



UNIVERSITETET I
NORDLAND

SYK 180H
BACHELOROPPGAVE I SYKEPLEIE

Afasi – kommunikasjon og brukermedvirkning

Dato for innlevering: 09.04.14

Kandidatnr: 178 & 172

Totalt antall sider: 37

Totalt antall ord: 8990



Innholdsfortegnelse

1.0 INNLEDNING	s.4
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	s.4
1.2 Formål med oppgaven.....	s.4
1.3 Presentasjon av problemstilling.....	s.5
1.4 Presisering og avgrensning av problemstilling.....	s.5
1.5 Oppgavens disposisjon.....	s.6
2.0 METODE	
2.1 Hva er metode?.....	s.7
2.2 Valg av metode.....	s.7
2.3 Valg av litteratur.....	s.8
2.4 Litteratursøk.....	s.8
2.5 Kildekritikk.....	s.9
2.6 Ethiske overveielser.....	s.10
2.7 Analyse av artikler.....	s.11
2.8 Presentasjon av funn.....	s.11
2.8.1 Relasjonens betydning.....	s.11
2.8.2 Sykepleiere – en kontrollerende profesjon?.....	s.11
2.8.3 Kunnskap.....	s.12
2.8.4 Mangel på informasjon.....	s.12
2.8.5 Hjelpemidler.....	s.12
3.0 TEORI	
3.1 Generelt om hjerneslag.....	s.13
3.2 Afasi.....	s.13
3.2.1 Motorisk/ekspresiv afasi.....	s.13
3.2.2 Sensorisk/impressiv afasi.....	s.14
3.2.3 Total/global afasi.....	s.14
3.3 Hvordan oppleves det å ha afasi.....	s.14

3.4 Teoretisk referanseområde.....	s.15
3.4.1 Presentasjon av Joyce Travelbees sykepleteori.....	s.15
3.4.2 Menneske-til menneske-forhold.....	s.15
3.4.3 Terapeutisk bruk av seg selv.....	s.16
3.5 Kommunikasjon.....	s.17
3.5.1 Profesjonell kommunikasjon.....	s.17
3.5.2 Travelbee om kommunikasjon.....	s.17
3.6 Brukermedvirkning.....	s.18
4.0 DRØFTING	
4.1 Relasjonens betydning.....	s.20
4.2 Sykepleier – en kontrollerende profesjon?.....	s.21
4.3 Kunnskap.....	s.24
4.4 Mangel på informasjon.....	s.25
4.5 Hjelpemidler.....	s.26
5.0 AVSLUTNING.....	s.29
LITTERATURLISTE.....	s.30

VEDLEGG 1: Artikkelmatrise

VEDLEGG 2: Søkematrise

1.0 INNLEDNING

Vår avsluttende Bacheloroppgave er en fordypning innenfor temaet afasi, satt i forbindelse med brukermedvirkning og kommunikasjon. Årlig rammes 16 000 mennesker i Norge av hjerneslag, og 3000 av disse får språkvansker (Eide & Eide, 2007). Det oppfattes som grunnleggende å kunne uttrykke seg gjennom tale, og blir for mange traumatisk å miste – hvor reaksjoner som frustrasjon, depresjon og håpløshet dominerer (Kirkevold, 2007).

Optimale relasjoner bygger på kommunikasjon hvor gjensidig forståelse foreligger. Afasi utfordrer dette prinsippet, i den forstand at et menneske uten eller med delvis språk ikke er i stand til å uttrykke seg verbalt. Pasienten kan overføre en ubevisst rolle til sykepleierne, som blir ens talerør. Derav kan brukermedvirkningen, som sykepleiere er lovpålagt, bli satt i fare (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999). En slik rolle kan føre til misforståelser, at man som sykepleier tolker vedkommende feil, både med tanke på verbal og non-verbal kommunikasjon. Da foreligger ikke en gjensidig forståelse, og konsekvenser som krenkelse av brukerens rettigheter kan oppstå. Vi ser at det oppleves lettere å bli hørt og sett om man kan bruke taleevnen, slik at alle rundt forstår det man vil ha frem – noe en afasirammet oftest ikke er i stand til. I tillegg viser erfaringer at tidsaspektet ikke alltid er til fordel for å ivareta rettighetene, da pasientgruppen ofte trenger lang tid for å uttrykke seg.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Valget ble avgjort på bakgrunn av at det er et område som vi har sett lite til både i studiet og i praksis. Likevel viser de få erfaringene vi har tilegnet at det er usikkerhet og mangel på fokus og kunnskap på området, spesielt sentrert rundt sykepleiere. Det er også av betydning å nevne at temaet interesserer oss, og vi ser det som viktig å få bedre kunnskap om det, siden pasientgruppen er en stor del av yrket.

1.2 Formålet med oppgaven

Vi ønsker å sette fokus på brukermedvirkning i forhold til afasirammede, og få større innsikt i hvordan vi som sykepleiere kan ivareta det gjennom kommunikasjon. Vi vil få frem hvordan det oppleves for pasienter å ha språkvansker, slik at man som helsepersonell kan få en bedre forståelse. Gjennom å studere litteratur og forskning kan vi oppnå en bedre

handlingskompetanse på området. På lang sikt ønskes det med dette som bakgrunn å bidra til forbedringer på vår framtidige arbeidsplass.

1.3 Problemstilling

Ut fra valg av tema, er problemstillingen formulert slik:

«Hvordan kan sykepleieren gjennom kommunikasjon ivareta brukermedvirkning hos afasirammede?»

Utformingen ble til slik fordi vi vil øke vårt, og andres kunnskapsnivå innenfor temaet. Mye fordi erfaringer har vist at de afasirammede blir mindre prioritert, ofte i sammenheng med mangel på kunnskap, med spesielt synlig usikkerhet ved kommunikasjon.

1.4 Avgrensning og presisering av problemstilling

Behandlingen avgrenses til å være innenfor sykehuset, både akutt og planlagt, fordi relasjonene oppstår raskt, som kan by på utfordringer da den enkeltes måte å kommunisere på kan kreve tid å få kjennskap til. Det gjelder pasienter som ikke har en kognitiv svikt, siden det krever andre hensyn som ikke er innenfor vårt fokusområde. Det samme gjelder fremmedspråklige, som også er ekskludert.

Diagnosen afasi stilles på grunnlag av flere årsaker, men vi tar utgangspunkt i at det stammer fra hjerneslag. Den deles inn tre typer, ekspressiv, impressiv og global. Vi velger å inkludere alle, siden det er mest vanlig at det foreligger en kombinasjon av disse (Wergeland, Ryen & Ødegaard-Olsen, 2010). Disse utdypes i teorikapitlet. Ved innleggelse har pasienten afasi, dermed er det ikke i sammenheng med årsaken til talevanskene, men heller en annen diagnose, eksempelvis lungebetennelse.

Med kommunikasjon på sykehuset tenker vi den som er mellom pasient og sykepleier, både verbal og non-verbal formidling som er belyst i teorikapitlet. Våre erfaringer viser at hjelpemidler for talevansker er lite brukt, eksempelvis bøker. Vi ønsker derfor å finne måter å øke brukermedvirkning på, ved hjelp av nyttig kommunikativ kunnskap i form av teknikker og hjelpemidler.

Innenfor begrepet brukermedvirkning tenker vi blant annet at vi skal bidra til at pasienter forstår informasjon og veiledning under oppholdet, eventuelle planer videre og at det skal tilpasses den enkeltes behov (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999). Begrepet er belyst i

teorikapitlet. Man ser at afasirammede allerede er i en sårbar situasjon grunnet språkvanskene, og at det er en diagnose som derfor er truende mot prinsippet om medvirkning i behandlingen.

1.5 Oppgavens disposisjon

Oppgaven starter med innledningen som introduserer oppgaven, begrunner og belyser valgt tema og problemstilling. Videre følger en metodedel som forklarer vår fremgangsmåte, samt en avklaring om hvordan vi har funnet frem til litteratur, kildekritikk og analyse av valgte artikler. Teorikapitlet belyser det generelle ved hjerneslag, da mest om afasi. Det greies også ut om kommunikasjon og brukermedvirkning som begreper, samt den teoretiske referanserammen. Deretter blir problemstillingen drøftet gjennom teori, erfaringer, funn og litteratur. Avslutningen oppsummerer resultatet av oppgaven.

2.0 METODE

Gjennom kapitlet utdypes vår metode – hvordan vi har gått frem for å finne svar på problemstillingen.

2.1 Hva er metode?

Metode er ifølge Aubert (sitert i Dalland, 2007, s. 50) en fremgangsmåte, en mulighet til å kunne løse problemer – og dermed komme frem til ny kunnskap. Den forteller oss hvordan vi bør gå frem for å skaffe den kunnskapen og det svaret vi ønsker. Ved å velge den rette metoden vil det gi oss gode data og vi vil kunne besvare problemstillingen vår på en faglig og interessant måte. En metode er essensiell for å få frem ny kunnskap, samt konstatere i hvilken grad påstander kan stoles på, er gyldige eller holdbare (Dalland, 2007).

2.2. Valg av metode

Vi valgte litteraturstudie som et utgangspunkt for oppgaven. Det er litteraturen som studeres, og materialet som er den allerede eksisterende kunnskapen som er presentert i artikler, forskning og bøker. Det innebærer en systematisering av kunnskapen, gjennom å søke, samle, vurdere og sammenfatte. I forhold til metoden gjelder det å arbeide evidensbasert, hvor man kan begrunne det man gjør og studerer (Støren, 2010). Gjennom en slik studie samles en mengde av informasjon, som gir dybdeinnsikt i temaet og en kan tilegne seg flere meninger. Ved søket brukte vi databaser som utviste relevans til det formulerte problemet, og emneord som kunne gi resultater som var relatert til problemstillingen (Dalland, 2007). Metoden har tydeliggjort hva som finnes av litteratur om temaet, og gitt oss muligheten til å forstå betydning kommunikasjon har for ivaretagelse av brukermedvirkningen.

