

BACHELOROPPGAVE

Kommunikativ samhandling med slagpasienter rammet av afasi og dysartri

Betydningen av relasjoner, kommunikasjon og kunnskapsbasert forståelse

av

kandidatnummer 6

Finn Ove Arnes

Communicative interaction with stroke patients suffering from aphasia
and dysarthria

Vernepleie, Bachelorstudium

BSV5 - 300

November 2013

Antall ord: 8574



Innholdsfortegnelse

1.0	INNLEDNING	1
1.1	Presentasjon av tema	2
1.2	Forforståelse	4
1.3	Problemstilling	4
2.0	TEORI	5
2.1	Hjerneslag	6
2.1.1	Hvordan oppstår hjerneslag	6
2.2	Afasi og dysartri	8
2.2.1	Afasi	8
2.2.2	Dysartri	8
2.3	Perspektiver på kommunikasjon og relasjon	9
2.3.1	Relasjon	9
2.3.2	Kommunikasjon – fire perspektiv modellen	10
2.3.3	Verbal kommunikasjon	11
2.3.4	Nonverbal kommunikasjon	12
2.4	Vernepleier	13
3.0	METODE	14
3.1	Søkestrategi og litteraturfunn	14
3.2	Kildekritikk	15
4.0	ANNEN FORSKNING	17
5.0	VALG AV LITTERATUR	18
5.1	Communication difficulties and the use of communication strategies: from the perspective of individuals with aphasia	18
5.1.1	Undersøkelsen formål	18
5.1.2	Utvalg og metode	19
5.1.3	Hovedfunn	19
5.2	The use of conversational analysis: nurse-patient interaction in communication disability after stroke	20
5.2.1	Undersøkelsens formål	20
5.2.2	Utvalg og metode	20
5.2.3	Hovedfunn	21
6.0	DRØFTING	21
6.1	Hvilke kommunikasjonsmessige hensyn må en ta?	22
6.2	Hvilken betydning har relasjoner i samhandling med pasientene?	23
6.3	Hvor viktig er det at samtalepartneren har nødvendig kunnskap om sykdomsforløpet?	25
7.0	AVSLUTNING	26
	BIBLIOGRAFI	28
	VEDLEGG	

1.0 Innledning

«Kom tett inntil meg, snakk lavt og artikuler tydelig. Gjenta det du sier – gå ut fra at jeg ikke vet noe som helst og start fra begynnelsen, igjen og igjen» (Taylor, 2009, s. 210). Sitatet er hentet fra selvbiografien - «My Stroke of Insight»¹ av Dr. Jill Bolte Taylor (Dr. Taylor). Hun er en anerkjent professor og hjerneforsker fra USA som opplevde å få et hjerneslag i 1996. I boken beskriver hun hvor opprivende det er å gå ifra å være funksjonsfrisk i det ene øyeblikket, og i neste oppleve å være i en voksen kropp, men kognitivt sett bli satt tilbake på spedbarn stadiet.

I denne oppgaven vil jeg belyse ulike kommunikative utfordringer hos slag pasienter knyttet opp mot en rehabiliteringsfase. Jeg ønsker å se på hvilke hensyn en må ta i samhandling med mennesker som har mistet eller har redusert språk og språkforståelse – på fagspråket kalt *dysartri* og *afasi*. Og hvilken tilnærming jeg som vernepleier - i et kommunikasjon- og relasjonsmessig perspektiv – bør ha for legge til rette for å kunne oppnå den beste utviklingen for pasienten.

Dahl (2010) beskriver språk som et rammeverk og en basis for relasjonsbygging. Sosiale nettverk og kulturell identitet etableres gjennom språk og språklig samhandling. Disse faktorene må en være seg bevist i arbeidet med å tilrettelegge for at mennesker med redusert eller manglende språk, skal kunne både gjøre seg forstått og bli forstått. Det sier også noe om hvor essensielt språket er for å kunne være en aktiv deltager i samfunnet.

Som helsearbeider opplever en å møte slagpasienter på ulike nivå i helsetjenestene i Norge i dag. Det være seg sykehus, spesialisthelsetjenesten og pleie- og omsorgstjenesten i kommunene. Samhandlingsreformen av 1. januar 2012, har ifølge Gautun & Syse (2013) resultert i at flere pasienter blir skrevet raskere ut av sykehus, og blir innrullert i de kommunale tjenestene på et mye tidligere tidspunkt enn hva en kunne forvente tidligere. Med

¹ Oversatt til norsk: Med et slag

tanke på tverrfaglig samarbeid mellom de ulike fagenhetene, vil jeg som vernepleier kunne spille en viktig rolle i det miljøterapeutiske arbeidet i rehabilitering av slagpasienter.

For å kunne gi et helhetlig og forståelig bilde av dette forskningsprosjektet, har jeg prøvd å strukturere oppgaven i en form som skal gi leseren en best mulig innsikt i de ulike mekanismene som kan være av betydning i kommunikasjon med slagpasienter. Innledningsvis vil jeg beskrive hvorfor jeg har valgt dette temaet, og hvilken tilnærming jeg har brukt for å kunne finne nødvendige opplysninger som kan gi svar på det jeg etterspør. Videre vil jeg definere en problemstilling og begrunne valget av denne. En del sentrale begrep vil bli forklart. Dette for å gi leseren et større perspektiv på hva hjerneslag er, og hvilke konsekvenser det kan få. En del sentrale element innenfor begrepet relasjon og kommunikasjon blir også presentert for leseren. Metodebruk i oppgaven vil også bli beskrevet. Jeg har valgt å ha en bred tilnærming til temaet, og fokusere på faktorer som gjenspeiler de mest sentrale utfordringene i et relasjon- og kommunikasjonsmessig perspektiv. Gjennom arbeidet med forskningsartiklene vil jeg innhente datamateriale som jeg vil anvende i en diskusjon opp mot ulike kommunikative utfordringer. Avslutningsvis vil jeg drøfte funnene mine, og se på hva forskningen konkluderer med.

1.1 Presentasjon av tema

Den utvidede interessen for dette temaet oppstod tilfeldigvis etter at jeg så en dokumentar med Dr. Jill Bolte Taylor. Her beskrev hun prosessen hun gikk igjennom etter å ha blitt rammet av hjerneslag. I boken sin forteller hun om sine personlige erfaringer og hvordan hun opplevde det å få hjerneslag (Taylor, 2009). Jeg valgte derfor å lese boken hun hadde publisert, for å danne meg et større bilde av hva hjerneslag er, og hvilke konsekvenser et slag kan ha. En kan gjerne si at boken hennes ble min inspirasjonskilde til å utforske temaet rundt kommunikasjon med slagpasienter.

Dr. Taylor har sitt spesialfelt innenfor feltet nevro anatomi, med hovedtyngde innenfor psykiske lidelser. I tillegg har hun hatt flere ledende posisjoner innenfor forsker miljøet. Hun

har vært leder for NAMI, National Alliance on Mental Illness² og har blant annet jobbet som forsker ved det anerkjente medisinske fakultetet ved Harvard University. For hennes arbeid og forskning, er hun av Time Magazine blitt kåret til en av de mest innflytelsesrike personene i 2008 (Clark, 2008). Hun ble rammet av slag i venstre hjernehalvdel – den delen av hjernen som behandler og prosesserer informasjon relatert til blant annet språk og språkforståelse. Som en konsekvens av hjerneslaget brukte hun åtte år på rehabiliteringen for å kunne vende tilbake til det «normale» liv. Hun har særlig vektlagt utfordringene hun opplevde i det kommunikative samspillet med sine hjelpere og omgivelsene.

