tredje kapittel inneholder teori som er relevant for tema og problemstilling. Her beskrives hva som ligger i begrepene hjerneslag, afasi og kommunikasjon, Joyce Travelbees sykepleieteori og fem forskjellige forskningsartikler som omhandler sykepleiers kommunikasjon med pasienter som har afasi. I fjerde kapittel drøftes problemstillingen opp mot teorien som er presentert i kapittel tre. I kapittel fem avrundes oppgaven med en konklusjon. Her vil jeg forsøke å svare på problemstillingen ved å trekke fram de viktigste elementene fra drøftingen.



## 2.0 Metode

### 2.1 Fremgangsmåte

Metoden sier noe om hvordan man bør gå til verks for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap. Begrunnelsen for å velge en bestemt metode er at man mener den vil gi gode data og at den vil belyse problemstillingen man ønsker svar på, på en faglig interessant måte (Dalland 2001). Det er bestemt fra skolens side at metoden i denne oppgaven skal være litteraturstudium. Et litteraturstudium vil i følge Dalland (2001) si at oppgaven skal være bygd på kunnskap fra bøker og andre skriftlige kilder. Litteraturen jeg har brukt i oppgaven er hentet fra pensumbøker, fagbøker og vitenskaplige artikler.

Det som har påvirket mitt valg av kilder er først og fremst at de er relevant i forhold til min problemstilling. Jeg startet min datasamling med å søke i BIBSYS. Jeg brukte søkeordene ”afasi”, ”hjerneslag”, ”kommunikasjon” og ”rehabilitering” og ulike kombinasjoner av disse søkeordene. Gjennom disse søkene fant jeg fram til både pensum- og fagbøker som omhandlet afasi og kommunikasjon. Jeg vurderte om tittelen på de ulike bøkene inneholdt begreper som var aktuelle for min problemstilling, og ut fra dette valgte jeg ut hvilke bøker jeg burde se nærmere på. Bøker som ikke har vært tilgjengelig i skolens bibliotek har jeg bestilt og lånt fra andre bibliotek. Jeg fikk også gode tips om bøker jeg kunne bruke gjennom samtaler med helsepersonell jeg har møtt i praksis.

Videre gjorde jeg søk etter vitenskaplige artikler om sykepleiers kommunikasjon til pasienter med afasi. Jeg ønsket å legge vekt på at forskningen skulle være av nyere dato, dvs. ikke eldre enn fem år. Jeg synes imidlertid det var vanskelig å finne vitenskaplige artikler som var publisert innen for denne tidsrammen og valgte derfor å inkludere artikler jeg fant som var publisert innen en tidsramme på ti år. Videre vurderte jeg om resultatene i disse artiklene samsvarte med det som er presentert i nyere forskningsartikler. Jeg søkte i databasene NorArt, SweMed+, ProQuest, OVID Nursing Full Text Plus og British Nursing Index. Søkeord var: ”afasi”, ”stroke and aphasia”, ”communication”, ”communication disorder”, ”nursing” ”nurse-patient relations” og ”nursing care”. Gjennom søkene fant jeg flere artikler som kunne passe til min problemstilling. Jeg vurderte om artiklene var

relevante ved å lese tittel og sammendrag. Av de artiklene jeg fant, var 7 relevante og disse ble vurdert i fulltekst.

## 2.2 Kildekritikk

Kildekritikk betyr å vurdere og karakterisere litteratur og andre kilder som har blitt brukt i oppgaven (Dalland 2001). Teori og forskning har blitt vurdert i forhold til hvilken relevans og gyldighet den har når det gjelder å belyse problemstillingen, og om den er tilstrekkelig oppdatert i lys av dagens situasjon.

Både pensumbøker og andre fagbøker er ofte sekundærlitteratur, noe som innebærer at teksten er bearbeidet og kanskje også fortolket av en annen enn den opprinnelige forfatteren før den blir presentert. Bruk av sekundærlitteratur kan ha betydning for kvaliteten på oppgaven (Dalland 2001). Jeg har benyttet meg av flere ulike pensumbøker i arbeidet med denne oppgaven, og flere av dem er sekundærkilder. Jeg anser denne litteraturen som holdbar siden den benyttes som pensum i sykepleiestudiet. Jeg har benyttet boken ”Mellommenneskelige forhold i sykepleie” av Joyce Travelbee. Denne boken er en primærkilde. Ut over pensumlitteraturen har jeg i hovedsak benyttet boken ”Afasi og samtale” av Corneliussen mfl. (2006), fordi jeg anser den som særlig relevant i forhold til min problemstilling.

Alle forskningsartiklene jeg har brukt i oppgaven beskriver studier som har benyttet seg av kvalitativ metode som observasjon og/eller intervju. Kvalitativ metode tar sikte på å fange opp mening og opplevelse som ikke lar seg tallfeste eller måle og kan bidra til en bedre forståelse av hvordan enkeltmennesker handler og samhandler (Dalland 2001).

Observasjon er særlig egnet til å gi informasjon om personers atferd og hvordan personer forholder seg til hverandre, mens intervju er særlig egnet til å gi informasjon om personers opplevelse, synspunkter og selvforståelse (Thagaard 2002). Kvalitativ metode vil derfor kunne være godt egnet til å belyse kommunikasjon mellom sykepleiere og pasienter med afasi.

Forskningsartiklene har blitt vurdert ved hjelp av en sjekklister for kvalitative studier hentet fra Håndbok for Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2006). Det ble vurdert om de ulike studiene hadde en klart beskrevet problemstilling og om de hadde en tydelig design som var passende for hensikt og problemstilling. Videre ble det vurdert om utvalget var beskrevet og om det var representativt. Andre vurderinger var hvordan datasamlingen var beskrevet, om resultatene var underbygget med andre informasjonskilder og om konklusjonen samsvarte med resultatene. Ut fra disse vurderingene anser jeg forskningsartiklene som blir beskrevet i oppgaven til å være av høy eller middels metodisk kvalitet. To av forskningsartiklene som er benyttet er mer enn fem år gamle, noe som kan være en svakhet ved oppgaven. Jeg har likevel vurdert disse studiene som aktuelle, da resultatene sammenfaller med de studiene som er av nyere dato. Foruten de to engelske studiene, er studiene gjennomført i nordiske land, noe som kan gjøre resultatene lettere overførbare til norske forhold.

En engelsk studie av Gordon, Allis-Hill og Ashburn (2009) kan ha en svakhet i at det var få deltakere, og at disse var hentet fra to forskjellige avdelinger, en akutt og en rehabiliteringsavdeling. De hadde også utelatt handlinger knyttet til situasjoner hvor pasienten fikk hjelp til stell, noe som kan ha påvirket de funn som ble gjort, fordi mer personlig og affektiv kommunikasjon gjerne kan forekomme i en stellsituasjon. En engelsk studie av Murphy (2005) fokuserer i hovedsak på kommunikasjon mellom leger og pasienter med afasi. Det er likevel sykepleiere som deltar i studien og i studiens resultater blir både leger og sykepleiere omtalt i fellesskap som helsepersonell. I en norsk studie av Kitzmüller (2007) samsvarer funnene i stor grad med resultatene fra tidligere studier innenfor området. Antall informanter var begrenset, men de presenterte en variert erfaringsbakgrunn med tanke på alder, kjønn, yrke og bosted. En begrensende faktor kan være at informantene ble rekruttert ved hjelp av interessegrupper, noe som kan ha utelukket viktige synsvinkler. Det ble lagt vekt på å oppnå et godt samarbeid mellom forsker og informant ved hjelp av narrativ intervjuform, gode tidsrammer, uforstyrrede omgivelser og en grundig presentasjon av forskerens intensjoner og hensikt med studien. En svensk studie av Sundin og Jansson (2003) gjorde videoopptak av sykepleiere under morgenstell og intervjuet sykepleierne direkte etterpå. Styrken lå i det å intervju sykepleierne i etterkant av morgenstellet, fordi når de fikk se videoopptakene stimulerte dette til at de fortalte videre om lignende situasjoner de hadde opplevd tidligere. Disse

fortellingene ble også tolket og bidro til å styrke resultatene i studien. Resultatene i studien kan overføres til andre situasjoner hvor kommunikasjon er vanskelig. I Sundin, Jansson og Norbergs studie (2002) dreide samtalene mellom sykepleier og pasient seg om ulike bilder. Hensikten var å fokusere på kommunikasjon uten forstyrrelser som rutiner, stress og mangel på tid. Sykepleierne følte imidlertid at det var lettere å kommunisere med pasientene om hverdagslige hendelser og mente at pasientene ville vært mer aktiv om samtalen foregikk i en naturlig sammenheng. Dette kan være en svakhet ved studien. I likhet med Sundin og Janssons studie fra 2003, lå studiens styrke i det å intervju sykepleierne etter samtalsituasjonen som ble filmet.

## **3.0 Teoretisk referanseramme**

### **3.1 Hjerneslag**

Hjerneslag er en alvorlig og utbredt sykdom, og pasienter med akutt hjerneslag har behov for øyeblikkelig hjelp-innleggelse, behandling og rehabilitering i sykehus (Indredavik 2004). Hjerneslag oppstår som følge av at deler av hjernen, helt eller delvis, mister sin blodtilførsel. Det kan skje på grunn av trombose, emboli eller ved at det oppstår en blødning i en blodåre som forsyner hjernen. Cellene i det området av hjernen som er rammet, vil få for lite oksygen til å kunne fungere, og dersom sirkulasjonssvikten vedvarer vil cellene skades og etter hvert dø (Wergeland mfl. 2001). Pasientens prognose avhenger av type hjerneslag, skadens plassering og alder (Kirkevold 2008). Alder er den viktigste disponerende faktoren for hjerneslag (Indredavik 2004). De fleste som rammes av hjerneslag er over 65 år, og forekomsten øker med alderen (Kirkevold 2008). Andre risikofaktorer er høyt blodtrykk, røyking, overvekt, diabetes og hjertesykdom, spesielt atrieflimmer (Indredavik 2004).