Oppgaven vår er en kvalitativ litteraturstudie, som vi bruker for å samle data som skal karakterisere fenomenet, som i vårt tilfelle ble valgt tema. Dalland (2007) beskriver metoden som å ta sikte på å fange opp meninger og opplevelser som ikke kan tallfestes. Derfor ser vi på dette som en studie som kan belyse problemstillingen på en optimal måte, da vi har som mål å finne og utforske litteratur relatert til tema, og forskning som kanskje kan hjelpe oss å se det fra pasientens perspektiv, og forbedre vår kommunikative kunnskap som sykepleiere. Dermed kan studien bidra til en utvidet forståelse, som styrker oss i rollen som hjelpere til spesielt nevnte pasientgruppe.

Oppgaven vil ut fra valg at metode basere seg på et hermeneutisk vitenskapssyn – som betyr fortolkningslære. Det gjøres forsøk på å finne meningen med noe, eller forklare noe som i utgangspunktet er uklart (Dalland, 2007). Ut fra et slikt syn skal man forstå menneskets eksistens - vi har alle en forforståelse før man entrer en situasjon – men disse tankene og erfaringer påvirker og bestemmer det vi forstår og tolker. Denne fortolkningsprosessen øker gjennom at vår forståelse beveger seg frem og tilbake fra helhet til del, og fra del til helhet, hvor de betinger hverandre (Dalland, 2007). Vår forforståelse i sammenheng med vårt tema hadde en negativ vinkling, grunnet at vi ikke hadde blitt overbevist om at pasientgruppen ble ivaretatt i forhold til brukermedvirkning. Vi så derfor at det var viktig å være kritisk til de ulike fakta vi fant, men for at vår forforståelse og vår oppfatning av fenomenet ikke skulle påvirke tolkningen, var vi åpne til hva litteraturen formidlet. Slik jobbet vi enklere frem og tilbake mellom helhet og del, utvidet forforståelsen, og var mottakelig for ny kunnskap, selv om det ikke alltid forelå på våre premisser og våre intuisjoner.

2.3. Valg av litteratur

I tillegg til pensum, har vi selvvalgte bøker som ble funnet via Bibsys, en felles bokkatalog for universiteter og høyskoler. «Med et slag» av Jill Tylor er brukt for å få frem pasientens perspektiv, og hvordan det oppleves å ha afasi. Forfatteren er en hjerneforsker som fikk hjerneslag og har beskrevet det, samt sitt møte med helsevesenet. Vi brukte Joyce Travelbees bok «Interpersonal aspects and nursing», for å få frem vårt teoretiske referanseområde. Videre er «Afasi og samtale» av Corneliussen, Johansen, Knoph, Lind, & Qvenild (2006) brukt, som er et samarbeid mellom fire logopeder og en språkforsker som alle arbeider i afasiteamet i Oslo. Boken gir nyttige tips i forhold til kommunikasjonen. «Fra bruker til samarbeidspartner» av førstelektor Ann-Beate Myrah viste relevans, og hadde oppdatert teori om brukermedvirkning, som derfor egnet seg i vår oppgave. Det samme gjelder boken «Afasi – et praksisrettet perspektiv» av Lind, Johansen, Knoph og Qvenild – som spesielt skriver om hjelpemidler. Forfatterne er logopeder, og andre fagpersoner med lang erfaring innenfor afasifeltet.

2.4. Litteratursøk

I starten brukte vi forskjellige databaser og tidsskrifter, men etter hvert ble det mest Oria og Chinal da disse var mest oversiktlig, og dermed enklere å håndtere. Afasi, brukermedvirkning, kommunikasjon, sykehus, hjelpemidler og språkvansker er nøkkelord brukt i søkene. Disse

oversatte vi til engelsk, og kombinerte. Det kom en del vesentlige treff, men i forbindelse med brukermedvirkning var det vanskelig å finne forskning. Etter avgrensninger lå treffene på alt fra 2-600. For nærmere informasjon om søkene henviser vi til vedlegg 1. Da vi fant artiklene leste vi overskriften og sammendrag for å se om de kunne være relevant. Vi vektla forfatterens bakgrunn, at den skulle være sykepleiefaglig, som igjen kunne gjøre artiklene troverdig. Ut fra dette valgte vi ut fire artikler:

- «*Brukermedvirkning i norske sykehusavdelinger – helsepersonellens erfaring*», skrevet av Steinsbekk & Solbjørg (2011). En kvalitativ intervjustudie, 18 helsepersonell deltok, der en andel var sykepleiere.
- «*What do people with aphasia think about their health care? Factors influencing satisfaction and dissatisfaction*», skrevet av Tomkins, Siyambalapitya & Worrall (2013). Studien hadde en kvalitativ tilnærming, hvor 50 afasirammede ble intervjuet.
- «*Focus on communication increasing the opportunity for successful staff-patient interactions*», forfattet av McGilton, Sorin-Peters, Sidani, Rochon, Boscart & Fox. (2011). 18 sykepleiere og 9 pasienter med språkvansker deltok i en “mixed method” hvor både kvantitativ og kvalitativ tilnærming ble brukt.
- «*The use of conversational analysis: nurse-patient interaction in communication disability after stroke*», skrevet av Gordon, Ellis-Hill, & Ashburn (2009). En kvalitativ observasjonsstudie med videoopptak av samtaler. 14 sykepleiere og 9 afasirammede deltok.

Disse har vi analysert og kommet frem til funn som er å se på slutten av metodekapitlet. En mer utfyllende informasjon om artiklene finnes i vedlegg 2.

2.5. Kildekritikk

Kildekritikk går ut på at man skal bruke metoder til å fastslå om en kilde er sikker, gjennom å vurdere og karakterisere de som benyttes. Man viser de refleksjoner som gjøres angående litteraturens relevans og gyldighet, i forbindelse med belysning av problemstilling (Dalland, 2007).

I oppgaven har vi tatt i bruk artikler som er av nyere dato, maks 6 år gamle, grunnet at vi ønsker mest mulig oppdatert forskning. Artiklene var publisert på engelsk og norsk. Forskningsartiklene er begrenset til at de skal være vitenskapelige og fagfellevurdert, som betyr at eksperter innenfor faget har vurdert bidraget kritisk før publikasjon. Funnene i artiklene måtte være relevant i forhold til problemstillingen. Forfatterne vurderte vi i forhold til bakgrunn, nøyaktighet og troverdighet, både i artiklene og bøkene. Ut fra dette krevde vi at de var pålitelige og gyldige innenfor det sykepleiefaglige aspektet, i forhold til utdanning og yrke, som var med på og kvalitetssikret litteraturen (Dalland, 2007). Grunnet den store tilgangen på informasjon på internett, søkte vi gjennom databaser, da det er mer pålitelig. Pensumlitteratur vurderte vi som sikkert materiale siden den er valgt ut av fagpersoner ved universitetet. Selvvalgt litteratur er ikke mer enn 10 år gammelt, grunnet samme prinsipp som artiklene.

I hovedsak har vi brukt primære kilder, men noe sekundært, da spesielt bøker. Litteraturstudiet bygger ofte på sekundærdata, altså en analyse av funn av andre enn den opprinnelige forfatteren, og gir en større oversikt (Dalland, 2007).

2.6. Ethiske overveielser

Som allerede nevnt, er dette en litteraturstudie, noe som tilsier at det ikke stilles krav til anonymisering, taushetsplikt og konfidensialitet av utvalget for vår del, da dette allerede er gjort av forfatterne (Olsson & Sørensen, 2003). Likevel ønsker vi ikke å navngi avdelinger når eksempler fra praksis blir fortalt. Utarbeidelsen av oppgaven krever nøyaktighet når det gjelder å gjengi referanser og sitater riktig, samt å navngi forfattere der deres meninger uttrykkes direkte, slik at plagiering unngås (Olsson & Sørensen, 2003). Derfor har vi vært nøye med å gjengi kilder, slik at vi ikke gjør andres arbeid til vårt.

Ut i fra oppgaven ønsker vi at ikke bare vi, men andre helsepersonell kan dra nytte av vår oppgave på sin arbeidsplass. Vi ønsker å formidle det vi finner av resultater og opplysninger på en god måte, slik at informasjonen ikke blir feiltolket eller fremstilt feil til andre.

Opgaven kunne blitt mer styrket med intervju av afasirammede og deres møte med helsevesenet på sykehus, slik at vi kunne fått innsyn fra deres perspektiv, men grunnet retningslinjer i forhold til oppgaven, blir det ikke godkjent (Universitetet i Nordland, 2011).

2.7. Analyse av artikler

I følge Dalland (2007) er analyse et granskningsarbeid for å finne ut hva materialet har å fortelle, vi søker mening i det vi har fått vite. Gjennom analysering kom vi frem til funn i artiklene som viste relevans. Da forfatterne fokuserer på ulike tema, var det utfordrende å se likheter og ulikheter. Forsberg & Wengström (2008) forklarer at i analyseprosessen går man fra helhet til del, for så å komme frem til en ny helhet. Derfor startet vi med å lese gjennom alle artiklene for å få et helhetlig inntrykk, og plasserte dem inn i artikkelmatrisen. Deretter komprimerte vi det vi hadde notert oss, og sammenfattet en tekst. Ut fra det fant vi ulike tema som vi plasserte funnene under. I følge Støren (2013) må man gå opp til et generelt nivå for å finne frem til det som kunne omfatte alle forfatternes funn, og dermed var vi bevisst åpne slik at vi kunne se hva som var felles, og hva vi mente forskerne kunne enes om. Nedenfor presenteres funnene.

2.8. Presentasjon av funn

Funnene er plassert under overskrifter som nevnt i analysen, og disse er utgangspunktet for drøftingskapitlet.