I selvbiografien beskriver Taylor de ulike fasene fra det tidspunkt hjerneslaget inntraff, sykehusoppholdet og rehabiliteringsprosessen. Utgangspunktet i hennes forklaringer rundt det fysiologiske som skjer med kroppen når hjerneslaget oppstår, er fundert i medisinske prinsipper og kategoriseringer. Og gjennom boken refererer hun gjennomgående til vitenskap når hun beskriver de ulike hendelsesforløpene.

De ulike opplevelsene hun hadde i samspill med omgivelsene fremstod som både positive og negative. En gjennomgående rød tråd i hennes beskrivelser er hennes fokus på at en «riktig» kommunikasjonsmessig tilnærming førte til trygghet og progresjon i rehabiliteringen. Mens en «feilaktig» tilnærming førte til distanse og fysisk og psykisk utmattelse.

Hun definerer boken som unik i den forstand at hennes akademiske utdanning, i tillegg til hennes personlige erfaringer og innsikt, flettes sammen og gir et innblikk i anatomiens og fysiologiens verden sett fra en forskers og nevroanatoms perspektiv. Hun sier også at hjerneslaget lærte henne mere om hvordan hjernen fungerer enn hva akademia hadde lært henne. Samtidig antar hun at boken er den første dokumenterte publisering fra en nevroanatom som er blitt helt frisk etter en hjerneblødning. Hennes faglige integritet, samt hennes omdømme som anerkjent forsker ble en utslagsgivende faktor da jeg bestemte meg for valg av tema. Jeg opplevde hennes historie som unik. Jeg fant det meget interessant hvordan hun – mot alle odds - gjennom hardt, systematisk arbeid og med gode hjelpere ble erklært helt

² Den nasjonale foreningen for mentale lidelser i USA

frisk. Og at hun uten fordommer peker på viktige essensielle elementer i hvordan en bør opptre i en hjelperolle.

1.2 Forforståelse

I følge Dalland (2012) er forforståelse det å ha en forhåndsdefinert mening om et fenomen. En har altså en fordom mot eller til noe før en har undersøkt fenomenet.

Mine erfaringer med kommunikasjonsutfordringer har jeg opparbeidet meg gjennom tjue års erfaring i arbeid med psykisk utviklingshemmede mennesker. Noen har hatt alvorlige til lettere grad av funksjonsnedsettelse, og noen av utfordringene hos disse har vært alt fra manglende eller begrensede evner til å uttrykke seg verbalt. Jeg har imidlertid ingen erfaring med mennesker som er eller har vært rammet av hjerneslag, bortsett fra det teoretiske grunnlaget jeg har fått gjennom mine studier som vernepleier. Derfor blir min teoretiske kunnskap, knyttet opp mot min forståelse og tolkning av boken til Dr. Taylor, min forforståelse.

Min mangel på praktisk erfaring med utfordringer rundt slagpasienter med kommunikasjonsvansker, vil kunne hindre at oppgaven blir farget av subjektive perspektiver og holdninger. På en annen side har jeg erfaring med mennesker som har ulike utfordringer i forhold til språk. Her må jeg utvise forsiktighet så jeg ikke generaliserer, og inntar en form for forutinntatthet bygget på egne erfaringer (Dalland, 2012).

1.3 Problemstilling

Min problemstilling i denne oppgaven er:

- **Hvilken tilnærming bør vernepleiere ha i den kommunikative samhandlingen med slagpasienter rammet av afasi og dysartri?**

Videre velger jeg å formulere tre forskningsspørsmål som knyttes opp mot problemstillingen:

- Hvilke kommunikasjonsmessige hensyn må en ta?
- Hvilken betydning har relasjoner i samhandling med pasientene?
- Hvor viktig er det at samtalepartneren har nødvendig kunnskap om sykdomsforløpet?

Selv om arbeid med denne pasientgruppen ikke nødvendigvis er knyttet opp mot en spesifikk fagprofesjon, vil formålet med oppgaven være å søke og finne ut hvordan en som vernepleier på en best mulig måte kan samhandle med pasienter rammet av afasi og dysartri. Hvordan skal en kommunisere og opptre ovenfor disse pasientene? Jeg vil undersøke om det er noen fellestrekk som går igjen i forhold til hvilken tilnærming som kan gi disse pasientene det beste resultatet for en optimal progresjon i rehabiliteringen.

På grunn av temaets omfang, blir det nødvendig å avgrense oppgaven. Dette gjør jeg ved å fokusere på noen få sentrale faktorer innenfor begrepet kommunikasjon. Samt implementere begrepet relasjon, og vise til hvordan relasjoner kan være av betydning for pasienten. Det vil være en overordnet målsetting – i samsvar med disse begrepene – å belyse hvordan det mellommenneskelige aspektet i en behandlingssituasjon står sentralt.

2.0 Teori

Får å kunne gi leseren et innblikk i hva et hjerneslag er og hvilke konsekvenser det kan ha, vil det være av betydning at jeg synliggjør dette. Derfor er det nødvendig å beskrive de forskjellige anatomiske³ og fysiologiske⁴ prinsippene rundt et hjerneslag. Dette for å kunne illustrere på en best mulig måte hvorledes et hjerneslag oppstår. Jeg bruker medisinske terminologier, men prøver å beskrive de ulike faktorene rundt denne sykdom tilstanden på en enkel og forståelig måte. Videre vil jeg definere begrepet afasi og dysartri som ofte er en

³ Kroppens oppbygging

⁴ Læren om organismens funksjoner

konsekvens av hjerneslag. I denne sammenheng vil det bli forklart hva som kjennetegner afasi og dysartri, og hvilke kommunikasjonsmessige utfordringer som oppstår som et resultat av de ovennevnte.

Kommunikasjon og relasjon er ulike perspektiver som også er aktuelle begreper i denne oppgaven. Relasjon og relasjonens betydning vil bli forklart. Og jeg vil vise til ulike kommunikasjonsformer og hvorfor disse kan ha betydning i arbeidet med pasienter rammet av hjerneslag.

Vernepleie som profesjon vil også bli omtalt. Her vil jeg kort beskrive hvilket faglig ståsted en vernepleier skal ha, og hva som ligger i begrepet miljøterapi.

2.1 Hjerneslag

Det kan oppstå alvorlige og kompliserte funksjonshemminger som følge av et slag. For noen kan disse nedsatte funksjonshemmingene være livet ut (Kitzmuller, 2012). Hvert år rammes rundt 15 000 personer av hjerneslag i Norge. På verdensbasis er tallet 6,2 millioner (WHO, 2013). I følge WHO (2013) er det flest eldre som rammes, men også yngre mennesker kan være utsatt. Og konsekvensen kan være alt i fra mindre til alvorlig kognitiv og motorisk svikt, eller i verste fall - død.

2.1.1 Hvordan oppstår hjerneslag

Taylor (2009) beskriver hjerneslag⁵ som et resultat av at oksygentilførselen til cellene i hjernen ikke fungerer. Og en skiller mellom to ulike typer hjerneslag: hjerneinfarkt – iskemisk og hjerneblødning – hemoragisk. Videre forklarer hun at det forekommer fire ganger oftere slag i venstre hjernehalvdel enn i høyre. Ofte er den utløsende faktoren til hjerneslag en

⁵ Apoplexia cerebri

sykdom i hjernens eller halsens arterier. Hjerneslag forekommer ofte i forbindelse med høyt blodtrykk og hjertesvikt⁶ (Jacobsen, Kjeldsen, Ingvaldsen, Buanes, & Røise, 2009).

