

BACHELOROPPGÅVE

Apoplexia cerebri – når livet blir annerledes

“Hvordan kan sykepleier ved hjelp av kommunikasjon fremme egenomsorg hos pasienter med afasi etter hjerneslag, i rehabiliteringsprosessen?”

Kandidatnummer:

55

Wenche Merete Halsen

Rettleiar:

Sara Terese Osland

Bachelor i sykepleie

Sk141

Mai 2007

Noe

Å lytte
Til ordene
Fra det andre mennesket
Kanskje ikke til alle ordene
men til dem som kommer dumpende
nærmest av vanvare, lytte
til klangen
til smilet i stemmen
hvis den smiler
eller den brutte tonen
i ordet som aldri skulle vært sagt, lytte
til pausen som plutselig er der
plutselig er for lang
og munnviken
som skjelver umerkelig, for det er et eller annet
bakenom
noe bittelite kanskje
og meget ensomt
noe er det
noe...

(skrevet av Carl F. Prytz 1978)

Innholdsfortegnelse

1.0	Innledning	1
1.1	Introduksjon	1
1.2	Bakgrunn for valg av tema.....	1
1.3	Problemstilling.....	2
1.4	Avgrensing av problemstilling.....	2
1.5	Definisjon av begrep	2
1.6	Formålet med oppgaven.....	3
1.7	Oppbygging av oppgaven	3
2.0	Metode	4
2.1	Metode og fremgangsmåte.....	4
2.2	Styrke og svakheter ved metoden	6
3.0	Teoretisk referanseramme.....	7
3.1	Teori om egenomsorg	7
3.2	Hjerneslag	9
3.2.1	Afasi.....	9
3.2.2	Ulike typer av afasi	10
3.3	Kommunikasjon og samhandling	11
3.3.1	Samhandling med pårørende	12
3.3.2	Forskning om kommunikasjon med afasipasienter	12
3.4	Rehabilitering.....	14
3.4.1	Brukermedvirkning	14
3.4.2	Tverrfaglig samarbeid.....	15
3.4.3	Rehabiliteringsprosessen	15
3.4.4	Språktrening av afasirammede.....	15
4.0	Hvordan kan sykepleier ved hjelp av kommunikasjon fremme egenomsorg til pasienter med afasi etter hjerneslag, i rehabiliteringsprosessen?.....	17
4.1	Pasientcase	17
4.1.1	Vurdering av pasientens situasjon	18
4.2	Betydningen av samarbeid for å fremme pasientens egenomsorg.....	19
4.2.1	Samhandling	19
4.2.2	Hvordan definere viktighetsområder/ressurser/begrensninger	21
4.2.3	Tverrfaglig samarbeid	23
4.2.4	Pårørende	24
4.3	Kommunikasjonens betydning for egenomsorg	25
4.3.1	Det første møte.....	25
4.3.2	Språkstimulering	26
5.0	Avslutning.....	30
	Litteraturliste	32

1.0 Innledning

1.1 Introduksjon

Hjerneslag kommer som oftest som lyn fra klar himmel. Det skjer plutselig og kan oppleves som en svært dramatisk hendelse både for personen som rammes, og hans nærmeste. En mann som opplevde det å bli rammet av slag på følgende vis;

Jeg ville slå dynen til side og vippe beina over sengekanten, men fikk det ikke til. Enda en gang prøvde jeg, mens jeg kjente en bølge av isende angst knytte seg i mellomgulvet. Vantro sank jeg tilbake til putene. Kroppen greide det ikke, mine egne lemmer ville ikke lystre, jeg greide knapt å bevege den høyre siden. Jeg sa noe, men det var ikke min egen røst jeg hørte. Det var en svak, uklar og lespende stemme (Simonsen 1994, s. 26).

Denne personen fikk et venstresidig hjerneslag som følge av en blodpropp i hjernen. Å bli rammet av hjerneslag kan innebære at den rammede opplever omfattende kroppslige forandringer som får alvorlige konsekvenser for funksjonen i det daglige. Fysiske utfall kombinert med et kaos av følelser, kan hos personer med hjerneskade forårsake både lidelse og et behov for å gjenopprette sin verdighet.

Denne oppgaven handler om egenomsorg til pasienter som er rammet av afasi etter et hjerneslag. Ifølge Corneliussen mfl. (2006, s. 13-14), blir opptil 6-7000 mennesker årlig rammet av afasi i Norge. Det vil si at 17-18 nordmenn rammes hver dag. utfordringer for sykepleier er å kunne hjelpe den afasirammede til å kunne gjøre seg forstått og kunne delta i fellesskapet igjen. For å besvare problemstillingen min har jeg valgt å bruke et pasientcase som blir presentert i begynnelsen av drøftingsdelen. Det handler om en mann som blir rammet av et hjerneslag, og som blant annet mister språket. Jeg har brukt tidligere erfaringer fra praksis i utformingen, og av den grunn har jeg anonymisert caset. For enkelthets skyld benytter jeg et fiktivt navn i omtale av pasienten. I drøftingsdelen blir sykepleier omtalt i jeg form.

1.2 Bakgrunn for valg av tema

Interessen for pasienter rammet av hjerneslag har vokst fram i løpet av sykepleierutdanningen min. Jeg har i denne perioden hatt endel kontakt med slagrammede pasienter med afasi, både i praksis og ved jobbing ved siden av studiene. Dette er mennesker som har blitt rammet av en alvorlig sykdom som berører alle aspekter ved

livet. Min oppfatning er at mange av disse pasientene virker passive og nedstemte. Jeg har tenkt mye over hva pasientene opplever når livet blir brått endret, når de ikke lenger evner å dekke de grunnleggende behov eller opprettholde sosial kontakt. I forbindelse med dette har jeg tenkt mye over hva sykepleier kan gjøre for å styrke deres egenomsorg og verdighet. På bakgrunn av dette kom jeg fram til følgende problemstilling.

1.3 Problemstilling

”Hvordan kan sykepleier ved hjelp av kommunikasjon fremme egenomsorg hos pasienter med afasi etter hjerneslag, i rehabiliteringsprosessen?”

1.4 Avgrensning av problemstilling

Jeg har valgt å avgrense problemstillingen min til pasienter (uavhengig av kjønn) med skade i venstre hemisfære. Videre skal jeg ta for meg denne type pasientkategori som er i en overgangsfase og som er innlagt på en rehabiliteringsavdeling på sykehus. I følge Indredavik (2004, s. 131) varer overgangsfasen fra 2(3) uker til 3 måneder. I denne fasen spiller også pårørende en viktig rolle, og kan i de fleste tilfeller være en ressurs for pasienten. Jeg har derfor valgt å ta de med for å vise hvordan jeg som sykepleier kan bruke de til å bedre egenomsorgen til afasirammede. I rehabiliteringsprosessen er også det tverrfaglige samarbeidet viktig. Sykepleieren har en koordinerende rolle på grunn av hennes mulighet til å observere pasienten hele døgnet. Dette har jeg også valgt å ta med da jeg synes at tverrfaglig samarbeid er essensielt i rehabiliteringsarbeid. På grunn av oppgavens omfang har jeg valgt å ikke ta med den fysiske siden av hjerneslaget. Jeg har heller ikke valgt å skrive noe om de psykiske følgene ved det å ha afasi. Depresjoner forekommer ofte og dette er noe helsepersonell må være observant på i forhold til rehabiliteringsprosessen.

1.5 Definisjon av begrep

Under har jeg definert sykepleie, men de øvrige begrepene i problemstillingen – egenomsorg, hjerneslag, afasi og rehabilitering – er definert i teoridelen.

Sykepleier:

For å definere dette begrepet har jeg valgt å ta utgangspunkt i en sykepleier som jobber på en rehabiliteringsavdeling på sykehus hvor prinsippet om sykepleie er organisert etter

primærsykepleie og i tillegg at pasientcaset mitt handler om en pasient som er innlagt på en rehabiliteringsavdeling på sykehus. Primærsykepleie i denne sammenheng innebærer at en fast sykepleier er tillagt det helhetlige ansvaret for planlegging, utøving og evaluering av den daglige sykepleien til en bestemt gruppe pasienter fra innkomst til utskriving, eventuelt død (Digernes 1986, s.15).

1.6 Formålet med oppgaven

Opgaven skal fortelle hvordan sykepleier ved hjelp av kommunikasjon kan fremme egenomsorg til en slagrammet pasient med afasi i rehabilitering. Målet er å skape en god støttespiller gjennom å veilede, undervise og guide pasienten til å gjenopprette verdigheten i rehabiliteringsfasen. Jeg ønsker med dette å kunne forbedre mine kunnskaper om hvordan jeg kan samhandle med denne gruppe pasienter. Jeg håper at ved å svare på problemstillingen, vil jeg kunne øke forståelse av en spesiell pasientgruppe, samt å fjerne en del frustrasjoner og følelse av manglende kunnskap forbundet med denne type pasienter.

1.7 Oppbygging av oppgaven

I kapitlet om metode har jeg definert metoden og begrunnet hvilken metode jeg har valgt, samt de positive og negative trekkene ved den. Jeg har også presentert hvilken litteratur jeg har benyttet meg av og hvordan jeg har funnet frem til relevant litteratur. I teoridelen har jeg først presentert teoretikeren jeg har valgt og beskrevet hvorfor denne teoretikeren passet til denne oppgaven. Videre har jeg definert hovedbegrepene i oppgaven som er egenomsorg til hjerneslagpasient med afasi i rehabilitering. Deretter har jeg drøftet dette ved hjelp av den presenterte teorien for å gi et best mulig svar på problemstillingen. I avslutningen har jeg konkludert med hva jeg har kommet frem til og hvordan arbeidet med denne oppgaven har gått.

2.0 Metode

2.1 Metode og fremgangsmåte

Metoden forteller oss noe om hvordan vi bør gå til verks for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap. Begrunnelsen for å velge en bestemt metode er at vi mener den vil gi oss gode data og belyse spørsmålet vårt på en faglig hensiktsmessig måte (Dalland 2002, s. 71).

