



UNIVERSITETET I
NORDLAND

BACHELOR OPPGAVE I SYKEPLEIE 2012

SY 180H 000

«Hvordan kan jeg som sykepleier ivareta pasientens brukermedvirkning når han er rammet av afasi?»

27.04.12
Kandidat nr. 253



Timeglasset

Du traff meg brått,

Som et svepeslag.

Det var vondt, hardt og brutalt.

Ka har eg gjort som fortjente det,

Eg kjente berre det smalt.

No ligg eg her og spør meg sjølv,

Var det noko eg kunne ha gjort.

Men eg fekk ikkje tid

til å tenke meg om,

Alt skjedde så fort.

Men i timeglasset mitt

er det sand igjen,

Ikke alt har rent bort.

No skal eg nyte

Dei korn som er att.

Eg har så mykje

Eg skulle ha gjort.

Dagfinn Grøttå(2011).

INNHALDSFORTEGNELSE

1.0 INNLEDNING	4
1.1 Bakgrunn for oppgaven og temavalg.....	4
1.2 Presentasjon av problemstilling.....	4
1.3 Begrunnelse for valg av problemstilling	4
1.4 Avgrensning og presisering av problemstilling.....	5
1.5 Oppgavens oppbygning	5
2.0 METODE	6
2.1 Hva er metode.....	6
2.2 Litteraturstudium som metode.....	6
2.3 Metodekritikk	6
2.4 Databasen, søkeord.....	7
2.5 Presentasjon av litteratur og kildekritikk.....	7
TEORIDEL	
3.0 HJERNESLAG.....	9
3.1 Generelt om hjerneslag.....	9
3.2 Afasi.....	10
4.0 KOMMUNIKASJON.....	11
4.1 Kommunikasjon som begrep	11
4.2 Non verbal kommunikasjon.....	11
5.0 SYKEPLEIETEORETIKER JOYCE TRAVELBEE (1926-1973).....	12
5.1 Syn på sykepleie	12
5.2 Menneske til menneske forhold.....	13
6.0 BRUKERMEDVIRKNING OG AUTONOMI- JURIDISKE ASPEKTER.	15
DRØFTINGSDEL	
7.0 Å LEVE MED AFASI	16

7.1 Eksempler fra praksis	16
Eksempel 1.	16
Eksempel 2.	16
Eksempel 3.	17
7.2 Pasientens opplevelse av å være rammet av hjerneslag/afasi.	17
8.0 HVORDAN KAN JEG SOM SYKEPLEIER IVARETA PASIENTENS BRUKERMEDVIRKNING NÅR HAN ER RAMMET AV AFASI?	20
8.1 Sykepleierens møte med den afasirammede	20
8.2 Hvordan kan god kommunikasjon fremme pasientens brukermedvirkning?	22
8.2 Pårørende som ressurs for å styrke pasientens brukermedvirkning.	25
8.3 Sykepleierens ansvarsforhold for å fremme pasientens brukermedvirkning.....	26
8.4 Makt i et bemyndigelsesperspektiv.	28
9.0 AVSLUTTNING.....	30
LITTERATURLISTE	31
Pensumlitteratur.....	31
Selvvalgt pensum.....	32

1.0 INNLEDNING

1.1 Bakgrunn for oppgaven og temavalg

Jeg er sykepleiestudent på siste semester ved universitetet i Nordland. Gjennom studiet har jeg vært i ulike praksiser. En pasientgruppe som jeg ofte har møtt, er pasienter som har blitt rammet av hjerneslag. Gjennom studie på tre år, har jeg lært å se på mennesker på en helt annen måte. Det er ikke bare sykdommen og diagnosen som er viktig, men å se på hele mennesket, dette innebærer å se på menneskets psykiske, fysiske, åndelige og sosiale behov. Jeg ble kjent med en mann i en av mine praksiser, som gjorde at jeg valgte hjerneslag og afasi som tema for min oppgave. Dette var en mann som gjorde et veldig sterkt inntrykk på meg, og som fikk meg til å tenke på brukervedvirkning i forhold til denne pasientgruppen. Etter å ha snakket med sykepleiere rundt omkring, ser jeg at mangel på kunnskap om kommunikasjon rundt denne pasientgruppen er det største problemet. Uten dette vil det være vanskelig å følge opp brukervedvirkning til pasientene. Brukervedvirkning er lovpålagt, og jeg vil dermed med denne oppgaven finne svar på hva som blir gjort i forhold til brukervedvirkning, og finne metoder og redskaper sykepleier kan bruke for å ivareta brukervedvirkning hos denne pasientgruppen. Da jeg er tredje års student ved sykepleieskolen, og skal levere inn en større oppgave som en del av utdanningsplanen, var det ingen tvil om at det var dette emne jeg ville skrive om. Dette er en pasientgruppe som jeg og andre fremtidige sykepleiere vil møte i de fleste arbeidssituasjoner.

1.2 Presentasjon av problemstilling

Problemstillingen for oppgaven er:

«Hvordan kan jeg som sykepleier ivareta pasientens brukervedvirkning når han er rammet av afasi?».

1.3 Begrunnelse for valg av problemstilling

Begrunnelse for valg av problemstilling er et møte med en mann rammet av afasi. Jeg har selv fått erfart hvor snart det er å overse denne pasientgruppen i mangel på kunnskap rundt kommunikasjon og brukervedvirkning. Som kommende sykepleier føler jeg at dette er et tema som jeg trenger kunnskap om, og som kan gi meg større forståelse rundt denne pasientgruppen. Forskning viser at mye blir gjort rundt brukervedvirkning, men at vi kan bli bedre. Med denne bacheloroppgaven i sykepleie, håper jeg at andre studenter kan se viktigheten av å ta opp dette temaet.

1.4 Avgrensning og presisering av problemstilling

Jeg har valgt å begrense oppgaven til den første rehabiliteringstiden på sykehus.

Rehabilitering betyr å gjenopprette, eller gjeninnsette til tidligere verdighet(Olsen o.a. 2001:781). Jeg har valgt å fokusere på eldre pasienter som er rammet av hjerneslag i venstre side med utfall i afasi, da det er her språksenteret ligger. Rehabilitering blir satt i gang med en gang etter den akutte fasen. Det blir satt i gang et tverrfaglig team rundt pasienten, og oppstart av trening ut i fra hvilke utfall pasienten har fått. En tverrfaglig gruppe som blir sentral i dette samarbeidet er logoped, der en stor del av rehabiliteringen vil være språktrening. Jeg vil ta med denne faggruppen i oppgaven, da de har mye kunnskap rundt kommunikasjonsteknikker. Det finnes flere typer kommunikasjonsforstyrrelser etter et hjerneslag, men jeg har valgt å fokusere på afasi. Pårørende vil være viktig å få til et samarbeid med, og vil derfor bli nevnt i oppgaven. De kan ofte være en stor ressurs for pasienten og for de profesjonelle. Begrepet empati vil jeg også si litt om. Empati er en innlevelse som gir fagutøveren en mulighet til å forstå hva den andre føler, og gi tilbakemelding på at følelsen er oppfattet(Eide & Eide, 2008:37).

1.5 Oppgavens oppbygning

Oppgaven er bygd opp av en metodedel der jeg avklarer hvordan jeg har funnet frem til litteratur og kildekritikk. Etter metode delen, følger teoridelen hvor jeg generelt har sett på hjerneslag og afasi. Deretter kommunikasjon som begrep og sykepleieteori. I drøftingsdelen har jeg sett på pasientens opplevelse av å være rammet av sykdom. Jeg har sett på sykepleierens møte med den afasirammede, og da tatt for meg kommunikasjon og pårørende som viktige faktorer for å fremme brukermedvirkning. Til slutt har jeg sett på sykepleierens ansvarsforhold i forbindelse med brukermedvirkning, og begrepet makt i et bemyndigelsesperspektiv.

Oppgavens omfang: 9691 ord.

2.0 METODE

2.1 Hva er metode

I boken metode og oppgaveskriving for studenter 2007, definerer Dalland Metode. Han sier at metode er en fremgangsmåte for å frembringe kunnskap, et hjelpemiddel for å løse problemer for så å komme frem til ny kunnskap. Metoden forteller oss noe om hvordan vi bør gå frem for å oppdrive eller etterprøve kunnskap. Når vi velger metode velger vi den som best kan gi oss svar på det vi søker etter (Dalland, 2007:83).