#### **3.1.1 Ulike faser**

I følge Indredavik (2004) kan forløpet etter et hjerneslag deles inn i ulike faser. Lengden på de ulike fasene kan variere ut fra den enkelte pasients funksjonssvikt, ledsagende sykdommer, komplikasjoner, spontan bedring, motivasjon og nettverk. Det første døgnet etter hjerneslaget blir ofte definert som den akutte fasen, og perioden fra andre dag til to-tre uker blir definert som den subakutte fasen. I disse fasene bør behandling og rehabilitering organiseres i en slagenhet. ”En slagenhet er en geografisk definert sengeenhet bemannet med et spesialopplært personale hvor slagpasienter samles og behandlings- og rehabiliteringstiltak samordnes og systematiseres” (Indredavik 2004, s. 132). Behandlingstiden i en slagenhet bør ideelt sett vare fra ti til tjue dager. Mange pasienter vil ha behov for videre rehabilitering etter avsluttet behandling i slagenheten. Den oppfølgende rehabiliteringsfasen blir ofte definert som perioden fra to-tre uker til tre

måneder. I denne fasen kan pasienten bli overflyttet til en rehabiliteringsavdeling, og etter hvert vil også sykehusoppholdet avsluttes. Videre rehabilitering vil da kunne skje i institusjon eller i hjemmet.

### 3.1.2 Afasi

Afasi er en språkforstyrrelse som oppstår på grunn av sykdom eller skade i hjernen. Den vanligste årsaken til afasi er hjerneslag, men det kan også oppstå som følge av for eksempel ytre hodeskader, hjernesvulst eller som ett av flere symptomer ved demens (Smebye og Bergland 2006). Ca 25-30 % av pasientene som får hjerneslag får ulike former for afasi (Karoliussen 2006). Afasi skyldes skader i venstre hjernehalvdel, som er dominant for språkfunksjonen, og opptrer kun i sjeldne tilfeller etter skade på høyre side av hjernen (Smebye og Bergland 2006). Afasi rammer evnen til å forstå eller bruke språk (Karoliussen 2006). Det vil ikke si at man mister språket, men at man ikke lenger vil ha like god tilgang til språket sitt. Dette medfører en alvorlig funksjonshemming for den som rammes, fordi språket er menneskets viktigste middel til kommunikasjon. En afasirammet beskrev det slik: ”Den som rammes av afasi får ødelagt selv koden til fellesskapet. Han har mistet nøkkelen til det menneskelige fellesskap...” (Corneliussen mfl. 2006, s.13).

Videre kan afasi deles inn i tre ulike typer:

*Motorisk afasi* skyldes skader i det fremre språkområdet, også kalt Brocas område. Skader i dette området fører til vansker med å produsere språk, både muntlig og skriftlig. De som rammes av motorisk afasi har problemer med å finne og uttale ordene, til tross for at de vet hva de skal si. De strever og trenger lang tid for å si noe. Det som sies kan likevel være vanskelig å forstå, fordi talen er oppstykket og med lite flyt. De kan ha et ordforråd som er begrenset til egne fraser eller faste uttrykk. Forståelsen av det andre sier kan være relativt god, og de kan også ha god innsikt i egne språkfeil (Smebye og Bergland 2006).

*Sensorisk afasi* skyldes skader i det bakre språkområdet, også kalt Wernickes område. I dette området sitter senteret for språkforståelse, og de som rammes av skade her har problemer med å forstå skrift og tale. De kan se og høre ord, men ordene har ingen mening

for dem. De kan selv produsere en flytende taleform, men det er vanskelig å finne mening i det de sier. Selve forståelsen av språket er svekket, og dette viser seg ofte ved at pasienten ikke klarer å svare på konkrete spørsmål. Evnen til å lese, lytte og konsentrere seg er redusert (Smebye og Bergland 2006).

*Global afasi* skyldes en kombinert skade av det fremre og bakre språkområdet. Hos de som rammes av global afasi blir både evnen til å uttrykke seg og evnen til å forstå språk sterkt redusert. Talen er i stor grad begrenset til stereotypier og klisjeer. Noen vil kunne komme med enkle ord og fraser, andre klarer ikke det. Noen gjentar de samme ordene, ofte ord uten mening, for eksempel ”da det, da det”. Andre kan ufrivillig bruke banneord når de skal svare på henvendelser eller når de selv prøver å uttrykke seg (Corneliussen mfl. 2006). Pasienter med global afasi har ofte fortsatt en god situasjonsforståelse, der de forstår kroppsspråk, tonefall, lukter, døgnrytmer og handlinger. De kan også forstå enkle nøkkelord (Eide & Eide 2007).

### **3.2 Kommunikasjon**

Kommunikasjon med pasienter og pårørende er fundamentalt i enhver utøvelse av sykepleie (Hanssen 2002). Sykepleiefaglig kommunikasjon er basert på sykepleieyrkets verdigrunnlag (Eide & Eide 2007). Dette kommer til uttrykk gjennom de norske yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere som sier at grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet, og at sykepleie baseres på barmhjertighet, omsorg og respekt for grunnleggende menneskerettigheter. Videre sier de yrkesetiske retningslinjene blant annet at sykepleieren skal fremme pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått (NSF 2007). Dette er verdier som lar seg virkeliggjøre gjennom god kommunikasjon med pasienter og pårørende. Pasientrettighetsloven (pasrl.) gir også pasienten rettigheter i forhold til medvirkning og informasjon. Jfr. pasrl. § 3-1 har pasienten rett til å medvirke ved gjennomføring av helsehjelpen, og jfr. § 3-2 skal pasienten ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Medvirkning og informasjon forutsetter at det er vilje og evne til

åpen og god kommunikasjon mellom pasient og sykepleier, og ofte er det sykepleier som må legge til rette for dette (Mølven 2006).

### 3.2.1 Ulike typer kommunikasjon

Menneskets tilgjengelige kommunikasjonskanaler deles inn i to hovedgrupper: verbal og non-verbal kommunikasjon (Hanssen 2002). Med *verbal kommunikasjon* menes bruken av ord i skriftlig eller muntlig form. Det verbale språket er et unikt kommunikasjonssystem, som er utviklet for å dekke menneskenes behov for å utveksle tanker, ideer og meninger. For at man skal kunne samarbeide, er det nødvendig å kunne overføre informasjon til hverandre. Når man snakker eller skriver fungerer ordene som symboler for det meningsinnholdet man prøver å formidle (Hanssen 2002). En pasient som er rammet av afasi vil kunne ha problemer både med muntlig og skriftlig kommunikasjon (Amundsen og Sandmo 1993). Når det å bruke ord blir vanskelig må andre elementer i kommunikasjonen vektlegges (Christensen 1994). *Non-verbal kommunikasjon* kommer til uttrykk gjennom for eksempel ansiktsuttrykk, øyekontakt, kroppsspråk og berøring (Eide & Eide 2007).

Ansiktsuttrykk hjelper sykepleieren til å få informasjon om pasientens følelser og reaksjoner som hun ellers ikke ville fått tak i. Når sykepleieren møter en pasient med skjelvende underleppe og blanke øyne, vil hun forstå at pasienten er trist og kjemper for å holde tårene tilbake. På samme måte kan et trygt smil fra pasienten bety at han har det bra. Sykepleierens ansiktsuttrykk er også viktig i kommunikasjonen. Rynker hun pannen og hever øyenbrynene kan pasienten tolke dette som skepsis, bekymring eller en kritisk innstilling, og det kan føre til at pasienten blir usikker. Smiler hun derimot, kan hun formidle velvillighet, sympati og interesse (Eide & Eide 2007).

Å bli sett er et grunnleggende og allmennmenneskelig behov. Blikket er en av de viktigste non-verbale kanalene. Dersom øynene ikke er henvendt mot den man snakker med eller på andre måter kommuniserer med, vil den andre lett kunne føle seg oversett. Uttrykket ”å se noen inn i øynene” knyttes gjerne til mot og ærlighet. Gjennom blikket kan sykepleieren uttrykke holdninger, følelser og oppmerksomhet overfor pasienten. Blikkontakt kan bidra til å fremme relasjonen med pasienten, men en må huske på at pasienter ofte er i en usikker



situasjon og føler seg sårbare. Overdrevet øyekontakt (stirring) kan gi pasienten følelse av å bli overvåket, gransket og vurdert (Eide & Eide 2007).

Kroppsspråket er også en viktig del av det å kommunisere. Det dreier seg først og fremst om kroppsholdning, bevegelser og gester, men også om fysisk nærhet eller avstand. I samtalsituasjoner er det viktig at kroppsspråket bidrar til å skape kontakt og trygghet, og at det understøtter det som er hensikten med samtalen. Sitter sykepleier henvendt, for eksempel ved å lene seg mot og la knærne peke i retning av pasienten, kan hun formidle at hun er interessert og at hun lytter aktivt. Dette kan prege samtalsituasjonen på en positiv måte.

Kroppslig berøring er ofte en del av den daglige omsorgen for pasienter. Hvorvidt berøring oppleves som positivt eller negativt er avhengig av situasjonen og kan variere fra person til person. Berøring kan føre sykepleier og pasient nærmere hverandre på kort tid. Når evnen til å kommunisere er nedsatt, som for pasienter med afasi, kan det være naturlig å bruke berøring under samtaler. Sykepleieren kan blant annet bruke berøring til å formidle kontakt, sympati og omsorg, til å gjøre pasienten oppmerksom på at hun vil starte en samtale eller å holde på oppmerksomheten under en samtale. Sykepleieren må være oppmerksom på at pasienter reagerer forskjellig på berøring og respektere at noen ikke liker å bli berørt (Eide & Eide 2007).