Menneskekroppen har et stort nettverk av blodårer som både supplerer cellene med oksygen og næringsstoffer, samt frigjør cellene for oksygenfattig blod og avfallsstoffer. En skiller mellom arterier, vener og kapillærer (Jacobsen et al., 2009). Når en måler pulsen, enten ved håndleddet eller i halsregionen, så er det blodgjennomstrømmingen i arteriene en kjenner. Kapillærene opererer som en buffer mellom arteriene og venene, og reduserer trykket ifra arterien slik at venen – som er mindre i størrelse og mindre robust – er i stand til å takle mengden blod som skal passere igjennom (Taylor, 2009).

Ved hjerneinfarkt blir en blodpropp⁷ (avleiret materiale fra eksempelvis blodplater) fraktet gjennom arteriene til hjernen, og stopper opp – enten i halsens arterie eller i hjernens, og blokkerer for passasje av videre blodtilførsel til hjernen. Dermed hindrer den også for videre oksygentilførselen til cellene i hjernen – og cellene skades eller dør som et resultat av dette (Jacobsen et al., 2009).

En hjerneblødning er når blodet siver/strømmer ut i hjernen. Dette kan oppstå ved at en svekkelse i veggen på et blodkar i hjernen fører til at et blodkar svulmer opp⁸. Når dette blir fylt opp, kan dette området sprekke og det oppstår en blødning (Taylor, 2009). En annen type hjerneblødning kan komme av det en kaller en medfødt arteriovenøs misdannelse – AVM. Det var dette som inntraff da Taylor fikk hjerneslag. Taylor (2009) beskriver dette som en medfødt defekt, hvor en arterie er direkte forbundet til en vene, og ikke til en kappilæråre som er det normale. Det konstante forhøyede trykket som forbindelsesleddet mellom arterie og vene blir utsatt for over lengre tid – gjerne mange år - fører til at dette går i stykker. Og blodet strømmer ut i hjernen. Denne sykdommen rammer ca. 1 % av de som får hjerneblødning (American Stroke Association, 2012).

⁶ Generell aterosklerose

⁷ Trombose eller emboli

⁸ Aneurisme

2.2 Afasi og dysartri

Selv om afasi og dysartri er betegnelser på manglende eller nedsatte språklige funksjoner som et resultat av hjerneslag, så går det et skille mellom disse. Fellesnevneren er likevel at de omhandler utfordringer knyttet opp mot språk. Forskningsartiklene jeg bruker skiller ikke nødvendigvis mellom de ulike typene i det kommunikasjonsmessige perspektivet. Men heller at de inngår i en felles forståelse av språklige utfordringer.

2.2.1 Afasi

Jacobsen et al. (2009) definerer afasi som manglende taleevne. Afasi er en betegnelse på språklige funksjonsnedsettelse som et resultat av en ervervet hjerneskade (*herunder hjerneslag*) (Helsedirektoratet, 2010). Afasirammede vil ofte ha problemer med å kunne skrive, snakke, lese og forstå tale. Omfanget av disse funksjonsnedsettelsene kan variere i stor grad. Og det legges til grunn at det kan være store individuelle forskjeller (Helsedirektoratet, 2010). Av de 15 000 hjerneslagrammede i Norge hvert år, så får ca. 25 % afasi. Andre hendelsesforløp som eksempelvis fallskader og bilkollisjoner eller sykdommer som virus, hjernesvulst og demens kan også føre til afasi (Dahl, 2010).

Personer som er rammet av afasi har ikke nødvendigvis redusert intelligens, men har problemer med å uttrykke tankene sine gjennom tale og skrift (Qvenild et al. 2006). Konsekvensene for mange afasirammede kan være alt fra sosial isolasjon, depresjon og tap av det sosiale nettverket (Dahl, 2010). Qvenild et al. (2006) beskriver faktorer som manglende emosjonell kontroll hos afasirammede. En begynner plutselig å gråte eller le. Noen kan plutselig komme med utbrudd av sinne og fremstå som aggressiv og ukontrollerbar i situasjonen. Passivitet som et resultat av manglende kapasitet og evne til å ta initiativ. Eller lite energi til å følge tempoet til omgivelsene (Qvenild et al., 2006).

2.2.2 Dysartri

Dysartri er en: «fellesbetegnelse for talevansker som skyldes lammelser, svakhet eller manglende koordinering av muskulatur involvert i taleproduksjon, som er betinget av en skade i det sentrale eller perifere nervesystemet.» (Helsedirektoratet, 2010, s. 132).

I motsetning til afasi, som handler om manglende taleevne, så blir dysartri forklart med redusert taleevne (Jacobsen et al., 2009). Dysartri blir i ASHA⁹ ref. i Dahl (2010) karakterisert ved at det er en gruppe talevansker med langsomme, svake og dårlig koordinerte talepreg. Og at dysartri ofte kommer som et tilleggs symptom til afasi.

2.3 Perspektiver på kommunikasjon og relasjon

I dette kapitlet vil jeg gjør rede for kommunikasjon og relasjon. Slik jeg forstår teorien, så veves disse begrepene inn i hverandre og knyttes direkte opp mot begrepet yrkeskompetanse. Yrkeskompetanse definerer ens faglige ståsted og kjennetegnes ved at en innehar den nødvendige kompetansen for å kunne utøve sin profesjon på en forsvarlig og god måte (Røkenes & Hanssen, 2010). Relasjon- og kommunikasjonskompetanse er derfor noe av det viktigste en vernepleier må inneha i arbeid med slagpasienter.

2.3.1 Relasjon

Røkenes & Hanssen (2010) sier at når en samhandler med pasienter på en god og hensiktsmessig måte, så innehar en det en vil kalle relasjonskompetanse. Spurkeland (2005, s. 23), skriver at: «Tillit er bærebjelken i alle relasjoner.» Videre sier han at tillit opparbeides gjennom repeterende tillitsvekkende handlinger. Og at gjennom avhengighetsforhold som er positive, er tillit et resultat av interaksjoner og gjensidige nytteopplevelser.

Teorien viser her til relasjoner som noe som er bygd primært på tillit. Og gjennom tillit skaper en trygghet. Skau (2009) definerer kongruens som et synonym med kvalitet på tilstedeværelse i situasjonen. Når disse elementene er på plass, vil et fundament for godt tilrettelagt miljøterapeutisk arbeid være etablert. I arbeid med slagrammede pasienter vil dette være essensielle faktorer å bygge videre på. Disse pasientene er «fratatt» både selvbilde og språk. De har ofte nedsatt funksjonsnivå og har problem med å forstå hva som skjer i ulike sammenhenger. Som et resultat av dette opplever de ofte kaos og utrygghet i den «nye verdenen» (Kitzmuller, 2012).

⁹ American Speech-Language-Hearing Association

Mye av litteraturen forener begrepene relasjon og kommunikasjon, og viser til at disse har et gjensidig «avhengighetsforhold». Det blir sagt at manglende eller dårlig relasjonskompetanse bidrar til dårlig samarbeidsklima og ofte utilsiktede misforståelser med et påfølgende dårlig kommunikasjonsklima (Spurkeland, 2005).

2.3.2 Kommunikasjon – fire perspektiv modellen

En definerer gjerne kommunikasjon som noe to eller flere opplever sammen (Kvalbein, 2000). En mere utvidet betydning av begrepet vil være når opplevelsen blir formidlet gjennom symboler. Gjerne i form av signaler og tegn (Eide & Eide, 2011).