Jeg har valgt å skrive en oppgave bygd på kunnskap fra bøker og andre skriftlige kilder. Av den grunn er metoden en litterær tilnærming. Ifølge Dalland er en slik metode avhengig av gode og relevante skriftlige kilder (Dalland 2002, s.70-71). Litteraturen jeg har brukt er fra pensum, skjønnlitteratur, fagbøker og forskningsartikler. Noe av litteraturen og da spesielt skjønnlitteraturen, er hovedsakelig benyttet for å få en mer subjektiv forståelse av det å bli rammet av hjerneslag og afasi.

Jeg begynte datainnsamlingen ved å gå igjennom pensum for å se om det inneholdt litteratur som dekket temaet. Kontroll av litteraturhenvisninger i bøkene ga meg god oversikt over litteratur som hadde relevans for oppgaven. I tillegg søkte jeg i følgende databaser; Lovdata.no, Bibsys, Norart, Svemed+, Pubmed, Medline og Academich search elite. Jeg brukte mange forskjellige søkeord i søkingen. For å begrense resultatene kombinerte jeg flere ulike søkeord. En annen måte å finne artikler som passet til mitt tema, var å benytte funksjonen *find related links*. På denne måten kunne jeg raskere finne frem til artikler som var av interesse for meg. For å få en oversikt over alle søkeord og antall treff som jeg fikk i de enkelte databasene jeg brukte, laget jeg meg en matrise. Denne matrisen er lagt ved oppgaven (vedlegg nr. 1).

Det er utført en del forskning rundt hjerneslag, kommunikasjon og afasi. Når jeg skulle sortere ut artikler satte jeg som krav at de skulle være vitenskapelige, jmf. retningslinjer for bacheloroppgave for sykepleien. I tillegg ønsket jeg forskning av nyere dato, dvs. ikke eldre enn ti år. Jeg fant etter en del jobbing på nettet fire relevante artikler som gikk direkte på hvordan man kan kommunisere med afasirammede: (tre på Academich Search Elite);

- “*Communicating with people with stroke and aphasia: understanding through sensation without words*”. (Sundin, Jansson og Nordberg 2000)

- *“Understanding and being understood - as a creative caring phenomenon- in care of patients with stroke and aphasia”*. (Sundin og Jansson 2003)
- *“Building a relationship: communications and relationship between staff and stroke patients on a rehabilitation ward”*. (Jones, O`Neill, Waterman og Webb 1997).

(PubMed);

- *“The meaning of skilled care providers relationships with stroke and aphasia patients”* (Sundin, Nordberg og Jansson 2001).

Når det gjelder faktorer som har påvirket mitt valg av kilder, er for det første at de må være relevante. For det andre bør de, som nevnt tidligere, ikke overskride ti år. Jeg har allikevel benyttet meg av noe litteratur som er eldre enn dette, fordi jeg synes at den fortsatt er gyldig. En annen faktor har vært tilgjengeligheten i skolens bibliotek. Noe litteratur måtte jeg bestille og låne fra andre bibliotek, noe som har medført at dette har tatt tid.

Når det gjelder den sykepleiefaglige referanserammen er det selvsagt en fordel å bruke primærkilder. I og med at Orems (2001) bok ”Principles of nursing” er på engelsk, er faren stor for mistolkninger ved oversettelse av teksten. Jeg har derfor valgt å benytte sekundærkilder som Stephen Cavanaghs (1999) ”Orems model i praksis” som hovedbok, samt Kirkevolds (1998) ”Sykepleieteorier - analyse og evaluering” og for å supplere.

Som teoretisk referanseramme har jeg valgt Orem fordi hun fokuserer på egenomsorg, noe som er et mål for en som er blitt rammet av hjerneslag og afasi. Jeg velger derfor å bruke hennes sykepleiesystem under sykepleietiltak, fordi hun er tydelig og konkret. I tillegg syns jeg at Orems teori samsvarer med definisjonen av rehabilitering i St. meld. Nr 21 1998/99, fordi begge sier at for å løse et sykepleieproblem trengs det klare mål og tiltak i en tidsavgrenset periode via et system av sykepleietjenester. Dette skjer ved hjelp av flere aktører (eks. fysioterapeut, logoped osv.) som utfører spesialiserte sykepleietjenester.

Den øvrige pensum er hentet fra skolepensum, samt tips fra veileder og avdelingssykepleier fra rehabiliteringsavdeling. Fra skolepensum har jeg blant annet brukt, foruten de som er nevnt ovenfor, Karoliussen og Smebye ”Eldre, aldring og

sykepleie” og Bredland mfl ”Det handler om verdighet” som er sekundærkilder. Ellers har jeg brukt andre bøker som for eksempel Wekre og Vardeberg ”Lærebok i rehabilitering” og Røkenes og Hanssen ”Briste eller bære”.

2.2 Styrke og svakheter ved metoden

Metodens sterke side er at jeg får tilgang til mange ulike kilder gjennom for eksempel bibliotek og internett. En annen fordel er at jeg får informasjon jeg ellers ikke ville ha funnet selv. De ulike kildene gjør at jeg får perspektiver fra flere hold, og ikke bare mitt eget. I tillegg får jeg data fra både kvantitative og kvalitative metoder.

Førstehåndkunnskapen min her blir mine erfaringer og eksempler fra praksis og tidligere arbeidserfaring med afasirammede. De svake sidene er at førstehåndkunnskapen ikke blir systematisk utvalgt. Tidligere eksempler og erfaringer som er relevante for problemstillingen blir benyttet for å supplere caset som representerer bare en person.

Andre svake sider er at oppgaven blir basert på det andre har forsket på tidligere og jeg må tolke dette og plukke ut det som er relevant. En annen sak er at det å bruke utenlandsk litteratur, artikler og forskningsbaserte arbeider kan ha en svakhet ved at disse dataene kan være fortolkninger og ha kulturelle begrensninger.

3.0 Teoretisk referanseramme

3.1 Teori om egenomsorg

Jeg har valgt Dorothea Orems egenomsorgsteori som en ramme for min oppgave. Noe av det mest sentrale i hennes teori er at sykepleie er å hjelpe pasienten til uavhengighet så langt det er mulig. En annen årsak til at hun passer til min oppgave er at pasientgruppen jeg skriver om i denne oppgaven, avhengig av utfall, ofte krever lang og krevende rehabilitering. Dette medfører flere liggedøgn og sykepleier har mer kontakt med pasienten over lang tid. Dette gir sykepleier muligheter til å observere om pasienten tilpasser seg den nye situasjonen, og om pasientens personlige utvikling stopper opp eller går videre.

Nøkkelbegreper i Orems teori

Egenomsorg: kan forstås som de handlinger som et menneske tar initiativ til og utfører på egne vegne for å opprettholde liv, helse og velvære (Cavanagh 1999, s.20). Videre hevder hun at egenomsorg innebærer at man greier å utføre handlinger som tilfredsstillere tre typer egenomsorgsbehov: de universelle/grunnleggende, de utviklingsmessige og de som er forbundet med helseavvik (Kirkevold 1998, s. 130-131).

Terapeutisk egenomsorgskrav: dette kan betegnes som summen av de totale egenomsorgsaktivitetene som må utføres for å oppfylle et menneskes egenomsorgsbehov som for eksempel de universelle/grunnleggende behov (Kirkevold 1998, s. 131).

Egenomsorgskapasitet: evnen et individ har til å identifisere de terapeutiske egenomsorgskrav, ta beslutninger om dem og oppfylle dem. Videre sier hun at det er en kompleks og sammensatt evne, som påvirkes av blant annet alder, kjønn, helsetilstand osv. (Kirkevold 1998, s. 132).

Som følge av begrensningene i min problemstilling, føler jeg at det er riktig å avgrense den teoretiske delen av oppgaven til å omfatte den delen av teorien som er aktuell for min problemstilling, teorien om sykepleiesystem. Orem deler sin teori inn i tre delteorier: en teori om egenomsorg, en teori om egenomsorgssvikt og en teori om sykepleiesystem (sykepleietiltak som er nødvendig i forhold til egenomsorgssvikt). Orem hevder at disse teoriene utgjør delene i en ”generell teori om sykepleie” (Kirkevold 1998, s. 129).

Orem hevder at sykepleiesystemer strukturer sykepleiesituasjoner ved å identifisere hvilke roller og rolleforhold sykepleier og pasient skal innta, og hvilke teknologiske elementer som skal inngå, inklusive hvilke hjelpemetoder som skal benyttes (Kirkevold 1998, s. 134). Videre skiller hun mellom tre ulike sykepleiesystemer.

- Helt kompenserende sykepleiesystem
- Delvis kompenserende sykepleiesystem
- Støttende/undervisende sykepleiesystem (Cavanagh 1999, s. 43).

I forhold til min problemstilling har jeg valgt å trekke ut hovedpunkter fra det helt kompenserende og støttende/undervisende sykepleiesystem. Dette fordi slik jeg ser det når pasienten har redusert evne til å uttrykke seg verbalt, trenger pasienten undervisning og psykisk støtte i forbindelse med det å ikke kunne uttrykke sine behov og ønsker. Når det gjelder det andre systemet til Orem, nemlig det delvis kompenserende sykepleiesystemet, anser jeg også som viktig å ta i bruk fra første stund med pasienten. Ettersom pasienten oppnår større evne til egenomsorg, vil systemene naturligvis kunne brukes som en slags trappetige i målet om å oppnå mest mulig selvhjulpenhet. Ifølge Orem er det flere årsaker til at mennesket ikke kan utføre egenomsorg, men i min oppgave vil jeg fokusere på pasienter som ikke evner til å uttrykke sine behov, men som eventuelt kan oppnå egenomsorg ved hjelp av veiledning og undervisning, for eksempel slagrammede med afasi (Kirkevold 1998, s. 134).

3.2 Hjerneslag

Hjerneslag, også kalt apoplexia cerebri, er den tredje hyppigste dødsårsak og den vanligste årsak til alvorlig funksjonshemming hos voksne i vår del av verden. I Norge rammes rundt 14.000 til 15.000 mennesker av hjerneslag årlig. I dag lever trolig 55.000 – 60.000 mennesker her i landet som har hatt et slagtilfelle, og omtrent to tredjedeler av disse har en funksjonssvikt som følge av slaget (Indredavik 2004, s. 125).