### **3.3 Joyce Travelbee**

Joyce Travelbee ser på sykepleie som en mellommenneskelig prosess. Hun mener at etablering av et menneske-til-menneske forhold mellom sykepleier og pasient og opplevelsen av gjensidig forståelse og kontakt er det overordnede mål for all sykepleie. Med dette mener hun at både sykepleier og pasient oppfatter og forholder seg til hverandre som unike menneskelige individer, ikke som ”sykepleier” og ”pasient”. I følge Travelbee (1999) etableres et menneske-til-menneske forhold gjennom en interaksjonsprosess som har fem forskjellige faser:

*Det innledende møtet* kjennetegnes av at sykepleier og pasient får et første inntrykk av hverandre som personer, basert på blant annet væremåte, handlinger og språk.

*Fremvekst av identiteter* skjer når sykepleieren og pasienten begynner å knytte seg til hverandre og se hverandre som særegne personer.

*Empati* er i følge Travelbee (1999, s. 193) ”evnen til å leve seg inn i eller ta del i og forstå den psykiske tilstanden som en annen person er i på et gitt tidspunkt”. I situasjoner hvor en har empati med et annet menneske, oppleves nærhet og kontakt. Evnen til empati utvikles på grunnlag av sykepleierens samlede livserfaring og gjennom erfaringer fra møter med ulike pasienter. I tillegg må det foreligge et ønske fra sykepleieren om å føle empati, kombinert med en klar vilje til å forstå pasienten.

*Sympati og medfølelse* karakteriseres av et grunnleggende ønske om å hjelpe pasienten. Når en sykepleier uttrykker sympati, formidler hun verbalt eller non-verbalt at hun er engasjert i pasienten som person og bryr seg om hvordan han har det.

*Gjensidig forståelse og kontakt* utvikles når sykepleieren i handling har vist både forståelse og ønske om å hjelpe pasienten, og faktisk hjelper pasienten. Dette forutsetter at sykepleieren ønsker å hjelpe og at hun har de kunnskaper og ferdigheter som trengs for sette i gang sykepleietiltak som samsvarer med pasientens behov. Når det foreligger gjensidig forståelse og kontakt, har pasienten tillit til sykepleieren og føler seg trygg sammen med henne. Dette kan være viktig for at en pasient med afasi skal kunne lykkes i en samtalsituasjon (Travelbee 1999).

I følge Travelbee (1999) er kommunikasjon et av de viktigste redskapene sykepleieren har i arbeidet med å skape et menneske-til-menneske forhold til pasienten, og dermed også til å oppnå sykepleiens mål og hensikt. Hun beskriver kommunikasjon som en gjensidig prosess der mennesker utveksler tanker og meninger gjennom et felles system av symboler. I et hvert møte mellom en sykepleier og en pasient foregår det kommunikasjon, både når de samtaler, og når de er tause. De kommuniserer noe til hverandre gjennom sitt utseende, gjennom atferd, holdning, ansiktsuttrykk, manerer og gester. Både sykepleieren og pasienten kommuniserer, enten de er klar over det eller ikke. All samhandling med pasienten gir sykepleieren anledning til å bli kjent med pasienten som et menneske, og til å bestemme og ivareta hans behov. Sykepleieren må være i stand til å forstå hva den syke kommuniserer og å bruke denne informasjonen i planleggingen av sykepleien.

Travelbee (1999) mener at kommunikasjon kan ha stor innvirkning på opplevelsen av mellommenneskelig nærhet i sykepleiesituasjoner. Gjennom kommunikasjon kan sykepleier formidle omsorg for pasienten, særlig gjennom non-verbal kommunikasjon, som for eksempel blick eller berøring.

En sykepleier bør tilstrebe meningsfylt dialog med hver enkelt person hun forholder seg til. En meningsfylt dialog kjennetegnes av målrettet, gjensidig kommunikasjon mellom begge parter i situasjonen. Emnene for samtalen bør være viktige, relevante og passende i situasjonen. Nødvendige forutsetninger for en meningsfylt dialog er at sykepleier har kunnskaper og er i stand til å anvende dem til det beste for den syke, og at hun er følsom og lydhør for tid og sted i den mellommenneskelige situasjonen. Travelbee (1999) sier videre at en sykepleier som har evne til å bruke kommunikasjonsprosessen målrettet, er i stand til å omsette sine kunnskaper til handling i situasjoner hvor hun utøver sykepleie. En forutsetning for å kunne bruke kommunikasjonsprosessen på en meningsfylt måte er evnen til å sette et annet individ i fokus. Det vil si evnen til å gi pasienten udelte oppmerksomhet, å være fullt og helt til stede i situasjonen, psykisk så vel som fysisk (Travelbee 1999).

### **3.4 Forskning om kommunikasjon med pasienter som har fått afasi etter hjerneslag**

#### **The use of conversational analysis: nurse-patient interaction in communication disability after stroke (Gordon, Ellis-Hill og Ashburn 2009)**

Studien ble publisert i Journal of Advanced Nursing i mars 2009. Målet med studien var å undersøke hvordan sykepleiere og pasienter med afasi og dysartri kommuniserer med hverandre i naturlige samtaler på en slagenhet. Fem pasienter og fjorten sykepleiere ved avdelingen deltok. Observasjon ble brukt som metode, og det ble gjort videoopptak av samtaler mellom sykepleierne og pasientene. Studien viste at samtalene mellom pasient og sykepleier ble kontrollert av sykepleierne, med liten mulighet for pasienten til å bidra og påvirke flyten i samtalen. Sykepleierne konsentrerte samtalene rundt sykepleieoppgaver, som for eksempel sengereing eller administrering av medisin. Pasientene hadde liten

innflytelse på samtalene fordi de kun klarte å uttrykke seg kort eller fordi de hele tiden måtte svare på spørsmål sykepleieren stilte. Det kunne se ut som at sykepleierne kontrollerte samtalene rundt sykepleieoppgaver fordi de ikke følte seg trygge på sine ferdigheter i forhold til å kommunisere med pasienter med kommunikasjonsproblemer etter slag.

### **Hvordan kan afasipasienters positive erfaringer med helsepersonell påvirke mestring? (Gabrielle Kitzmüller 2007)**

Studien ble publisert i Nordisk Tidskrift for Helseforskning i 2007. Hensikten med studien var å beskrive afasipasienter sine positive erfaringer i møte med helsepersonell og hvordan slike erfaringer kan påvirke mestring. Det ble utført dybdeintervju med tretten personer som var blitt rammet av afasi etter hjerneslag. Flere av informantene understreket at det var viktig for dem at helsepersonell viste vennlighet, hadde humoristisk sans og kunne prate om andre ting enn sykdommen. I omsorgsfulle relasjoner med helsepersonell var det lettere å kommunisere, og pasientene fikk omsorg, trøst og støtte til sorgarbeide. Det hadde stor innvirkning på deres selvfølelse når personalet viste respekt og behandlet dem som fullverdige mennesker, til tross for at de hadde mistet språket. Å bli snakket til og ikke om, når de selv var til stede, hadde stor betydning for deres følelse av egenverd og livsmot. Informantene mente det var viktig å bli tatt med på avgjørelser, og de ønsket at deres autonomi ble ivarettatt og at løfter og avtaler ble holdt. De fortalte at det krevde mye konsentrasjon og lang tid å finne og formulere ordene de hadde inni seg. Når helsepersonell var villig til å bruke tid på samtale og samhandling, følte informantene at de ble verdsatt og fikk formidlet sine ønsker og behov. De uttrykte også at det var lettere å uttrykke seg gjennom sang og kroppsspråk. Informantene etterlyste bedre kunnskaper om afasi hos helsepersonell, større fokus på språktrening og bedre hjelp til pårørende.

### **Perceptions of communication between people with communication disability and general practice staff (Joan Murphy 2005)**

Studien ble publisert i Health Expectations i 2006, og hensikten var å undersøke konsultasjoner mellom mennesker med kommunikasjonsvansker og personalet (leger,

sykepleiere og resepsjonister) ved forskjellige legekantor som drev allmennpraksis, og se dette fra både pasientenes og personalets perspektiv. Tjue personer som arbeidet på legekantor, tolv personer med afasi og seks personer med lese- og skrivevansker ble intervjuet. Det ble brukt fokusgruppeintervju som metode, hvor hver fokusgruppe inkluderte deltakere som hadde felles personlig erfaring med temaet for forskningen. Resultatene i studien viste at personalet ofte strevde med å kommunisere med personer med kommunikasjonsvansker, spesielt når de ikke kjente dem godt. De uttrykte frustrasjon over ikke å bli forstått og ikke forstå, men de var ikke bevisst på årsakene til disse vanskelighetene. Legene fortalte at de var avhengige av pårørende for å lykkes med kommunikasjonen. Selv om mange av pasientene med kommunikasjonsvansker var avhengig av pårørende, ønsket de fleste av dem uavhengighet og privatliv, og de viste til at legen i slike tilfeller snakket til den pårørende og ikke til dem. Pasientene var bekymret for at legene ikke forsto hva det innebar for dem å ha afasi, og de mente det var viktig å få en avtale med en lege som kjente og forsto dem. Noen avtalte doble legetimer, slik at legen ikke skulle ha hastverk. Pasientene var bekymret for at de ikke kunne forstå informasjonen de fikk og at de ikke kunne forklare hva legen hadde sagt når de kom hjem. Alle følte derimot det ville hjelpe dersom legen snakket sakte og tydelig og gav dem bildeillustrasjoner og skriftlig informasjon for å forklare og for å ta med hjem. De ansatte mente de kunne ha nytte av å trene på å kommunisere med personer med kommunikasjonsvansker dersom treningen var praktisk og enkel å ta i bruk, men de var lite villig til å involvere andre profesjonelle, som for eksempel logoped, for å bedre kommunikasjonen med disse pasientene.