Det finnes mange ulike måter å kommunisere på, og Eide & Eide (2011) deler gjerne kommunikasjon inn i to hovedgrupper. Den ene er den verbale kommunikasjonen, mens den andre er den nonverbale. Innenfor begrepet kommunikasjon finnes det også mange ulike teoretiske modeller og tilnærminger. Jeg vil gi en kort innføring i fire perspektiv modellen som kan være med på å gi en bredere forståelse av begrepet kommunikasjon. Videre vil jeg beskrive hva som skiller det verbale fra det nonverbale.

Fire perspektiv modellen er grunnleggende for all kommunikasjon. Denne modellen tar utgangspunkt i fire ulike perspektiver som definerer opplevelsen i den kommunikative samhandlingsprosessen (Røkenes & Hanssen, 2010).

1. **Egenperspektivet** (min verden): Hvordan en ser og opplever verden uti fra ens egne erfaringer, personlighet, holdninger og kunnskaper. En subjektiv tilnærming til virkeligheten.
2. **Andreperspektivet** (din verden): Her må en kunne forholde seg til hvordan andre ser på verden rundt seg. Dette perspektivet er spesielt viktig å ha i tanken når en skal jobbe med mennesker som er alvorlig syke, eksempelvis slagrammede.
3. **Det intersubjektive opplevelsesfellesskapet** (vår verden): Gjennom samhandling med andre kan vi få en større forståelse av hvordan den andre føler, opplever ting og tenker. Vi deler med den andre for å kunne bli i stand til å forstå hverandre.

4. **Samhandlingsperspektivet** (metaperspektiv): dette handler om å forstå hvordan selve kommunikasjonen mellom oss fungerer. Hvilke tanker en har om selve kommunikasjonen. En kommuniserer om kommunikasjonen – også kalt *metakommunikasjon*.

Hvis en evner å ha et overordnet fokus på andreperspektivet i arbeidet med slagrammede, vil dette forhåpentligvis gi grobunn for velfungerende og gode tiltak ovenfor disse pasientene. Dette fordrer selvfølgelig at en har nødvendig kunnskap om sykdommen og hvordan denne utspiller seg, samt at en tar hensyn til pasientens individuelle forutsetninger (Qvenild et al. 2006). I St.meld. nr. 10 Helse- og omsorgsdepartementet (2013) tilsier brukererfaringer at kommunikasjon er et område som har potensiale for forberedelser. Videre blir det sagt at god kommunikasjon er en inngangsport til økt forståelse, økt motivasjon og tillit. I tillegg blir det understreket at god kommunikasjon også gir bedre resultater under behandlingen.

2.3.3 Verbal kommunikasjon

Verbal kommunikasjon handler om å bruke ord ved hjelp av lyder. Lydene kjennetegnes ved bruk av ulike bokstaver, og dette blir kalt *fonemer* (Kvalbein, 2000). Videre sier Kvalbein (2000) at fonemer, satt sammen til meningsfylte enheter, er *morfemer*. Og at rekkefølgen av disse er av avgjørende betydning for at språket skal ha et innhold og en mening.

Hvordan en uttrykker seg er også viktig for mottakeren av det som blir formidlet. Er en rolig og omtenksum i tonefallet? Blir en oppfattet som aggressiv, utålmodig eller sint når en snakker? Eller er en høyrøstet, flere som snakker samtidig og kanskje snakker en for fort slik at det blir vanskelig for mottageren (e) å forstå det som blir formidlet? Hva om språket er veldig abstrakt, slik at det blir vanskelig å forstå poenget i det som blir sagt? «Folk som snakker samtidig ... støyen ... jeg takler det ikke» (Qvenild, Corneliussen, & Lind, 2006, s. 68). «If you want to help other people you have to be patient and take your time listening to them» (Kitzmüller, 2012, s. iii). Sitatene er hentet fra intervju med slagpasienter, og illustrerer hvordan disse personene opplever utfordrende situasjoner i dialog med samtalepartnere.

Bondevik & Nygaard (2009) snakker om autonomi, og hvor pasienten blir møtt på grunnlag av dens individuelle forutsetninger. Teorien avspeiler en del av de utfordringene Taylor (2009) peker på i sin bok i samhandling med hjelpere. Det å kunne forstå hvilke behov en slagrammet pasient har, og ta dette til etterretning. Og hvordan en må opptre når en kommuniserer med disse. Det kan fremstå som om at måten en kommuniserer på er viktigere enn hva som konkret blir formidlet.

2.3.4 Nonverbal kommunikasjon

Det finnes ulike språkformer definert under begrepet nonverbalt språk. Jeg har valgt å ikke vektlegge alle disse, men konsentrere meg om kommunikasjon gjennom kroppsspråk. Dette fordi kroppsspråket blir sett på som et av de viktigste elementene i en kommunikativ samhandling. Nonverbalt språk blir hevdet å være gjenstand for ca. 70% av kommunikasjon ansikt – til ansikt (Kvalbein, 2000).

Eide & Eide (2011) snakker om nonverbal kommunikasjon gjennom øyekontakt, ansiktsuttrykk, og berøring. Et signal og et ønske om kontakt kan være ved å se et menneske inn i øynene. Dette vil kunne gi en slagrammet pasient forståelse om at en er i ferd med å initiere til en dialog, eller ønsker hans/hennes oppmerksomhet. Eller det vil kunne gi en følelse av å bli sett og tatt på alvor (Kvalbein, 2000). Det motsatte kan være å føle seg avist ved at samtalepartneren ser bort eller viker blikket. Videre sier han også noe om hvordan sterk øyekontakt gir uttrykk for troverdighet, trygghet, vennlighet og åpenhet.

Ansiktsuttrykk er en av flere uttrykksmåter som kan reflektere om en faktisk er kongruent i det en formidler (Eide & Eide, 2011). Kvalbein (2000) viser til at noen ansiktsuttrykk – på tvers av ulike kulturer – er entydige. Eksempelvis bekymringer, kjedsomhet, lykke og skepsis har sine universale karakteristiske trekk i måter vi mennesker bruker muskulaturen i ansiktet. Det være seg hvordan en hever eller senker øyenbrynene. Om øynene er lukket eller åpne. Eller hvordan vi beveger munnvikene.

Berøring er også en uttrykksform. Det er store kulturelle forskjeller når det gjelder berøring. I noen kulturer er det lite eller ingen aksept for å berøre andre. I andre kulturer er det å ta på hverandre likestilt med å håndhilse. Likevel viser det seg at berøring kan ha en beroligende effekt, og fører til en opplevelse av trygghet, nærhet og varme (Knapp ref. i Kvalbein, 2000). Berøring er et begrep som ikke blir vektlagt videre i oppgaven. Jeg valgte likevel å ta det med for å synliggjøre hvor virkningsfullt det kan være i en samhandlingsprosess.

2.4 Vernepleier

Vernepleieutdannelsen skal kvalifisere til å utføre miljøterapeutisk arbeid, som i denne sammenheng betyr å bistå og tilrettelegge for mennesker med psykiske, fysiske og sosiale funksjonsvansker i en habilitering/eller rehabiliteringssituasjon (Fellesorganisasjonen, 2013). Som vernepleier jobber en primært i kommunale pleie- og omsorgstjenester, og må derfor inneha kunnskap relatert til forvaltningstjenestene. En jobber tett opp mot tjenestemottagere, pårørende og med andre yrkesgrupper – hvor en da baserer seg på tverrfaglig samarbeid (Fellesorganisasjonen, 2008).