2.8.1 Relasjonens betydning

Studien til Tomkins et.al. (2013) fant at relasjonen til helsepersonellet påvirket det helhetlige inntrykket, gjennom blant annet kommunikasjon. En formell kommunikasjon var ikke ideell, men det var ønskelig at den var vennlig og likeverdig. Pasienter følte ikke at de fikk like godt forhold med alle sykepleiere, men de som berørte dem handlet om nivået av inkludering og forståelse, på lik linje med at de viste klinisk kompetanse. Pasientene ønsket å bli sett bak diagnosen afasi, føle seg akseptert som en intelligent og viktig person – at de fremdeles var den samme, selv om det forelå språkvansker. Andre forskere viste at mange av sykepleierne hadde en tendens til å fokusere for mye på fysisk omsorg og at de samhandlet i en rutine på en overfladisk måte, med en begrenset sosial og emosjonell interaksjon (Gordon et.al. 2009).

2.8.2 Sykepleier- en kontrollerende profesjonell?

I Steinsbekk & Solbjørgs (2011) studie ble det funnet at sykepleierne hadde kontroll, at de initierte til brukermedvirkning, og samtidig satte grenser for den, spesielt i medisinfaglige spørsmål. Noen sykepleiere så på brukermedvirkningen som en ekstra belastning i en allerede

presset hverdag. Gordon et.al. (2009) enes om dette, spesielt i forhold til samtaler, der sykepleier var i kontroll, både angående tema og hvordan den ble lagt opp. De individuelle behovene ble derfor ikke anerkjent, og pasientene fikk liten sjanse til å påvirke samtalen. Sykepleierne i studien til McGilton et.al. (2011) forsto at de ikke kunne ta over samtalen, men gi pasienten tid til å svare. Det resulterte i at de ble mindre engstelige og det fremmet pasientens evne til å kommunisere. Tomkins m.fl. (2013) fant at diskusjoner mellom pasient og sykepleier som førte til delte avgjørelser ble høyt verdsatt. Det samme gjaldt om de klarte å stole på avgjørelser gjort av helsepersonell.

2.8.3 Kunnskap

Gordon et.al. (2009) viser at sykepleierne opplevde det som vanskelig å starte en samtale med en afasirammet, mye grunnet dårlig kompetanse. Sykepleierne hadde ikke nok tillit til seg selv til å holde en samtale med denne pasientgruppen. McGilton et.al. (2011) viser enighet og uttrykker at det var hull i sykepleiernes kunnskap om kommunikasjonsproblemer og støttende kommunikasjonsstrategier.

2.8.4 Mangel på informasjon

Pasientene ønsket mer informasjon og forklaringer, og flere opplevde at de ikke ble involvert i diskusjoner samt at leger og sykepleiere snakket over dem. Mangelen på informasjon gjorde det vanskelig å ta avgjørelser, mens en økt mengde ville redusert angst, gitt støtte og et bedre utgangspunkt for dem. Det var gjentakende at måten informasjon ble tildelt, da med tanke på mengden detaljer, tidspunkt og bruken av medisinsk sjargong hadde stor betydning. Et lavt nivå av disse elementene resulterte i trygghet og gjensidig forståelse, mens overdreven bruk gav uro og forvirring. (Tomkins et.al. 2013).

2.8.5 Hjelpemidler

Bruken av bilder var en ressurs for pasientene, og opplæring som kunne styrke kommunikasjonen ble funnet viktig (McGilton et.al. 2011).

3.0 TEORI

I kapitlet velger vi å utdype begrepene i problemstillingen, samt redegjøre for valget av sykepleieteoretiker, og belyse dens teori.

3.1 Generelt om hjerneslag

Hjerneslag, også kalt Apoplexia cerebri og cerebralt insult, er ikke en ensartet sykdom, men et samlebegrep når hjernen helt eller delvis mister blodforsyning, enten i hjernens eller halsens arterier. Lidelsen er ansvarlig for 15 % av alle dødsfall i Norge, og hvert år rammes ca. 16000 personer i Norge (Diertrichs, 2009). Det finnes tre hovedtyper, hvor hjerneinfarkt står for 85-90 % av tilfellene, hjerneblødning 10-12 % og hjernehinneblødninger 3-5 %.

Disponerende faktorer er alder, hypertensjon, røyking, overvekt, hyperkolesterolemi, lite fysisk aktivitet, diabetes mellitus og hjertesvikt (Wergeland et.al. 2010). Hjerneslag kan føre til funksjonshemninger, der motoriske utfall kan være lammelser, svelgevansker, balanse og muskeltonus. Sensoriske utfall uttrykker seg blant annet gjennom nedsatt sensibilitet, synsforstyrrelser og nevropsykologiske utfall (Wergeland et.al. 2010).

Hjernen består av en venstre og en høyre del. Førstnevnte bearbeider de språklige inntrykk, hvor språkområdet sitter. Ved skade kan det føre til at taleevnen svikter helt eller delvis, og gir konsekvenser i form av afasi (Wergeland et.al. 2010).

3.2 Afasi

Afasi er en språkdefekt som kan forekomme hos personer som tidligere har fungert språklig normalt. Graden på taleforstyrrelsen varierer fra hvor hardt man er rammet og på hvilket språkområde det er på. Flertallet har ikke en ren afasiform, det foreligger ofte en kombinasjon av de ulike formene (Wergeland, et.al. 2010). Taleforstyrrelsene kan opptre på ulike måter, hvor afasi ses på som manglende taleevne, og dysfasi er redusert evne til å snakke.

Forstyrrelsene er av en sensorisk eller motorisk art (Diertrichs, 2009). De ulike typene nevnes nedenfor.

3.2.1 Motorisk afasi/ekspressiv afasi

Motorisk afasi, også kalt ekspressiv afasi kommer av skade i fremre språkområde, som medfører at personen har vansker med å uttrykke seg. Talen kan bli oppstykket av pauser og

bokstaver blandes ofte sammen eller forvansker ordene. Man kan få et begrenset ordforråd som eksempelvis bare består av ja/nei eller banningsord, en såkalt automatisk tale (Wergeland et.al. 2010).

3.2.2 Sensorisk afasi/ impressiv afasi

Sensorisk, altså impressiv afasi betyr at man har skade i bakre språkområde. Det medfører at den rammede har nedsatt språkforståelse og vansker med å oppfatte hva som blir sagt.

Personen får problemer med å svare på konkrete spørsmål eller utføre det vedkommende blir bedt om. Det som ofte er typisk er ordsalat, der talen består av en strøm med meningsløse ord (Wergeland et. al. 2010).

3.2.3 Total/global afasi

Ved global afasi har personen problemer med alle former for språklig funksjon. Det kommer til uttrykk gjennom nedsatt evne til å uttrykke seg samt svekket språkforståelse (Wergeland et.al. 2010).

3.3. Hvordan oppleves det å ha afasi

For å få frem dette perspektivet har vi tatt i bruk Tylors (2006) historie, som hun har skrevet om i boken «Med et slag». Hun uttrykte seg slik; *Skjønner dere ikke at jeg har et problem? Hva i all verden er galt med dere? Skru ned tempoet! Jeg kan ikke forstå dere!* (Tylor, 2006:82). Her fremkommer desperasjonen for å kunne nå frem til andre via språk. Koden til fellesskapet blir ødelagt, nøkkelen til det menneskelige fellesskapet er mistet – jeg har ikke lenger fullstendig tilgang til mitt eget språk (Corneliussen et.al. 2006). Ut fra dette ser man at afasi har en tilbakevendende effekt på et menneske, gjennom fysiske og psykiske begrensninger. Enkelte kan gå så langt å kalle det en funksjonshemming der utgangspunktet for interaksjoner med andre mennesker, nemlig kommunikasjon, er blitt frarøvet.

Livssituasjonen endrer seg drastisk, og følgene som afasi gir kan resultere i depresjon, sosial isolasjon, fortvilelse og ensomhet, bare for å nevne noe (Corneliussen m.fl. 2006). Kirkevold (2007) uttrykker at afasirammede er utsatt for sosial isolasjon, mye grunnet at de selv holder seg borte fra sosiale sammensetninger grunnet språkvanskene, men også fordi at andre mennesker opplever det utfordrende å kommunisere på tilfredsstillende vis (Kirkevold, 2007).

3.4 Teoretisk referanseramme

Joyce Travelbee er vår sykepleieteoretiske forankring i oppgaven. Vi anser henne som tiltalende for utøvelse av sykepleie satt i forhold til vårt tema. Kommunikasjon er meget sentral i teorien, og den mellommenneskelige prosessen er av betydning for å oppnå en relasjon som gjennom kommunikasjon kan ivareta brukermedvirkningen (Travelbee, 2001).

3.4.1. Presentasjon av Joyce Travelbees sykepleieteori

Teoretikeren er født i 1926 i New Orleans USA og døde i 1973. I løpet av livet utrettet hun en teori som har fokus på utvikling av relasjoner mellom pasient og sykepleier. Joyce så på sykepleie som en mellommenneskelig prosess der sykepleier yter hjelp til å forebygge, mestre og finne mening med sykdom og lidelse. Begrepet sykepleie definerer hun slik:

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

Det kan sees på som en mellommenneskelig prosess fordi det alltid, direkte eller indirekte dreier seg om mennesker, både når man tenker pasient, pårørende og kollegaer. Prosessen inntreffer mellom en sykepleier og et eller flere mennesker som er involvert i den hjelpen som gis. Travelbee utdyper mennesket som et unikt og uerstattelig vesen. Å være *menneske* betyr at man må stå ansvarlig for sine valg, og dets konsekvenser – da det kan innvirke på eget eller andres liv. Vi er sosiale vesen som knytter bånd til andre – vi evner å kjenne andre mennesker, men oppnår ikke den fulle forståelsen for den andre (Travelbee, 2001).

3.4.2. Menneske- til menneske-forhold

Hovedessensen i sykepleien er ifølge Travelbee (2001) et menneske-til menneske-forhold, som går ut på at betydningsfulle erfaringer finner sted mellom to mennesker. Et fellestrekk for disse er at den syke eller familien får sine behov ivaretatt. Sykepleieren har som oppgave å opprette forholdet, for å kunne nå målet og hensikten med omsorgen som gis. Relasjonen utspiller seg i fem faser og oppnås først når alle disse er gjennomført. Utgangspunktet for første fase, det innledende møtet, er førsteinntrykket – der tanker og følelser er avgjørende for hvordan en opptrer overfor personen. Da er det viktig at begge parter oppfatter hverandre som unike individer, og ikke kategoriserer seg i roller som «sykepleier» og «syk», slik at sykepleier kan kunne oppfatte mennesket i pasienten (Travelbee, 2001).