### **'Understanding and being understood' as a creative caring phenomenon- in care of patients with stroke and aphasia (Sundin og Jansson 2003)**

Denne svenske studien ble publisert i Journal of Clinical Nursing i 2003. Hensikten med studien var å belyse sykepleiers opplevelse av å forstå og bli forstått i pleie og omsorg til pasienter med afasi etter hjerneslag. Videoopptak og intervju ble brukt som metode. Fem sykepleiere og tre pasienter fra en slagrehabiliteringsavdeling ved et sykehus i Sverige deltok i studien. Sykepleierne ble filmet sammen med pasientene under morgenstell, og direkte etter opptakene ble de intervjuet om deres opplevelse av å kommunisere med disse pasientene. Resultatene viste at kommunikasjon ble fremmet gjennom berøring. Gjennom

berøring ble det skapt en stille dialog som fremmet nærhet og en følelse av kontakt mellom sykepleier og pasient. Sykepleierne hadde en åpenhjertig holdning og viste interesse for pasientens ønsker. De leste pasientenes kroppsspråk, med særlig fokus på ansiktsuttrykk og blikkontakt, og viste så forståelse gjennom sitt eget kroppsspråk. De viste respekt ved å handle i pasienten sitt eget tempo og ved å plassere seg på samme nivå som pasienten. Sykepleierne oppfordret pasienten til å lede morgenstellet og ville kun ta over dersom pasienten ikke ønsket eller klarte å gjøre det. En avslappet og støttende atmosfære gjorde det lettere å oppnå gjensidighet mellom sykepleier og pasient.

### **Understanding between care providers and patients with stroke and aphasia: a phenomenological hermeneutic inquiry (Sundin, Jansson og Nordberg 2002)**

Studien ble gjennomført ved en rehabiliteringsavdeling på et sykehus i Sverige og belyser sykepleiernes opplevelse av å forstå i kommunikasjon mellom sykepleier og pasienter med afasi. Fem sykepleiere og tre pasienter deltok i studien. Sykepleierne ble filmet sammen med pasientene under en samtale omkring ulike bilder. Direkte etter filmingen ble det gjennomført et reflekterende intervju med sykepleierne hvor de ble spurt om å fortelle sin opplevelse av situasjonen. Funnene viste at kjennskap til pasientens historie og hans opplevelse av situasjonen var viktig for å kunne forstå pasienten. Gjensidig forståelse var avhengig av at sykepleier var konsentrert å tilstede i samtalen. Videre mente sykepleierne det var viktig å skape en avslappet og positiv atmosfære. En slik atmosfære ble skapt gjennom bruk av humor og ved at sykepleieren møtte pasienten med en medfølende og aksepterende holdning. Sykepleierne var bevisst på å bruke tid og være tålmodig, for eksempel ved at de delte opp spørsmålene og stilte et spørsmål om gangen, før de ventet på svar. Sykepleierne mente det var essensielt å svare på pasientens reaksjoner med bekreftelse, noe de gjorde ved hjelp av kroppsspråk, mimikk og stemmenivå.

## 4.0 Drøfting

Opgavens problemstilling er ”Hvordan kan sykepleier legge til rette for god kommunikasjon med pasienter som er rammet av afasi etter hjerneslag?” I dette kapitlet vil problemstillingen drøftes med bakgrunn i teorien som er presentert. Kapitlet deles inn i fire deler. Første del handler om likeverd og respekt i samtaler mellom sykepleier og pasienter med afasi. I den andre delen drøftes grunnleggende forutsetninger for en samtale og i den tredje delen sier jeg noe om hvordan tid og pauser kan virke inn i samtalen. Til slutt drøftes ulike kommunikasjonskanaler sykepleieren kan benytte seg av.

### 4.1 Likeverd og respekt

Det første leddet i samarbeidet med en afasirammet pasient bør være å betrakte og behandle ham som det intelligente mennesket han er og respektere ham som en likeverdig samtalepartner (Christensen 1994). Kitzmüller (2007) sier i sin studie at når sykepleierne viser respekt og behandler pasientene som fullverdige mennesker, til tross for at de har mistet språket, har det stor innvirkning på pasientenes selvfølelse.

Å ha ordet i sin makt og det å være velformulerende er egenskaper som automatisk tillegger en person evnen til å kunne tenke. Når personer med afasi ikke klarer å snakke, har lite ordforråd, er sein i oppfattelsen eller har et ”dårlig språk”, kan det få en til å tro at de ikke er i stand til å tenke eller forstå (Christensen 1994). I samtale med en afasirammet er det viktig at sykepleieren tenker på at det er en voksen person med massevis av kunnskap, interesser, ønsker og meninger hun snakker med (Corneliussen mfl. 2006). Dette vil blant annet innebære at sykepleieren snakker til den afasirammede pasienten på en enkel måte uten at det virker barnslig. Pasienter med afasi kan oppleve å bli snakket til som om de er tunghørte. Dette kan være svært frustrerende, fordi den afasirammede hører vanligvis ikke dårligere enn tidligere (Amundsen og Sandmo 1993). Afasi har ikke noe med hørselen å gjøre. Så hvis pasienten ikke forstår hva sykepleieren mener, vil det ikke nødvendigvis hjelpe at hun gjentar den samme setningen med høyere stemme. Kanskje kan det være mer nyttig å prøve å formidle det hun ønsker å si på en annen måte.

En person med afasi kan ofte oppleve at andre snakker på hans vegne, eller at andre, i hans påhør, snakker seg imellom som om han ikke var tilstede. Dette ser man i Murphys studie (2005) hvor pasientene som var avhengige av å ha med seg pårørende for å lykkes i kommunikasjon med legen, viste til at legen i slike tilfeller snakket til den pårørende og ikke til dem. Pasientene følte seg oversett og opplevde situasjonen som nedsettende. Noen pasienter kan imidlertid oppleve det som godt å få hjelp fra for eksempel pårørende i samtaler med sykepleier, og føler på denne måten at de får uttrykt seg bedre. I slike situasjoner, hvor pårørende fungerer som talerør for pasienten, vil sykepleieren kunne ha et spesielt ansvar for å få pasienten til å føle seg som en likeverdig deltaker i samtalen. Kitzmüller (2007) fant at det å bli snakket til og ikke om, når de selv var til stede, hadde stor betydning for pasientenes egenverd og livsmot. Pasientene mente også det var viktig å bli tatt med på avgjørelser og at deres autonomi ble ivaretatt. Dette er rettigheter de har gjennom pasientrettighetsloven, som i § 3-1 sier at pasienter skal ha rett til å medvirke i helsehjelpen. Denne lovbestemmelsen er med på å understreke viktigheten av at sykepleieren snakker til pasienten og ikke diskuterer temaer som omhandler pasienten over hodet på vedkommende.

Ikke sjelden hender det at afasirammede opplever at de får lite informasjon om afasi og om det som skal skje i behandlingen (Eide & Eide 2007). En pasient forteller:

Jeg kan ikke huske at jeg hørte afasi nevnt av noen – verken av legene eller sykepleierne – de første dagene. Om noen hadde nevnt det, hadde jeg knapt visst hva det innebar. I ettertid har det slått meg hvor lite informasjon jeg fikk om afasi, og jeg vet at det er noe som jeg har felles med mange andre afasipasienter (Moldenes 1993, s. 69-70).

Å gi pasienten tilstrekkelig og tilpasset informasjon, og å forsikre seg om at informasjonen er forstått, er i følge de yrkesetiske retningslinjene en sykepleieoppgave. Pasienten skal ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen, jfr. pasientrettighetsloven § 3-2. Dette innebærer at sykepleieren må gi informasjon og holde pasienten oppdatert om det som skal skje, også når pasienten har vanskelig for å oppfatte det som sies eller ikke er i stand til å snakke tilbake. God og



tilstrekkelig informasjon kan bidra til å gjøre situasjonen mer forståelig og å skape forutsigbarhet og mening (Eide & Eide, 2007). Christensen (1994) foreslår at sykepleier kan benytte en blokk til å skrive opp informasjon som blir gitt, eller benytte en kalender til å føre opp pasientens avtaler, og oppbevare denne hos pasienten. På denne måten kan også de pårørende følge med på det som foregår uten hele tiden å måtte søke opplysninger hos sykepleierne. Pasienten sitter inne med opplysningene og kan selv gi dem videre.

Kommunikasjon forutsetter at det er en avsender og en mottaker, og at budskapet blir forstått av alle involverte parter. Når kommunikasjonen svikter, betyr det at budskapet ikke blir mottatt eller at det feiloppfattes eller misforstås (Travelbee 1999).

Kommunikasjonssvikt kan ofte oppstå i samtaler mellom en sykepleier og en afasirammet pasient. Det kan være at den ene ikke forstår hva den andre sier, at de misforstår hverandre eller at den afasirammede ikke greier å formidle det han tenker på. I slike situasjoner vil sykepleieren, som er den språklig funksjonsfriske deltakeren i samtalen, ha et spesielt ansvar for å få samtalen til å gli (Corneliussen mfl. 2006). Dette kan forstås som at sykepleier tar styring for eksempel ved å spørre om ting, regulere framdriften i samtalen og styre oppsummering og avrundning. Det kan være utfordrende for sykepleieren å ta ansvar for framdriften i samtalen uten at hun overkjører pasienten. Det som ofte kan skje er at sykepleieren prater i vei og holder på ordet for å holde samtalen i gang. Da vil det fort kunne bli en samtale på sykepleierens premisser, og pasienten som har afasi vil kunne føle seg behandlet som mindreverdig (Corneliussen mfl. 2006). Dette kom fram i den engelske studien av Gordon, Ellis-Hill og Ashburn (2009) hvor sykepleierne kontrollerte samtalene med de afasirammede pasientene ved å styre både tema og flyt i samtalen. Pasientene fikk liten mulighet til slippe til i samtalene, fordi sykepleierne konsentrerte samtalene rundt sykepleieoppgaver, som for eksempel utdeling av medisiner, og hele tiden stilte spørsmål pasienten måtte svare på. Dersom den afasirammede sjelden eller aldri slipper til med det han har i tankene, kan det medføre at han mister troen på at andre er interessert i det han tenker og mener. Når pasienten ikke tror sykepleieren vil høre på ham, kan det medføre at han ikke orker å anstrenge seg for å si noe. Ved at sykepleier lar den afasirammede få ta initiativ, og ved at de naturlig skifter på å ha ordet, kan de oppnå likeverdighet i samtalen (Corneliussen mfl. 2006).