Intensjonene i samhandlingsreformen om tilbakeføring av pasienter fra sykehusene til de kommunale tjenestene på et tidlig tidspunkt, åpner for en utvidet bruk av vernepleierens kompetanse i en rehabiliteringsfase. Større vektlegging på tverrfaglig samarbeid, og økt fokus på en faglig omlegging av rehabiliteringen innenfor omsorgstjenestene blir fremhevet som viktige punkt i St.meld. nr. 29 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012). Her blir vernepleiere og andre faggrupper nevnt som viktige aktører i en fremtidig organisering av omsorgstjenestene. Videre påpekes det i St.meld. nr. 29 Helse- og omsorgsdepartementet (2012) at rehabilitering, nettverksarbeid, miljøarbeid og tidlig intervensjon i et pasient forløp er prioriterte målområder innenfor omsorgssektoren.

3.0 Metode

En metode er et verktøy som blir brukt i arbeidet med å innhente og vise til kunnskap om et spesifikt tema som skal undersøkes (Dalland, 2012).

I tillegg til at jeg - som vist til under presentasjon av tema - har tatt utgangspunkt i boken til Dr. Taylor, har jeg valgt å benytte meg av et litteraturstudie. Litteraturstudie vil her si at jeg baserer meg på undersøkelser som andre har forsket på (Jacobsen D. I., 2003). I denne litteraturstudien er pasienter rammet av afasi og dysartri som følge av hjerneslag, blitt studert.

3.1 Søkestrategi og litteraturfunn

Det er et krav til meg som «forsker» at jeg i denne oppgaven finner relevant forskningsteori for å bygge opp under undersøkelsen min. Ett annet kriterium som må oppfylles er krav til at forskningsartiklene er fagfellevurdert¹⁰. Det vil si at artiklene blir vurdert og kvalitetssikret av minst to forskere innenfor samme fagfelt (Dalland, 2012). For å etterprøve om artiklene er fagfellevurdert, er NSD¹¹ brukt for å søke opp de enkelte artiklene. Denne databasen inneholder et register over godkjente publiseringskanaler.

Ved bruk av litteraturstudie vil en systematisk søke etter litteratur til bruk som datamateriale og dokumentere dette (Dalland, 2012). Denne dokumentasjonen vil fremkomme i en egen søkelogg som vedlegg til oppgaven (vedlegg 1). For å finne relevante forskningsartikler har jeg brukt ulike akademiske søkemotorer, samt sett på master/doktorgradsavhandlinger hvor det er brukt forsknings artikler som referanse, som igjen kan ha relevans for det temaet jeg skal belyse.

Academica Search Premier, NORART, Google Scholar og Science Direct er elektroniske søkemotorer jeg har brukt. Jeg brukte søkeordene; *Stroke, Communication og Rehabilitation*. Innledningsvis ble alle disse søkemotorene brukt litt usystematisk for å danne meg et bilde av hvor mange artikler som omhandlet temaet jeg skal forske på. Det viste seg at det er gjort

¹⁰ Oversatt til engelsk: peer reviewed

¹¹ Database for statistikk om høgre utdanning

mange og omfattende studier på dette området. Jeg valgte derfor å begrense meg til bruk av en søkemotor – Academic Search Premier. De samme søkeordene ble brukt, men avgrenset søket mitt til årstall mellom 2003 – 2013. Samtidig søkte jeg kun etter artikler som var fagfellevurdert og akademiske. Søket gav til slutt 304 treff. Jeg avgrenset søket mitt ytterligere ved å søke etter kun engelske artikler. Likevel kom jeg opp med 304 treff. Ved å lese overskriftene og nøkkelordene i alle artiklene, fant jeg til slutt to artikler som jeg mente hadde relevans for temaet og problemstillingen i oppgaven.

3.2 Kildekritikk

En skal ha mulighet til å kontrollere, etterprøve og kritisere resultatene slik at leseren skal få tillit til undersøkelsen (Dalland, 2012). I kildekritikken blir det vektlagt styrker og svakheter i de vitenskapelige artiklene.

Søkeordene som er blitt brukt, finner en også igjen i artiklene. Jeg antar derfor at søkeordene har en relevans for dette temaet. Dalland (2012) sier noe om essensen i å ha gode søkeord. Da blir det lettere å få en oversikt over temaet en skal studere.

Den første artikkelen heter: *Communication difficulties and the use of communication strategies: from the perspective of individuals with aphasia*, og er skrevet av Monica B. Johansson, Marianne Carlsson og Karin Sonnander – Uppsala universitet 2011. Artikkelen er intervjubasert, og belyser ulike kommunikasjonsmessige problemstillinger for pasienter med afasi i interaksjon med ulike samhandlingspartnere. Det deltar 11 informanter i dette forskningsprosjektet. Og de er diagnostisert med ulike grader av afasi – fra lett, moderat til alvorlig. Artikkelen er fra 2011, og på grunn av dets nyere utgivelsesdato, anser jeg den som høyst aktuell for min problemstilling og mine forskningsspørsmål. Artikkelforfatterne peker på at det foreligger store individuelle forskjeller i hvordan hver enkelt pasient opplever å leve med afasi. Det kan i så henseende stilles spørsmål ved om artikkelen er representativ for denne gruppen pasienter, tatt i betraktning det begrensede antall informanter som deltar.

Den andre artikkelen heter: *The use of conversational analysis: nurse-patient interaction in communication disability after stroke*. Denne er forfattet av Clare Gordon, Caroline Ellis-Hill

og Ann Ashburn og omhandler sykepleiere og deres rolle i samhandlingssituasjoner med slagpasienter. Forsknings undersøkelsen er gjort ved video observasjon av hvordan sykepleiere opptrer i ulike handlingskjeder med pasientene. Forskningen er gjennomført i 2005, og rapporten er publisert i 2009. Studien er ikke av aller nyeste dato, og slik sett ikke nødvendigvis representativt for hvordan behandling av slagrammede foregår i dag. Artikkelen beskriver likevel en del av de faktorene ved problemstillingen som jeg har valgt å vektlegge, så valget falt på denne.

Begge artiklene er hentet fra anerkjente tidsskrift som: *International Journal of Language & Communication Disorders* og *Journal of Advanced Nursing*. Dette gir studiene som er gjennomført både troverdighet og faglig tyngde. Selv om studiene er gjennomført og publisert etter 2004, så viser det seg at mye av referansene som er brukt i artiklene er fra 80- og 90-tallet. Det vil da kanskje være legitimt å stille spørsmål med gyldigheten av disse, sett i lys av nyere forskning (Dalland, 2012). Selv om det gjennom dette litteraturstudiet er foretatt systematiske søk etter relevant litteratur, så er sannsynligheten for at det er blitt utelatt flere relevante artikler, til stede. Dette forklarer jeg med at det er første gang jeg arbeider med en oppgave av et slikt omfang. Og jeg har nødvendigvis ikke god nok erfaring i å bruke de ulike hjelpemidlene som er disponible. Enda mere presise søkeord ville muligens gitt meg færre treff, og jeg kunne brukt mere tid på å lese artiklene grundigere. Dette var ikke mulig med 304 artikler. En person med større faglig tyngde og erfaring ville muligens ha gjort andre vurderinger, og funnet annen litteratur med større gyldighet og relevans.