Risikofaktorene for hjerneslag er først og fremst økende alder, forhøyet blodtrykk, røyking, diabetes, atrieflimmer og hjertesykdommer (Indredavik 2004, s. 125). Når det gjelder hjerneblødning, vet en mindre om risikofaktorene. Betydningen av risikofaktorene avtar med økt alder, og etter 80 år regnes atrieflimmer som den eneste risikofaktor som gjenstår (Karoliussen 2002, s. 479).

Årsaken til hjerneslag er at deler av hjernen, helt eller delvis, mister sin blodtilførsel. Grunnen kan enten være hjerneinfarkt, en tilstopping av blodkar på grunn av trombose eller emboli, eller det kan oppstå blødning i hjernen. Cellene i den delen av hjernen som mister blodtilførselen vil skades og etter hvert dø. Symptomene varierer etter hvor i hjernen skaden er og omfanget (Almås 2001, s. 779).

3.2.1 Afasi

Afasi er ervervede – ikke medfødte- språkvansker som skyldes en skade i hjernen, vanligvis i venstre hjernehalvdel. Oftest skyldes afasi hjerneslag etter blodpropp eller blødning i hjernen, men det kan også forårsakes av for eksempel ytre hodeskader, hjernesvulst eller andre sykdommer (Corneliussen mfl. 2006, s. 9 og s. 13). Ca. 25-30% av pasientene som får hjerneslag får ulike former for afasi. Afasi rammer evnen til å forstå eller bruke språket. Videre finnes det tre typer (Karoliussen 2002, s. 488). Afasi vil ikke si at man har mistet språket men den afasirammede har ikke lenger like god tilgang til språket sitt (Corneliussen mfl 2006, s. 9).

3.2.2 Ulike typer av afasi

Motorisk afasi er det samme som ekspressiv afasi. Dette innebærer at skaden sitter i det fremre språkområdet (brocas område). De som rammes, vet hva de vil si, man har problemer med å finne og uttale ordene. Talen er oppstykket og med lite flyt. Vedkommende strever og trenger lang tid for å få sagt noe, og det som sies, kan likevel være vanskelig å forstå. Ordforrådet kan være begrenset til enkle fraser eller faste uttrykk. Forståelsen av hva andre sier, kan være relativt god, det samme gjelder innsikten i egne språkfeil, men det avhenger av hvor stor skaden er (Smebye og Bergland 2002, s. 682). Det er denne formen for afasi som jeg vil fokusere på i denne oppgaven og som er belyst i caset.

Sensorisk afasi er det samme som impressiv afasi. Dette innebærer at skaden sitter i det bakre språkområdet (wernickes område). De som rammes, har problemer med å forstå skrift og tale. De kan se og høre ordene, men ordene har ingen mening for dem. Selv kan de produsere flytende talestrøm, men talen mangler meningsfylt innhold (ordsalat). Selve forståelsen er svekket, noe som viser seg ved at pasienten ikke kan svare på konkrete spørsmål. I tillegg er evnen til å lese, lytte og konsentrere seg nedsatt (Smebye og Bergland 2002, s. 682).

Total afasi er det samme som global afasi. Denne formen for afasi opptrer ved en kombinert skade av fremre og bakre språkområdet. Ved global afasi blir både uttrykksevnen og språkforståelsen nedsatt. Talen er ofte begrenset til stereotypier og består av bare meningsløse lydkombinasjoner (Smebye og Bergland 2002, s. 683-684).

De færreste har en ren afasiform, som regel har den afasirammede en kombinasjon av de ulike formene (Smebye og Bergland 2002, s.684).

3.3 Kommunikasjon og samhandling

Ord er ikke entydige, og de kommer sjelden alene. De akkompagneres gjerne av non verbale uttrykk. Kommunikasjonsferdigheter kan derfor deles inn i to hovedtyper, verbale og nonverbale. Med verbal kommunikasjon menes gjerne at innholdet er formidlet gjennom ord. Non verbal kommunikasjon innebærer en utveksling av tegn og signaler som for eksempel ansiktsuttrykk, stemmebruk og berøring (Eide og Eide 2007, s.16).

Kommunikasjon spiller en sentral rolle for opparbeidelse av tillit mellom sykepleier og pasient. Hvordan hun opptrer ovenfor pasienten vil ha stor betydning for videre samarbeid. For at pasienten skal få tillit til sykepleieren må det hun formidler verbalt og nonverbalt stemme overens. Dette kalles for kongruens (Eide og Eide 2007, s. 157).

Når to mennesker i møte med hverandre opplever verden fra hvert sitt ståsted eller perspektiv og skal prøve å skape en felles forståelse av det som blir formidlet, møtes de begge som subjekter. Intersubjektivitet innebærer psykologiske tilstander som er gjort felles, eller som er delt med andre. Det betyr at sykepleieren må ha et åpent og reflektert forhold til seg selv og sin egen måte å forstå det pasienten forteller (Røkenes og Hanssen 2002, s. 50 - 51).

Et viktig trekk hos sykepleiers møte med pasienten er empati. Dette innebærer evnen til å leve seg inn i en annens situasjon, ved å lytte og prøve å begripe hvorfor den andre tenker, føler og reagerer slik han gjør (Røkenes og Hanssen 2002, s. 155 og Eide og Eide 2007, s. 35). Videre sier Røkenes og Hanssen (2002, s.159) at for å ha en empatisk holdning i samtale med den andre må faktorer som for eksempel det å være lyttende, å forstå og være anerkjennende være tilstede.

Å være lyttende innebærer at man at man konsentrerer seg om en annen persons indre opplevelser. Dette innebærer å rette oppmerksomheten mot den andre og la den andres verden tre fram slik den oppleves av den andre (Røkenes og Hanssen 2002, s. 159). Dette krever god konsentrasjon. En sykepleier som lytter aktivt, er oppmerksom på det som blir sagt, men hører også mer enn selve ordene. Det innebærer for henne at hun viser gjennom kroppsstilling, øyekontakt, mimikk og gester at hun er tilstede for pasienten. Med dette

viser sykepleieren at hun ønsker å høre hva den andre har å si, og dette er en avgjørende faktor for at det skal oppstå et tillitsforhold mellom partene (Eide og Eide 2007, s. 178). Å forstå innebærer at pasienten blir forstått og sett av sykepleier fra sitt eget perspektiv. I praksis handler dette om hvordan sykepleier speiler tilbake sin forståelse av pasientens opplevelser. Det betyr at sykepleier formidler tilbake hva han/hun har forstått av det pasienten har fortalt (Røkenes og Hanssen 2002, s. 159).

Å være anerkjennende handler om å bekrefte eller å gi en positiv tilbakemelding til noen (Eide og Eide 2007, s. 181). Dette betyr at man formidler til den andre at den spesielle kvaliteten ved hans eller hennes opplevelser kan deles med noen. Ved å handle slik viser man respekt til den man samhandler med (Røkenes og Hanssen 2002, s. 163).

3.3.1 Samhandling med pårørende

Ved siden av å gi den afasirammede trygghet må vi heller ikke glemme de pårørende. Mange av de preges av skyldfølelse, usikkerhet og uvitenhet (Alstad 1988, s. 11 og Sundet og Reinvang 1993, s. 36). Det er derfor viktig at vi møter de på deres premisser (Alstad 1988, s. 11). Å ha noen å åpne seg for, er av største betydning, og vår rolle som sykepleiere blir å lytte, gi støtte og informere. Det er viktig å ikke gi de falske forhåpninger, men å være realistisk og nøktern i uttalelser. Sykepleier bør huske at støtte til pårørende er støtte til afasirammede og dette bør hun være oppmerksom på (Alstad 1988, 20).

3.3.2 Forskning om kommunikasjon med afasipasienter

I 1997 ble det publisert i *Journal of Advanced Nursing* en undersøkelse som gikk på kartlegge hvordan kommunikasjonen på en rehabiliteringsavdeling er mellom de ansatte og pasientene. Ti afasipasienter med pårørende og 14 pleiepersonell ved avdelingen deltok. Det ble gjort intervju som ble tatt opp med båndopptaker. Resultatet i studien var at en hovedtese ble funnet nemlig å danne en relasjon. Det å danne en relasjon ble påvirket av faktorer som rolle, personlige kvaliteter og organisasjonsmessige rammer (Jones mfl. 1997).

I 2000 ble det publisert i *Journal of Clinical Nursing* en undersøkelse som gikk ut på hvordan man kan kommunisere med slagrammede ved hjelp av non verbal kommunikasjon. Metoden i studien gikk ut på at ti helsepersonell ved en rehabiliteringsavdeling deltok og det ble brukt båndopptaker i intervjuene av deltagerne.

Hovedfunnene i denne studien var blant annet at kommunikasjon mellom sykepleier og pasienten var ledet av delte følelser. Forutsetninger for dette mente de at sykepleier må være nær uten å være påtrengende. Hun må fremme en åpenhet som innebærer at hun må møte pasienten på halvveien og i tillegg må hun se mennesket bak sykdommen. Bruken av kroppsspråk var også viktig i gjenspeiling av følelser, dette kunne være ved øyekontakt eller holde i pasientens hånd (Sundin, Jansson og Nordberg 2000).

Et år etter ble det publisert en annen undersøkelse av de samme forskerne i Sverige som gikk ut på å finne ut hvilke synspunkt sykepleier hadde på relasjonen mellom sykepleier og den afasirammede. Metoden her var at fem helsepersonell ved en rehabiliteringsavdeling ble plukket ut til å delta i studien. Det ble utført personlig intervju med båndopptaker. Hovedfunnene i studien var blant annet at sykepleierene handlet ut i fra tanken at man gjør det man vil at andre skal gjøre mot deg. Videre hevdet de at det er viktig å se på pasienten som likeverdig part. Dette skaper grunnlag for samarbeid. Videre er det viktig å fremme en avslappet og positiv atmosfære mellom sykepleier og pasient (Sundin, Jansson og Nordberg 2001).