2.2 Litteraturstudium som metode

I min bachelor oppgave har jeg valgt hermeneutikken som vitenskapssyn. Ut i fra dette vitenskapssynet har jeg valgt litteraturstudie som metode. Litteraturstudie er kvalitativ forskning. Funnene som jeg finner er gjort av andre, i vitenskapelige artikler og litteraturbøker skrevet av fagfolk. Det jeg finner skal kunne gi svar på problemstillingen. Metoden er som sagt kvalitativ. Kvalitative metoder brukes for å finne data som kan karakterisere et fenomen, fange opp mening og opplevelser som ikke lar seg tallfeste (Dalland, 2007:85). Grunnen til at jeg valgte litteraturstudie som metode var for å få en oversikt over tidligere forskning på området. Det viste seg at det var mye mindre enn jeg hadde forventet. Jeg har i oppgaven brukt en pasienthistorie fra praksis. Den har jeg delt opp i tre ulike eksempler for å belyse ulike problemområder ved å være rammet av afasi. Eksempelene vil derfor være preget av min egen erfaring.

2.3 Metodekritikk

En fordel med denne metoden er at det er et hav av litteratur som finnes. Det er mange søkemotorer som kan brukes for å finne fram til litteratur og artikler. Bøker fra pensum er også aktuelle å bruke. Ulempen med dette er at mye av litteraturen ikke er holdbar. Kunnskap om krav til litteratur er viktig for å sike ut mye av det som finnes. Litteraturen må være fagfelleverdert og skrevet av fagfolk. På internett finnes det mye, informasjonsmengden er stor, men mye av det som ligger der er useriøst og gir feilaktig informasjon. Da er det sikrere å bruke søkemotorer ved biblioteket hvor du kan få veiledning i forhold til relevante fagdatabaser. En mindre fordel ved denne metoden er at det finnes lite litteratur om brukermidvirkning til pasienter med afasi, noe som gjør det vanskelig å finne den beste litteraturen for oppgaven.

Valget av litteraturstudie som metode har økt min kunnskap om denne pasientgruppen. Jeg har lest mye litteratur om hjerneslag, afasi og brukermedvirkning. Selv om ikke all litteratur er relevant for oppgaven, har søking etter vitenskapelige artikler, og lesing av disse økt min kunnskap om sykepleie.

2.4 Databasen, søkeord

I begynnelsen av oppgaven var jeg med på et lite kurs ved universitetets bibliotek. Der fikk vi en gjennomgang på hvordan vi søker i ulike databaser, spesielt innenfor vår profesjon.

Databaser jeg har vært innom er sve-med, pub med, nor art, bibsys og idun. Ut i fra spørsmålene jeg har stilt meg for å få svar på problemstillingen har jeg brukt søkeordene hjerneslag, afasi, pårørende, brukermedvirkning, kommunikasjon, sykepleie og rehabilitering. Jeg har satt disse sammen i ulike kombinasjoner for å få flere treff, samt oversatt dem til engelsk. Jeg søkte også i helsebiblioteket sin database for å finne relevant forskning innenfor området.

2.5 Presentasjon av litteratur og kildekritikk

Jeg har valgt å stille meg tre ulike spørsmål for å finne svar på min problemstilling. Først avklarte jeg mine synspunkter i forhold til problemstillingen. Dalland(2007:92) sier at: «*vi skal være oss vår forforståelse bevisst*» for da blir det lettere og finne relevant litteratur. Når jeg selv har avklart mine meninger og holdninger til problemstillingen, vil det bli lettere å finne litteratur som eventuelt kan avkrefte egne synspunkter i saken. Ut i fra dette og de spørsmålene jeg har stilt, har jeg funnet relevant litteratur og forskning. Funnene er fra pensum i sykepleierutdanningen, men også utenfor utdanningens pensum.

Som litteratur til min oppgave har jeg valgt mye fra utdanningens pensum. Jeg ser på denne som sikker da den er valgt ut av fagpersoner ved universitetet. Via bibsys, som er en felles bokkatalog for universiteter og høyskoler, fant jeg flere bøker som jeg har valgt og bruke. Joyce Travelbees bok om mellommenneskelige forhold var en jeg valgte ut fra søket på bibsys. I tillegg til denne har jeg valgt å bruke original versjonen av boken som er på engelsk. Flere bøker som jeg har brukt etter mitt søk på bibsys er: Lærebok i rehabilitering av Kjersti Vardeberg og Lena, L Wekre, Makt og bemyndigelse av Ingun stang for å nevne noen. Dette er bøker som er fagfelleurdert og som jeg ser på som sikre kilder til bruk i oppgaven. For å få frem pasientens opplevelse av sykdom, har jeg brukt boken «Maria Maria». Boken er skrevet av Anne Karin Elstad, og der skildrer hun sine opplevelser av å være rammet av hjerneslag og afasi.

Gjennom mitt søk av forskningsartikler fant jeg flere som hadde relevans for oppgaven. Med mitt avklarte synspunkt for problemstillingen valgte jeg ut noen. En artikkel er artikkelen om brukermedvirkning i sykehusavdelinger. Denne undersøkelsen er en kvalitativ intervjustudie. Studien er en oppfølging av en spørreskjemasert kartlegging av brukermedvirkning på avdelingsnivå i helse midt- Norge. Forfatterne Marit Solbjør og Aslak Steinsbekk er begge forfattere ved Norges tekniske naturvitenskapelige universitet. Artikkelen er fagfellevurdert, som vil si at den er vurdert og godkjent av eksperter. Artikkelen redegjør for metodevalg, funn og resultater. I databasen pub med fant jeg to artikler. Den ene er om pasientens pårørende når han er rammet av afasi. Den er skrevet av Wallengren, Friberg og Segesten(2008). Metoden er fenomenologisk hermeneutisk. Den andre artikkelen heter «Kommunikasjon mellom ansatte og slagpasienter på en rehabiliteringsavdeling». Artikkelen som jeg fant i pub med måtte jeg oversettes til Norsk da de var på engelsk.

TEORIDEL

3.0 HJERNESLAG

3.1 Generelt om hjerneslag

Vært år blir ca. 15 000 mennesker i Norge rammet av hjerneslag(Olsen o.a. 2001:779). Det er den tredje hyppigste dødsårsaken i landet, og den sykdommen som fører i størst grad til funksjonshemming. Hjerneslag også kalt apoplexia cerebri, oppstår ofte som et hjerneinfarkt på grunn av en tett pulsåre. En annen årsak kan være hjerneblødning, men den er ikke like hyppig. Ved hjerneblødning er det en blodåre som sprekker(Norges handikapforbund, 2007). WHO definerer hjerneslag som: *En plutselig oppstått fokal eller global forstyrrelse av cerebrale funksjoner av sannsynlig vaskulær årsak*(Indredavik, 2004:125).

Vanlige risikofaktorer er høy alder, høyt blodtrykk, røyking, overvekt, diabetes mellitus, hjertesykdom, også koronar hjertesykdom, tidligere hjerteinfarkt og atrieflimmer(Indredavik, 2004:125). De ulike typene av hjerneslag har ulik prognose for overlevelse. Hjerneblødninger har høyest dødelighet med 35-50 % innen en måned. Hjerneinfarkter er noe mindre med 5-15 % dødelighet i den akutte fasen. Ca. 95 % av pasientene som er rammet av hjerneinfarkt i akuttefasen overlever, derfor er denne den hyppigste man ser i rehabiliteringsfasen(Indredavik, 2004:128). Pasienter som blir rammet av hjerneslag blir innlagt på sykehus (slagenheter) for diagnostikk og behandling. Der blir det kartlagt utfall av slaget, og utløsende faktorer. Etter den akutte fasen, blir det satt sammen et tverrfaglig team rundt pasienten, som kan bestå av logoped, fysioterapeut, sykepleier og lege, alt etter hvilke utfall pasienten har fått. Sammen med pasienten blir det satt opp mål for rehabiliteringen, samt oppfølging etter sykehusopphold. Behandling i slagenhet etter et slag har gitt redusert dødelighet, bedret funksjonsevne og livskvalitet sier Indredavik i boken «Lærebok i rehabilitering». I løpet av tiden på sykehuset bør det utarbeides en rehabiliteringsplan der pasienten er med på å sette opp mål, tiltak osv. Det oppstår ofte komplikasjoner hos pasienter som er rammet av hjerneslag. Noen er depresjoner, emosjonell inkontinens, vaskulær demens, hjerte- kar problemer, lungeproblemer, problemer med svelg og mage tarm funksjonen for å nevne noen(Indredavik, 2004:128-129). En stor del av pasientene som blir rammet av hjerneslag får utfall i afasi som er en språkforstyrrelse.

3.2 Afasi

"AFASI må defineres som et språk fra det urgamle landet, der man var nødt til å møte livet ansikt til ansikt for å kunne lære hverandre å kjenne, og for å kunne danne et felles språk."
(Vigdis T. Forsberg).

Afasi er ikke medfødte språkvansker, men skyldes skade i venstre hemisfære(hjernehalvdel). Hvor stort utfallet blir, er avhengig av hvor stor skaden er. Det er flere typer afasi, motorisk, sensorisk og total afasi. Jeg vil si litt om motorisk afasi, da det er denne som har relevans for oppgaven. Motorisk afasi er det samme som ekspressiv afasi. Pasienten får problemer med å uttrykke seg. Han forstår det meste som blir sagt til han. Pasientens ordforråd kan være svært begrenset, bare ja og nei stavelser og korte fraser og faste uttrykk kan være det han får til. Talen kan være oppstykket av pauser og en hører ofte banneord(Olsen o.a. 2001:798).