Det var vanskelig å finne artikler som omhandlet vernepleiere, og vernepleieren som en aktiv aktør i interaksjon med slagpasienter. Likevel mener jeg at artiklene tar for seg styrker og svakheter med rehabiliteringen av slagpasienter som har stor overføringsverdi – uavhengig av profesjon. Slik jeg vurderte det kan resultatene være et bidrag i arbeidet med å styrke den omsorgsfaglige delen av arbeidet med slagpasienter – på tvers av faglige og profesjonsmessige skillelinjer. Valget av artiklene er tatt med utgangspunkt i en forståelse av at en «riktig» tilnærming til det kommunikasjonsmessige aspektet rundt denne pasientgruppen, er avhengig av at en har en felles kunnskapsbasert forståelse til utfordringer hos disse menneskene.

4.0 Annen forskning

Herunder vil jeg vise til annen norsk forskning som er gjort innenfor temaet kommunikasjon blant personer rammet av afasi og dysartri. Dette blir gjort for å gi en større forståelse av hvilken kunnskap som allerede finnes på dette feltet.

Undervisnings veilederen fra Bredtvet Kompetansesenter; *Samtalepartnere for personer med Afasi* Qvenild et al. (2006) er et prosjekt hvor en har skreddersydd et undervisningsopplegg for samtalepartnere – primært pårørende – som kan hjelpe til å forstå hvordan en skal forholde seg til afasi rammede pasienter i en kommunikasjonsmessig sammenheng. I veilederen blir det vist til måter å forholde seg til ulike problemstillinger. Barrierer som støy, frykt, manglende kunnskap fra medmennesker og dårlig informasjon, er sagt å være noen av følgene et menneske med afasi kan oppleve (Pound, C. et al. ref. i Qvenild et al. 2006). De bygger en del av veilederen med utgangspunkt i en videoinstruksjon fra afasi senteret i Toronto, Canada. Her blir det påpekt hvor viktig det er med kunnskap om hvordan en skal kommunisere med disse pasientene. Her beskrives viktigheten av å bruke tid og snakke tydelig, slik at den afasi rammede ikke «faller ut» (Qvenild et al. 2006). Veilederen viser også til relasjonsbygging, og hvor viktig det er å skape et fundament av: «tillit, trygghet, åpenhet, respekt». (Qvenild et al. 2006 s. 22). Det blir også vist til at denne veilederen kan brukes for helsepersonell som en håndbok for økt forståelse og innsikt.

Av nyere norske studier fremstår doktorgradsavhandlingen til Gabrielle Kitzmüller (2012) som høyst relevant innenfor temaet. Hun peker på redusert livskvalitet hos pasienten som følge av afasi. De mister eller får redusert selvbilde, og har lett for å isolere seg selv. Det går også frem av studien hennes at redusert språk- og språkforståelse hos den slagrammede, fører ofte til et forhøyet konfliktnivå og distanse mellom den afasirammede og hans/hennes pårørende. I en relasjonsmessig kontekst sier Kitzmüller (2012) at den slagrammede er svært avhengig av trygge og forutsigbare rammer. Dette gjenspeiles i at ektefelle eller andre nære relasjoner blir den eller de som står oppe med mye av ansvaret i en rehabiliteringsfase. Som et resultat av samhandlingsreformen, blir den slagrammede i større grad enn tidligere «plassert» i sitt eget hjem Kitzmüller ref. i Øvergård (2013). Videre blir det påpekt at også mangelen på

kunnskap, ikke bare hos familien til den slagrammede, men også blant helsepersonell, er en utfordring i rehabiliteringen. Kommunene mangler også spesialkompetanse i form av blant annet logopeder, nevropsykologer og ergoterapeuter (Kitzmüller ref. i Øvergård, 2013).

5.0 Valg av litteratur

I dette kapitlet gjør jeg rede for de resultatene som fremkommer i artiklene. Jeg tar for meg begge artiklene, og beskriver resultatene ut ifra forskningsspørsmålene som jeg presenterte under problemstillingen. Begge forsknings artiklene er med utgangspunkt i primær data innsamling. Når det er forskeren som har innhentet data direkte fra kilden, kalles det primær data (Jacobsen D. I., 2003). Når jeg velger å bruke disse artiklene i mitt studie, så vil de fungere som sekundærdata. Sekundærstudier er da en tolkning av andres arbeide som er gjennomført i et primærstudium (Dalland, 2012).

5.1 Communication difficulties and the use of communication strategies: from the perspective of individuals with aphasia

Artikkelen er engelsk og studien er gjennomført i Sverige i 2010. Den er forfattet av Monica Blom Johansson, Marianne Carlsson og Karin Sonnander, og er publisert i tidsskriftet *International Journal of Language & Communication Disorders* i 2011.

5.1.1 Undersøkelsen formål

Studien undersøker hvordan mennesker med afasi opplever å det å kommunisere, og hvordan de takler de ulike utfordringen rundt det å kommunisere. Forskerne ønsker også å se på hvilke oppfatninger disse pasientene har på sine egne og samtalepartnerens evner til å kommunisere.

5.1.2 Utvalg og metode

Studien foregikk i 2010. 11 pasienter, herav 4 kvinner og 7 menn med afasi deltok i en intervju basert undersøkelse. Intervjuene ble filmet for å påse at en fikk studert både det verbale- og nonverbale språket. Kriteriet for utvalg av respondentene var at afasien skulle være et resultat av slag, og skal ha oppstått 12 måneder før intervjuene. Videre var det et krav til at pasientene skulle være eldre enn 17 år, hjemmeboende og ha en regelmessig samtalepartner, herunder ektefelle/samboer. Alvorlighetsgraden av sykdommen varierte fra det lette til alvorlige, og ble klassifisert av logoped spesialister i forkant av intervjuet. To av deltakerne ble klassifisert i etterkant, basert på observasjoner gjort under intervjuet. Informantene ble gjort kjent med studien, og mottok på forhånd en muntlig og skriftlig informasjon som var tilpasset deres evner til å kommunisere. De språklige utfordringene var vektlagt, og derfor ble det tatt spesielt hensyn til at informasjonen som ble gitt, ble forstått.

Dette studiet er et kvalitativt forskningsintervju med en semi-strukturell tilnærming. Formålet med denne type intervju er å få nedtegnet informantens egen beskrivelse av den livssituasjon vedkommende befinner seg i (Dalland, 2012). Videre sier Dalland (2012) at i disse intervjuene er ikke spørsmålene nøyaktig forhåndsdefinerte, men blir fremlagt i stikkordsform eller beskrivelse. Dette for å kunne tilpasse spørsmålene til hvert enkelt intervjuobjekt.

5.1.3 Hovedfunn

Gjennom studien fant en ut at informantene hadde redusert antall samtaler etter afasien. De snakket mindre med både nærmeste pårørende og andre. Korte og «lette» samtaler var forholdsvis enkelt å forholde seg til i motsetning til mere tidkrevende diskusjoner. De fleste opplevde glede i de tilfeller når de fikk muligheten til å prate. Informantene følte en klar ubalanse i forhold til samtalepartneren. Dette ble forklart med at samtalepartneren ofte førte samtalen, mens den afasi rammede inntok en passiv rolle. Et resultat av dette var utmattelse og resignasjon hos informanten, mens samtalepartneren kjedet seg og mistet interessen på grunn av at samtalen gikk tregt. Mangel på kunnskap hos samtalepartner rundt afasi problematikken var grobunn for frustrasjon. Dette kom av at en ikke klarte å sette seg inn i informantens begrensede språk muligheter. Respondentene gav uttrykk for viktigheten av at omgivelsen hadde nødvendig kunnskap om afasi. Likevel kom det frem at pasienten synes det

var lettere å kommunisere med ektefelle/samboer, enn mindre kjente mennesker. Relasjonen var av avgjørende betydning for om samtalen var en suksess eller ikke. Sinne, fortvilelse, sorg og resignasjon preget informantene når ingen hadde tid til å lytte, eller ikke ville prøve å forstå. Sinne og fortvilelse var de også de mest fremtredende følelsene. Pasientene brukte både verbalt og nonverbalt språk for å gjøre seg forstått. Faktorer som hindret samtale var at informantene var trøtt, stresset eller hadde smerter. Våkenhet og glede var elementer som stimulerte til samtale. Positive ansiktsuttrykk var viktig for å føre og opprettholde en samtale.