I 2003 ble det publisert i *Journal of Clinical Nursing* en tredje studie i Sverige som en del av en større studie om kommunikasjon, samhandling med afasipasienter. Hensikten med denne studien var å belyse sykepleiers opplevelse av å forstå og bli forstått, i omsorg og pleie av pasienter med afasi etter hjerneslag (Sundin og Jansson 2003). Metoden her innebar at fem helsepersonell og tre pasienter med afasi deltok. Det ble gjort videoopptak under morgenstell. Hovedfunnene i studien var at sykepleierens kommunikasjon i morgenstellet ble fremmet ved hjelp av berøring. Dette igjen fremmer en åpenhet og åndelig samhørighet mellom pasienten og sykepleieren. Sykepleieren snakket ikke mye under stellet men brukte heller berøring for å kommunisere slik at pasienten fikk konsentrere seg mest mulig. Dette kan sammenlignes med guiding.

3.4 Rehabilitering

Ordet rehabilitering som begrep er verken entydig eller statisk. Det gir med andre ord rom for tolkning. Men hva betyr rehabilitering egentlig? Jeg har valgt å benytte meg av definisjonen som står i Stortingsmeldingen nr 21 fra 98-99, s.10, hvor de ser på rehabilitering som en tidsavgrenset og planlagt prosess med klare mål og virkemidler, der flere aktører samarbeider om å gi nødvendig assistanse til brukeren sin egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet.

Definisjonen bygger på et tverrfaglig samarbeid samtidig som den retter fokus på hvordan endre enkeltindividets forutsetninger for å fungere, og å kompensere for funksjonstap ved tilrettelegging av miljøet. Stortingsmelding nr 21 98-99, s. 11, nevner at rehabilitering kan være aktuelt ved følgende fire situasjoner;

- Funksjonssvikt ved medfødte, kroniske sykdommer og tilstander
- Funksjonstap ved sykdom og skade som har oppstått senere i livet
- Funksjonsvedlikehold for å unngå forverring av funksjonshemminger
- Funksjonsomstilling ved overgang til ny livsarena (eks. fra skole til arbeid), eller krav i omgivelsene rundt den enkelte (eks. i bo – eller arbeidssituasjonen).

I denne oppgaven vil jeg fokusere på det andre punktet, da situasjonen i caset beskriver en mann som har fått ulike funksjonstap som følge av et venstresidig hjerneslag.

3.4.1 Brukermedvirkning

Tankene om brukermedvirkning bunner ut i to historiske etikktradisjoner. Det ene er autonomiprinsippet, som legger vekt på retten til å bestemme over eget liv. Det andre er partisipasjonsprinsippet, der deltakelse i beslutninger om egen situasjon vektlegges som hensiktsmessig ut fra trivselsmessige, pedagogiske eller helsemessige formål (Lingås 2005, s. 93). Retten til å medvirke er klare uttrykt i pasientrettighetsloven § 3-1 som sier at pasienten har rett til å medvirke ved gjennomføring av helsehjelpen. Dette forutsetter at pasienten har samtykkekompetanse. Hvis ikke har pasientens nærmeste pårørende rett til å medvirke sammen med pasienten (Lov av 2. juli 1999 nr 63 om pasientrettigheter).

Stortingsmelding nr 21, 98-99, s 6 sier at rehabilitering må ta utgangspunkt i mennesket sin rett til å bestemme over vitale livsforhold og til å formulere sine egne mål. Dette betyr

at tjenestene forutsetter et brukerperspektiv der man legger vekt på god kommunikasjon og tilrettelegging for aktiv deltakelse og medvirkning. Brukermedvirkning handler i utgangspunktet om frigjøring eller innflytelse og kan i denne sammenheng forstås som brukerens mulighet og evne til selvbestemmelse i møtet med fagpersoner. (Aune 2004, s. 56).

3.4.2 Tverrfaglig samarbeid

Viktigheten av tverrfaglighet innen rehabilitering er også gjenspeilet i St.meld.nr.21 (1998-99 s. 13) som sier at målet er at brukeren opplever rehabiliteringstilbudet som en sammenhengende helhet. Ifølge Bredland mfl. er tverrfaglig samarbeid en form for teamarbeid som tilstreber en helhetlig tilnærming for å nå felles mål. Dette kan best skje ved en fleksibel samordning av ulike typer kompetanse. Resultatet forventes å bli bedre enn om hver og en løste hver sin del av oppgaven hver for seg. Felles mål og oppgavens art kan kreve at man går på tvers av vanlige yrkesroller og kompetansegrenser ved fordeling av arbeid (Bredland mfl. 2005, s. 162). Ifølge Lingås (2005, s. 24-25) kan grupper som for eksempel leger, sykepleiere/hjelpepleiere, spesialpedagoger, fysioterapeuter, ergoterapeuter og sosionomer være faggrupper innenfor et tverrfaglig team.

3.4.3 Rehabiliteringsprosessen

- Kartlegging, innhenting av informasjon og helhetsvurdering
- Vurdering av rehabiliteringsmuligheter
- Oppsetting av mål
- Valg av tiltak
- Gjennomføring av plan
- Evaluering
- Oppfølging og vedlikehold (Bredlund mfl. 2005, s. 56).

3.4.4 Språktrening av afasirammede

Logopedbehandlingen bør begynne så tidlig som mulig, blant annet fordi fagpersonene utnytter spontanbedringen i behandlingen. Det finnes ikke en behandlingsmetodikk som kan brukes i forhold til alle afasirammede, for ingen afasirammede er like. Målet med behandlingen er å finne fram til blokkerte ferdigheter som den afasirammede sitter inne med. Behandlingen tar utgangspunkt i bevarte språklige funksjoner. Man arbeider med å bedre talen, taleforståelsen, lesing og skriving. Det kan også være aktuelt å arbeide med tallbehandling, penger og klokkeslett (Amundsen og Sandemo 1993, s. 24). Ifølge Alstad

(1988, s. 32 - 34) bør pleiepersonalet holdes orientert om fremgang og hvordan de kan bidra den afasirammede med språkstimulering på avdelingen. Corneliussen mfl. (2006, s. 66) nevner en metode, støttet samtale, som alle kan benytte i samtale med afasirammede. Hensikten med denne metoden er å gi den afasirammede økte muligheter til å kommunisere og delt ai samfunnslivet igjen. Videre sier Alstad (1988, s. 32-34) at ros og oppmuntring er med på å styrke den afasirammedes selvfølelse og motivasjon slik at treningen får kontinuitet. Sykepleiers positive holdninger og tro på rehabiliteringsmulighetene er avgjørende for det videre resultatet.

4.0 Hvordan kan sykepleier ved hjelp av kommunikasjon fremme egenomsorg til pasienter med afasi etter hjerneslag, i rehabiliteringsprosessen?

4.1 Pasientcase

Halvor sitter i rullestolen på rommet sitt og kikker på fuglene gjennom vinduet. Han er 62 år gammel, gift med Ruth og sammen har de tre voksne barn som for lengst har flyttet hjemmefra. For to og en halv uke siden ble han lagt inn akutt på nevrologisk avdeling da Ruth ikke kunne få kontakt med han. CT og MR undersøkelser av Halvor viste et middels stort venstresidig media – infarkt. Nå er han nettopp kommet til en rehabiliteringsavdeling hvor han skal trenes opp igjen. Han venter på å bli tatt imot av primærsykepleier og lege.

Halvor har alltid vært frisk bortsett fra at han i de to siste årene har vært plaget med hypertensjon, noe han har fått medikamentell behandling for. Han jobber som sivilingeniør i en privat bedrift der han har en travel hverdag med mye reising. Det hele startet for en drøy måned siden, han var på kontoret da han begynte å kjenne prikking i høyre arm. Dette forflyttet seg videre nedover beinet. Han fikk en merkelig følelse i hele høyre side av kroppen, men tenkte at han nok var overarbeidet. Siden det forsvant etter et par timer valgte han å ikke kontakte fastlegen.

Nå sitter han her, helt lam i høyre arm og ben. Han klarer ikke å stille seg selv. Drikken har en tendens til å renne ut i høyre munnvik, og han må få maten oppdelt. Det mest frustrerende for han er at det meste av språket er borte. Han forstår godt hva folk rundt han sier til han, men samme hvor mye han prøver å snakke kommer det så vidt ut et ja eller nei. Av og til blir han påminnet av sykepleier at han har tatt hårbørsten i stedet for tannbørsten i munnen. Humøret svinger veldig, det skal ikke mye til før tårene kommer.

Halvor trenger hjelp i forflytning, og han synes det er vanskelig å få med seg høyre arm og fot, de henger bare der liksom. Etterpå kommer Halvors datter med barnebarnet Pernille på 2 år på besøk. ”Moffa” roper hun i det hun springer mot Halvor for å klemme han. Det triller en tåre nedover Halvors kinn.

4.1.1 Vurdering av pasientens situasjon

Ifølge Bredland mfl. (2005, s. 60) er denne fasen todelt, ved at man først foretar kartlegging og innhenter informasjon, for så deretter å vurdere opplysningene og sette dem i sammenheng. Dette kalles for en helhetsvurdering. Dette betyr at jeg først vil gi en kort begrunnelse av Halvors medisinske tilstand. Deretter vil jeg vurdere hans ressurser, det vil si hans egenomsorgskapasitet og hans behov for egenomsorg.

Halvor har fått et venstresidig hjerneslag forårsaket av en blodpropp. Dette er ifølge Jacobsen mfl. (2001, s. 115) en av de vanligste årsakene til hjerneslag. Blodproppen fører til at blodtilførselen til deler av hjernen blir nedsatt, og dette fører til at cellene i dette området dør ut. Videre har Halvor høyresidig parese av kroppen. Årsaken til at lammelsen opptrer på motsatt side skyldes at nervefibrene krysser midtlinjen, slik at lammelsene kommer på motsatt side til den delen av hjernen som er rammet. Han har også en sentral facialis parese, noe som fører til en skjevhet i nedre del av ansiktet, rundt munnen. Musklene rundt øynene er ikke rammet, det skyldes at disse musklens nerveforsyning kommer fra begge hjernehalvdeler.