Neste steg er fremvekst av identiteter, der Travelbee (2001) forklarer at sykepleiers oppgave er å vurdere likheter og ulikheter mellom seg selv og pasienten. Det gjelder å verdsette den andre som det unike menneskelige individet en er, samtidig som en tilknytning kan foreligge. Ut fra dette kan man inntrede empatifasen – hvor man lever seg inn i eller tar del i og forstår den andres psykiske tilstand i øyeblikket. Som sykepleier skal man da kunne se bort fra den ytre atferden, og fornemme den indre opplevelsen på et gitt tidspunkt, som resulterer i at man fatter hva den andre tenker og føler der og da. Dette krever en viss tillit. Når empati er oppnådd er forholdet for alltid forandret, spesielt om sykepleier ikke evner å forstå pasientens opplevelse av situasjonen (Travelbee, 2001).

Resultatet av empatifasen er opplevelsen av sympati, men grunnet at det foreligger en trang til å kunne lindre plager, representerer fasen ett skritt videre. Formidlingen skjer både på verbalt og non-verbalt nivå, og viser at man bryr seg og behandler mennesket som det unike det er. Det blir bekreftet ovenfor pasienten gjennom å vise forståelse og dele en eventuell fortvilelse. Når dette er et faktum, sees den siste fasen gjennom gjensidig forståelse og kontakt – som er det overordnede målet for all sykepleie (Travelbee, 2001).

Forholdet understreker at sykepleier skal gå inn i hvert møte med det mål å lære å kjenne pasienten bedre, og finne ut hva som ivaretar ønsker og behov på best mulig måte. Det krever at man må være bevisst på det man tenker, gjør, føler og erfarer. Spesielt er det viktig å ta i bruk seg selv som hjelpemiddel, med et terapeutisk preg (Travelbee, 2001).

3.4.3 Terapeutisk bruk av seg selv

Gjennom bevisst bruk av egen personlighet og egne kunnskaper med sikte på å bevirke forandring hos den syke, vil det betraktes som terapeutisk når det lindrer pasientens plager. Det dreier seg om å etablere et forhold til den syke – som blant annet krever selvinnsikt, selvforståelse, evne til å tolke så vel egen som andres atferd. Det aller viktigste er at man som sykepleier har en dyp forståelse i det å være menneske – der egne livssyn og åndelige verdier kan være avgjørende for i hvilken grad man takler å hjelpe andre å finne sin mening i slike situasjoner (Travelbee, 2001). Videre innebærer det å ha fornuft og intelligens – det er en kunst å kunne bruke seg selv terapeutisk. Det kan ikke forveksles med å være vennlig, for det kan ikke veie opp for uvitenhet eller manglende kunnskap på områder og prinsipper, eller evnen til å anvende den (Travelbee, 2001).

3.5 Kommunikasjon

Kommunikasjon er grunnleggende – en del av hvert menneske. Gjennom ord, kroppsspråk og følelser formidles det noe, et ønske eller et behov til virkeligheten rundt – til de andre.

Begrepet stammer fra det latinske språket, som betyr å gjøre noe felles, delaktiggjøre en annen i, eller ha forbindelse med. Helt enkelt defineres det som utveksling av meningsfylte tegn mellom to eller flere partnere (Eide & Eide, 2007).

Begrepet deles inn i to ulike fremgangsmåter, hvor verbal kommunikasjon skjer via ord som blir sagt, hørt eller skrevet. Non-verbal kommunikasjon uttrykker seg gjennom kroppsspråk, holdning, bevegelser, stemmebruk etc. Da disse sjelden er entydige, skjer det en fortolkningsprosess, og er derfor ekstra viktig for oss helsepersonell å ikke mistolke. I tillegg avslører den våre holdninger, og signaliserer om vi er innstilt på å lytte eller hjelpe (Eide & Eide, 2007).

3.5.1 Profesjonell kommunikasjon

I sammenheng med at oppgaven vår omhandler kommunikasjon på et yrkesfaglig nivå, knytter vi begrepet opp mot den profesjonelle samtalen, som igjen avviker litt i forhold til den dagligdagse. Dette fordi at vi har en rolle som yrkesutøvere, og retter dermed kommunikasjonen mot mennesker som av ulike årsaker trenger, søker eller er henvist til vår hjelp og assistanse. Kolleger og tverrfaglige utøvere inngår også som en del av det, da det foreligger samarbeid for å yte best mulig hjelp. En korrekt definisjon av profesjonell kommunikasjon, bli derfor at den hører ens yrke til, i vår sammenheng yrkesrollen som hjelper. (Eide & Eide, 2007).

Gjennom den profesjonelle kommunikasjonen skal det foreligge et helsefaglig formål – der det å fremme helse, forebygge sykdom, gjenopprette helse og lindre lidelse er aktuelt (ICN 2001). Den skal alltid være hjelpende, både på et faglig velbegrunnet nivå samt til hjelp for den andre. Ut fra det kan man si at kommunikasjonen er basert på yrkets verdigrunnlag (Eide & Eide, 2007).

3.5.2 Travelbee om kommunikasjon

I følge teoretikeren er kommunikasjon et av sykepleierens viktigste redskaper når man skal opprette en relasjon. Samtidig er det en prosess som kan bli tatt i bruk for å søke å gi informasjon til pasienten og hans familie. Videre er det et verktøy for å formidle omsorg –

gjærne ved bruk av non-verbal kommunikasjon. Den kan ses på som en dynamisk kraft som kan ha innvirkning på graden av mellommenneskelig nærhet i sykepleiesituasjoner.

Sykepleier må vite om det foregår kommunikasjon, og hva som kommuniseres – slik at vurdering og evaluering i hvilken grad sykepleiers mål og hensikt oppnås i interaksjonen.

Konsekvensene kan ses gjennom at mennesker kommer nærmere hverandre, støtes bort eller gir hjelp. Den andres verdi som et unikt menneskelig individ kan ved hjelp av kommunikasjon komme til uttrykk eller tilsløres (Travelbee, 2001).

Selve kommunikasjonen er ikke et mål – men en deltaker i prosessen for å nå sykepleiers mål og hensikt, samt etablere et menneske- til menneske-forhold. Dette krever evner og kunnskaper for å anvende kommunikasjon på riktig måte. Teknikkene er verdifulle og nyttige som hjelp til å oppnå optimal kommunikasjon, og handler både om samtaler med den andre parten og de non-verbale virkemidlene som tas i bruk for å innvirke på personen som mottar omsorgen. Det gjelder å evne og kunne uttrykke seg muntlig, klart, konsist og presist – snakke med pasienten, og derav evne til å lytte, høre og tolke den andres uttrykk korrekt (Travelbee, 2001).

3.6 Brukermedvirkning

Begrepet skal bidra til at helsetjenesten og hjelpeapparatet lytter til brukernes erfaringer, og lar deres perspektiver prege utformingen av hjelpen. Brukermedvirkning på individnivå handler om den enkeltes rettigheter og muligheter til å påvirke sitt behandlingstilbud, mens på et systemnivå f r brukere påvirke både sin egen sak og utformingen av helse- og sosial-tjenestenes hjelpetilbud (Andreassen, 2005).

Da brukermedvirkning er en lovfestet rettighet, er det vår plikt som helsearbeidere å ivareta den (Pasient og brukerrettighetsloven, 1999). Det gjelder fra en pasients perspektiv å kunne styre over viktige deler av eget liv, motta hjelp på egne premisser, samt bli sett og respektert med det utfall at verdigheten synligg res. Dermed vil det kunne ha en terapeutisk effekt på bedringsprosessen, som igjen vil styrke motivasjonen (Helsedirektoratet, 2011). Statens ønske om brukermedvirkning kommer til uttrykk gjennom pasientrettighetsloven av 2. juli 1999 nr. 63, og gjennom helseforetaksloven av 15. juni 2001 nr. 93 (Andreassen, 2005). 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. (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999).

Vårt tema er en del av de yrkesetiske retningslinjene som sykepleiere må forholde seg til, blant annet gjennom kravet om å fremme pasientens ønsker, behov og rettigheter. Dermed er vi lovpålagt å overholde og ivareta pasientens brukermedvirkning, slik at retten til selvbestemmelse og ikke bli krenket overholdes (ICN, 2001).

4.0 DRØFTING

Vi drøfter problemstillingen i lys av funn, teorikapitlet og egne erfaringer fra praksis. I forhold til strukturen anså vi det som mest naturlig og starte med relasjonens betydning, da sykepleien tar utgangspunkt i den. Deretter vil spørsmålet om sykepleieren er en kontrollerende profesjonell tas opp. I neste kapittel drøftes kunnskapens betydning, før vi problematiserer mangelen på informasjon. Til slutt drøftes bruken av hjelpemidler i behandlingen.