5.2 The use of conversational analysis: nurse-patient interaction in communication disability after stroke

Artikkelen er engelsk og studiet er gjennomført i England i 2005. Forskerne som har gjennomført studien er Clare Gordon, Caroline Ellis-Hill og Ann Ashburn. Artikkelen er gjengitt i tidsskriftet *Journal of Advanced Nursing* i 2009.

5.2.1 Undersøkelsens formål

Studien beskriver interaksjon mellom sykepleiere og pasienter rammet av afasi eller dysartri, og ser på hvordan sykepleierne og pasientene konverserer – verbalt og nonverbalt - med hverandre i en naturlig samhandling på en slag avdeling.

5.2.2 Utvalg og metode

Studien er en observasjonsstudie hvor video filming ble brukt for å observere 14 sykepleiere og 5 pasienter med afasi eller dysartri i interaksjon med hverandre. Pasientenes alder var fra 43 til 84 år. Gjennom studien ble det foretatt 35,5 timer med opptak. 5,43 av disse omhandlet pasient og sykepleier interaksjon. Det ble foretatt en konversasjons analyse av videomaterialet. En slik analyse er en observasjon av de aktuelle handlinger – både verbalt og nonverbalt, men også en måte å konstruere sosiale realiteter og relasjoner (Heritage ref. i Gordon et al., 2009). Deltakerne var et tilfeldig utvalg pasienter som var rammet av slag. Pasientene ble diagnostisert av språk terapeuter. Deltakerne blant sykepleierne var de som var på vakt og opptrådte i samhandling med pasientene under data innsamlingen. Video

kameraene ble plassert nær sengen til de slagrammede pasientene, og filming ble foretatt på ulike tidspunkt i løpet av døgnet. Gjennom opptakene fanget en opp både audio og visuelle elementer som ble brukt i analysen av data materialet.

Denne artikkelen er et rent observasjonsstudie hvor det er brukt videokamera til å filme de ulike samhandlingssekvensene. En observasjonsstudie er ifølge Jacobsen D. I. (2003) en måte å innhente data på ved å se på de enkelte aktørenes atferd i forskjellige situasjoner.

5.2.3 Hovedfunn

Pasientene søkte sjelden kontakt for å starte samtaler med andre enn besøkende. Enkelte sykepleiere var for mye fokusert på gjøremålene, og overså pasientene. Høflighetsfraser som eksempelvis; god dag, hvordan har du det? ble utelatt. En sykepleier tok seg tid til å vente for at pasienten skulle klare å gi et svar på spørsmål fra sykepleieren. I et tilfelle kom en sykepleier inn i rommet til pasient, og dro for gardinene før pasienten hadde våknet – uten å snakke til vedkommende. Det oppsto misforståelse i et tilfelle hvor sykepleier oppfattet et nikk på hodet fra den afasi rammede som en positiv respons, mens det av forskerne ble oppfattet som det motsatte. Et av funnene som også ble gjort var det overordnede fokuset på den fysiske behandlingen av pasientene, mens den sosiale interaksjonen ble til dels overfladisk og avstumpet. Samtalene som foregikk mellom aktørene i studien, var ikke terapeutiske eller individualistiske. Sykepleierne styrte samtalen, og pasientens individuelle behov ble neglisjert. Dialoger som i et terapeutisk perspektiv ville kunne hjelpe pasientene til å mestre språket på en bedre måte, forekom ikke i denne studien. Manglende kunnskap og forståelse om hvordan en skal kommunisere med afasi rammede pasienter var fremtredende. Dette kunne forklares med at sykepleierne kontrollerte og styrte samtalene.

6.0 Drøfting

I dette kapittelet vil jeg bruke funnene fra artiklene, annen forskning på feltet og teorien til å drøfte hvilken tilnærming en som vernepleier bør ha i den kommunikative samhandlingen

med slagpasienter rammet av afasi og dysartri. Kapittelet blir delt opp i tre deler, hvor forskningsspørsmålene representerer de forskjellige overskriften.

6.1 Hvilke kommunikasjonsmessige hensyn må en ta?

I studien til Johansson et al. (2011) blir det fra informantenes side pekt på ulike problemstillinger i forhold til det å samtale og samtalsinnhold. Respondentene sier at det er lettere å ha mindre innfløkte og tidkrevende samtaler. De påpeker at lange og «uforståelige» samtaler og diskusjoner, og hvor det blir brukt et «unødvendig» høyt stemmeleie, fører til at de blir utslitt og til slutt resignerer. Taylor (2009) beskriver de samme utfordringene i boken sin. Hun nevner blant annet dette i forbindelse med helsepersonell som snakket over hodet på henne og konstruerte lange og usammenhengende setninger. Det blir også nevnt i boken hennes hvorledes enkelte snakket for høyt og for fort. Og hvordan dette skapte avstand til vedkommende samtalepartner. I litteraturen blir dette også tatt opp som et område en må ta til etterretning (Qvenild et al. 2006). I tilfeller hvor det er «krav» til kommunikasjonsmessige ferdigheter som overstiger den afasi rammedes evner eller forutsetninger, så ser en at disse menneskene trekker seg tilbake og isolerer seg fra situasjonen (Kitzmuller, 2012). «Språket er greit mesteparten av tiden, men det forsvinner når jeg er trett eller stresset» (Qvenild et al. 2006, s. 60). Uten direkte sammenligning, så blir noen av disse forholdene til dels omtalt i studien til Gordon et al. (2009). Her konkluderer forskerne med at sykepleierne i stor grad styrer samtalen, og at pasientens individuelle behov ikke blir ivaretatt på en god nok måte. Og det oppstod en asymmetri i interaksjonen mellom pasient og sykepleier. Forskerne mener her at samtalerne er lite terapeutisk og individbasert. Noe som igjen fører til at pasientens evner til å mestre språket uteblir. Skau (2009) snakker om hvordan kommunikasjon er et verktøy som blir brukt i yrkesutøvelsen. Hun sier videre at en kommuniserer for å bidra til en forandring i menneskets livssituasjon, livskvalitet og helse. Og at de kommunikative ferdighetene er helt grunnleggende i denne prosessen.

Informantene i studien til Johansson et al. (2011) fortalte at et positivt, vennskapelig og imøtekommende ansiktsuttrykk skapte en atmosfære av trygghet, tillit og interesse. Ansiktsuttrykk gjennom smil, og øyekontakt er elementer som fremhevet og forsterket grunnlaget for dialog. Skau (2009) snakker om hvordan det ordløse språket kan ha en helt

annen betydning enn hva en selv hadde forespeilet seg. Eller hvordan kroppsspråk, ved at en ikke er kongruent i det en formidler, kan undergrave tillitten til pasienten.