Halvor har også vansker med å uttrykke seg. Han gir uttrykk for at han forstår det som blir sagt ved å viske ja eller nei. Ifølge Bjålie mfl. (2003, s. 80-81) ligger talesenteret, brocas område, i den nedre delen av den motoriske delen i venstre hemisfære. Denne delen av det motoriske området styrer ansikts, tunge- og respirasjonsmusklene. Talesenteret koordinerer aktivitetene til disse muskelgruppene, slik at vi blir i stand til å uttale ord og snakke forståelig. Dette innebærer i Halvors tilfelle at hans evne til å forstå tale og skrift er intakt, men det er vanskelig for han å koordinere de musklene som er nødvendig for å snakke. Afasi ved venstresidige hjerneskader er mer uttalt hos menn enn kvinner, og det tyder på at menn har større usymmetri i hemisfærenes funksjon enn kvinner.

Når det gjelder fremtidsutsiktene til slagpasienter i rehabilitering, trenger ikke sykdommen bety, slik mange tror, at pasientene blir institusjonsbeboere (Simonsen 1994, s. 10). Det overordnede målet til Halvor er at han skal bli mest mulig selvhjulpen, og at han skal få komme hjem igjen til ektefellen. Fysisk sett innebærer dette at han kanskje på sikt kan gå med prekestol eller krykker. Selvhjulpenheten gjelder også innenfor dagliglivets aktiviteter. Det vil si at han evner å forflytte seg selv og at han

evner å ivareta sin personlige hygiene på egen hånd. Målet på sikt med språkproblemene er at han skal kunne gjøre seg forstått og at han tar initiativ til å formidle sine behov. Halvor jobbet som sivilingeniør før hjerneslaget, dette var en krevende jobb som innebar mye reising i perioder. Sånn det ser ut per i dag er det vanskelig for han å komme tilbake i jobb, kanskje spesielt på grunn av språket. Pasienten selv har gitt uttrykk for at han lyst tilbake til arbeidslivet siden han var veldig glad i jobben sin. Det kan være at Halvor ikke har forsonet seg med sykdommen og dens begrensinger ennå. Her er det viktig å formidle håp om fremgang samtidig som den afasirammede ikke må få urealistiske forventninger (Corneliussen mfl. 2006, s. 18).

4.2 Betydningen av samarbeid for å fremme pasientens egenomsorg

4.2.1 Samhandling

Ifølge Geard (2002, s. 84) handler rehabiliteringssykepleie om å ta initiativ til samhandling i samsvar med de problemene, den kapasiteten og restfunksjonen pasienten har. Dette er en samhandling som tar hensyn til samspillet mellom kognitiv funksjon, kommunikasjon og fysisk funksjon. En slik samhandling forutsettes at det er en god relasjon mellom sykepleier og pasient. Hvordan kan man danne en god relasjon? Ifølge Jones mfl. (1997, s. 101) studie kom de frem til at faktorer som rolle, personlige egenskaper og organisasjonsmessige rammer var påvirkende faktorer i det å danne en relasjon.

En rolle er summen av de forventningene som rettes mot en bestemt posisjon. Sykepleiers måte å kommunisere på i arbeid med mennesker preges av hvem hun er som person og den yrkesrollen hun har (Røkenes og Hanssen 2002, s. 212). For min del som primærsykepleier til Halvor vil det si at det er rettet forventninger til meg på bakgrunn av min posisjon. Det er derfor viktig at begge parter må ta utgangspunkt i like målsetninger (Jones mfl 1997, s. 103). Videre er det viktig at jeg danner en relasjon til han på bakgrunn av et Jeg- Du syn og ikke Jeg- Det syn. Dette innebærer at jeg ser på pasienten som et subjekt. I likhet med Sundin, Nordberg og Jansson (2001, s. 318) sier Røkenes og Hanssen (2002, s. 50) at når to mennesker møtes for å få en felles forståelse fører dette til en intersubjektivitet. Det betyr at jeg i møte med Halvor ser han som et unikt menneske og dermed dannes en vi - relasjon. Samtidig påpeker Røkenes og

Hanssen at (2002, s. 217) dersom man som sykepleier blir for privat, kan det skape uklare og urealistiske forventninger hos pasienten. En form for distanse er derfor nødvendig for å bevare begge integritet (Sundin, Jansson og Nordberg 2000, s. 484).

Videre er det viktig at sykepleieren er brukerorientert, det vil si at sykepleieren imøtekommer pasientens opplevelse av situasjonen og hans valg (Røkenes og Hanssen 2002, s. 220). Dette betyr for Halvor at jeg har en plikt i å tilrettelegge for at han får medvirke i sin rehabilitering (Aune 2004, s. 49). Dette kan jeg gjøre ved å vise han respekt, lytte til hva han sier, informere han samt å se på han som en aktiv samarbeidspart, i stedet for et passivt objekt (Røkenes og Hanssen 2002, s. 220). Dette kan ifølge Aune (2004, s. 55) bidra til å øke vedkommendes mulighet for å mestre vanskene som funksjonshemmingen fører med seg (Aune 2004, s. 55). På den annen side sier Lingås (2005, s. 97) at dersom funksjonsnedsettelsen begrenser evnen til å persipere og forstå eller evnen til å treffe egne valg, kan samarbeid med pårørende og eventuelt interesseorganisasjoner være hensiktsmessig for å leve opp til prinsippet. Geard (2002, s. 90) sier at manglende evne til å uttrykke behov gjør denne pasientgruppen sårbar. Bruk av makt eller manglende identifisering og ivaretaking av behov fra personalets side, kan bli et hinder for måloppnåelse. Etter min mening er dette et moment man som helsepersonell absolutt må være observant på.

Sykepleiers væremåte har mye å si for hvordan hun utvikler en relasjon til pasienten. I likhet med Eide og Eide (2007, s. 35) mener Røkenes og Hanssen (2002, s. 155) at empati er sentralt i møte mellom sykepleier og pasient. Skal jeg få en god relasjon til Halvor er det viktig at jeg prøver å sette meg inn i og forstå hans situasjon. Dette kan jeg gjøre ved å inneha en anerkjennende holdning, øyekontakt og lytte aktivt. På denne måten viser jeg interesse for han som en likeverdige part (Røkenes og Hanssen 2002, s. 161 og s. 236). Noen ganger kan berøring, som for eksempel å holde i hånden være like bra som det verbale (Sundin, Jansson og Nordberg 2000, s. 486).

Jones mfl. (1997, s. 107) fant også at organisasjonsmessige rammer var med å påvirke relasjonen mellom sykepleier og pasient. Det som kunne true den gode relasjonen var det faktum at for lite tid, og det at sykepleier må prioritere blant mange pasienter, gjorde det vanskelig for henne å opprettholde god kontakt med alle. Andre faktorer som påvirker relasjonen var i følge studien, mangel på privatliv. Det å dele rom med tre

andre, gjorde til at pasientene ikke følte seg komfortable med å dele sine følelser med sykepleier i påsyn av medpasienter.

4.2.2 Hvordan definere viktighetsområder/ressurser/begrensninger

Ifølge Bredland mfl. (2005, s. 61) er god kartlegging avgjørende for videre arbeid og for at de riktige tingene blir gjort til riktig tid. Lie (1996) sier at rehabilitering dreier seg om livsverdier, det vil si viktighetsområdene i tilværelsen til pasienten. Når vi leter etter hva som betyr noe for pasienten, er det viktig at vi kartlegger hans sterke sider før vi tar for oss svakhetene og problemene (Bredland mfl. 2005, s.61). Av erfaring ser jeg at vi i begynnelse har en tendens til å se på det pasienten ikke kan, noe som fører til at vi lett kan komme til å danne oss et negativt og svakelig bilde av vedkommende. Når jeg skal kartlegge Halvors situasjon er det viktig å få frem hans sterke sider. Det er derfor naturlig å starte med å fokusere på det som er viktig for han og hvilke ressurser han har, i stedet for hans begrensninger.

I denne fasen mener Bredlund mfl. (2005, s. 62) at det er viktig å se på pasientens sosiale nettverk, hvor kan man eventuelt hente hjelp og støtte? Videre sier Bredlund mfl. (2005, s. 63) at pasientens pårørende må sees som en ressurs, samtidig som hun påpeker at det er balansegang, utnytting av allerede slitne pårørende kan ødelegge ellers positive holdninger og forhold. I Halvors tilfelle kan det være hensiktsmessig å ta med ektefellen på kartleggingen hvis det er mulig. Bare familien kjenner til pasienten før sykdommen inntraff og de kan fortelle om tidligere vaner og rutiner, noe som fører til at man får en bedre forståelse av mennesket bak sykdommen. Jeg har erfart at å inkludere pårørende har en gunstig effekt for pasienten, samtidig som man gir pårørende en følelse av å bli sett og anerkjent.

I praksis vil viktighetsområdene for Halvor være følgende;

Foruten jobben som sivilingeniør hadde han flere hobbyer før sykdommen inntraff. Ifølge ektefelle er han en mann som alltid har vært flink med hendene sine og han har drevet med bygging av lafthus. Ved siden av dette har han deltatt i en årrekke i hjemkommunens hornmusikk hvor han spilte trompet. En gang i uken på kveldstid spilte han brigde med kameratgjengen. Han elsker også å lese krimbøker hvor favorittene er Gunnar Staalesen og Stieg Larsson. Andre viktighetsområder for han er familien og da spesielt de tre barnebarna. De bor i nærområdet og av den grunn er de

ofte på besøk eller overnatter hos Halvor og Ruth. Det viktigste for han blir å opprettholde kontakt med familie, venner og brigdeklubben. På grunn av hans handicap blir det vanskelig for han å opprettholde interesser som bygging av lafthus og hornmusikken.

Som primærsykepleier har jeg dannet meg et bilde av pasienten ved kartlegging av hva som er viktighetsområder for han. Neste steg blir ifølge Bredlund mfl (2005, s. 62) å se etter hvilke ressurser pasienten har, det vil si pasientens sterke sider. Dette innebærer evnen til å opprettholde tiltak for å fremme egen helse og velvære. Orem kaller dette for egenomsorgskapasitet (Cavanagh 1999, s. 32). Videre sier Orem (Kirkevold 1998, s. 132) at denne evnen varierer med for eksempel alder, helsetilstand, læring og utdanning, livserfaring, kulturell innflytelse og ressurser.