4.1 Relasjonens betydning

Siden språket vanligvis er utelatt, er det vanskelig å bruke det som en fremgangsmåte for relasjonen (Eide & Eide, 2007). Enkelte afasirammede har språk, til en viss grad, det avhenger hvilken type afasi som foreligger. De første møtene i praksis med pasientgruppen bestod av usikkerhet, mye grunnet at fokuset var på diagnosen, som skygget for *mennesket* som lå der. Eide & Eide (2007) understreker at en god kommunikasjon må være bygd på kunnskap om lidelsen, evnen til å leve seg inn i situasjonen, og beherskelse av ulike strategier. Derav ser vi at språk er mer enn ord – som sykepleier må man se hvilke uttrykk pasienten gir, fra ansikt, kroppsholdning og bevegelser, parallelt med eventuell verbal formidling. Det er nødvendig å kunne tolke de nonverbale tegn og signaler i sammenheng med det verbale, for å kunne forstå hva pasienten mener (Eide & Eide, 2007). Motsetningene mellom disse to skal man passe seg for – slik at man ikke sier noe og signaliserer noe helt annet med kroppsspråket. Det verbale og non-verbale språket er sjelden entydige, det skjer en fortolkningsprosess, og er derfor viktig å tolke rett. I tillegg avslører det våre holdninger, og signaliserer om vi er innstilt på å lytte eller hjelpe (Eide & Eide, 2007). Samtidig kan brukermedvirkningen ivaretas, gjennom at pasienten blir sett og hørt. Derfor er det avgjørende å bruke tydelige ansiktsuttrykk og gester, eksempelvis illustrere ved hjelp av hender noe man vil få pasienten til å forstå. Det er av betydning å plassere ansiktet slik at pasienten ser oss, og kan tolke uttrykk og lese munnen. Samtidig kan gester i enkelte tilfeller aktivere et ord som den afasirammede eventuelt ikke får frem. Travelbee (2001) hevder også at sykepleier skal evne og uttrykke seg muntlig klart, konsist og presist, parallelt med å lytte og tolke den andres uttrykk korrekt. Dette sier oss at den non-verbale kommunikasjonen er et verktøy for å formidle omsorgen, og kan ha innvirkning på graden av den mellommenneskelige nærheten. Dette fordi relasjonen krever en gjensidig forståelse og kontakt, som også har positiv innvirkning på brukermedvirkningen (Travelbee, 2001).

Studien gjort av Tomkins et.al. (2013) avdekket at afasipasienter på spørsmål om forholdet til sykepleieren, omtalte nivået av inkludering og forståelse som viktige brikker for å skape en god relasjon. Flere av sykepleierne samhandlet med begrenset sosial og emosjonell interaksjon, og handlet på en overflatisk måte med mye fokus på fysisk omsorg (Gordon et.al.2009). Funnet kan man stille seg kritisk til, da vi er av den oppfatning at sykepleiere ofte gjør det beste ut av hverdagen, og dessverre vil det bety prioriteringer. Erfaringer fra egen praksis viste at tiden ikke alltid strekker til, og samtaler og grundig forståelse av pasienten må gi tapt for de høyst nødvendige arbeidsoppgavene. Likevel tenker vi at for og nå frem med det man ønsker som sykepleier, er det viktig å kunne inneha evnen til å legge til grunn en relasjon tilpasset den enkelte. Dette for å kunne handle på bakgrunn av deres ønsker og behov, slik at pasientene blir sett bak diagnosen afasi, får medvirke i behandlingen og derav føle seg akseptert (Tomkins et.al. 2013). Slik kan man bruke seg selv terapeutisk - i den forstand at man lindrer pasientens plager, som i dette tilfellet er språkvanskene. Vi tolker det som nødvendig å inneha en forforståelse av pasienten, en forståelse av hva det vil si å være syk (Travelbee, 2001). Dette oppnås ved å etablere et forhold til den syke, som samtidig underbygger brukermedvirkningen, da vi som sykepleiere setter pasienten som utgangspunktet for relasjonen, og bortprioriterer våre preferanser og behov (Myrah, 2012). Erfaringene våre viser at en relasjon forbedrer seg som regel når man lærer en pasient å kjenne, og det gjelder spesielt de med afasi, da kommunikasjon med dem krever en spesiell tilnærming. Gjennom å vise rett innstilling, og tydeliggjøre vår profesjonelle holdning, som viser interesse og vilje til å hjelpe pasienten, åpner vi for en vennlig og likeverdig relasjon (Eide & Eide, 2007). Det kan bidra til å få den afasirammetes ønsker og behov i fokus – både i forhold til behandling og oppholdet på sykehuset, som igjen fører til at brukermedvirkningen ivaretas (Tomkins et.al. 2013).

4.2 Sykepleieren - en kontrollerende profesjonell?

Gordon et.al. (2009) så i sine undersøkelser at sykepleierne kontrollerte samtalene, både tema og hvordan den ble lagt opp. Det er bevist at dersom vi bestemmer hva dialogen skal dreie seg om, skal det mye til for at pasienten makter å skifte tema (Corneliussen et.al. 2006).

Observasjoner i praksis viste oss at når pasientrommet ble entret, tok ofte samtalen veier som ikke verdsatte hensynet om at det forelå språkvansker. Det var ofte de lukkede spørsmålene som kunne besvares med ja eller nei, som ble brukt, samt situasjoner hvor neste spørsmål ble spurt før vedkommende hadde rukket å få svart på det forrige. På den måten ble det satt

grenser for brukermedvirkningen, da slike spørsmål kan gi problemer i forhold til å få gode nok svar. Det Likevel kan denne type spørsmål også fremme brukermedvirkningen, spesielt med tanke på de som har et svært begrenset ordforråd, da det blir enklere å avgi et svar. Ved at sykepleier formulerer seg hensiktsmessig, kan pasienten ta avgjørelser og få frem sine ønsker, men det non-verbale uttrykket må i tillegg tolkes da enkelte afasirammede kan si ja, men egentlig mene nei (Corneliussen et.al. 2006). Derav utnytter helsepersonellet kommunikasjonen til sin fordel, gjennom å søke etter informasjon hos pasienten, som igjen utfyller rollen som pasientens hjelper, spesielt med tanke på brukermedvirkning. Det innebærer ikke å ta kontroll, da det kan gi konsekvenser hvor man støter bort pasienten (Travelbee, 2001).

Den profesjonelle kommunikasjonen i vårt yrke skal blant annet fremme helse og lindre lidelse (ICN, 2001). Sykepleier skal ikke sitte med svaret i forkant og kontrollere kommunikasjonen i retning av det. Nettopp dette er en trussel mot brukermedvirkning - holdningen om at *vi* vet best (Myrah, 2012). Dette fordi at vi ikke anerkjenner de individuelle behovene, og gir ikke pasientene en sjanse til å påvirke samtalen (Gordon et.al. 2009). Sett i fra et pasientperspektiv fant Tomkins m.fl. (2013) at diskusjoner mellom pasient og sykepleier førte til at delte avgjørelser ble verdsatt. Det samme gjaldt om de klarte å stole på avgjørelser gjort av helsepersonell. Derfor må man ha en inkluderende holdning, slik at vi ikke utviser eller tror at vi som sykepleiere vet best. Da er kategoriseringen brutt, og sykepleier utfører omsorg som til enhver tid er til det beste for pasienten (Travelbee, 2001). Da lytter man til pasientens erfaringer, og lar deres perspektiver prege utformingen av hjelpen – et brukermedvirkende tiltak (Andreassen, 2005). Pasientene vil da føle seg sett og hørt, som igjen gir en bedre og raskere helingsprosess. Samtidig får vi som sykepleiere inntre i rollen som en del av et endringsarbeid, istedenfor og bare være en som deler ut tjenester – slik at vi ser hele mennesket, og ikke bare en diagnose (Myrah, 2012).

Tomkins et.al. (2013) beskriver kontrollen ifra et pasientperspektiv, der pasientene uttrykte å bli ekskludert fra diskusjoner, samt at leger og sykepleiere snakket over dem. Gjennom erfaringer fra praksis ser vi at det ofte skjer at helsepersonell henvender seg til hverandre, og snakker over hodet til den det gjelder. Kanskje er de afasirammede spesielt utsatt siden det tar tid å få en relasjon med tilfredsstillende kommunikasjon, og at enkleste utvei blir å henvende seg til andre som har et større kjennskap til pasienten? Det kan også ha en sammenheng med mangel på kunnskap, eller at prioriteringer foreligger andre ting enn brukermedvirkning.

Likevel handler det om menneskeverdet, at pasienten skal føle seg som et likeverdig individ som bestemmer over sin kropp og helse, tross språkvanskene (Tomkins et.al. 2013).

Problemet vanskeliggjør brukermedvirkningen siden pasienten ekskluderes fra samtalen, som i aller største grad omhandler vedkommende - medvirkningen forblir utelatt, og helsepersonellet tar kontrollen. Vi som fremtidige sykepleiere ønsker å utvise en holdning som gjør at likeverd og inkludering foreligger. Derfor må man kunne lytte, observere og være tålmodig – slik at man inkluderer pasienten og ikke raner pasienten for en mulighet til å respondere, som resulterer i ivaretatt brukermedvirkning (Corneliussen et.al. 2006).

Slagrammede Tylor (2006:95) skildrer det slik: *Når jeg først ble klar over at noen ville ha oppmerksomhet fra meg, var det nødvendig for meg at de gjentok spørsmålet. Det var nødvendig for meg at spørsmålet ble gjentatt sakte og artikulert tydelig. Jeg trengte rolig, tydelig kommunikasjon. Jeg responderte sakte. Altfor sakte for virkelighetens verden.*

Sykepleierne som deltok i studien til McGilton et.al. (2011) forsto at de ikke kunne ta over samtalen, men gi pasienten tid til å svare. Det resulterte i at de ble mindre engstelige og at personalet selv var mindre frustrert, samt fremmet pasientens evne til å kommunisere. Derav bidro inkluderingen til en mindre belastning for pasienten, da kontrollen forelå vedkommende, som igjen gav en mulighet til medvirkning i behandlingen.