4.0 KOMMUNIKASJON

4.1 Kommunikasjon som begrep

Som spedbarn har vi en medfødt evne til å kommunisere. Gjennom barnets blikk, fingrer, bevegelser og lyder forteller barnet oss noe. Barnet får oss til å føle, tenke og handle. Gjennom hele livet kommuniserer vi, verbalt eller nonverbalt. Begrepet kommunikasjon kommer fra det latinske ordet *communicare*. *Communicare* betyr å gjøre noe felles. Et annet begrep er ordet relasjon som betyr forbindelse mellom mennesker (Eide & Eide, 2007:17). Det er altså to eller flere i et kommunikasjonsforhold. Eide og Eide (2007:17) definerer kommunikasjon som: «*Utvexling av meningsfylte tegn mellom to eller flere parter*». Definisjonen sier at det er minst to parter i et kommunikasjonsforhold. Begge parter både påvirker og står i et utvekslingsforhold til hverandre. Partene kan uttrykke seg muntlig og ved å gi hverandre signaler.

4.2 Non verbal kommunikasjon

Non verbal kommunikasjon kan være et viktig hjelpemiddel for å bygge opp en relasjon, skape motivasjon og hjelpe den andre til å bruke sine ressurser så godt som mulig. Non verbal kommunikasjon forteller noe om begge parter i en dialog, og om relasjonen mellom dem. Eide og Eide sier at non verbal kommunikasjon avslører ofte ubeviste og beviste reaksjoner hos en selv. Et smil, en bekymret rynke og et utålmodig kremt kan fortelle mye. Videre sier Eide og Eide at non verbal kommunikasjon er et resonerende språk, som forteller noe om begge parter i en dialog, og som forteller noe om relasjonen mellom disse (Eide & Eide, 2007:198).

5.0 SYKEPLEIETEORETIKER JOYCE TRAVELBEE (1926-1973)

Joyce Travelbee var psykiatrisk sykepleier og ble født i New Orleans i 1926. Hun arbeidet som lærer i sykepleieutdanningen og ble etter hvert leder for profesjonen. Travelbee gikk bort i 1973, bare 47 år gammel (Travelbee, 2001:5).

5.1 Syn på sykepleie

Joyce Travelbee fokuserer i sin teori på de mellommenneskelige forhold mellom pasient og fagutøver. I sin bok «Interpersonal aspects of nursing(1971:7-8)» definerer Travelbee sykepleie som:

Nursing is an interpersonal process whereby the professional nurse practitioner assist an individual, family, or community to prevent or cope with the experience of illness and suffering and, if necessary, to find meaning in these experiences.

Her sier Travelbee at sykepleie er en mellommenneskelig prosess fordi sykepleie bestandig innebærer kontakt med mennesker direkte eller indirekte. Sykepleieren vil stå ovenfor syke eller friske individer, deres familie, venner, personale og andre tverrfaglige grupper som har med den hjelpende og gjøre. Travelbee sier også at sykepleie er en prosess som hun mener er en erfaring, mulig en rekke hendelser som finner sted mellom sykepleieren og den som trenger sykepleierens hjelp. Videre sier hun at det finnes et samspill mellom den syke og sykepleieren, der det er en gjensidig påvirkning der sykepleieren innvirker på mottakeren som igjen innvirker på sykepleieren.

Travelbee tar her utgangspunkt i at mennesket er et «enestående» uerstattelig individ. Hun sier individ i sin definisjon, fordi hun ikke vil generalisere oppfatning av mennesker. Hun bruker ikke ordene pasient og sykepleier fordi hun mener at de sletter ut menneskes spesielle trekk og fremhever kun felles trekk. Hun sier:

Once a human being has been categorized as «patient, » all of the meanings a nurse attaches to this concept become a broad generalization covering “all patients” and the nurse may ignore or disregard the factor of unique differences between “patients”. “the nurse will think of “all patients” as being alike and similar, and will focus on similarities to the extent that she may forget that the human being who is “patient 1” is not the human being who is “patient 2” and so on (Travelbee, 1971:31-32).

Travelbee sier at ved å bruke ordet pasient på alle, vil begrepet bli en bred generalisering av alle pasienter der en ser bort fra at alle er individuelle individer med unike forskjeller. Alt som sykepleieren tenker om alle pasienter vil påvirke samspillet med alle hun gir omsorg til.

Travelbee's teori bygger på en eksistensialistisk filosofi som tydelig kommer frem i begrepene hun velger for å fremheve ansvaret og karakterer i sykepleien. De viktigste begrepene er mennesket som individ, lidelse, håp, menneske-til-menneske-forhold og kommunikasjon(Travelbee, 1971:30).

Jeg har valgt å fokusere på Travelbees teorier om menneske-til-menneske-forholdet, og hennes teori om kommunikasjon. Dette er fordi jeg mener at det er disse to aspektene som har relevans for oppgaven, men også for å begrense omfanget. I sin definisjon av hva sykepleie er nevner hun også familien. Dette mener jeg er en viktig del av sykepleien, og vil belyse dette i oppgaven.

5.2 Menneske til menneske forhold

I boken mellommenneskelige forhold sier Travelbee at et menneske-til-menneske-forhold er et virkemiddel for å gjøre det mulig å oppfylle sykepleierens mål og hensikt i arbeidet for å hjelpe et individ. Hun sier videre at den endelige kompetansen for sykepleieren er alltid i hvilken grad den som er syk og hans familie har fått hjelp til å mestre sykdommen/lidelsen. Sykepleieren må i et hvert møte med den syke lære han å kjenne, finne hans behov for så å ivareta disse. Travelbee sier at menneske-til-menneske-forholdet ikke kommer av seg selv, det er noe som bygges opp etter hvert som det samhandles med den syke. Sykepleieren må kjenne seg selv, vite hva hun gjør, tenker, føler og erfarer(Travelbee, 2001:113-114).

Travelbee nevner videre fire sammenhengende faser som sykepleieren må gå gjennom for at et menneske-til-menneske-forhold skal etableres, disse er:

1. Det innledende møte.
2. Framvekst av identiteter.
3. Empati.
4. Sympati og medfølelse
5. Gjensidig forståelse og kontakt(Travelbee, 2001:117).

For å oppnå et menneske-til-menneske-forhold må det til en interaksjon mellom sykepleier og pasient. Interaksjon defineres som: *All kontakt der to individer øver gjensidig innflytelse på hverandre og kommuniserer verbalt og/eller non-verbalt*(Travelbee, 2001:173).

Kommunikasjon vil da være et viktig redskap når det kommer til å etablere et menneske-til-menneske-forhold.

6.0 BRUKERMEDVIRKNING OG AUTONOMI- JURIDISKE ASPEKTER

Tankene om brukermedvirkning bunner ut i to historiske etikktradisjoner. Autonomiprinsippet er det ene som legger vekt på å bestemme over eget liv. Det andre er partisipasjonsprinsippet, der det vektlegges deltagelse i beslutninger om egen situasjon som hensiktsmessig ut fra trivselsmessige, pedagogiske eller helsemessige forhold(Lingås, 2005:93) I pasient og brukerrettighetsloven(1999) kapittel 3, er det nedfelt brukers rett til medvirkning. Her står det:

Pasient og bruker har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester.

Pasienten har herunder rett til å medvirke ved valg av tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder. Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon(Pasient og brukerrettighetsloven § 3-1).

I yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, er det nedfelt under punkt 2 at sykepleieren skal ivareta pasientens verdighet og integritet som er retten til helhetlig sykepleie, retten til å være medbestemmende og retten til ikke å bli krenket. Videre står det i punkt 2.4 at sykepleieren skal: *«Fremme pasientens muligheter til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon, og forsikre seg om at informasjonen er forstått»*(ICN, 2001).

Brukermedvirkning kan sees i sammenheng med synet på menneskeverd og autonomi i menneskerettighetstenkningen. Her blir selvbestemmelsesretten sett på som en kompetanserettighet, som vil si at alle har en rett til å være kompetente til å medvirke i eget liv. Når funksjonsnedsettelse begrenser evnen til å forstå eller til å foreta valg, er samarbeid med pårørende eller andre interesseorganisasjoner viktig for å overholde dette(Lingås, 2005:96-97).

DRØFTINGSDEL

7.0 Å LEVE MED AFASI

7.1 Eksempler fra praksis

«Olav» er en 82 år gammel mann som har blitt rammet av hjerneslag i venstre hemisfære. Dette ga seg utfall i afasi og parese i høyre side. Olav har tidligere vært rammet av slag, der gjenopptrening gav positive resultater. Dette var mange år siden. Nå er Olav 82 år og har mistet språket. Han skjønner det som blir fortalt til han, men klarer ikke å uttrykke seg. Olav er nå i begynnelsen av rehabiliteringsprosessen.