Ressursene til Halvor er i praksis mange. Han har en god utdanning bak seg og mange år i arbeidslivet og er derfor kunnskapsrik på mange områder. Pasienten har også noen interesser han fortsatt kan dyrke som for eksempel det å høre på musikk og lese eller høre på litteratur på CD. Når det gjelder aktivitetsfunksjonen så kan han bevege på venstre bein og arm. Han vasker seg selv oventil på høyre side av kroppen. Når det gjelder sosialt nettverk så har Halvor familie, det vil si kone, to voksne barn med familier og en eldre bror som han har et nært forhold til. Kameratgjengen fra brigdeklubben regnes også som nettverk.

Etter at ressursene er definert skal begrensningene kartlegges. Ved å finne årsaken til det brukeren ikke får til, kan man finne løsninger på problemet. Bredlund mfl (2005, s. 63) sier at det er nå betydningen av diagnosen kommer inn. Dette innebærer for meg som sykepleier å finne ut hvilke begrensninger Halvor har på de ulike områder relatert til hjerneslaget. Slike begrensninger kaller Orem for egenomsorgsbegrensninger. Det innebærer at en person har vansker med å delta i planlegging og utførelse av tiltak som fremmer helse, velvære og egenomsorg (Cavanagh 1999, s. 35).

Som følge av hjerneslaget har Halvor en del begrensninger på flere områder. Det venstresidige hjerneslaget har fysisk sett ført til høyresidig parese av kroppen. Dette har ført til at han er avhengig av rullestol og gjør det vanskelig for han å bevege seg rundt. Hjerneslaget har medført språkproblemer, slik at han ikke klarer å formidle sine behov, tanker og følelser. Orem hevder at det foreligger en egenomsorgssvikt når pasienten har

begrensninger i evne til å utføre resultatproduserende handlinger (Kirkevold 1998, s. 133). Han har også sentral facialispårese, som medfører at han sikler ved inntak av mat og drikke. På grunn av høyresidige paresen kan ikke Halvor bruke den affiserte armen funksjonelt i aktivitet. Påminningen fra sykepleier om at han har tatt hårbørsten i munnen vitner om at pasienten har problemer med å utføre viljebestemte bevegelser, apraksi. Dessuten vil den affiserte arm hemme han i å spille brigde. Sosialt sett vil sykdommen få konsekvenser for han. Det første er rollen som ektemann og far. Å bli avhengig av andre kan endre rollen han har i forhold til for eksempel ektefellen. Dette kan virke inn på selvfølelsen. Nonseid (2000, s. 35) skriver at det var vanskelig å akseptere sykdommen: "Jeg er vant til å gi hjelp, ikke til å ta imot. Det er vanskelig ikke lenger å være den sterke". Språkproblemene som han har vil også kunne hemme han sosialt i samvær med kameratgjengen i brigdeklubben. Det faktum at han i tillegg har humørsvingninger kan også bidra til at han kan miste rollen i brigdeklubben.

4.2.3 Tverrfaglig samarbeid

Helheten i tjenestetilbudet oppnås best når all relevant kompetanse samles i ett felles forum for å gi pasienten en best mulig behandling. Dette gjøres ved at det settes opp såkalte tverrfaglige møter ved avdelingen hvor alle faggrupper kan komme og diskutere videre forløp. For at tjenesten skal bli så god som mulig kreves det at samhandlingen mellom de enkelte faggruppene i det tverrfaglige teamet er preget av likeverd.

Bredland mfl (2005, s. 172) sier at det er viktig at gjensidig respekt er en forutsetning for et godt tverrfaglig samarbeid. Ved å vise interesse, lytte og spørre de andre i temaet kan man se flere sider av samme sak og ikke bare eget perspektiv.

Å være ressursorientert innebærer at man fokuserer på hverandres ressurser innad i teamet og de mulighetene som ligger i samarbeidet. Ved å fokusere på ressurser, på det positive, bidrar til en støttende atmosfære, og få fram det beste i den enkelte i temaet (Bredland mfl. 2005, s. 172). Videre sier Bredland mfl. (2005, s. 172-173) at det er viktig at alle i teamet har samme tilgang på informasjon. Som helsepersonell skal man respektere taushetsplikten jmf. § 21, helsepersonelloven men det betyr ikke at man skal holde tilbake informasjon som andre trenger for å gjøre sin del av jobben, for å ta gode avgjørelser og velge riktige metoder for sitt arbeid jmf. § 6, merknader i forskriften om habilitering og rehabilitering (28.juni 2001).

Å ha felles problemforståelse er også viktig dersom tiltak skal henge sammen og koordineres, og arbeidsoppgavene fordeles fleksibelt. Det er for eksempel lettere for meg som sykepleier å veilede Halvor i språkstimuleringen dersom jeg forstår hvorfor det gjøres på en spesiell måte, og dette gjør meg tryggere når jeg får støtte fra de andre i teamet.

En betingelse for at medlemmene i teamet skal kunne ”dra lasset” sammen er å ha felles mål. Er det ikke behov for felles mål, er det heller ikke behov for tverrfaglig samarbeid. Målene må være klart definerte og formulert slik at alle forstår dem. Skal folk bli motiverte for å arbeide mot dem, må de også kunne identifisere seg med dem. Dette er vanskelig dersom ikke alle har vært med på å sette dem (Bredland mfl. 2005, s. 176).

I og med at jeg i denne oppgaven fokuserer kun på Halvors språkproblemer, har jeg kun valgt å inkludere lege og logoped. Ifølge Lingås (2005, s. 24-25) blir legens rolle å sørge for henvisninger og utredninger samt ansvar for medisiner og oppfølging av medisinbruk og bivirkninger av disse. Ifølge Amundsen og Sandmo (1993, s. 24-25) er behandlingen som logopeden tar utgangspunkt i, den bevarte språklige funksjonen som pasienten har. Som primærsykepleier for Halvor holder jeg daglig kontakt med lege gjennom legevisitt. Jeg holder også løpende kontakt med logopeden for å høre hva de gjør og hvordan det går med treningen. I tillegg kan jeg få tips av logopeden i hvordan jeg kan bidra med språkstimulering utenom timene hos logopeden.

4.2.4 Pårørende

Et slag rammer hele familien noe som fører til at pårørende stilles overfor store krav og problemer. Vår kontakt med pårørende er derfor særs viktig. Ofte føler de et stort behov for å ha noen å snakke med, noen som har forståelse og innsikt i de problemene de til daglig møter (Alstad 1988, s. 19-20). Sykepleiers rolle her blir å lytte, gi støtte og informere. Ifølge Sundet og Reinvang (1993, s. 36) rådes pårørende i denne fasen av en usikkerhet og skyldfølelse. Mange sitter med mange ubesvarte spørsmål som for eksempel vil ektefellen bra igjen? Må vi selge huset? Andre sliter med skyld over at det er ektefellen som ble syk, og ikke dem selv.

Rådet her er å være realistisk og nøktern i uttalelse om fremtiden og det er viktig å ikke gi falske forhåpninger, men la dem beholde håp (Alstad 1988, s. 20). Ellers bør

pleiepersonellet orientere pårørende fortløpende om problemene som afasirammede sliter med. Alstad (1988, s. 20) sier også at sykepleier bør se pårørendes behov for støtte, og om mulig hjelpe pårørende med å få kontakt med annet personale som for eksempel lege, logoped eller sosionom. Av erfaring kan det å arrangere et møte mellom pårørende og lege lette på frustrasjonen og usikkerheten pårørende måtte ha om pasientens tilstand og fremtidsutsikter. Å snakke med pårørende om hva som for eksempel er pasientens tidligere vaner og rutiner, er en sykepleieaktivitet hvor sykepleier går inn og handler for pasienten. Dette er knyttet til Orems kompenserende sykepleiesystem (Cavanagh 1999, s.44).

4.3 Kommunikasjonens betydning for egenomsorg

4.3.1 Det første møte

Når en pasient kommer inn på en rehabiliteringsavdeling for første gang sier Bredland mfl (2005, s. 60) at det første man må gjøre er å bli kjent med personen. Det betyr at skal jeg finne ut hvem Halvor er som person og hvilke behov for sykepleie han har, må jeg bli kjent med han. Dette innebærer at jeg etablerer en relasjon. Røkenes og Hanssen (2002, s. 152) sier at relasjonen mellom sykepleier og pasient er viktigere i hjelpeforholdet enn det konkrete som blir sagt og gjort.

Før jeg møter Halvor for første gang ville det være hensiktsmessig å lese gjennom journaler og rapporter om han og hans tilstand. På denne måten vil jeg kunne danne meg et bilde. Dette første inntrykket vil bygge på min kunnskap om hjerneslag og afasi og mine tidligere erfaringer. At jeg vet at han har ekspressiv afasi betyr mye for hvordan jeg møter han. Den kunnskapen jeg har om hvordan man kan kommunisere med pasienter med afasi er helt avgjørende. Foruten å bruke mine kunnskaper om samtaleteknikker, er det viktig å se på pasienten som en likeverdig part og som et voksent og tenkende menneske og ikke bare en diagnose (Corneliussen 2006 mfl, s. 27). Dette er viktig skal Halvor få tillit til meg som primærsykepleier.

Når jeg kommuniserer med Halvor passer jeg på at jeg sitter vendt mot han og prøver å få øyekontakt. Ifølge Eide og Eide (2007, s. 167) vil det å rette oppmerksomheten mot pasienten gjøre at han opplever at sykepleieren ser han som person. At jeg plasserer meg i samme høyde som pasienten viser ifølge Sundin og Jansson (2003, s. 111) at

sykepleieren viser respekt. Normalt ville jeg som sykepleier ved et innkomstintervju med en ny pasient, latt pasienten føre ordet samtidig som jeg ville spurt vedkommende om hva pasienten ønsker at vi skal hjelpe han med. Siden den ekspressive afasien hemmer han, og ettersom han forstår det som blir sagt, er jeg observant på å stille ja eller nei spørsmål i stedet for hvorfor/hvordan spørsmål. Samtidig er det viktig at det jeg sier er lett å forstå for Halvor. Dette kan jeg gjøre ved å bruke enkle og korte setninger sammen med for eksempel ansiktsuttrykk og uttrykksfull stemme (Corneliussen mfl 2006, s. 69).