Det vil nesten alltid være vanskelig å snakke sammen når en pasient har afasi, og både den afasirammede og sykepleieren, vil ofte kunne føle seg hjelpeløse i situasjonen (Corneliussen mfl. 2006). Dette bekreftes i Murphys studie (2005) hvor helsepersonell ved ulike legekantor strevde med å kommunisere med pasienter som hadde kommunikasjonsvansker, spesielt når de ikke kjente pasientene fra tidligere. I følge Corneliussen mfl. (2006) er det viktig å være åpen om disse vanskelighetene, og det kan være nyttig å bli enige på forhånd om at det er lov for begge parter å si fra når en ikke forstår. Sundin og Jansson (2003) sier at det ikke kan forventes at sykepleier og pasient skal klare å forstå hverandre med en gang. Det er lov å mislykkes i samtalen uten at en føler hele situasjonen som et nederlag, og det er viktig å tørre å gjøre nye forsøk på å kommunisere. Afasien er noe pasienten og sykepleieren i fellesskap må forholde seg til, og i situasjoner hvor sykepleieren og pasienten ikke kjenner hverandre, kan det være naturlig å starte samtalen med å sette ord på at dette kan være vanskelig for begge parter. Også når sykepleieren og pasienten kjenner hverandre godt, kan det være nyttig å ta opp med jevne mellomrom at samtalene ikke bestandig er så enkle (Corneliussen mfl. 2006).

Travelbee (1999) sier at sykepleieren bør tilstrebe meningsfylt dialog med enhver person hun forholder seg til. Dette forutsetter at sykepleieren har kunnskaper og er i stand til å anvende dem til det beste for pasienten. I studien til Murphy (2005) uttrykte leger og sykepleiere frustrasjon over ikke å forstå og bli forstått, men de hadde begrenset forståelse for årsakene til vanskelighetene de opplevde i kommunikasjon med pasientene. Å kommunisere med en afasirammet krever både kunnskap om pasientens lidelse, evne til å leve seg inn i pasientens situasjon og beherskelse av flere ulike kommunikasjonsstrategier (Eide & Eide 2007). Dette samsvarer med funnene i den svenske studien av Sundin, Jansson og Norberg (2002) som viste at kunnskap om pasientens historie og pasientens opplevelse av situasjonen var viktig for å kunne forstå pasienten. Sykepleieren kan få kunnskap om pasientens sykdomshistorie for eksempel ved å lese i pasientens journal. Når pasienten skrives inn ved avdelingen, kan det kan være hensiktsmessig å alliere seg med pårørende for å få vite litt om pasientens døgnrytme, matvaner, familie, venner, interesser osv. Afasipasientene i Kitzmüllers studie (2007) mente at deres nærmeste altfor sjelden ble brukt til å gi opplysninger om deres tidligere liv, vaner og behov. Det var viktig for dem at sykepleierne anså familien som en ressurs.

Både Murphy (2005) og Kitzmüller (2007) etterlyste i sine studier bedre kunnskaper om afasi og kommunikasjon hos helsepersonell. Pasientene følte kommunikasjonen falt lettere i relasjoner med helsepersonell som var dyktig til å kommunisere (Kitzmüller 2007). For å kunne bruke kommunikasjonsprosessen på en målrettet måte, må sykepleieren ha evne til å omsette sine kunnskaper til handling i situasjoner hvor hun utøver sykepleie (Travelbee 1999). Dette kan forstås som at hun bevisst tenker igjennom hvorfor hun sier det hun sier, og hvordan hun svarer på det den afasirammede kommuniserer. Det kreves også at hun har tålmodighet og vilje til å vise interesse, lytte og forsøke å forstå.

Evnen til å lytte aktivt vil kanskje være den viktigste ferdighet i kommunikasjon med den afasirammede (Eide & Eide 2007). I følge Travelbee (1999) er det at sykepleier lar være å lytte til pasienten en viktig årsak til at kommunikasjonen svikter. Lytting er en aktiv prosess som krever at sykepleieren har evne til å sette pasienten i fokus, og å være fullt og helt til stede i situasjonen, psykisk så vel som fysisk. Dersom sykepleier ikke lytter, men sitter og ser ut av vinduet, fikler med gjenstander, trommer med fingrene eller ser på klokka, vil pasienten kunne oppfatte dette som at hun ikke er interessert i ham som individ. Aktiv lytting innebærer at sykepleier gir aktiv tilbakemelding til pasienten. Dette kan gjøres på forskjellige måter (Røkenes og Hanssen 2002). Det kan for eksempel dreie seg om å stille spørsmål som utdyper det pasienten snakker om eller at en ved hjelp av kroppsspråk viser at en er tilstede og følger med (Eide & Eide 2007). Når sykepleier snakker med en som har afasi, vil tilbakemeldingene hun gir få ekstra stor betydning. Tilbakemeldingene bør være oppriktige og på grunnlag av det som er oppfattet og forstått (Corneliussen mfl. 2006). Det vil blant annet bety at sykepleieren ikke skal late som om hun forstår, hvis hun ikke gjør det. Det kan være at pasienten begynner å snakke om personer eller situasjoner sykepleieren ikke har kjennskap til. Hvis sykepleieren ikke stopper opp og spør for å få avklart det hun ikke forstår, kan misforståelsene hope seg opp og medføre at resten av samtalen blir vanskelig. På en annen side er det også viktig at sykepleieren viser, eller skaper, en forventning om at den afasirammede skal ta initiativ til å uttrykke noe. Det handler om å vise pasienten at hun venter at han har noe på hjertet som han vil formidle. Hun kan for eksempel innta en tydelig avventende og litt spørrende holdning. Det kan bety mye for pasienten å erfare at sykepleieren virkelig regner med at han har noe å bidra med. Kitzmüller (2007) fant at pasientenes selvspekt ble støttet når sykepleierne kommuniserte med dem som om de forventet svar, selv om de hadde afasi.

En av pasientene uttalte: ”Det var stor forskjell på folk som henvendte seg til meg..det var viktig at de snakket til meg og forventet et svar, positivt, negativt, hva som helst..” (Kitzmüller 2007, s. 49).

Å kommunisere med en afasirammert krever som tidligere nevnt evne til å leve seg inn i pasientens situasjon. I likhet med Eide og Eide (2007) mener Travelbee (1999) at empati er sentralt i møte mellom sykepleier og pasient. I følge Travelbee (1999) må empati være tilstede for det skal kunne utvikles et menneske-til-menneske forhold mellom sykepleier og pasient. Hun beskriver empati som evnen til å leve seg inn i og forstå en annens psykiske tilstand i et gitt øyeblikk. I empati ligger det også et element av tilbakemelding. Empati er en evne til innlevelse som gir sykepleieren mulighet til å oppfatte hva pasienten føler, og å melde tilbake at følelsen er oppfattet, blir respektert og tatt hensyn til. Det innebærer at den følelsesmessige forståelsen av pasienten kommuniseres tilbake – verbalt, non-verbalt eller gjennom handling (Eide & Eide 2007). Når sykepleieren oppfatter at pasienten er frustrert fordi han ikke klarer å gjøre seg forstått eller ikke forstår, kan hun melde dette tilbake til ham, for eksempel ved å si det med ord eller ved å berøre pasientens hånd.

## **4.2 Grunnleggende forutsetninger for en samtale**

Samtaler preges av de situasjonene de finner sted i. Når sykepleier skal snakke med en som har afasi er det viktig å legge til rette for en god samtalesituasjon eller et godt samtalemiljø. En grunnleggende forutsetning for en god samtalesituasjon er at begge parter kan se og høre hverandre godt. Når sykepleieren og pasienten ser hverandre, kan de gi hverandre mye informasjon på en ikke-språklig måte. Ikke-språklige signaler som at en smiler, rynker brynene, rister på hodet, nikker osv. er viktige i kommunikasjonen (Corneliussen mfl. 2006). I begge studiene av Sundin mfl. (2002 og 2003) la sykepleierne stor vekt på uttrykket i pasientens øyne når de kommuniserte med pasienter med afasi. De fokuserte på å sitte ansikt til ansikt med pasientene og søke etter reaksjoner i blick og ansiktsuttrykk. Når de møtte blicket til pasientene, ble de oppmerksomme følelser, som for eksempel at pasienten var trist, og hvordan de strevde for å gjøre seg forstått. I følge Eide & Eide (2007) kan sykepleieren gjennom blicket uttrykke holdninger, følelser og

oppmerksomhet overfor pasienten, noe som kan fremme relasjonen mellom dem. Hun må imidlertid være oppmerksom på at pasienten kan være i en sårbar situasjon, og at overdrevet øyekontakt kan få pasienten til å føle seg overvåket, gransket og vurdert.

Å delta i en samtale er ofte anstrengende for en som har afasi. Etter en skade i hjernen blir konsentrasjonsevnen ofte nedsatt (Amundsen og Sandmo 1993). Det krever stor konsentrasjon når man både skal prøve å forstå det som blir sagt og forsøke å si noe selv. Når sykepleieren skal snakke med en pasient med afasi, kan det derfor være nyttig å prøve å skape så rolige omgivelser som mulig. Det vil være nyttig å slå av forstyrrende bakgrunnsstøy som radio eller fjernsyn eller eventuelt flytte seg til et roligere sted (Corneliussen mfl. 2006). Dette trenger ikke bare være for pasienten sin del, både sykepleier og pasient kan trenge stille og rolige omgivelser for å oppnå forståelse i samtalen (Sundin mfl. 2002).

Pasienter med afasi kan oppleve det vanskeligere å delta i en samtale dersom det er flere som snakker sammen, og av den grunn kan det være hensiktsmessig å prøve å begrense hvor mange som er med i samtalen. Hvis det er flere enn to som skal snakke sammen, er det viktig å huske på at bare én person bør snakke om gangen. En afasirammet beskriver det slik:

Når jeg vil si noe, når jeg er klar til å si noe..så har samtalen gått fra en setning til en annen. Ofte er det noe annet de snakker om, og det er for sent for meg å komme med det jeg skulle si (Corneliussen mfl. 2007, s 29).