Eksempel 1.

Jeg kom inn til Olav etter morgenstell. Olav var akkurat ferdig med frokosten og satt og stirret ut av vinduet. Etter medisintdeling hadde jeg litt ekstra tid til overs, og tenkte at det var en god mulighet til å lære Olav litt bedre å kjenne. Jeg satte meg ned ved siden av han, og startet samtalen med å spørre hvordan natten hadde vært. Olav stirret bare ut av vinduet uten en mine. Etter flere ganger å ha prøvd å få Olavs oppmerksomhet, ble han brått sint og skjøv meg bort. Jeg kunne se at tårene rant. Som student følte jeg meg maktesløs, jeg viste ikke hvordan jeg skulle gå frem ovenfor Olav, derfor prøvde jeg å trøste han så godt jeg kunne. Dette førte til at Olav ble enda mer sint, jeg forlot rommet og følte meg udugelig som sykepleiestudent.

Eksempel 2.

Olav hadde akkurat ringt på klokka da jeg kom inn på rommet hans. Han begynte å kaste med armene da han så meg. Han prøvde å forklare meg noe. Er du tørst? spurte jeg. Han ristet på hodet. Jeg gikk bort til senga, klappet på den og spurte om han vil legge seg nedpå litt. Olav ristet på hodet og jeg kunne se håpløsheten i øynene. Kanskje du må en tur på toalettet? Fortsatte jeg, men det ville han heller ikke. Olav ble tydelig irritert. Han kastet på armene i et forsøk på å få meg til å forstå. Jeg klarte ikke å skjønne hva Olav ønsket, og ringte på klokken for å få hjelp. Etter en stund kom det inn en sykepleier. Hun hadde jobbet i mange år på avdelingen. Hun gikk bort til Olav. Olav ble roligere. Han har nettopp hatt trening og pleier da å legge seg nedpå litt, sa sykepleieren. Hun hjalp Olav i seng. Etter at vi forlot rommet fortalte jeg sykepleieren hvor ubehagelig dette hadde vært for meg, at jeg ikke forsto hva det var han

ville. Jeg hadde tilbydd Olav å legge seg, men jeg hadde oppfattet det som om at han ikke ville.

For Olav, dreier dagen seg om trening. Det har blitt satt i gang trening med fysioterapeut, logoped og ergoterapeut. Hele dagen hans består i trening. Etter flere uker ser man en tydelig sliten mann. Han smiler ikke like ofte lenger. Dette er en mann som tidligere har hatt mye humor, som har vært veldig sosial, med mange venner og en stor familie. Det blir spørsmål om veien videre for Olav. Videre rehabilitering, og hvor denne skal skje. Skal han sendes hjem til sin hjemkommune, der han får opptrening bare to ganger i uken, eller skal han sendes til en annen kommune der han får et bedre tilbud innenfor rehabilitering. Olav hadde selv gitt uttrykk for ved flere anledninger at han vil være i nærheten av sin familie. Det blir satt av samarbeidsmøte der pasienten og pårørende får være med i avgjørelsene for videre rehabilitering.

Eksempel 3.

Under rapport blir Olav diskutert. Det er usikkerhet rundt hva som skal skje videre, hva som er best for Olav. Det letteste ville jo være å sende ham dit han fikk mest hjelp, men dette hadde Olav gitt uttrykk for at han ikke ønsket. Han hadde lyst til å være nær familie og venner. Fra Ergoterapeut og fysioterapeut ble det sagt at det ikke var så mye mer å hente når det kom til opptrening. Olav var ikke like sterk som tidligere. Etter flere uker trening kunne de ikke se at det hadde gått i positiv retning. Pårørende hadde gitt uttrykk for at de vil se Olav på bena igjen. Etter en uke ble det tatt en avgjørelse. Olav hadde fått tildelt plass ved et rehabiliteringssenter i en kommune langt unna familie og venner.

7.2 Pasientens opplevelse av å være rammet av hjerneslag/afasi

Brinchmann(2008:25) sier at som sykepleiere skal vi ha et holistisk menneskesyn, jeg vil da se på mennesket som et helhetlig fenomen, ikke bare pasientens diagnose og behandling. Dette innebærer at jeg ser på pasientens fysiske, psykiske, sosiale og åndelige behov(Blix, Breivik, 2006:11). Grunnleggende behov er viktig og ivareta hos alle som er rammet av sykdom, men jeg vil også se på pasientens forståelse av å ha blitt rammet av sykdom. Fra å være frisk den ene dagen, til plutselig å være rammet av hjerneslag og språkvansker, kan oppleves som en krise for pasienten. Tap av tidligere funksjoner kan føre til stor sorg, frustrasjon og sinne både hos pasienten og hos hans nærmeste pårørende. Hvordan et menneske håndterer en krise kan være veldig individuelt. Renolen(2008:164) sier at pasientens støtte fra familie, venner og arbeidsmiljø kan ha stor innvirkning på hvordan et

menneske håndterer en krise, samt pasientens kunnskaper og tidligere erfaringer. Med dette i bakgrunn vil jeg fokusere på pasientens og pårørendes opplevelse av sykdom, hvilke tanker og følelser de har og deres ressurser. For å få frem tanker og følelser hos pasienten, har jeg brukt Anne Karin Elstads bok «Maria Maria». Elstad skildrer i sin bok hennes egne opplevelser av å bli rammet av hjerneslag. Maria er en aktiv yrkeskvinne som plutselig blir rammet av hjerneslag og afasi, og forteller hvordan dette oppleves:

Opplevelsen opprører henne, følelsen av hjelpeløshet, av å være helt overlatt til seg selv. Denne ensomheten skremmer. Hun kjenner savnet av ordene som kan hjelpe henne ut av dette. En spiss redsel i henne. Vil ordene finne veien ut av henne igjen, nå frem til dem som er utenfor henne? For de er jo der, alle ordene, inne i henne(Elstad, 1988:84).

Her kommer det klart frem hvordan Maria opplever å være rammet av hjerneslag og afasi. Hun sier at hun føler en hjelpeløshet og ensomhet som skremmer henne. Hun beskriver også sin afasi, der hun ikke klarer å formidle ordene som er inne i hodet hennes, og hun sier at ordene er det som kan hjelpe henne ut av situasjonen. Jeg får forståelsen av at Maria uttrykker en håpløshet. (Travelbee, 2001:122) sier at den som opplever håpløshet, er uten håp. Trolig på grunn av at personen har lidt mentalt, fysisk eller åndelig altfor lenge og for intenst. Travelbee sier videre at det blir den profesjonelles oppgave å gjenvinne håpet hos den som opplever håpløshet. For å hjelpe pasienter med å finne håp, må sykepleieren vise sin tilgjengelighet, være der fullt ut, oppfatte signaler fra den syke. Håpet kommer innenifra og kan gi en mening med situasjonen. For at sykepleieren skal forstå pasienten her må hun kunne lese kroppsspråk og ikke minst ansikts uttrykk, da pasienten er rammet av språkvansker. Er jeg lite oppmerksom på pasientens velvære eller pasientens fysiske behov, kan jeg være årsaken til at pasienten føler håpløshet. Ved og klinisk å observere pasienten vil jeg kunne se pasientens behov. Det er ikke pasienten som skal fortelle om sine behov, dette skal en erfaren sykepleier kunne se. Travelbee sier også at håp står i forbindelse med valg, noe som tilsier at pasienten skal være i sentrum for avgjørelser i forhold til sin egen pleie.

Maria skildrer også hvordan hjelpeløsheten fører til ensomhet. I Blix og Breiviks bok, *basisbok i sykepleie*(2006:90), blir det sagt noe om emosjonell ensomhet som forårsakes av tap av nær tilknytning til andre mennesker. Når ikke Maria når frem til noen med sine ord, føler hun seg innestengt og alene med bare sine tanker. Hun skildrer videre i boken: «*Maria tenker at det finnes en ensomhet som er så stor at du ikke kan dele den med andre. En ensomhet som finnes bare ved livets absolutte ytterpunkter*»(Elstad, 1988:113). Denne

ensomheten følte Maria da hun trodde at hun skulle dø, og da hun ble klar over at hun skulle få leve. En takknemlighet over livet. Hun opplever sorg og glede helt alene.

I Blix og Breiviks bok beskrives flere dimensjoner i ensomhetsopplevelsen. Det var spesielt en jeg fant som jeg mener har betydning for Marias opplevelse. Denne beskrev de som en desperasjon, med sterke følelser som håpløshet, hjelpeløshet, redsel og panikk (Blix & Breivik, 2006:90). Dette viser at ensomheten kan sees i sammenheng med opplevelsen av hjelpeløshet og håpløshet. Som en spiral påvirker det ene det andre.