4.3.2 Språkstimulering

Tiltakene som er beskrevet i dette kapitlet er tiltak som går (under Orems helt kompensierende og støttende/undervisende sykepleiesystem) på å møte pasientens terapeutiske egenomsorgskrav.

De fleste afasirammede er voksne mennesker som har hatt et velutviklet språk, men som på grunn av sykdom eller skader har fått sine språklige ferdigheter redusert. Alle har med andre ord bakgrunn i et velutviklet språk, noe vi som helsepersonell må ta hensyn til. Å gjenvinne tapte ferdigheter vil derfor knyttes til re-innlæring (Alstad 1988, s. 39).

Den individuelle språktreningen er det hovedsakelig logopeden som er ansvarlig for. På samme måte er det fysioterapeut og ergoterapeut som tar seg av fysisk trening og ADL-trening (Alstad 1988, s. 35). I Halvors tilfelle så får han språktrening hos logoped i en time, fem ganger i uken. For at rehabiliteringen av afasirammede skal være fruktbar sier Alstad (1998, s. 32) at det må være godt samarbeid mellom sykepleierene og logoped. Dette innebærer at jeg som primærsykepleier må trekkes aktivt med i opplegget, slik at en videreføring av påbegynte behandlingsaktiviteter kan foregå i samarbeid pleiepersonalet (Alstad 1988, s. 19)

Gjenoppbygging av tapte språkfunksjoner vil ofte være basert på elementært nivå. Derfor er det ofte brukt hjelpemidler og arbeidsmetoder som er benyttet på barn. For voksne mennesker med normale intellektuelle ferdigheter, kan det oppleves krenkende, derfor blir mange afasirammede motløse. Hvert enkelt afasitilfelle trenger individuelle treningsprogram, ellers kan det virke mot sin hensikt (Alstad 1988, s. 40-41). Videre sier Alstad (1988, s. 41) at for å fremme språkstimulering hos pasienten kan det være

lurt å utnytte situasjoner i dagliglivet. Dette kan gjelde pleiesituasjoner, morgenstell eller måltider. Ved å gjøre det slik synes jeg at språkstimulering faller mer naturlig i den enkelte situasjon, og pasienten ikke føler at han må prestere noe hele tiden.

Ifølge Alstad (1988, s.43) er det viktig å rose pasienten for de positive opplevelsene. Uttrykk som "Bra", "Flott", "Så fint!" er ifølge Eide og Eide (2007, s. 181) tilbakemeldinger som kan brukes som verbalt følgende. Dette er med på å styrke selvtilliten, og legger et positivt grunnlag for all annen behandling. Våre holdninger vil ofte gjenspeile seg i den afasirammedes innstilling (Alstad 1988, s. 43).

Når jeg skal planlegge språktrening med Halvor i avdelingen er det viktig, ifølge Alstad (1998, s. 42), at samtaletrening bør foregå til faste tider og at den må foregå på hans premisser. Det kan også være lurt å tenke etter hvilke tema skal taes opp. Siden jeg vet at han liker litteratur og aviser, kan lokalstoff fra dagspressen vekke interesse (Alstad 1988, s. 43). Videre sier Corneliussen mfl (2006, s.30-31) at det er viktig å skape en god atmosfære rundt pasienten når man skal samtale. Dette krever åpenhet og tid. Å være åpen kan være å bli enige på forhånd at det er lov å si ifra når vi ikke forstår, og at dette gjelder begge parter. Å late som om man forstår gjør det heller verre (Amundsen mfl 1993, s. 31). Å signalisere god tid er også viktig. Det bidrar til at pauser ikke oppleves som pinlige pauser som forstyrrer samtalen. Hvis vi ikke har god tid bør man heller utsette samtalen til et annet tidspunkt (Corneliussen mfl. 2006, s . 31).

Corneliussen mfl. (2006, s. 28) sier at når vi skal samtale med en afasirammet, er det ofte lurt å forsøke å skape så rolige omgivelser som mulig. Det kan derfor være hensiktsmessig å skru av radio og fjernsyn eller man kan forsøke å flytte til et roligere sted.

Når jeg henvender meg til Halvor er det viktig at jeg ser på han når jeg snakker. Dette gjør det lettere for pasienten å forstå det som blir sagt, når han kan se munnbevegelser, ansiktsuttrykk, blick og kroppsspråk (Alstad 1988, s. 37). Når man kommuniserer med den afasirammede bør man også ha en lyttende og observerende holdning (Alstad 1988, s. 37). Dette er et eksempel på en sykepleieaktivitet ifølge Orems kompenserende sykepleiesystem (Cavanagh 1999, s.44).

Når jeg snakker med Halvor er det viktig å snakke i et rolig tempo, snakke tydelig og forståelig. For at pasienten ikke skal bli forvirret bør sykepleieren holde seg til et tema om gangen, siden korttidshukommelsen kan være redusert. Det vil være en fordel for pasienten å forholde seg til få personer om gangen, for å skape forutsigbarhet og trygghet (Alstad 1988, s.37).

Siden jeg vet at Halvor kan uttrykke ja eller nei er det viktig at jeg ikke stiller han hvordan eller hvorfor spørsmål (Corneliussen mfl. 2006,s.69). Jeg må bruke språket bevisst for å nytte hans eksisterende ressurser. Dette innebærer at jeg først forteller at han kan velge; ”Vi har to typer yoghurt, kirsebær og jordbær. Deretter kan jeg spørre han om han ønsker kirsebær. Hvis han svarer nei må jeg tolke det neste som alternativ. Det er også viktig at jeg repeterer for å bekrefte at jeg har forstått. Dette kan jeg gjøre ved for eksempel å si ”La meg se om jeg har forstått det du ønsker” (Corneliussen mfl. 2006, s. 71).

En kommunikasjonsmåte kan være å peke på en gjenstand i rommet, og forsøke å lokke ordet fram ved å begynne med første lyden i ordet. Min oppgave som sykepleier blir å benevne gjenstandene, siden Halvor har problemer med å uttrykke seg. Ordlyden og visualisering av et objekt, kan føre til at personen gjenopptar sin taleevne. Gjentakelse av ordet blir stikkordet for pleiepersonalet her (Alstad 1988, s. 41). Dette er en sykepleieaktivitet knyttet opp mot Orems støttende og undervisende sykepleiesystem (Cavanagh 1999, s.46).

Den afasirammede skal ha lov til å gjøre feil når han snakker. Av og til kan det være riktig å rette på feil i snakkingen. Dette gjør en ved å gjenta ordet som er sagt feil på riktig måte. Dersom *feil* rettes for ofte, kan dette føre til at taleforsøkene blir færre. En grunn til det kan være at pasienten vegrer seg for å bli latterliggjort (Alstad 1988, s. 43).

Bruk av bilder kan være engasjerende. Det kan stimulere til at pasienten tar flere sanser i bruk. Det å bruke familiebilder kan derfor være en god ide, siden de kan føre en samtale. Disse kan frambringe sterke følelsesbrudd, men etter en tid vil dette gå over, og bildene får da en viktig oppgave i språkstimuleringen (Alstad 1988, s.41). For meg som primærsykepleier kan det være lurt å gjøre meg kjent med bildenes historie, for eksempel hva er motivet, navn på personer, tid og stedfestning av bildet. Dette er

eksempel på en sykepleieraktivitet hvor jeg går inn og underviser pasienten. Dette er knyttet til Orems støttende og undervisende sykepleiesystem (Cavanagh 1999, s.46).

Sykepleieren må gå ut fra det nivået pasienten befinner seg i. Derfor kan det være anstrengende for afasirammede å ha flere på besøk på en gang, spesielt i begynnelsen. Hvis de besøkende prater over hodet på han og ikke til ham, kan det oppleves som frustrerende. I tillegg kan det være vanskelig for pasienten å skjønne hva som blir sagt når flere snakker sammen (Amundsen og Sandmo 1993, s. 30). Etter min mening er informasjon til pårørende omkring dette et sykepleietiltak som sykepleier må være bevisst på.

I følge Amundsen mfl. (1993, s. 30) er ensomhet en følelse de fleste afasirammede gir uttrykk for at de sliter med. De føler at ingen av deres nærmeste kan forstå hvordan de har det. Siden jeg har noe erfaring med hjerneslag, har jeg observert at en del ufaglærte personale har lett for å overse og unnlate å snakke med afasipasienter i ulike situasjoner. Av erfaring tror jeg at dette kommer av mangel på opplæring og lite kunnskap omkring denne pasientgruppen. Jeg ser viktigheten av det å snakke med dem, selv om de har problemer med å svare. Selv om språket svikter, er hørselen fortsatt til stede og at han blir verdsatt som et menneske.

”Det var slett ikke nødvendig å si så mye, det viktigste var bare at de var tilstede. Lot meg føle nærheten, dette var de beste tidene i døgnet” (Simonsen 1994, s. 50). Sitatet er hentet ut fra en sykehussituasjon fra forfatteren selv. Ut fra det han skriver, tolker jeg det som at han opplever det mer betydningsfullt å ha en pleier tilstede uten verbal kommunikasjon, det var like viktig for ham å bli sett som menneske, ikke bare hørt.

Å samhandle med pasienter som har afasi krever tålmodighet og tid fra sykepleiers side. Av erfaring ser jeg at tidsaspektet kan være et hinder til språkstimulering av afasipasientene. En travel hverdag med mange gjøremål kan ifølge Alstad (1988, s. 49) medføre at pleiepersonell ofte kommer i konflikt med seg selv. Det er derfor viktig å tenke gjennom og organisere arbeidsdagen slik at det blir av satt tid til å ivareta det behov afasirammede føler for kontakt med omverdenen. Det kan også være lurt å endre eventuelt arbeidsrutiner for å oppnå bedre tid. I praksis ser jeg at dette er en utfordring, jeg tror at man må prioritere, og tenke etter hva som er viktigst å gjøre først slik at den afasirammede ikke bare blir et nummer i rekken.