En pasient som har gjennomgått hjerneslag blir ofte fort trøtt, og i likhet med friske mennesker reduseres prestasjonsevnen i takt med økt trøtthet, og samtaleferdighetene blir dermed dårligere (Christensen 1994). Dette vil imidlertid oppleves mye sterkere av en som har afasi, enn av personer som ikke har en slik vanske.

Det å skulle artikulere selv den enkleste vokal var omtrent som å strekke seg etter månen... Jeg hadde aldri trodd at det å snakke – eller forsøke å snakke – kunne tappe meg så fullstendig for krefter som det gjorde (Moldenes 1993, s. 72).

Sykepleier bør hele tiden være åpen for tegn fra pasienten om at han er sliten og ta hensyn til at pasienten kanskje ikke klarer å konsentrere seg om en samtale like lenge som han kunne før (Corneliussen mfl. 2006). Hun bør derfor tenke på at samtalen ikke blir for langvarig eller vurdere om det bør legges inn pauser i samtalen (Christensen 1994). Kitzmüller (2007) viser til at det er viktig at samtalen foregår på den afasirammedes premisser, og at han selv får bestemme samtalen varighet og tidspunkt for pauser. Noen ganger kan den afasirammede bli sliten så brått at han har vanskelig for å merke det i forkant. Da kan det være greit at sykepleieren tar ansvar og foreslår et lite avbrekk. Sykepleieren kan også prøve å planlegge slik at for eksempel viktige samtaler blir lagt til formiddagen når pasienten kanskje er opplagt etter en god natts søvn (Corneliussen mfl. 2006).

På samme måte som sykepleieren kan legge til rette for gode samtaleomgivelser, kan hun aktivt prøve å skape et godt mellommenneskelig miljø i samtalen, preget av trygghet, tillit og respekt (Corneliussen mfl. 2006). Når pasienten har tillit til sykepleieren og føler seg trygg sammen med henne kan det i følge Travelbee (1999) foreligge gjensidig forståelse og kontakt. Dette er en viktig forutsetning for å kunne etablere et menneske-til-menneske forhold mellom sykepleier og pasient. For en pasient med afasi kan trygghet være viktig for at han skal kunne lykkes i samtalsituasjonen: ”Det er helt vesentlig for meg å føle meg trygg i samværet med andre mennesker, hvis jeg skal kunne klare å mobilisere de språkrestene som er igjen” (Moldenes 1993, s. 75). Kitzmüller (2007) sier at når erfarne og kyndige sykepleiere evner å skape en trygg og tillitsfull atmosfære, opplever pasienter med afasi at de mestrer kommunikasjon og samhandling bedre. I studien av Sundin mfl. (2002) la sykepleierne vekt på at pasientene skulle føle seg hjemme. Når pasientene følte seg hjemme fikk de til å slappe av i samtalsituasjonen, noe som bidro til at de lettere engasjerte seg i samtalen. Gjennom humor skapte sykepleierne en uformell og avslappende stemning som gjorde det lettere for sykepleieren og pasienten å være sammen. Humor gjorde det også mulig for pasienten å glemme sykdommen for en stund. Også pasientene i Kitzmüllers studie (2007) understreket at det var viktig at sykepleierne hadde humoristisk sans og kunne prate om andre ting enn sykdommen.

En vennlig innstilling og en støttende og oppmuntrende holdning fra sykepleieren er viktig for å skape trygghet og tillit (Corneliussen mfl. 2006). En støttende og oppmuntrende

holdning kan forstås som at sykepleieren gir ros og anerkjennelse til pasienten i samtalsituasjonen. Ved å påpeke framgang kan sykepleieren påvirke pasientens pågangsmot og utholdenhet i samtalen (Kitzmüller 2007). Et godt samtalemiljø kjennetegnes også av at deltakerne i samtalen har respekt for hverandre. Når sykepleieren respekterer pasienten som en samtalepartner med sine kognitive evner i behold, vil det kunne virke positivt inn på pasientens selvfølelse (Kitzmüller 2007). Sykepleierne i studien til Sundin og Jansson (2003) viste pasientene respekt blant annet ved å plassere seg på samme nivå som pasienten, slik at pasientene ikke fikk en følelse av å bli sett ned på. I tilfeller hvor pasienten for eksempel sitter i rullestol kan sykepleier vise respekt ved å sette seg på en stol i stedet for å stå når hun skal snakke med ham. Ved å sitte kan hun også formidle at hun tar seg tid til samtalen, noe som kan bidra til at det blir lettere for den afasirammede å delta (Corneliussen mfl. 2006).

### **4.3 Tid og pauser**

I samtale med afasirammede må en regne med å bruke mer tid enn vanlig. God tid kan bidra til å skape trygghet og tillit og øke sannsynligheten for at samtalen blir vellykket (Corneliussen mfl. 2006). De afasirammede som deltok i Kitzmüllers studie (2007) fortalte at de trengte lang tid til å oppfatte det som ble sagt og til selv å finne rett ord og uttryksmåte. Når sykepleierne var villig til å bruke tid på samtale og samhandling, følte de imidlertid at de ble verdsatt og fikk formidlet sine ønsker og behov. Sundin mfl. (2002) fant at sykepleierne var bevisst på viktigheten av å bruke tid og å være tålmodig. Dette viste de blant annet ved at de delte opp spørsmålene, stilte ett spørsmål om gangen og satte av tid til å vente på pasientens svar. Et budskap fra sykepleieren om at hun har god tid eller at hun tar den tiden som trengs, kan ofte være det som skal til for at pasienten mestrer samtalen bedre. Det kan komme av at opplevelsen av å ha god tid letter presset den afasirammede legger på seg selv (Corneliussen mfl. 2006). Å ha god tid kan forstås som at sykepleieren bevisst senker tempoet i samtalen og godtar at det ofte må være nokså lange pauser eller opphold. Når sykepleieren har en holdning som viser at hun har god tid, kan det bidra til å roe samtalen og gi den afasirammede større mulighet til å forstå det som blir sagt (Corneliussen mfl. 2006). Viktigheten av å ha god tid blir også bekreftet i Murphys studie (2005) hvor noen av pasientene avtalte doble legetimer. Det var tydelig at pasientene var avhengig av god tid for å kunne forstå og gjøre seg forstått. God tid dreier

seg også om at sykepleier inntar en aktivt lyttende holdning, er oppmerksom og interessert, og forsøker ikke å avbryte den afasirammede unødige. Samtidig er én side ved det å ha en samtale, det at en faktisk hjelper hverandre når en står fast. Det å ha god tid betyr ikke at sykepleieren skal være unaturlig passiv i samtalen. Hun bør på en naturlig måte kunne komme med innspill som hjelper samtalen videre, uten at hun snakker for pasienten mer enn situasjonen og hennes magefølelse skulle tilsi (Corneliussen mfl. 2006).

Stillhet, i form av opphold og pauser, er en naturlig og viktig del av samtaler, både i samtaler mellom såkalt normalspråklige og i samtaler der en eller flere av deltakerne har afasi. Stillhet kan være et uttrykk for nærhet, og faller derfor mer naturlig i samtaler mellom personer som kjenner hverandre godt. I samtaler mellom to som ikke kjenner hverandre så godt, kan stillhet på ulike måter oppleves som truende eller vanskelig. Men stillhet, i form av lengre pauser enn vanlig, kan være en virkningsfull metode for å signalisere god tid (Corneliussen mfl. 2006). Sundin og Jansson (2003) viser til at sykepleierne forholdt seg stille når pasienten aktivt prøvde å kommunisere. Stillhet gav pasienten tid til å konsentrere seg uten forstyrrelse, og det bidro også til at det ble lettere for sykepleierne å lytte og forstå.

I en vanlig samtale er pausene mellom det som sies ytterst korte, ofte er det bare snakk om millisekund fra noe er sagt, til neste person tar ordet. Selv om pausen eller oppholdet er veldig kort, vil den ofte bli tolket og gitt betydning. En nølende pause kan en for eksempel tolkes som at den andre ikke har forstått eller er uenig i det som er blitt sagt. Når sykepleier snakker med en pasient med afasi, bør hun forsøke å la være å fortolke nølende pauser som uvillighet eller negativitet, slik hun kanskje ville gjort i andre samtaler (Corneliussen mfl. 2006).

I samtaler med afasirammede pasienter kan det hende at en i iver etter å holde en vanskelig samtale i gang, snakker alt for mye, slik at den afasirammede ikke gis mulighet til å delta i samtalen. Sykepleieren bør innstille seg på å ta tydelige, men naturlige pauser når hun snakker med pasienten. Hun bør også være åpen om at hun regner med å bruke mer tid i samtalen med den afasirammede pasienten enn hun ellers gjør, for eksempel ved å fortelle pasienten at hun har god tid. Åpenhet kan bidra til at stillhet ikke oppleves som pinlig eller forstyrrende for samtalen. På en annen side vil det også være viktig at sykepleieren er ærlig i situasjoner hvor hun faktisk ikke har god tid. Jeg har inntrykk av at sykepleierens



hverdag ofte kan være preget av travelhet og at tiden ikke strekker til i forhold til alle arbeidsoppgavene. Dette kan påvirke kommunikasjonen mellom sykepleieren og den afasirammede, og i situasjoner hvor sykepleieren føler hun ikke har tilstrekkelig med tid, kan hun kanskje prøve å utsette samtalen til senere. På en annen side er det slett ikke sikkert at det å ta seg god tid i samtalen vil ta så lang tid som det en kanskje skulle tro. Det kan være nyttig for sykepleieren å minne seg selv på at det å ta seg god tid ikke nødvendigvis trenger å ta så lang tid. I tillegg bør sykepleieren prøve å huske på at det ofte kan være langt mer nyttig å bidra til god tid i samtalen enn ukritisk gjette på hva den afasirammede prøver å formidle (Corneliussen mfl. 2006).