Betydningen av å bli snakket til, og ikke om, skildrer Maria som en følelse av å være menneske igjen. Maria beskriver flere ganger hvitkledde mennesker som prater over henne, som om hun ikke eksisterer:

Legen smører noe klisset på brystet hennes, holder et apparat mot det, mens han ser på en skjerm og sier uforståelige ord til noen hun ikke kan se. Han ser ikke på henne og snakker ikke til henne. Det er ekkelt. Hun kjenner seg som en pakke (Elstad, 1988:92).

Her kommer det frem hvor viktig det er at sykepleieren henvender seg til pasienten, ikke bare ser sykdommen og behandlingen, men ser mennesket som en helhet. Selv har jeg erfart hvor snart det er å snakke over pasienten. Spesielt når det er flere pleiere inne på rommet samtidig. Dette tror jeg forekommer ofte, sikkert ikke bevisst. Maria føler seg tingliggjort. Dette kan sees i sammenheng med et reduksjonistisk menneskesyn. Et reduksjonistisk menneskesyn betrakter kroppen som et objekt, der mennesket blir satt til side og bare sykdommen er i fokus. Pasienten blir ikke sett og bekreftet som det menneske det er, men som et objekt/ting uten en forståelse av seg selv. Dette ser jeg kan få konsekvenser for kommunikasjon og samhandling (Brinchmann, 2008:30-31).

8.0 HVORDAN KAN JEG SOM SYKEPLEIER IVARETA PASIENTENS BRUKERMEDVIRKNING NÅR HAN ER RAMMET AV AFASI?

8.1 Sykepleierens møte med den afasirammede

Travelbee(2001:172) sier at sykepleieren har som hoved oppgave å utvikle et menneske- til menneske forhold til pasienten, der den syke og hjelperen forholder seg til det unike ved hverandre. Der erfaringer og opplevelser deles av den hjelpetrengende og den syke. Der familien, den syke eller samfunnets sykepleiebehov blir ivaretatt. For at jeg skal lære pasienten å kjenne, få frem det unike hos han, ser jeg at jeg vil komme til å bruke mye tid sammen med pasienten, for å bygge opp en relasjon mellom pasienten og meg. Hensikten vil være å forebygge og lindre sykdom hos den syke og familien. Jeg må også tilegne meg nok kunnskap om pasientgruppen slik at jeg lettere kan nå frem til pasientens behov.

Travelbee(2001:44) sier at det er to ting som kjennetegner den profesjonelle sykepleieren, det første er terapeutisk bruk av seg selv. Dette gir meg en forståelse av at jeg må ha kunnskap om mennesker, jeg må ha en forforståelse av hva det vil si å være syk. For at jeg skal tilegne meg denne kunnskapen, må jeg ha selvinnsett og selvforståelse slik at jeg skjønner hvordan andre reagerer og opplever sykdom. Ved å tolke min egen adferd, kan jeg lettere forstå andres. Travelbee sier:

Dersom sykepleieren ikke finner mening i lidelse, hvordan kan hun da hjelpe den som lider, til å se sin virkelighet i øynene, mestre den, utholde den og på en eller annen måte finne en form for mening i slike tragiske erfaringer(Travelbee, 2001:46).

Travelbee(2001:38) sier at å hjelpe pasienten eller familien til å finne en mening med sykdom, kan være vanskelig da sykdom ofte er sett på som noe negativt. Jeg tror at sykepleierens holdninger av hva sykdom er, kan ha stor innflytelse på hvordan pasienten oppfatter sykdommen. Noen sykepleiere har en oppfatning av at pasienten ikke kan bli bedre, spesielt når det gjelder eldre mennesker. De blir sett på som en maskin som er brukt og utslitt, som ikke trenger å bli reparert. Dette er en holdning som ikke vil være til hjelp. Alle har noe som kan forbedres, noen ressurser som kan bli bedre. Dette er en viktig oppgave som sykepleieren kan hjelpe pasienten til å finne mening i. Det andre Travelbee nevner som er en viktig oppgave hos en profesjonell sykepleier er at sykepleieren har «En disiplinert intellektuell tilnæringsmåte». Dette forstår jeg som en evne til å nå fram til den syke ved å bruke de fagkunnskaper jeg har tilegnet meg gjennom sykepleiestudiet, samt gjennom refleksjon og logisk tankegang. Da vil jeg finne mening i situasjonen. Denne tilnæringsmåten er en mer

teoretisk framgangsmåte, derfor er det en nødvendighet at sykepleieren innehar en terapeutisk forståelse også, da disse to er uatskillelig (Travelbee, 2001:43).

For at jeg skal få innsikt i Olavs opplevelse av sykdommen, vil jeg benytte empati. Empati er en grunnleggende evne til å leve seg inn i en annens situasjon, (Sneltvedt, 2008:151). Jeg vil da være følelsesmessig åpen, for å klare å oppfatte hva Olav føler, og hvordan jeg bedre kan være til hjelp. Gjennom min evne til empati kan jeg få en oversikt over Olavs ressurser, dette for å se dem i forhold til kravene som stilles etter å ha blitt rammet av hjerneslag. Ved at jeg lar meg følelsesmessig berøre, vil jeg i større grad kunne skjønne hva som kreves av pasienten, få en forståelse av hva som står på spill. (Sneltvedt, 2008:152) sier at jeg som profesjonsutøver må inneha ulike handlingsredskaper som brukes i praksis for å løse forskjellige situasjoner. Dette er blant annet en forestillingsevne der jeg ser for meg hvordan pasienten opplever det å være rammet av sykdom. Jeg bruker da min moralske fantasi som gjør at jeg kan forstille meg hvordan pasienten har det uten å ha opplevd det samme selv. Jeg ser at det kan være en fare ved dette, da følelsene mine kan bli så sterke at jeg mister fokus på pasienten, og blir da mer opptatt av meg selv.

Et fellestrekk hos pasienter som er rammet av hjerneslag er at de utvikler psykiske forandringer (Olsen o.a. 2001:800). Dette skyldes som regel hjerneskaden eller reaksjonene på sykdommen. Mange som er rammet av hjerneslag blir veldig emosjonelle, de blir ofte sinte og tar til tårer. Dette kommer frem i eksempel 1, der jeg som student kommer inn for å bli kjent med Olav, og han svarer med sinne. Etter dette, har jeg erfart at det ofte vil være nok å la pasientene være alene, til reaksjonene har gått over. Å prøve å trøste Olav, kan mange ganger gjøre situasjonen verre, noe som kom frem av eksemplet. Det jeg har erfart i senere tid i arbeidet med slagrammede, er at å informere pasienten og pårørende om disse forandringene vil være med på å berolige dem da de på forhånd vet at det er en vanlig reaksjon (Olsen o.a. 2001:800). Pårørende kan bli veldig redde og engstelige hvis de ikke har blitt informert om dette på forhånd. Det er også viktig at informasjonen er forstått. Når mennesker er rammet av en krise, kan det ta lengre tid for at informasjonen er bearbeidet. God nok kunnskap og informasjon om sykdommen kan gi pasienten en følelse av mestring. Mestring forutsetter at pasienten står i sentrum for handlingene og at han er med på å utføre dem (Eide & Eide, 2008:56). Alder har også betydning for hvor godt informasjonen blir mottatt.

Aldringsprosessen fører til forandringer både biologisk og psykologisk (Bondevik, Nygård, 2006:18). Dette er det viktig å ta hensyn til, da dette kan gi seg utslag i blant annet dårlig hørsel. Det blir viktig å forsikre seg om at informasjonen er forstått, gjerne ved å gjenta

informasjonen flere ganger. For å få bekreftet at pasienten har forstått, kan det være aktuelt å stille såkalte «kontroll» spørsmål. Det er mange biologiske prosesser som skjer ved aldring, men å gå inn på alle områdene her vil være for omfattende. Noen jeg vil nevne her er dårlig hukommelse, svekket læringsevne og følelsesliv. Det er viktig å tenke på at det er store individuelle forskjeller når det kommer til aldringsprosessen, men det er viktig at jeg som kommende sykepleier og andre faggrupper har noe kunnskap om dette. For at jeg skal se mennesket som en helhet ser jeg at jeg må se på hele mennesket, de forskjellige dimensjonene som det er satt sammen av. For slik jeg ser det, påvirker det ene det andre.

8.2 Hvordan kan god kommunikasjon fremme pasientens brukermedvirkning?

Travelbee sier at for å få til et menneske- til menneske forhold vil kommunikasjon mellom den hjelpetrengende og fagutøveren være av stor betydning. Jeg ser med dette at jeg må tilegne meg kunnskap om kommunikasjon, da dette vil være avgjørende for om jeg klarer å skape et menneske til menneske forhold til pasienten. Videre bruker Travelbee følgende definisjon:

Det å meddele eller overføre utveksling av tanker eller meninger: en prosess der meninger utveksles mellom individer gjennom et felles system av symboler (som språk, tegn eller gester)...(Travelbee, 2001: 136).