5.0 Avslutning

Med denne oppgaven mener jeg å ha svart på problemstillingen ved hjelp av teori og drøfting. Jeg har tatt for meg tiltak i teori- og drøftingsdelen, som jeg erfarer fra praksis er med på å fremme egenomsorg hos pasienter med afasi.

Samhandling med afasirammede er krevende og utfordrende. Det at pasienten har vansker med å uttrykke seg verbalt, kombinert med andre utfall, gjør at det kreves gode kommunikasjonsferdigheter av sykepleieren. Det er viktig at sykepleier viser følelsesmessig forståelse og respekt for den afasirammede.

Oppgaven i seg selv gir ingen entydig løsning på hvordan man skal kommunisere med pasienten, men den gir et innblikk i hvordan kommunikasjon kan bidra til at pasienten får bruke det språket som han har igjen og at han evner å gjøre seg forstått. Det finnes ingen fasit på dette siden det å få hjerneslag er en personlig og individuell opplevelse. Det viser seg likevel at en del faktorer er sentrale. For det første er etablering av en relasjon bygget på gjensidig respekt og tillit, grunnleggende for pasientens mestringsfølelse. For det andre må et nært samarbeid med pårørende opparbeides skal rehabiliteringen bli vellykket.

Å skrive denne oppgaven har vært lærerikt og spennende. Jeg har innsett hvor viktig kommunikasjon er i forhold til det å samhandle med afasirammede. Å bruke Orem som ramme for oppgaven min falt naturlig for meg da hun er veldig konkret og logisk. På noen områder stiller jeg meg likevel kritisk til hennes tenkning. Svakheten med teorien er at hun i liten grad tar opp den mentale, psykiske og sosiale tilpasning som er nødvendig når en person stilles overfor en alvorlig sykdom, skade eller funksjonshemming. Slik jeg ser det så er det psykiske aspektet helt avgjørende for motivasjon for trening. Å støtte og oppmuntre pasienten underveis kan være med på å forhindre depresjon.

Skriveprosessen har vært tidkrevende, og til tider tung. Etter hvert som jeg jobbet meg fremover dukket det opp stadig flere nye tanker og ideer. Det er flere sider ved denne oppgavens tema som jeg kunne ønsket å ta for meg, men som på grunn av tid og

begrensning i antall ord, måtte utelukkes. Blant annet kunnet jeg tenkt meg og skrevet noe om betydningen de psykiske forandringer har å si for egenomsorgen.

Når jeg lette etter litteratur til oppgaven, søkte jeg både på biblioteket og på internett. Mitt inntrykk er at det er gjort lite av nyere forskning omkring hvordan man kan kommunisere med afasirammede. Selv mener jeg at det er et område som det er verd å fokusere mer på.

Litteraturliste

- Almås, H. (2001). *"Klinisk sykepleie bind 2"*. Gyldendal Norsk Forlag AS 2001, 3. utgave, 1. opplag 2001.
- Alstad, K. (1988). *"AFASI – kurshefte for pleiepersonell"*. H. Aschehoug & Co. 1988. (8-51) = 43 *
- Amundsen, M. og Sandmo, T. *"Kommunikasjonsvansker hos afasirammede"*. I: Amundsen, M. mfl.(1993). *Å leve med afasi – veiledning for afasirammede og pårørende*. H. Aschehoug & Co. 1993. (17-31) = 14 *
- Aune, K. (2004). *"Brukermedvirkning som bidrar til frigjøring"*. I: Bolingmo, L mfl. (2004). *Det er mitt liv*. Universitetsforlaget 2004. (54-72)= 18 *
- Bjålie, J. mfl (2003). *"Menneskekroppen - fysiologi og anatomi"*. Gyldendal Norsk Forlag AS 2000, 1. utgave 1998, 5. opplag 2003.
- Bredland, E. Linge, O. og Vik, K. (2005). *"Det handler om verdighet – ideologi og praksis i rehabiliteringsarbeid"*. Gyldendal Norsk Forlag AS 2002, 2. utgave 2002, 3. opplag 2005.
- Cavanagh, S. (1999). *"Orems modell i praksis"*. Oversatt av Kirsten Amstrup Kristensen. Munksgaard, København 1999. 1. utgave 1. opplag, 1999.
- Corneliussen, M mfl. (2006). *"Afasi og samtale – gode råd om kommunikasjon"*. Novus Forlag, Oslo 2006. (5-89) = 84 *
- Digernes, A. (1994). *"Primærsykepleie - en organisasjonsmodell for profesjonell praksis"*. I: Digernes mfl (1994). *Primærsykepleie i praksis – fra ide til virkelighet*. Universitetsforlaget as 1986, 4. opplag 1994. (9-44) = 35 *

Eide, T. og Eide, H. (2007). *"Kommunikasjon i praksis"*. Gyldendal Norsk Forlag AS 2004, 1. utgave, 4. opplag 2007.

Geard, A. (). *"En vei videre"*. I: Bjørk, I. (2002). Møte mellom pasient og sykepleier. Gyldendal Norsk Forlag AS 2002, 1. utgave, 1. opplag 2002.

Indredavik, B. (2004). *"Hjerneslag"*. I: Wekre, L og Vardeberg, K. (2004). Lærebok i rehabilitering – når livet blir annerledes. Copyright 2004 av Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS. (125-142) = 17 *

Jacobsen, D og Dietrich, E. (2001). *"Karsykdommer"*. I: Jacobsen, D mfl. (2001). Sykdomslære – indremedisin, kirurgi og anestesi. Gyldendal Norsk Forlag AS 2001, 1. utgave, 1. opplag 2001.

Jones, O'Neill, Waterman og Webb (18.05.07) *Building a relationship: communications and relationships between staff and stroke patients*. (101-110)= 9 * (Online)

Web-adresse:

<http://web.ebscohost.com/ehost/pdf?vid=8&hid=108&sid=170a0326-fab1-44ba-b814-3259e5960562%40sessionmgr106>.

Karoliussen, M. (2002). *"Aktivitet og hvile"*. I: Karoliussen, M og Smebye, K. (2002). Eldre, aldring og sykepleie. Gyldendal Norsk Forlag AS 2000, 2. utgave 1997, 4. opplag 2002.

Kirkevold, M. (1998). *"Sykepleieteorier – analyse og evaluering"*. Ad Notam Gyldendal AS 1992, 2. utgave 1998.

Lingås, L. (2005). *"Ansvar for likeverd"*. Gyldendal Norsk Forlag AS 2005, 1. utgave, 1. opplag 2005.

Lovsamling for helse- og sosialsektoren 2002-2003, Gyldendal Akademisk 2002.

Lovdata.no

<http://www.lovdata.no/for/sf/ho/to-20010628-0765-005.html>

Nonseid, Kristin B. (2000). *"Etter slaget – om å være pasient og helt menneske, med en alvorlig diagnose"*. Libretto forlag 2000. (3-62) = 59 *

Orem, D. (2001). *"Nursing – concepts of practice sixth edition"*. Copyright 2001 by Mosby, Inc.

Røkenes, O. og Hanssen, P. (2002). *"Briste eller bære – kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker"*. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS 2002.

Simonsen, E. (1995). *"Et liv etter slaget – en slagpasients beretning"*. I: Aschehoug & Co. (W. Nygaard), Oslo 1995. (9-141) = 132 *

Smebye, K og Bergland, Å. (2002). *"Sosial kontakt"*. I: Karoliussen, M og Smebye, K. (2002). Eldre, aldring og sykepleie. Gyldendal Norsk Forlag AS 2000, 2. utgave 1997, 4. opplag 2002.

Stortingsmelding nr. 21 1998-99 – *"Ansvar og meistring"*.

Sundet, K. og Reinvang, I. (1993). *"Psykologiske reaksjoner ved afasi"*. I: Amundsen, M. mfl.(1993). Å leve med afasi – veiledning for afasirammede og pårørende. H. Aschehoug & Co. 1993. (33-43) = 10 *

Sundin og Jansson (25.04.07). *'Understanding and being understood'- as a creative caring phenomenon – in care of patients with stroke and aphasia.* (107-116) = 9 *
(Online)

Web-adresse:

<http://web.ebscohost.com/ehost/pdf?vid=5&hid=8&sid=b6fcd7f1-9d9b-4e95-b9ba-44b880ac0348%sessionmgr9>.

Sundin, Jansson og Nordberg (25.04.07). *Communicating with people with stroke and aphasia: understanding through sensation without words.* (481-488) = 7 * (Online)

Web-adresse:

<http://web.ebscohost.com/ehost/pdf?vid=5&hid=112&sid=b6fcd7f1-9d9b-4e95-b9ba-44b880ac0348%40sessionmgr9>.

Sundin, Jansson og Nordberg (19.05.07). *The meaning of skilled care providers relationships with stroke and aphasia patients*. (308-321) = 13 * (Online)

Web-adresse:

<http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=5&hid=105&sid=80b572fd-7123-4501-566b-efc514bb8c7c%40sessionmgr106>.

- = Selvvalgt litteratur

Søkeord	Bibsys	Norart	Svemed+	Academich Search Elite	Pubmed	Medline
Egenomsorg	101	9	17			
Egenomsorg or hjerneslag	3	113	81			
Egenomsorg or rehabilitering	12	324	1412			
Rehabilitering	503	315	1395			
Primærsykepleie	27	2	0			
Kommunikasjon	1953	472	50			
Kommunikasjon or relasjoner	187	499	54			
Afasi	90	29	28			
Rehabilitation				47875	211493	173216
Maintain self care				1	489	4
Self care and stroke				27	277	2
Self care and stroke and nursing				6	56	57
Aphasia				523	10043	10016
Nursing and stroke and aphasia				10	51	41
Aphasia and communication and nursing				9	90	82
Aphasia and				4	100	84

rehabilitation and nursing						
---------------------------------------	--	--	--	--	--	--