Afasirammede opplever og ikke få ta del i behandlingen, og eventuelle planer videre – trolig grunnet at man antar at den som ikke uttrykker seg i språk, ikke har forståelse for hva folk sier (Eide & Eide, 2007). Helsepersonellet setter derfor grenser og kontrollerer

brukermedvirkningen. Studien av Solbjørg og Steinsbekk (2011) bekrefter dette, og samtidig ligger ansvaret for medvirkningen til sykepleierne, da de ofte har en dypere relasjon med pasientene – sammenlignet med leger eksempelvis, som igjen kan føre til en ekstra belastning i en allerede hektisk hverdag. Her vil tidsaspektet spille en rolle, da ivaretagelse krever tid, som det ofte er lite av. For afasirammede spiller ikke dette til deres fordel. Likevel, som sykepleier er vi lovpålagt at bruker skal medvirke, og at det skal tilpasses den enkelte (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999). Tylor (2006:101) uttrykker seg slik: *”Hun stresset for å holde en eller annen timeplan, og tapte helt tydelig kampen. Fordi hun hadde hastverk, var hun brutal i sin måte å behandle meg på, og jeg følte meg som en detalj noen hadde oversett”.*

Corneliussen et.al. (2006) setter tidsaspektet i et annet perspektiv, og gjør at den kan takles til fordel for afasirammede. God tid behøver ikke å ta lang tid – gjennom å senke vårt eget taletempo, som igjen roer samtalen og gir den afasirammede større mulighet til å forstå det som blir sagt. Videre understreker hun at det er viktigere å bidra til god tid, enn ukritisk å

gjette på hva som forsøkes å formidles. Som sykepleier må det tenkes at god tid er god hjelp, da man ved å innta en lyttende holdning – hvor det aksepteres at pausene må være lengre og tempoet lavere enn ellers, og samtidig kommer med innspill på en naturlig måte som hjelper samtalen videre (Corneliussen et.al. 2006). Med en slik holdning ivaretar sykepleiere yrkesfaglige retningslinjer gjennom å fremme pasientens rett til og selv foreta valg, og at krenkende handlinger unngås (ICN, 2001). Vi stoler på at pasienten prøver – bare ikke med våre ferdigheter eller etter vårt tidsskjema (Tylor, 2006). På den måten blir også brukermedvirkningen ivaretatt, og kontrollen foreligger begge parter.

4.3 Kunnskap

En forklaring på at studien til Gordon et.al. (2009) viste at sykepleierne kontrollerte samtale, er at de ikke hadde nok tillit til seg selv for å holde en samtale med en afasirammet. De opplevde det som vanskelig å starte en samtale, mye grunnet dårlig kompetanse. McGilton et.al. (2011) påpeker også at det var hull i kunnskapen om språkvansker og strategier i sammenheng med det. Pasienter verdsetter å møte sykepleiere med god klinisk kompetanse (Tomkins et.al. 2013). I følge Travelbee (2001) evner vi å kjenne mennesker, men oppnår aldri den fulle forståelsen. Likevel er kommunikasjonsprosessen for å formidle omsorg, som igjen har innvirkning på graden av det mellommenneskelige, slik at sykepleiers mål og hensikt kan nås. Travelbee (2001) forklarer videre at det derfor krever evner og kunnskaper for å anvende det på riktig måte, hvor teknikkene handler både om samtaler og non-verbale virkemidler.

Fra egne opplevelser i praksis ser vi at det er tilbaketrekking og usikkerhet hos enkelte sykepleiere i situasjoner med pasientgruppen. Dette kan skyldes mangel på kunnskap, men om man tenker på det praktiske på et sykehus, er også tidspress blant faktorene som spiller inn. I den forbindelse nevner vi et eksempel: En afasirammet pasient innlegges for urinveisinfeksjon, men under oppholdet observeres blødninger fra vagina. Hun henvises til gynekolog som oppdager en polyp i skjeden, som blir fjernet uten tillatelse fra pasienten. Sykepleier på undersøkelsesrommet utviser ikke tegn til å skulle avbryte handlingen, og pasienten gråter av smerter og situasjonen generelt. For å kunne se behovet og det som er viktig for pasienten – evnen til å leve seg inn i et annet menneske, må det foreligge fagkunnskaper og teori. Kommunikasjonen og kunnskapen må spille på lag, for ser man ikke hva som står på spill, hjelper det ikke med gode kommunikasjonskunnskaper (Eide & Eide, 2007). Eksemplet viser at det ble utført en krenkende handling, både i forhold til

brukermedvirkning og yrkesetiske retningslinjer (ICN, 2006). Forklaringen kan være hierarkiet innenfor sykehuset, at sykepleiere ofte ikke motsetter seg en leges bestemmelse. Kanskje ble pasientens gråt mistolket for å bare gjelde smerter? Kanskje var det nødvendig å fjerne polyppen i forhold til legens medisinske vurdering? Likevel, helsepersonellet skulle avsatt tid til å gi vedkommende en sjanse til å uttrykke seg, tilpasset ens behov, slik at hun kunne fått bedre forklaring på hva som skulle skje, og hvorfor. Vi ser dermed at det er viktig å ha kunnskap om ulike typer afasi som foreligger, pasientens historie og hvilke følger dette har. På den måten vil det være mulig å kommunisere på det hjelpende, faglig velbegrunnede nivået, som igjen underbygger brukermedvirkningen, da det bidrar til at man som sykepleier lytter til pasienten, og dermed respekterer deres rettigheter, i den grad at tillit og gjensidig forståelse er hovedmålet (Eide & Eide, 2007).

Eide & Eide (2007) understreker at hvis man skal bli bedre på kommunikasjonen, må man trene på ferdigheter som å lytte, bekrefte den andre verbalt og nonverbalt, stille spørsmål og utfordre den andre til å forme samtaler. Det vil kunne gi helhetlig mestring i praksis, samtidig som at en slik prosess ville fremmet brukermedvirkningen, gjennom at sykepleier oppnår en større forståelse av pasientens formidling, og dermed kan ta hensyn til vedkommendes ønsker og behov. Vi ser fra eget perspektiv på kunnskapsmangelen at kanskje flere kurs og oppdateringer på temaet afasi kunne gitt forbedringer. Det samme så McGilton et.al. (2011), som var overbevist om at opplæring kunne styrke kommunikasjonen betraktelig. Likevel er det vanskelig og få til, da flere faktorer spiller en rolle, deriblant økonomi, som etter vår erfaring ikke alltid tar hensyn til behovet for kompetanse.

4.4 Mangel på informasjon

Et av prinsippene innenfor brukermedvirkning er at pasienten skal styre over viktige deler av eget liv, samt motta hjelp på egne premisser (Helsedirektoratet, 2011). Hovedessensen ligger i at medvirkningen skal tilpasses den enkeltes evne til å gi, og motta informasjon (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999). Det viste seg i studien til Tomkins et.al. (2013) at pasientene ønsker mer informasjon og forklaringer, og at mangelen gjorde det vanskelig å ta avgjørelser. En økning ville redusert angst og gitt et bedre utgangspunkt for dem. Erfaringer fra praksis viste at flere sykepleiere velger å informere når noe er fastbestemt, f.eks. en overflytting. I stedet for å starte med forberedende opplysninger, velges det bort da det kommunikative er utfordrende. Man kan tenke seg en kreftpasient med afasi, som kanskje ikke ønsker videre

behandling. For å ivareta brukermedvirkningen kreves det at vedkommende får beskjed om at tanken er overflytting og mer behandling, før det er fastbestemt, slik at pasienten kan protestere og få frem hans ønske, og dermed medvirke. Retningslinjene krever at man skal fremme pasientens mulighet til egne avgjørelser, gjennom tilpasset informasjon og at den er forstått (ICN, 2001). Som sykepleiere må man gå inn i samtalen med det utgangspunkt at den afasirammede også har ideer, tanker og spørsmål å komme med, og vi må komme med oppfordringer til formidling (Corneliussen et.al. 2006). Det gjelder pasientens helse, hvilket vedkommende bør ha innvirkning på for å ivareta brukermedvirkningen. Studien viste videre at det var gjentakende at måten informasjon ble tildelt, da med tanke på at mengden detaljer og bruken av medisinsk sjargong hadde stor betydning. Et lavt nivå av disse elementene resulterte i trygghet og gjensidig forståelse, mens overdreven bruk gav uro og forvirring (Tomkins et.al. 2013). I dagens sykehus har vi erfart at det florerer opplysninger parallelt med et tidsaspekt som ikke er tiltalende afasirammede. Siden sykepleier er først til å etablere kontakt, og at leger taler et medisinsk språk som er vanskelig for allmennheten å forstå, faller ofte ansvaret tungt, da pasienten henveder seg til sykepleier for nærmere forklaring når lege har forlatt rommet. Derav utfordres kommunikasjonen gjennom at den må tilrettelegges med den hensikt at forståelse foreligger, slik at også brukermedvirkningen blir i fokus. Det er viktig å være klar over at afasirammede til tider ønsker at sykepleiere skal tro at de forstår mer enn de i virkeligheten gjør (Tylor, 2006). Derfor kreves det nøye observasjon av pasienten, både verbalt og non-verbalt, slik at man kan forsikre seg om at det som er blitt opplyst er forstått. Det gjelder å være bevisst vår måte å artikulere på, spesielt i forhold til å stille spørsmål. Korte enkle setninger, med klar og rolig stemme (Corneliussen et.al. 2006). På den måten blir det en individuell tilnærming, hvor sykepleier setter pasientens forståelse i sentrum, og dermed ivaretas brukermedvirkningen siden forutsetningen om at brukeren forstår helsepersonellet er respektert.

4.5 Hjelpemidler

En afasirammet, spesielt en som er hardt rammet av språkvanskene kan dra nytte av hjelpemidler, som styrker kontakten med omverden. I følge McGilton et.al. (2011) var bilder en ressurs som gjorde forståelsen under behandlingen enklere. Tylor (2006) bad om at sykepleiere måtte bruke bøker tilpasset riktig aldersgruppe, altså småbarn. Egen erfaring viser at dette er sjeldent i bruk, eller i besittelse på avdelingene, noe som vi mener er en ulempe for pasientene. Det samme gjelder en skriveblokk, hvor man kan tegne eller skrive ord med store

bokstaver hvis det oppstår et problem med kommunikasjonen. Det viser samtidig at vi har tid og gjør en innsats for å formidle viktig informasjon til pasienten, men likevel var det et fåtall som benyttet seg av det. Videre vil det kunne gi positiv innvirkning på brukermedvirkning, siden pasienten kanskje får en større forståelse, og at vi som sykepleiere kan hjelpe vedkommende å respondere slik at pasienten får uttrykke seg. Eksempelvis at vi tegner det vi tolker, og pasienten nikker, eller svarer enkelt "ja" om det er det vedkommende vil frem til. Eide & Eide (2007) bekrefter at om en skal rettlede eller informere om noe som skal skje, kan bilder, brosjyrer og bøker ha positiv effekt. Det samme vil bruk av egen kreativitet og oppfinnsomhet, noe som det også sees lite av. I den sammenheng tenker vi som fremtidige sykepleiere at det er viktig å tørre å tenke nytt, da brukermedvirkning kan være truet hvis man blir hindret i nytenkning, ved å bli påvirket av verdier og holdninger på en arbeidsplass over lengre tid (Myrah, 2012).