Vi kommuniserer forskjellig avhengig av hvem vi kommuniserer med, om det er privatpersoner eller som yrkesutøvere. Eide & Eide(2008:75) sier at profesjonell kommunikasjon har et helsefaglig mål. Dette har jeg fått forståelsen av skal « fremme helse, forebygge sykdom, gjenopprette helse og lindre lidelse(jf. ICN 2001). I internasjonale retningslinjer for sykepleiere heter det at jeg skal yte sykepleie uavhengig av hudfarge, alder, trosoppfatning, kultur, funksjonshemming eller sykdom. Jeg vil med dette vise respekt for det enkelte menneskes liv og iboende verdighet. Ut i fra dette ser jeg at sykepleie baseres på barmhjertighet, omsorg og respekten for den syke og hans pårørende(Eide & Eide, 2007:19). Dette innebærer også at jeg vil la pasienten fremgå som et selvstendig individ, der jeg møter pasienten med respekt og tar han på alvor. (Eide & Eide, 2007) sier at kommunikasjonsbegrepet blir et hjelpende begrep, det skal være til mest mulig hjelp for pasienten. Ut i fra dette ser jeg at tillit, trygghet og mestring vil være hovedbudskapet i hjelpende kommunikasjon.

Olav er rammet av en motorisk afasi, som vil si at han skjønner det som blir sagt til han, men han selv finner ikke ordene. Dette har jeg sett er veldig frustrerende for denne pasientgruppen, der også håpløsheten er fremtredende. Dette kommer godt frem under eksempel 2, der Olav ikke får fortalt hva det er han ønsker, og blir frustrert. Da sykepleieren kommer inn, har hun opparbeidet et kjennskap til Olav på forhånd og skjønner med en gang at han vil legge seg ned på litt. Sykepleieren har jobbet på avdelingen en stund, og har mest sannsynlig vært i kontakt med Olavs pårørende. Hun har lært Olav å kjenne på en helt annen måte gjennom hans nærmeste familie. Da hun også har tidligere erfaring med afasirammede, vil hun være mye bedre forberedt på å møte Olav, enn det jeg var som uerfaren student. Jeg må tilegne meg nok kunnskap om denne pasientgruppen for at jeg skal kunne kommunisere med pasienten, bli kjent med pasientens pårørende, samt ha evne til empati. Et problem i forhold til dette er at det mange ganger blir satt inn helsepersonell som er ufaglærte, de har rett og slett ikke nok kunnskap om denne pasientgruppen. Dette viser en artikkel av Jones, O'Neill, Watermann og Webb(1997), der mangel på ressurser og kvalifiserte fagpersoner har negativ innflytelse på relasjonene mellom helsepersonell og de slagrammede. Artikkelen viser også at tidspress er en faktor som påvirker dette.

For å lære å kommunisere med afasirammede ser jeg at samarbeid med tverrfaglige grupper er en nødvendighet. Samarbeid med logoped vil være sentralt, da de ofte har tett oppfølging rundt pasienter rammet av afasi. De er spesialiserte på dette området og kan komme med gode metoder og redskaper som jeg kan bruke når jeg skal kommunisere med denne pasientgruppen. Da jeg under en av mine praksiser fikk et nært samarbeid med en logoped, fikk jeg et innblikk i hvordan jeg kunne gå frem for å kommunisere med den afasirammede. Logopeden kom med flere råd i forhold til dette. Noen av rådene han gav meg var at det var svært viktig å sette av god tid til den afasirammede og unngå bakgrunnsstøy. Altså en så stille og rolig atmosfære som mulig. Det er viktig færrest mulig er med i samtalen, da den afasirammede ikke klarer å snakke med flere samtidig. Da mye av kommunikasjonen er non verbal, vil det også være viktig at den afasirammede kan lese ansiktet til den han skal kommunisere med. Bruk av kroppsspråk og humor er også viktig. Humor kan være med på å gi situasjonen et nytt perspektiv på en ellers så fastlåst situasjon, samt redusere spenning mellom sykepleieren og den afasirammede(Eide & Eide, 2008:243). Det som vil være viktig å være klar over, er at humor ikke bestandig passer seg, da tenker jeg på vitsing, fleip og moro. Det er ikke alle man kan ta i bruk humor hos. Men hos enkelte kan den være et redskap for å skape kontakt, tillit og nærhet. Humor kan styrke bånd mellom pasienten og sykepleieren. Jeg

mener at hvis jeg klarer å formidle en vennlighet i humoren, kan den være et godt redskap under kommunikasjon med den afasirammede. Spesielt med Olav, da han tidligere har vært en svært så humoristisk mann. Under en samtale med afasirammede er det også viktig at praten foregår rolig og at setningene ikke blir for lange. Logopeden fortalte meg at tonefallet er svært viktig, da det mange ganger kan bli for høyt. Mange har den oppfatning av at afasirammede hører dårlig, det er ikke bestandig tilfelle. Mange afasirammede hører godt og det vil selvsagt da være unaturlig å heve stemmen.

For pasienter som er rammet av afasi, vil verbal kommunikasjon ofte ikke være tilstrekkelig (Eide & Eide, 2008:389). Olav har god oppfatningsevne men klarer ikke å uttrykke seg. Han vil ikke klare å svare, derfor ser jeg at jeg må ta i bruk non verbal kommunikasjon. (Eide & Eide, 2008:197) sier at non verbal kommunikasjon er et resonerende språk som forteller noe om begge parter i en dialog. Jeg ser med dette at å lytte aktivt til Olav, vil være veldig viktig for å forstå hans non verbale uttrykk. Jeg vil også vise Olav at jeg henvender meg til han fullt ut, slik at han ser at jeg er der for ham. I Sundin og Jansson (2003) sin artikkel «Forstå og bli forstått», kommer det frem at å speile følelser og uttrykk i en stille dialog, vil være til stor hjelp i møte med den afasi rammede. Ved at jeg ser Olav og gir han oppmerksomhet, blir han forstått og møtt på halvveien. I et likeverdig forhold, blir det lettere for Olav og for meg som fagutøver, å være åpne i forhold til hverandre.

Pasienter med afasi har ekstra behov for å bli inkludert i samtaler. Dette er viktig på grunn av trening, men også for at pasienten skal bevare evnen til å uttrykke seg. Mister man denne er det stor fare for ensomhet. (Eide & Eide, 2007:389) skriver at en stor feil som ofte blir gjort i møte med afasirammede, er og ikke inkluderer dem i samtaler, og å unnlate å informere dem. De blir ofte møtt med taushet begrunnet i at personalet ikke tror at de forstår. Dette tror jeg kan være årsak i at mange er usikre på hvordan de skal forholde seg til denne pasientgruppen, og mangel på kunnskap. Det var dette jeg følte da jeg traff denne pasientgruppen første gang, jeg fikk en følelse av å være handlingslammet, mange unngår derfor å ta kontakt med dem.

Mitt kroppsspråk vil være av stor betydning for Olav, for det er med kroppsspråket jeg signaliserer om jeg er der for han. Det viktigste for meg vil være at jeg møter Olav på en bekræftende og oppmuntrende måte, slik vil jeg skape trygghet og tillit hos han. Trygghet og tillit mener jeg er viktig da det gir pasienten mulighet for å åpne seg for meg, slik at jeg kan ta del i hans tanker og følelser. Når Olav er trygg på meg som fagutøver, og ser at jeg forholder meg fullt og helt til han, kan dette være med på å gi han motivasjon som igjen fører til en

følelse av mestring. Følelse av mestring mener jeg er veldig viktig i spørsmålet om brukermedvirkning, da mestring fører til at pasienten har situasjonen under kontroll (Eide & Eide, 2007:171).

8.2 Pårørende som ressurs for å styrke pasientens brukermedvirkning

Når et menneske blir rammet av akutt sykdom, blir også familie og venner berørt. Dette viser artikkelen «Utsikt rundt neste sving» skrevet av Wallengren, Friberg og Segesten (2008).

Hjerneslag endrer livene til både den som blir rammet og til hans nærmeste familie.

Wallengren, Friberg og Segesten (2008), gjorde en undersøkelse der seksten slektninger av slagpasienter ble spurt om hvordan det var å være pårørende til en slagrammet. Det var spesielt to aspekter som gav seg gjeldende, det første var å være i kaos, det andre var å søke etter orden i kaoset. Å være i kaos kan sees i sammenheng med å være i en krise. Familien blir berørt i like stor grad og vil oppleve en egen sorg. Jeg ser at det vil bli like viktig å ivareta familien i denne prosessen, da familien har stor betydning for om pasienten blir bedre eller ikke. Jeg tror at pasienter med nære familierelasjoner, snarere kan komme seg i et sykdomsforløp. Pårørende kan være en stor ressurs for pasienten. For å få ta del i deres ressurser må jeg få til et samarbeide med dem. Informasjon om sykdom og rehabiliteringsprosessen er viktige faktorer for meg å gi til pårørende. I tillegg til at jeg tilbyr dem samtaler kan jeg også informere om diverse kurs, pårørendekvelder o.l. Slike kurs inneholder ofte informasjon om skade, sykdom, psykiske reaksjoner osv. Jeg kan fra tidligere praksiser se at Sykepleieren har en stor del av kontakten med pasientens pårørende, og vil derfor være et knutepunkt mellom pasienten, pårørende og de andre i det tverrfaglige teamet.