#### **4.4 Ulike kommunikasjonskanaler**

Det er lett å tenke på at en samtale består av talespråk, men i en samtale kan det også kommuniseres på andre måter. Det kan for eksempel være at en forandrer på stemmeleiet for å vektlegge noe av det en skal si, eller at en bruker kroppsspråk. En afasirammet mann sier dette om kroppsspråk: ”Å se menneskets språk i øynene eller blikket og bevegelse kan si mye mer enn gjennom tale” (Corneliussen mfl. 2006, s. 50). Kroppsspråket kan bidra til å skape kontakt og trygghet og dermed prege samtalesituasjonen på en positiv måte. Sykepleieren kan for eksempel formidle at hun lytter aktivt ved å sitte med kroppen vendt mot pasienten (Eide & Eide 2007).

Mimikk og gester taler til billedsansen og gir pasienten flere brikker til det språklige puslespillet som han må legge for å forstå det som sies med ord (Christensen 1994). Ved å bruke non-verbal kommunikasjon kan sykepleieren bidra til at innholdet i budskapet blir lettere å forstå for den afasirammede (Corneliussen mfl. 2006). Sundin og Jansson (2003) viste i sin studie også til at non-verbal kommunikasjon er viktig. De fant at berøring bidro til å skape en stille dialog som fremmet nærhet og en følelse av kontakt mellom sykepleier og pasient. Gjennom berøring, for eksempel ved å holde pasienten i hendene, viste sykepleierne oppriktighet og interesse for pasientenes ønsker. Dette fikk pasientene til å føle seg tryggere i situasjonen og gjorde kommunikasjonen lettere. Videre fant de at når sykepleierne kombinerte berøring og blikkontakt på en omsorgsfull måte, økte muligheten for å forstå og bli forstått. Funnene samsvarer med Eide & Eide (2007) som sier at

berøring kan føre sykepleier og pasient nærmere hverandre på kort tid. På en annen side er det viktig at sykepleier er oppmerksom på at ikke alle pasienter liker å bli berørt. Dersom pasienten finner berøring ubehagelig, vil sykepleieren oppdage dette umiddelbart (Sundin og Jansson 2003). Det kan for eksempel være at pasienten vrir seg unna eller at han har et ansiktsuttrykk som viser at han er ukomfortabel. I slike situasjoner bør sykepleieren vise respekt for pasientens reaksjoner og la være å berøre ham.

Den afasirammede bør også oppmuntres til å bruke tegn og gester som et supplement i kommunikasjonen (Corneliussen mfl. 2006). Når pasienter med afasi bruker kroppsspråk, opplever de det lettere å uttrykke seg, og sykepleieren opplever det lettere å forstå (Kitzmüller 2007). Sykepleierne i Sundin og Janssons studie (2003) la stor vekt på å lese pasientens kroppsspråk. Ved å observere og tolke kroppsspråket til pasienten, kunne de sansse hans holdning i en gitt situasjon. En må imidlertid være klar over at den som har afasi i noen tilfeller fungerer dårlig når det gjelder å bruke kroppsspråk. Det kan for eksempel være på grunn fysiske begrensninger som lammelse i høyre arm, eller på grunn av apraksi, som påvirker evnen til å utføre viljestyrte handlinger. Pasienten bør derfor oppfordres til å bruke kroppsspråket ut fra de forutsetninger han har. Det kan dreie seg om å gi uttrykk for ja og nei ved å peke opp/ned med tommelen, eller vise antall fingre for å angi tall. I enkelte tilfeller kan også non-verbale tegn lette tilgangen til ordene. Når den afasirammede utfører en illustrerende bevegelse, kan det aktuelle ordet bli lettere tilgjengelig slik at det også kan sies. Så selv om bruk av kroppsspråk ikke alltid kan bidra til at samtalepartneren forstår, kan det likevel være nyttig for den afasirammede selv (Corneliussen mfl. 2006).

De fleste afasirammede har store vansker med å holde fast på ordene de hører. Lange setninger kan være vanskelig å forstå fordi begynnelsen på setningen forsvinner ut av minnet før alt er sagt (Amundsen og Sandmo 1993). En pasient sammenlignet sin situasjon med det å være i et fremmedspråklig land, hvor han ikke kunne så mye av språket. Han forsto en del, men ikke alt, av det folk sa, men klarte ikke å si noe selv. I den verbale delen av kommunikasjonen vil det være av betydning at sykepleieren bruker korte setninger og unngår bruk av fremmedord (Kitzmüller 2007). Det vil også hjelpe om sykepleieren snakker klart og tydelig i et rolig tempo (Murphy 2005).

Til tross for at lese- og skrivevansker ofte er svekket hos pasienter med afasi, kan skriving og tegning være nyttige supplement eller alternativ i kommunikasjonen. Dette ser vi eksempel på i Murphys studie (2005) hvor pasientene mente at bruk av bildeillustrasjoner og skriftlig informasjon fra legens side, kunne være til hjelp for å forstå det legen prøvde å formidle. De mente også at de kunne ha nytte av å ta med denne informasjonen hjem, slik at de kunne bruke den når de skulle formidle til pårørende hva legen hadde sagt. På samme måte kan også en sykepleier ta i bruk skriving og tegning som et naturlig hjelpemiddel i kommunikasjonen. Dersom sykepleieren noterer ned viktige stikkord eller deler av en setning, kan det bli lettere for pasienten å oppfatte innholdet i det hun sier, spesielt om hun samtidig leser høyt det hun skriver. Til tross for at ikke leseevnen er som før, vil noen pasienter kunne kjenne igjen ordbildene når de er nært knyttet til det som blir sagt. Noen pasienter kan også ha nytte av å se det de selv sier ”på trykk”. Hvis sykepleieren skriver ned det ordet hun har oppfattet, har pasienten mulighet til å lese ordet inni seg og bekrefte om det stemmer. Ord som er sagt og deretter nedskrevet kan bli konkrete og betydningsfulle på en annen måte enn ord som bare varer et kort øyeblikk (Corneliussen mfl. 2006). Det som skrives, bør være lett å tyde, og sykepleieren kan gjerne benytte blokkbokstaver. Dersom pasientens leseevne er sterkt redusert, kan sykepleieren også bruke tegninger som hjelp i kommunikasjonen. Skriftlig og tegnet materiale kan være viktig å ta vare på, slik at det kan brukes som referanse i senere samtaler. For eksempel kan de settes inn i en perm, slik at de kan bli til en samtalebok for pasienten. Den afasirammede kan også ha nytte av å skrive eller tegne for å uttrykke seg, dersom han mestrer det. Noen klarer å skrive én eller flere bokstaver, eller til og med deler av ord. Andre kan peke på bokstaver i alfabetet eller skrive med fingeren på bordet. Når slike ufullstendige skriftlige uttrykk forekommer i en sammenheng, kan det kanskje være nok til at sykepleieren forstår hvilket ord pasienten prøver å si, og samtalen kan gå videre (Corneliussen mfl. 2006).

Det kan være godt både for sykepleieren og den afasirammede pasienten å ha et konkret utgangspunkt for en samtale, for eksempel kan de bruke fotografier eller andre bilder. Noen kan ha nytte av pekebøker. En slik bok kan inneholde et utvalg bilder av dagligdagse gjenstander, forskjellig slags mat osv. Når pasienten ikke kan si ordene, kan han peke på bildene for å fortelle hva han vil (Amundsen og Sandmo 1993). Sang er et annet hjelpemiddel som kan benyttes i kommunikasjon med pasienter som har afasi.

Kitzmüller (2007) fant at når pasientene fikk bruke sang, hadde de lettere for å uttrykke seg, noe som også virket positivt på selvfølelsen. Ved å synge setter man tone og rytme på budskapet, noe som kan hjelpe pasienten til både å forstå og å uttrykke seg (Christensen 1994).

Det vil kunne være stor variasjon mellom pasienter som har afasi, både i forhold til hva slags vansker de har, hvor omfattende vanskene er og hvordan de mestrer å kommunisere med andre. Sykepleierens evne til kreativitet og vilje til å prøve ut ulike kommunikasjonsmåter, vil kunne være avgjørende for om kommunikasjonen oppleves som vellykket.

## 5.0 Konklusjon

I denne oppgaven har jeg forsøkt å belyse hvordan sykepleier kan legge til rette for god kommunikasjon med pasienter som har afasi etter hjerneslag. Det første leddet i samarbeidet med en pasient som har afasi vil være å respektere ham som en likeverdig samtalepartner til tross for hans språkvansker. Det vil være viktig at sykepleieren har god kunnskap både om afasi og kommunikasjon og at hun har evne til å anvende denne kunnskapen til det beste for pasienten. I kommunikasjon med en pasient som har afasi vil sykepleieren ha en viktig rolle som lytter i samtalen. Hun bør ha evne til å sette pasienten i fokus og til å være fullt og helt tilstede i situasjonen, psykisk så vel som fysisk. Sykepleieren kan legge til rette for en god samtalsituasjon, for eksempel ved å sørge for at samtalen foregår i rolige omgivelser eller begrense antall deltakere i samtalen. Ved hjelp av humor, en vennlig innstilling og oppmuntrende holdning kan hun aktivt prøve å skape et godt mellommenneskelig samtalemiljø preget av trygghet og tillit. Pasienter med afasi vil trenge tid til å oppfatte det som blir sagt og til selv å finne riktig ord og uttrykksmåte. Det vil være viktig at sykepleieren gjennom holdning og handling signaliserer at hun har god tid, da dette kan gjøre det lettere for pasienten å delta i samtalen. Kommunikasjon kan foregå gjennom flere ulike kanaler. Non-verbale tegn, som for eksempel kroppsspråk og berøring, kan være særlig viktig når pasienten har afasi. Skrivning og tegning vil også kunne være nyttige supplement i kommunikasjonen, både for sykepleieren og pasienten.