Hjelpemidler kan bidra til at pasienten får uttrykke sin mening, spørre og svare på spørsmål, derav ivareta brukermedvirkningen. Likevel er det ikke alle som bruker eller har slike midler. I følge Kulø (2010) kan forklaringen være at pasientene mener at de greier seg uten, at de ikke mestrer å bruke det, eventuelt mangler kunnskap eller at det er tidkrevende. Det kan også være at den afasirammede vil heller prøve å snakke og bli bedre på det, noe som vi anser som veldig positivt. Likevel kan det gi negativ innvirkning for brukermedvirkningen, hvis den afasirammede ikke klarer å formidle ønsker og behov, spesielt om vedkommende i utgangspunktet klarte å gjøre seg bedre forstått ved bruk av hjelpemidler. En spørreundersøkelse gjort i 2006/2007 i afasiforbundet, avdekte at bare 62 av de 1201 medlemmene hadde et kommunikasjonshjelpemiddel (Kulø, 2010). Erfaringer har også vist oss at pasientgruppen sjelden har det med seg under behandling, som igjen påvirker brukermedvirkningen hvis vedkommende får problemer med å gjøre seg forstått og bli forstått. Derfor sees også her viktigheten av at sykepleier har kunnskap generelt om kommunikasjon, slik at hjelpemidler blir tatt i bruk, og derav øker en felles forståelse som igjen ivaretar medvirkningen i behandlingsforløpet (McGilton et.al. 2011).

Bruken av høyteknologiske hjelpemidler har i de siste årene økt. Det har vært vellykkede og positive resultater i treningsopplegg men ikke i praksis. Grunnen er tidsbruken, som hindrer funksjonell bruk. Det kan også være et ekstra problem for de som er rammet av global afasi, da forståelsesvansker fra før utfordrer bruken av hjelpemidlet (Kulø, 2010). Våre erfaringer viser lite til slike midler, men vi opplevde en pasient som hadde motorisk afasi, som

kombinerede nonverbal uttrykksmåte med en talemaskin. Der skrev han inn sine behov, og tilbakemeldinger til pleierne. Det fungerte bra, og bidro til få misforståelser. Derfor ble sjansen større for at sykepleierne ikke krenket retten til brukermedvirkning.

5.0 AVSLUTNING

Proessen vi nå har vært gjennom, har gitt oss større kunnskap og utvidet forståelse for afasirammede, som vi fremover kan bruke til vår, og pasienters fordel. I starten spurte vi oss hva vi som sykepleiere kunne gjøre for å ivareta brukervedvirkningen, gjennom kommunikasjon - redskapet som åpner for relasjoner og oppnåelse av sykepleiens hensikt og mål (Travelbee, 2001). Vi er nå kommet frem til at stikkord som god tid, delte avgjørelser, hjelpemidler og et grunnlag gjennom en optimal relasjon bidrar til ivaretagelse av brukervedvirkning. Etter å ha analysert litteraturen ser vi at det stilles krav til oss som sykepleiere, at vi tilegner oss kunnskap, slik at kommunikasjonen blir en del av prosessen for å oppnå målet med sykepleien, hvor pasienten skal ha kontroll over egen kropp og dens helse. Samtidig skal man tilrettelegge for at pasienten har kontrollen, slik at vi som sykepleiere ikke overkjører. Det krever også at vi er kreativ, slik at vi har en individuell tilnærning til den enkelte, og tilpasser samtalen med eksempelvis hjelpemidler, alt i den hensikt at gjensidig forståelse skal foreligge, som igjen underbygger brukervedvirkningen. Vi vil da ha en større tillit til oss selv, og møte afasirammede på en bekreftende og inkluderende måte. Slik kan pasienten føle trygghet, og tillate oss som sykepleiere å være deres talerør eller hjelp i kommunikative situasjoner. På det grunnlaget vil pasienten føle seg ivaretatt, som igjen kan resultere i en følelse av kontroll over eget liv – essensen i begrepet brukervedvirkning.

Temaet vi har valgt, viser seg å være lite forsket på, spesielt i sammenheng med hverandre. Grunnet omfanget på oppgaven, er det ting vi ikke fikk sett nærmere på, eksempelvis pårørendes betydning i forbindelse med kommunikasjon for pasientgruppen. I løpet av skriveprosessen har det også oppstått spørsmål som kunne vært interessant og sett nærmere på – spesielt angående høyteknologiske hjelpemidler og dens mulighet til å bli tatt mer i bruk på sykehus. Det samme gjelder årsaker til hvorfor det er mangel på kunnskap hos sykepleiere, og eventuelle metoder til forbedringer.

LITTERATURLISTE

Selvvalgt litteratur

Andreassen, T.A. (2005). *Brukermedvirkning i helsetjenesten*. Oslo: Gyldendal Akademisk (15 sider).

Corneliussen, M., Johansen L.H., Knoph, M.I.K., Lind, M. & Qvenild, E. (2006). *Afasi og samtale – gode råd om kommunikasjon*. Oslo: Novus Forlag (89 sider).

Forsberg, C., & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier : värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Natur och kultur. (kap.4 – 20 sider).

Gordon, C., Ellis-Hill, C., & Ashburn, A. (2009). The use of conversational analysis: nurse-patient interaction in communication disability after stroke. *Journal Of Advanced Nursing*, 65(3), 544-53. doi:10.1111/j.1365-2648.2008.04917.x (10 sider)

Helsedirektoratet (2011). *Brukermedvirkning*. Oslo. Hentet 18.02.14 fra:
<http://helsedirektoratet.no/psykisk-helse-og-rus/brukere-og-parorende/brukermedvirkning/Sider/default.aspx> (1 side)

Kulø, Liv. (2010). Afasi og kommunikasjonshjelpemidler. I: Lind, M., Johansen, L.H., Knoph, M.I.K. & Qvenild, E. *Afasi – et praksisrettet perspektiv*. Oslo: Novus Forlag. (kap.7 – 15 sider)

McGilton, K., Sorin-Peters, R., Sidani, S., Rochon, E., Boscart, V., & Fox, M. (2011). Focus on communication: increasing the opportunity for successful staff-patient interactions. *International Journal Of Older People Nursing*, 6(1), 13-24. doi:10.1111/j.1748-3743.2010.00210.x. (12 sider)

Myrah, A.B. (2012). *Fra bruker til samarbeidspartner – realisering av brukermedvirkning*. Bergen: Fagbokforlaget (13 sider).

Olsson, H. & Sorensen, S. (2003). *Forskningsprosessen: kvalitative og kvantitative perspektiver*. Oslo: Gyldendal akademisk (**20 sider**).

Steinsbekk, A. & Solbjørg, M. (2011). Brukermedvirkning i norske sykehusavdelinger. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 27(4), 574-593. Hentet 03.03.14 fra: <http://tidsskriftet.no/article/2066653#authorlist>, (**2 sider**)

Støren, Ingeborg (2013). *Bare søk! Praktisk veiledning i å skrive litteraturstudier*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk (**71 sider**).

Travelbee, Joyce (2001). *Mellommenneskelige forhold I sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademiske (**kap. 1, 2, 3, 4, 5, 9, 10, 11 - 175 sider**).

Tomkins, B., Siyambalapitya, S. & Worrall, L. (2013). What do people with aphasia think about their health care? Factors influencing satisfaction and dissatisfaction, *Aphasiology*, 27:8, 972-991, DOI: [10.1080/02687038.2013.811211](https://doi.org/10.1080/02687038.2013.811211) (**20 sider**)

Tylor, Jill (2006). *Med et slag – hjerneforskerens reise fra hjerneslag til ny innsikt*. Trondheim: Cappelen Damm (212 sider). (**kap 1,4,5,8,9,15, appendiks B (vedlegg i boka) – 51 sider**).

Totalt 513 sider selvvalgt litteratur.

Pensumlitteratur

Eide, T. & Eide H. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner – samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

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

Diertrichs, E (2009). Karsykdommer. I Jacobsen, D., Kjeldsen, S.E., Ingvaldsen, B., Buanes, T & Røise, O. (Red.), *Sykdomslære – Indremedisin, kirurgi og anestesi* (2. utg., s. 87-120). Oslo: Gyldendal akademisk.

ICN (2001) Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet 18. februar 2014 fra:
https://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf

Kirkevold, M. (2007). Hjerneslag - "blålys-sykdom" med langsiktige implikasjoner. I: E. Gjengedal, & B. R. Hanestad, *A leve med kronisk sykdom. En varig kursendring*. Oslo: J.W Cappelens Forlag AS.