Pårørende er ofte sammen med pasienten, noen overnatter, andre er innom på dagsbesøk. Det som er synd er når fagpersoner ser på pårørende som en belastning, noe jeg selv har opplevd. Å se familien som en del av Olav mener jeg vil bli viktig. Jeg tror at et godt forhold til Olavs nærmeste familie kan hjelpe han i sykdomsprosessen. Bare det å tilby en kopp kaffe og et lite måltid vil kunne bety mye for dem. Ved å ta godt vare på pårørende, vil vi kunne se mulighetene de kan gi oss i form av sine ressurser. Det er jo tross alt de som kjenner Olav best. Ut fra dette tenker jeg at så langt det lar seg gjøre er pårørende en viktig ressurs, og det vil derfor være viktig for meg og andre fagarbeidere og møte dem med den respekten de fortjener, slik at vi kan spille på lag med dem.

I eksempel 3, blir Olav sendt ut av kommunen for rehabilitering. Olav har selv gitt uttrykk for at han ønsker å være i nærheten av familien. Det var kommet uttalelser fra fysioterapeut og

ergoterapeut om at det var lite ressurser å jobbe med i forhold til Olav. Etter samarbeidsmøte der pårørende var kommet med ønske om full rehabilitering, ble det gjort en bestemmelse om at Olav skulle reise. Det er veldig viktig å ta med pårørende i denne bestemmelsen. Pårørende sitter inne med mye informasjon rundt pasienten som kan være veldig nyttig i en slik avgjørelse. De kan være en stor ressurs i og under en rehabiliteringsprosess. Det jeg ser som kan være viktig å tenke på her, er at også pårørende er rammet av en krise. De har et ønske om å få sin far, bestefar tilbake slik han var før han ble rammet av sykdom. Jeg tror mange ganger at det kan være egoistiske tanker som ligger til grunn, uten at di selv er klar over det. En annen synsvinkel på dette, er at det kan ligge interesse konflikter mellom den syke og hans pårørende som gjør at deres ønsker ikke er i samsvar med pasientens. Dette må en ta hensyn til. Det kan også være en stor belastning for pårørende, å ta avgjørelser for pasienten. Dette kan få reaksjoner i ettertid. Var det rett det som ble gjort eller omvendt. Når et menneske er rammet av sykdom, kan det ta lang tid for den berørte, å erkjenne og bearbeide sin nye situasjon. Dette mener jeg også gjelder for nærmeste pårørende. Dette kan også få innvirkninger i denne saken. Det kan også være, at pasienten selv ikke klarer å se hva som er til det beste for han. Ut i fra dette ser jeg at det er viktig for oss som fagpersoner å se hva det er som skjer, inneha kunnskap om sorg, krise og de prosesser som pasienten og familien går gjennom. Å støtte pasienten og hans familie, slik at de kan få bearbeide sin sorg, er en svært viktig oppgave for en sykepleier og for andre tverrfaglige grupper.

8.3 Sykepleierens ansvarsforhold for å fremme pasientens

brukermedvirkning

Det er mye som blir gjort i dag i forhold til brukermedvirkning, men forskning viser at vi kan bli enda bedre. Det ble gjort en undersøkelse av 12 sykehusavdelinger i Norge der målet for undersøkelsen var å finne ut om helsepersonellens erfaringer rundt brukermedvirkning. 18 ansatte ble intervjuet i en kvalitativ studie. Resultatet av studien viste at de ansatte satte grenser for brukernes medvirkning selv om det var oppnevnt brukerrepresentanter ved avdelingene. Noen fant brukermedvirkning som en belastning i en allerede presset og hektisk hverdag. Helsepersonellet hevdet også at det var opp til dem selv å legge til rette for brukermedvirkning, selv om foretakene er pålagt å etablere systemer for dette. Enkelte områder av virksomheten ble sett på som for «faglige» for brukermedvirkning(Steinsbekk, A. Solbjørg, M, 2011). Ut ifra dette kan jeg se at ansvaret for brukermedvirkning i stor grad er lagt til helsepersonell ved avdelingen, selv om mange av avdelingene hadde brukerrepresentanter. Tidspress er en faktor som også blir nevnt, hektiske hverdager gjør at

brukermedvirkning fort kan bli oversett. (Bredland, Linge, Vik, 2002:34) sier at den som skal gjennom en rehabiliteringsprosess skal være en aktiv medspiller og bør ha hovedansvaret i prosessen ut fra egne forutsetninger, hvis det skal kalles en rehabiliteringsprosess. Når et menneske rammes av hjerneslag starter rehabiliteringen rett etter den akutte fasen. Sammen med den hjelpetrengende skal det planlegges og settes sammen en individuell plan for pasienten. Dette i samarbeid med pasienten selv og andre tverrfaglige grupper. Individuelle planer er hjemlet i bruker og pasientrettighetsloven, § 2-5. Det er viktig å påpeke her at det er i hovedsak brukeren selv som skal utforme denne planen. Loven sier at alle som har behov for rehabilitering har krav på en slik plan, så fremt som han selv ønsker det. En individuell plan skal hjelpe den enkelte til å få en helhetlig, koordinert og individuell tilpasning. Den skal inneholde brukerens mål, ressurser, behov, vurdering og koordinering av tiltak. Pasienten skal føle en samhandling mellom seg selv, sin familie og tjenestene. Det jeg har opplevd i tidligere praksiser er at disse individuelle planene mange ganger blir sett veldig lett på, dette tror jeg kan ha sammenheng med økt tidspress som gjør at det ikke er tid til å følge opp en slik plan. Kommunikasjonssvikt mellom tverrfaglige grupper tror jeg også har en årsak til at denne planen ikke blir fulgt godt nok opp. Bredland, Linge & Vik sier at det er en urovekkende utvikling når det kommer til individuelle planer. De påpeker at forskriftene til denne planen legger lista for høyt, den blir for detaljert og derfor for vanskelig å følge opp i forhold til hva pasienten har behov for. Dette synes jeg er synd da individuelle planer er et verktøy for brukermedvirkning. Der pasienten selv skal være sentral i utarbeidelsen av den.

I bruker og pasientrettighetsloven heter det at pasient og bruker har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester, jmf. (Bruker- og pasientrettighetsloven, 1999), samt at informasjon skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon. Som kommende sykepleier har jeg også et ansvar i forhold til dette. Jeg kan ut i fra dette se at jeg har en plikt til å informere. Dette innebærer at jeg er lovpålagt til, å forsikre meg om at den hjelpetrengende har fått all informasjon og at den er forstått.

I eksempel 3, der Olav blir sendt ut av kommunen for rehabilitering, ser jeg at dårlig kommunikasjon mellom flere tverrfaglige grupper kan få konsekvenser. (Bredland, Linge & Vik, 2002:41), sier at et tverrfaglig samarbeid er samarbeid mellom ulike faggrupper som skal ha et felles mål. Det skal da jobbes mot et felles mål for Olav, der alle som er involverte skal bli hørt. Jeg kan se at ulike faggrupper kan ha ulike syn på helheten av en rehabiliteringsprosess. Ulike faggrupper ser sammenhenger og muligheter ulikt, dette vil jeg si er en styrke ved et slikt samarbeid. Det som er viktig å tenke på her, er at alle blir hørt. Så

snart noen blir oversett kan det få konsekvenser. I dette eksemplet, der ergoterapeut og fysioterapeut ikke blir hørt, mister man viktig informasjon om Olav, som kunne ha gitt et helt annet utfall. Ergoterapeut og fysioterapeut sier at etter flere uker med trening vises ikke store resultater. Jeg tenker her at Olav er over 80 år og kan være sliten etter et langt og innholdsrikt liv. Hovedfokuset her kunne ha vært på hans livskvalitet. Da det ikke er noen som vet hvor lenge han har igjen å leve, kunne det ha vært fokusert på at Olav hadde det best mulig den tiden han hadde igjen. Spesielt etter at han selv ved flere anledninger hadde uttrykt ønske om å være i nærheten av sine nærmeste. Det er kommunikasjonssvikt mellom ulike faggrupper, som kunne ha gitt et helt annet utfall i saken.