## Litteraturliste

(\* Selvvalgt litteratur)

- \* Amundsen Marie-Lisbet; Sandmo, Tone (1993) Kommunikasjonsvansker hos afasirammede. I: Amundsen M. mfl. *Å leve med afasi – veiledning for afasirammede og pårørende*, s. 17-31. Oslo: H. Aschehoug & Co.
- \* Christensen, Doris (1994) *Bedre liv efter lammelse? Apopleksi, sygepleje, samarbejde*. København: Munksgaard. (s. 52-61).
- \* Corneliussen, Margit. mfl. (2006) *Afasi og samtale. Gode råd om kommunikasjon*. Oslo: Novus Forlag. (s. 13-82).
- Eide Hilde; Eide, Tom (2007) *Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- \* Gordon, Clare; Ellis-Hill, Caroline; Ashburn, Ann (2009) The use of conversational analyses: nurse-patient interaction in communication disability after stroke. *Journal of Advanced Nursing*, 65(3): 544-553.
- Hansen, Ingrid (2002). Kommunikasjon. I: Kristoffersen, Nina Jahren. *Generell sykepleie 2*, s. 63-109. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2006) *Slik oppsummerer vi forskning. Håndbok for nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Vedlegg 2: Sjekklistor*. Molde: Høgskolen i Molde, <http://www.kunnskapssenteret.no/binary?download=true&id=3868> (Lest 03.04.2009).
- \* Indredavik, Bent (2004) Hjerneslag. I: Wekre, Lena Lande; Vardeberg, Kjersti. *Lærebok i rehabilitering – Når livet blir annerledes*, s. 125-148. Oslo: Fagbokforlaget.
- Karoliussen, Mette (2006) Aktivitet og hvile. I: Almås, Hallbjørg. *Klinisk sykepleie, bind 2*. S. 437- 526. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

- \* Kirkevold, Marit (2008) Hjerneslag. I: Kirkevold, Marit; Brodtkorb, Kari; Ranhoff, Annette Hylen. *Geriatrisk sykepleie – God omsorg til den gamle pasienten*, s. 406-417. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
  - \* Kitzmüller, Gabrielle (2007) Hvordan kan afasipasienters positive erfaringer i møte med helsepersonell påvirke mestring? *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, 2007; 3(2): 42-55.
  - \* Moldenes B. (1993) Hvordan bygge seg opp etter et slag? I: Amundsen M. mfl. *Å leve med afasi – veiledning for afasirammede og pårørende*, s. 69-77. Oslo: H. Aschehoug & Co.
- Molven, Olav (2006) *Sykepleie og jus*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- \* Murphy, Joan (2005) Perceptions og communication between people with communication disability and general practice staff. *Health Expectations*, 9(1): 49-59.
- NSF (2007) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Oslo: Norsk Sykepleieforbund.
- Pasientrettighetsloven (2003) *Lov av 2. juli 1999 nr. 63 om pasientrettigheter*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- \* Røkenes, Odd Harald; Hanssen, Per-Halvard (2002) *Bære eller bryte. Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*. Bergen: Fagbokforlaget. (s. 234-235)
  - \* Sundin, Karin; Jansson, Lilian (2003) 'Understanding and being understood' as a creative phenomenon – in care of patients with stroke and aphasia. *Journal of Clinical Nursing*, 12(1): 107-116.
  - \* Sundin, Karin; Jansson, Lillian; Norberg, Astrid (2002) Understanding between care providers and patients with stroke and aphasia: a phenomenological hermeneutic inquiry. *Nursing Inquiry*, 9(2): 93-103.
  - \* Thagaard, Tove (2002) *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget. (s. 11-31)
- Travelbee, Joyce (1999) *Mellommenneskelige forhold i sykepleien*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Wergeland, Anne; Ryen, Signy; Olsen, Tone Grete (2001) Sykepleie til pasienter med hjerneslag. I: Almås, Hallbjørg. *Klinisk sykepleie, bind 2*. S. 779- 801. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.



## Vedlegg 1: Oversikt over relevante og inkluderte artikler

<b>Database</b>	<b>Søkeord</b>	<b>Treff</b>	<b>Relevante</b>	<b>Inkluderte</b>
SweMed+ (28.02.2009)	Afasi	32	1	1
ProQuest (12.02.2009)	Aphasia and communication and nursing	13	1	1
Ovid Nursing Full Text Plus (06.01.2009)	(stroke and aphasia) and (communication or communication disorder) and (nurs\$)	14	4	2
Ovid Nursing Full Text Plus (12.02.2009)	(stroke and aphasia) and (communication or communication disorder)	25	1	1
<b>Totalt</b>		<b>84</b>	<b>7</b>	<b>5</b>

## Vedlegg 2: Oversikt over forskningsartikler

Tittel og publiseringsår	Forfatter	Metode	Deltakere	Hovedfunn
The use of conversational analysis: nurse-patient interaction in communication disability after stroke (2009)	Clare Gordon, Caroline Ellis-Hill, Ann Ashburn	Kvalitativ metode, observasjon. Det ble brukt videoopptak av samtaler mellom pasienter med kommunikasjonsvansker etter slag og sykepleiere på en sykehusavdeling. Data ble analysert ved hjelp av samtaleanalyse.	14 sykepleiere. 5 pasienter, 3 pasienter med afasi, 2 med dysartri. Pasienter fra en slag-rehabiliteringsavdeling og fra en akutt slagenhet. Alder: 43-84 år. Tre menn og to kvinner.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sykepleierne startet 88 % av samtale.</li> <li>- Ingen av pasientene med afasi startet en samtale.</li> <li>- 54 % av samtale dreide seg om sykepleieoppgaver, for eksempel administrering av medisiner.</li> <li>- Fem av til sammen 24 samtaler oppstod naturlig og var ikke styrt av en sykepleieoppgave.</li> <li>- Sykepleierne kontrollerte samtale ved å kontrollere emnet og flyten i samtale.</li> <li>- Pasientene hadde liten innflytelse.</li> </ul>
Hvordan kan afasipasienters positive erfaringer i møte med helsepersonell påvirke mestring? (2007)	Gabrielle Kitzmüller	Kvalitativ metode, dybdeintervju. Analysert ved hjelp av Giorgi's fenomenologiske metode.	13 personer rammet av afasi. Alder: 30-68 år. Seks kvinner og sju menn.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- I vellykkede relasjoner med helsepersonell var det lettere å kommunisere, og pasientene fikk omsorg, trøst og støtte til sorgarbeid.</li> <li>- Når helsepersonell viser engasjement og gir pasienten mulighet til medbestemmelse, får pasienten bedre forutsetninger til å bevare selvrespekt, håp og motivasjon.</li> <li>- Tap av språkfunksjon var det som hadde størst innvirkning på livskvalitet.</li> <li>- Informantene etterlyste bedre kunnskaper om afasi hos helsepersonell, større fokus på språktrening og bedre hjelp til pårørende.</li> </ul>
Perceptions of communication between people with communication disability and general practice	Joan Murphy	Kvalitativ metode, fokusgruppeintervju.	20 personale (leger, sykepleiere og resepsjonister) ved forskjellige allmennpraktiserende legekantor. 12 personer med afasi.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Personalet strevde med å kommunisere med personer med kommunikasjonsvansker, spesielt når de ikke kjente dem godt.</li> <li>- Personalet var avhengig av pårørende for å lykkes med kommunikasjonen.</li> <li>- Pasientene viste til at legen snakket til de pårørende og ikke til dem.</li> </ul>

staff (2006)			6 personer med lese- og skrivevansker.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasientene mente det var viktig å få en avtale med en lege som kjente og forsto dem.</li> <li>- Deltakerne var bekymret for at de ikke kunne forstå informasjonen de fikk og at de ikke kunne gjengi informasjonen når de kom hjem.</li> <li>- Alle følte det ville hjelpe om legen snakket sakte og tydelig og gav dem bildeillustrasjoner og skriftlig informasjon for å forklare og for å ta med hjem.</li> </ul>
'Understanding and being understood' as a creative caring phenomenon – in care of patients with stroke and aphasia (2003)	Karin Sundin, Lilian Jansson	Kvalitativ metode: Videoopptak etterfulgt av intervju.	5 sykepleiere, 3 mannlige pasienter med afasi etter hjerneslag. På en slagrehabiliteringsavdeling ved et sykehus. Alder på pasientene var 62-80 år.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kommunikasjon ble fremmet gjennom berøring.</li> <li>- Berøring fremmet nærhet og en følelse av kontakt mellom sykepleier og pasient.</li> <li>- Forståelse ble fremmet gjennom kroppsspråk.</li> <li>- Sykepleier oppfordret pasienten til å lede morgenstellet.</li> <li>- En avslappet og støttende atmosfære gjør det lettere å oppnå gjensidighet mellom sykepleier og pasient</li> </ul>
Understanding between care providers and patients with stroke and aphasia: a phenomenological hermeneutic inquiry (2002)	Karin Sundin, Lilian Jansson, Astrid Nordberg	Kvalitativ metode: Videoopptak av samtaler mellom sykepleier og pasienten. Intervju med sykepleier i etterkant tatt opp på lydbånd.	5 sykepleiere, 3 mannlige pasienter med afasi etter hjerneslag. På en medisinsk rehabiliteringsavdeling i Sverige. Alder på pasientene var 62-80 år.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sykepleierne følte seg usikre når de manglet kjennskap til pasientens historie og hans opplevelse av situasjonen.</li> <li>- Konsentrasjon og interesse for den andre var vesentlig for å oppnå gjensidig forståelse.</li> <li>- Ved hjelp av kroppsspråk, mimikk og stemmenivå gav sykepleierne bekreftelse på pasientens reaksjoner.</li> <li>- Humor bidro til en avslappet atmosfære som reduserte avstanden mellom sykepleier og pasient.</li> <li>- Sykepleierne viste medfølelse, men fokuserte samtidig på pasientens muligheter i fremtiden.</li> <li>- Engasjement var vesentlig for å forstå hverandre. Når sykepleierne var åpen, ærlig og oppriktig, skapte dette tillit.</li> <li>- Stillhet og rolige omgivelser var nødvendig for å få til en samtale.</li> </ul>