Helse- og omsorgsdepartementet (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Lov om pasient og brukerrettigheter av 2. juli 1999. Hentet 18. februar 2014 fra:
<http://www.lovdatab.no/all/tl-19990702-063-003.html>

Universitetet i Nordland (2011). *Bacheloroppgave i sykepleie – SYK180H*. Hentet 07.04.2014 fra: <http://uin.no/Student/studierelatert/studieplaner/Pages/default.aspx>

Wergeland, A., Ryen, S. & Ødegaard-Olsen, T.G. (2010). Sykepleie ved hjerneslag. I Almås, H., Stubberud, D.G. & Grønseth, R. (Red.), *Klinisk sykepleie 2* (4 utg., s. 261-283). Oslo: Gyldendal akademisk

VEDLEGG 1: SØKEMATRISE

Database	Søkeord	Avgrenset til:	Treff	Brukte	Årstall
Oria	Brukermedvirkning, sykehus	Artikler Årstall: 2008-2014	44	0	
Tidsskrift for den Norske Legeforening	Brukermedvirkning, sykehus	Orginalartikkel Årstall: 2011	1	1	2011
Oria	Aphasia, communication, hospital, nursing care	Fagfelleverdert Etter 2010	262	1	2013
Oria	Aphasia AND Communication	År: 2009-2014 Fagfelleverdert Nøkkelord: Aphasia, Communication, Communication disorder Språk: Engelsk	685	0	
Oria	Empowerment, hospital, aphasia	Fagfelleverdert Årstall: 2005-2014	65	0	
Cinahl	Aphasia AND Communication	Full tekst Årstall: 2008-2014 All results	122	0	
Cinahl	Aphasia AND Communication AND nursing	Full tekst All results Årstall: 2008-2014	14	1	2009
Oria	Hospital, user involment	Årstall: 2008-2014 Fagfelleverdert	7	0	
Chinal	Aphasia AND Communication disability	Full tekst All results Årstall: 2008-2014	6	1	2011
Oria	User involvement, aphasia, communication, hospital nursing	Fagfelleverdert Årstall: 2005-2014	37	0	
Oria	Technical aids, aphasia, communication	Fagfelleverdert Årstall: 2005-2014 Nøkkelord: Aphasia, stroke, speech disorders	26	0	

VEDLEGG 2 Artikkelmatrise

Artikkel 1

Pub.år	2011
Land	Norge
Database	Tidsskrift for den Norske Legeforening
Forfattere	M. Solbjørg (Institutt for samfunnsmedisin, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet) A. Steinsbekk (Institutt for samfunnsmedisin, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet)
Tittel	<i>Brukermedvirkning i sykehusavdelinger – helsepersonellens erfaringer</i>
Hensikt	Målet med studien var å undersøke hvilke erfaringer helsepersonell hadde med brukermedvirkning i sykehusavdelinger
Metode/utvalg	Kvalitativ intervjustudie, med 9 individuelle intervjuer og 3 gruppeintervjuer, med 18 ansatte fra 12 sykehusavdelinger i Helse Midt-Norge HF. Blant de intervjuede var en andel sykepleiere.
Resultat/Konklusjon	Helsepersonellet fortalte at det var de som initierte brukermedvirkning i avdelingen. De ansatte satte grenser for brukernes medvirkning, spesielt i medisinfaglige spørsmål. Tilbakemeldinger fra brukere var viktig da de påpekte mangler og forbedringer i forholdet helsepersonell-pasient.
Tidsskrift relevant for undersøkelsen	Nr. 2 – 21. januar 2011 Tidsskrift Norsk Legeforening 2011; 131:130 – 1 Fagfelleurdert.
Hvordan er artikkelen relevant for tema	Artikkelen synliggjør at brukermedvirkning ofte skjer på de ansattes premisser.
Hva sier artikkelen om temaet	Forklarer brukermedvirkningen på sykehus, fra de ansattes perspektiv. Erfaringer fra intervjuobjektene blir da til en samlet konklusjon at de ansatte setter grenser for medvirkningen på ulikt nivå.

ARTIKKEL 2

Pub.år Land Database	2013 England Oria
Forfattere	Tomkins B. (Speech Pathology Department, Gold Coast Hospital and Health Service) Sivambalapitiva S. (Griffith University, School of Rehabilitation Sciences) Worrall L. (University of Queensland, School of Health and Rehabilitation Sciences)
Tittel	<i>"What do people with aphasia think about their health care? Factors influencing satisfaction and dissatisfaction"</i>
Hensikt	Målet med studien var og utforske hvilke faktorer som påvirker tilfredshet og misnøye hos mennesker med afasi ved bruk av helsetjenester.
Metode/utvalg	En kvalitativ, beskrivende fenomenologisk forskningstilnærming ble brukt. Semi-strukturerte dybdeintervjuer med 50 deltakere med afasi ble analysert ved hjelp av kvalitativ innholdsanalyse til identifikasjon.
Resultat/Konklusjon	Denne studien har identifisert spesifikke faktorer og verdier som bidrar til trivsel og misnøye hos mennesker med afasi i forbindelse med helsetjenester. Syv kategorier ble nøye undersøkt, der det å danne relasjoner, informasjon, kommunikasjon, kunnskap, måte å være på samt individuell støtte viste relevans til vårt problemområde. Funnene kan gjøre det mulig å bedre forstå behovene til mennesker med afasi og å iverksette hensiktsmessige forbedringer til helsetjenester.
Tidsskrift relevant for undersøkelsen	27:8, 972-991, DOI: 10.1080/02687038.2013.811211 Fagfelleurdert. Vitenskapelig artikkel
Hvordan er artikkelen relevant for tema	Artikkelen gir oss et helhetlig bilde av hvordan det oppleves for en afasipasient å motta helsetjenester, som kan hjelpe oppgaven ved å oppnå en større forståelse av deres perspektiv på behandlingen.
Hva sier artikkelen om temaet	Viser oss opplevelsen pasientene med afasi sitter igjen med etter sykehusinnleggelse, i forhold til ulike områder. Det var både misnøye og tilfredshet, både angående hvordan informasjon ble gitt, hva som kjennetegnet de sykepleierne som pasientene oppnådde en god relasjon med og opplevelser knyttet til kommunikasjon.

ARTIKKEL 3

Pub.år Land Database	2009 USA Chinal
Forfattere	Gordon C. (Sykepleierkonsulent, slagomsorg) Hill C.E. (Lektor på School of health Sciences, University of Southhampton) Ashburn, A. ((Professor for rehabilitering, University Rehabilitation Research Unit, School of Health Sciences, Southampton General Hospital, UK)
Tittel	<i>"The use of conversational analysis: nurse-patient interaction in communication disability after stroke"</i>
Hensikt	Stuiden undersøkte hvordan sykepleiere og pasienter med afasi eller dysartri kommuniserte med hverandre i naturlige interaksjoner
Metode/utvalg	En kvalitativ metode, observasjonsstudie med videoopptak som handlet om sykepleiere som hadde samtaler med pasienter som hadde afasi eller dysartri. Det var en analytisk tilnærming på samtalene. De som deltok i studien var fem slagrammede med afasi eller dysartri og 14 sykepleiere.
Resultat/Konklusjon	-Sykepleiere kontrollerte samtalene, bade tema og flyten, og skapte asymmetri i alle interaksjonene. -Pasientene hadde veldig liten påvirkning fordi de tok snarveier og svarte mest på lukkede spørsmål. Det var typisk, og var et relatert til den institusjonelle konteksten som de var i. - Sykepleier reagerte ikke på pasientenes individuelle behov, må engasjere seg mer i pasientene -Dårlig kompetanse. Sykepleiere hadde ikke selvtillit til å ha samtaler med pasienter som hadde språkvansker. -Sykepleiere trenger opplæring i kommunikasjon
Tidsskrift relevant for undersøkelsen	Journal of Advanced Nursing 65(3), 544–553 doi: 10.1111/j.1365-2648.2008.04917.x Vitenskapelig artikkel.
Hvordan er artikkelen relevant for tema	Temaet kommunikasjon og interaksjoner tas opp i studien, som viser både sykepleiere og pasientens perspektiv. Den gir oss et bilde på interaksjonene og samtalene, hva som ble gjort og hva som ikke burde vært gjort. Forfattere, database og innhold viser kvalitet.
Hva sier artikkelen om temaet	Tar opp kommunikasjon mellom sykepleier og pasient som lider av afasi eller dysartri. Er derfor relevant for problemstilling, da funnene forteller hvordan sykepleierne taklet kommunikasjonen, og hvordan det påvirket pasientene, og pasientenes reaksjoner.

Artikkel 4

Pub.år	2011
Land	Toronto
Database	Chinal
Forfattere	<p>McGilton, K. (Senior Scientist, Associate Professor)</p> <p>Peters, R.S. (Speech Language Pathologist)</p> <p>Sidani, S. (Professor, School of Nursing, Ryerson University)</p> <p>Rochon, E. (Associate Professor,, University of Toronto)</p> <p>Boscart, V. (Lecturer, Research Assistant)</p> <p>Fox, M. (Assistant Professor, School of Nursing, Faculty of Health)</p>
Tittel	<i>“Focus on communication: increasing the opportunity for successful staff-patient interactions»</i>
Hensikt	Hensikten var å vurdere en gjennomføring av kommunikasjonsplaner, forske på endringer i pasientens oppfatning av omsorg, og utforske endringer i forhold til sykepleierens kunnskap og holdning angående kommunikasjon med pasientene.
Metode/utvalg	<p>Studien har brukt en «mixed method». Det vil si at både kvalitativ og kvantitativ metode ble brukt. Kvalitativ for å identifisere staber og deres oppfatning av intervensjonen, og kvantitativ for å hente data av pre- og post-tester som ble gjort, for å vurdere gjennomføringen av kommunikasjonsplanene og utforskning av endringer i sykepleiers og pasienters utfall.</p> <p>18 sykepleiere og 9 pasienter med språkvansker deltok.</p>
Resultat/Konklusjon	<p>Mangel på kunnskap hos sykepleiere, fikk ny bevissthet om behov for å bruke en individuell tilnærming i samarbeid med pasienten.</p> <p>-God nytte med bruk av bilder.</p> <p>-Kommunikasjonsstrategiene resulterte i at enkelte pasienter ble mindre engstelige, urolige og personalet var mindre frustrerte. Det fremmet kommunikasjonen. Viktig å bruke god tid i samtale.</p> <p>-Bedre livskvalitet og tilfredsstillende omsorg for pasientene.</p>
Tidsskrift relevant for undersøkelsen	<p>International Journal of Older People Nursing 6, 13–24 doi: 10.1111/j.1748-3743.2010.00210.x</p> <p>Vitenskapelig artikkel.</p>
Hvordan er artikkelen relevant for tema	Vi valgte artikkelen fordi den omhandlet kommunikasjon, og litt om hjelpemidler (bilder f.eks.). Viser derfor relevans, og er en sikker kilde både i tilknytning til forfattere, database og innhold.
Hva sier artikkelen om temaet	Utforsker temaet kommunikasjon, da spesielt i forhold til sykepleierne. Gir tips (bilder, individuell tilnærming) for å øke kvaliteten på kommunikasjonen.