8.4 Makt i et bemyndigelsesperspektiv

Ingun Stang sier i sin bok «makt og bemyndigelse» at makt er et vesentlig grunnlag for bemyndigelse. Makt i sammenheng med begrepet bemyndigelse er knyttet til gjensidighet, samarbeid og respekt for andre. Hun sier også at makt og maktbruk ofte er skjult hos den som utøver den (Stang, 2001:41). Som fremtidig sykepleier har jeg en form for makt. Den kunnskapen jeg har tilegnet meg, gir meg makt i form av en «jeg vet best holdning». Dette kalles for en paternalistisk holdning. Ved at jeg innehar en paternalistisk holdning, kan det føre til at pasienten blir enda mer avhengig av meg, som igjen kan føre til at pasienten blir umyndiggjort og mister helt og fullt kontrollen over sitt liv. Jeg ser at dette ikke vil være til hjelp for Olav i spørsmålet om brukermedvirkning. Jeg mener da at jeg må vise en holdning som ivaretar Olav som en aktiv medspiller, og innse at det ikke er alt han ønsker. Ved at jeg selv innser hvor mye makt jeg har som fagutøver, kan dette være til hjelp for pasientene. Pasientene får da ta del i min kompetanse, slik at de kan stå mye sterkere. Dette kalles maktoverføring og kan sees i sammenheng med begrepet Empowerment. Ved at jeg gir pasienten myndighet til og selv å bestemme, vil dette gi pasienten mer makt og kontroll over eget liv. Eide & Eide sier at Empowerment kommer til uttrykk gjennom praktisk kommunikasjon og ved å involvere pasienten i beslutninger. Empowerment er begrunnet i etiske verdier som respekt, autonomi, likeverd og hensynet til pasientens beste (Eide & Eide, 2008:19). For at jeg skal kunne ivareta Olavs brukermedvirkning, ser jeg at å være mer opptatt av å yte omsorg, er viktigere enn av skaffe meg selv mer makt. Min evne til dialog, varhet og kommunikasjon vil være ensbetydende.

Det er store utfordringer for pasientene som skal bruke tilbudene innenfor rehabilitering. Å stå fast ved sine rettigheter krever mye kunnskap om hva som gir en makt. Ved at jeg informerer

Olav godt om hans rettigheter vil dette være med på å gi han makt. Dette vil gi han økt kunnskap. Det finnes mange interesseorganisasjoner, dette vil jeg også informere om. Å være med i en slik gruppe vil bidra til at hele gruppen vil vokse, som igjen fører til en økt maktposisjon. Hvis Olav er organisert i en gruppe, vil han kunne bruke denne makten og nyttiggjøre den for å stille krav til opplegg, tilrettelegging osv.

For at pasienten skal få ta del i beslutninger som omhandler hans eget liv, vil det bli viktig at jeg reduserer stress hos pasienten. Hjelp Olav til å øke sine ressurser og å mobilisere krefter hos han. Dette innebærer at jeg vil være en støttespiller for Olav, gjennom oppmuntring og motivering. (Bredland, Linge & Vik, 2002) sier at:

«Vi må aktivt jakte på ressursene, forvente at de er der, Alle har vi noe som kan trenes på, jobbes med. Har vi som sykepleiere tro på pasientens muligheter, vil pasientene også mest sannsynlig tro på det, og vil også få en mulighet til å mestre å kontrollere sine liv».

9.0 AVSLUTTNING

Jeg har i denne oppgaven tatt for meg pasienter rammet av hjerneslag og afasi. Jeg har sett på ulike metoder for å fremme denne pasientgruppens brukermedvirkning. Kommunikasjon, Verbal og non verbal samt samarbeid med pårørende er her sentralt. Oppgaven er skrevet ut i fra et hermeneutisk vitenskapssyn som skal hjelpe meg til å forstå, og til å finne en mening i det jeg har undersøkt. Jeg har brukt sykepleieteoretiker Joyce Travelbee som grunnlag for oppgaven. Travelbee fokuserer på et menneske til menneske forhold der den profesjonelle bruker seg selv terapeutisk i møte med pasienten og pårørende. Dette for at pasienten og pårørende skal få hjelp til å finne håp og mening, og til å mestre sin opplevelse av lidelsen eller sykdommen. For å styrke pasientens brukermedvirkning ser jeg at det vil være viktig at den profesjonelle går inn i seg selv og avklarer sitt forhold til sykdom, slik at hun kan hjelpe pasienten til å finne mening i lidelsen. Sykepleieren må også ha kunnskaper om denne pasientgruppen, og være klar over den makt hun besitter som profesjonell. Makt kan brukes i både positiv og negativ retning ovenfor pasienten, noe som er viktig å være klar over. For å fremme pasientens brukermedvirkning må pasienten være i sentrum for all behandling og pleie, det innebærer også å involvere hans nærmeste pårørende.

Jeg føler at jeg har fått svar på min problemstilling etter å ha utført denne oppgaven. Jeg har lært utrolig mye, ved å lese pensum, forskning og annet materiale. Jeg tror at jeg vil være mye bedre rustet for å møte denne pasientgruppen nå, men tenker også at jeg har mye mer å lære om hjerneslag, afasi og ikke minst brukermedvirkning.

LITTERATURLISTE

Pensumlitteratur

Blix, E.S. & Breivik, S.(2006). *Basisbok i sykepleie*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.

Bondevik, M. & Nygaard, H.A. (Red). (2006). *Tverrfaglig geriatri*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Bredland, E.L., Linge, O.A. & Vik, K. (2002). *Det handler om verdighet*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

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

ICN (2001) Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet 3. februar 2012 fra https://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf

Olsen, T.G., Ryen, S. & Wergeland, A. (2001). *Sykepleie til pasienter med hjerneslag*. I: Almås, H. (red.) (2001) *Klinisk sykepleie. Bind 2*. Gyldendal Norsk Forlag AS, kap. 34 s. 779-798.

Pasient og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Lov om pasient og brukerrettigheter av 2. juli 1999. Hentet 7. februar 2012 fra <http://www.lovdatabasen.no/all/tl-19990702-063-003.html>

Sneltvedt, T. (2008) *Hva innebærer det å være en profesjonell sykepleier?* I: Brinchmann, B.S.(red.), *Etikk i sykepleien* (s.151). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Selvvalgt pensum

- Elstad, A.K. (1988) *Maria Maria*. Oslo: Aschehoug & Co. (s. 65-113). 48 sider
- Forsberg, V.T(2008) *Afasiuttryk.com* Hentet 7. februar 2012 fra <http://afasiuttrykk.com/> 1 side
- Grøttå, D. (2011) *Mitt DT- Timeglasset*. Hentet 19. februar 2012 fra <http://mitt.dt.no/artikkel.php?aid=12542&ssoAction=getAuthId>. 1 side
- Indredavik, B.(2004). *Hjerneslag*. I: Vardeberg, K. & Wekre, L.L(red.). *Lærebok i rehabilitering. Når livet blir annerledes*. (s. 125-140). Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS. 15 sider
- Jones, O'Neill, Waterman & Webb(1997) *Building a relationship: communications and relationship between staff and stroke patients*. Hentet 6. mars 2012 fra <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9231283> (Side 101-110). 9 sider
- Lingås, L.G. (2005) *Ansvar for likeverd*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. 5 sider
- Norges handikapforbund (2007) *Hva er hjerneslag(Landsforeningen for slagrammede)*. Hentet 3. februar 2012 fra <http://www.regioner.nhf.no/index.asp?id=50927&te=50927> 1 side
- Norsk sykepleierforbund(2012) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet 8. februar 2012 fra <https://www.sykepleierforbundet.no/vis-artikkel/776377/NSFs-reviderte-yrkesetiske-retningslinjer-2011-og-ICNs-etiske-regler> 2 sider
- Stang, I. (1998) *Makt og bemyndigelse-om og ta pasient- og brukermedvirkning på alvor*. Oslo: Universitetsforlaget AS. (Side 12-14, 41-42, 52 og 151-158). 14 sider
- Steinsbekk, A. Solbjørg, M. (2011) *Brukermedvirkning i norske sykehusavdelinger(Tidsskrift for Den norske legeförening)*. Hentet 18 januar 2012 fra <http://tidsskriftet.no/article/2066653#authorlist>. 1 side
- Sundin, k. Jansson, L. (2003). “*Understanding and being understood*”, as a creative caring phenomenon -in care of patients with stroke and aphasia. Department of Nursing and Health Sciences, Mid Sweden University. Ornsköldsvik. Hentet 12. Mars 2012 fra <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12519256> (Side 107-16) 9 sider

BACHELOR I SYKEPLEIE 2012

Travelbee, J. (1971). *Interpersonal aspects of nursing*. USA: F.A. Davis Company. Edition 2. (Side 7-8, 31-32). 4 sider

Travelbee, J. (2001) *Mellommenneskelige forhold i sykepleien*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. (Kap 1, 2, 3, 4, 5, 9, 10). 217sider

Wallengren, C. Friberg, F. & Segesten, K. (2008). *Like a shadow- on becoming a stroke victims relative*. Pub med 22(1). 48-55 Hentet 19. januar 2012 fra http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18269422?itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_RVDocSum&ordinalpos=12 7 sider

= 334 sider