Både forskningen og litteraturen fremhever disse faktorene som svært viktige i dialog med den afasi rammede. Jeg mener derfor at det å kunne vise tålmodighet og stille krav til samtalen ut ifra de forutsetninger som den afasi rammede har, er et fundament i samhandlingen med disse menneskene. Når samtalepartneren (e) evnet å imøtekomme pasientene ut ifra disse forutsetningene, viste eksempelvis studien til Johansson et. al. (2011) at slagpasientene i stor grad hadde glede av å samtale. Og at dette førte til et videre ønske om å fortsette dialogen og prøve å bryte med de språklige barrierene som hadde oppstått.

Dahl (2010) viser til flere afasirammede som hevder at det å miste språket er verre enn å sitte i rullestol. En sammenligning som tydelig viser hvor viktig språket er for disse menneskene. Det illustrerer også hvor funksjonsnedsettende og opprivende mangel på språk og språklig forståelse kan oppleves. Som vernepleier i et miljøterapeutisk arbeid er det viktig at en reflekterer over arbeidet med slagpasienter, og gjør seg bevisst på de ulike faktorene som forskningen og litteraturen her fremviser. Det må stilles krav til at vi som faggruppe har et veloverveid etisk og reflekterende syn over eget arbeid, og hvordan en møter andre mennesker. Dette handler om kompetanse, og hvordan en faktisk evner å bruke denne i arbeidet med slagpasienter.

6.2 Hvilken betydning har relasjoner i samhandling med pasientene?

I studien til Gordon et al. (2009) finnes det ikke noen spesifikke funn som omhandler relasjoner eller relasjonskompetanse. Derfor er det aktuelt å se på funnene i doktorgradsavhandlingen til (Kitzmuller, 2012). Kitzmuller (2012) snakker om hvordan afasi rammede mennesker unngikk sosial interaksjon med andre mennesker på grunn av at de «andre» ikke klarte å tilpasse seg den afasi rammedes begrensninger og behov. Dette førte til ytterligere sosial isolering hos den slagrammede, og de mistet eller gikk glipp av viktige relasjonelle bånd (Stone ref. i Kitzmuller, 2012). Dahl (2010) sier at for å ha en opplevelse av å være en del av samfunnet, samt kunne opprettholde sosial kontakt med omverdenen, så vil

språklige ferdigheter være elementære faktorer. Dette viser hvor viktig språket er i sosiale interaksjoner, og hvordan vi som samtalepartnere må bevisstgjøre oss på hvordan vi opptrer i samhandling med disse menneskene.

I en familiekontekst hevdet de afasirammede at det var et misforhold mellom oppfatningene til familiemedlemmer og de oppfatninger den slag rammede hadde om seg selv (Wyller & Kirkevold ref. i Kitzmuller, 2012). I studien til Johansson et al. (2011) er betydningen av relasjoner fremtredende. Flere av respondentene hevdet at relasjonsmessig nærhet og trygghet i form av kjente personer, hadde mye å si for hvordan de opplevde å samtale og hvordan de opplevde kvaliteten på samtalen. En amerikansk undersøkelse som ble gjort blant leger, fastslo at dårlig kommunikasjon og manglende relasjonskompetanse førte til mindre effektiv behandling av pasienter med depresjon (Schulman et al. ref. i Røkenes & Hanssen, 2010). Noen av respondentene hevdet at de mestret og satte pris på konversasjoner med andre enn sine nærmeste, men poengterte samtidig at det var lettere å snakke med sine nærmeste. Eksempelvis ektefelle/samboer, barn og andre nære pårørende. I alle relasjoner – såfremt en har som utgangspunkt å etablere en tilknytning som er av lengre varighet – er tillit et grunnleggende fundament i relasjonen. «Tillit er enkelt å rive ned, men vanskelig å bygge opp» (Grimen ref. i Owren & Linde 2011, s. 211). Taylor (2009) henviser til sin egen mor når hun snakker om sin nærmeste pårørende. Hun beskriver sin mor som omsorgsfull, kjærlig, forståelsesfull og hengiven i arbeidet med rehabiliteringsprosessen. Moren blir definert som den personen som hjalp henne mest i rehabiliteringen. Og var den som gav Taylor den tryggheten hun trengte i denne omfattende prosessen. Familien eller ektefeller viser seg å være den viktigste støtten i livet til mennesker med ervervet hjerneskade (Romsland, 2011).

Når en som vernepleier skal arbeide i en rehabiliteringsprosess med slag pasienter, og hvor en i utgangspunktet ikke har det tillitsgrunnlaget som de pårørende har, vil det være svært viktig at en jobber aktivt med skape denne tillitten (Spurkeland, 2005). Jeg har selv, i jobbsammenheng sett eksempel på at pårørende blir neglisjert og stemplet som «uvitende» og lite «faglig» orienterte av helsepersonell. Og dermed – frivillig eller ufrivillig - blitt nærmest redusert til en passiv tilskuer hva ens egne barn eller nære pårørende angår. Derfor mener jeg – basert på hva forskningen og teorien sier – at det vil være nødvendig at en involverer pårørende på et tidlig stadiet i rehabiliteringen. Være åpen for de innspill og ytringer som

kommer fra disse. Og se på de som en uunnværlig ressurs som kan tilføre den slag rammede den nødvendige tryggheten de trenger. Nærmeste pårørende er personer som en gjennom årrekker har delt både sorger og gleder med. Personer som opp gjennom livet har stått ved din side, vært den du har delt dine innerste tanker med, den du føler tilhørighet til og som kjenner deg på godt og vondt. Og gjennom disse relasjonene har en som regel opparbeidet seg en grunnleggende tillitt og trygghet som ligger latent i disse pasientene. Da vil det også være lettere å forstå hvorfor de afasi rammede synes det er lettere å samtale med mennesker som står de nært.

6.3 Hvor viktig er det at samtalepartneren har nødvendig kunnskap om sykdomsforløpet?

I studien til Johansson et al. (2011) og studien til Gordon et al. (2009) signaliseres det sterkt at et utvidet behov for opplæring og kunnskapsorientering i forhold til slag- og afasi pasienter må prioriteres. Dette gjelder for både pårørende og helsepersonell. Blant respondentene i studien til Johansson et al. (2011) er det en unison oppfatning om at manglende kunnskap rundt sykdommen skapte problemer. Det oppstod frustrasjon og problemer når samtalepartneren ikke klarte å adaptere informantens språk, og ikke forstod hva den afasi rammede prøvde å formidle. «They don't understand my [language] problems, especially now when I'm talking better. And that is almost worse – a bigger problem» (Johansson et al., 2011, s. 149). I studien mener faktisk forskerne at mangel på kunnskap kan ha en skadelig effekt for videre utvikling eller gjenopptagelse av de språklige ferdighetene hos disse pasientene. (Spurkeland, 2005) hevder at emosjonell læring er en forutsetning for å tilegne seg kunnskap. Og ved at kunnskapen blir internalisert, så blir kunnskapen en integrert del av atferden. Med utgangspunkt i dette mener jeg at hvis en har opparbeidet seg en grunnleggende kunnskapsbasert forståelse på hvordan en skal møte den afasi rammede, er det store muligheter for å etablere en fruktbar samhandling mellom oss som helsepersonell og pasient.

I studien til Gordon et al. (2009) konkluderer de med behovet for at helsepersonellet blir etterutdannet i hvordan en kommuniserer med slagpasienter. Forskerne poengterer også nødvendigheten av at den språklige rehabiliteringen blir likestilt med den fysiologiske rehabiliteringen av de afasi rammede pasientene. Skau (2009) berører emnet kompetanse og

utvikling av yrkesmessige ferdigheter. Hun stiller spørsmål ved de som innehar lav kommunikasjonsmessig kompetanse, og som ikke er villig til å etterstreve en kompetanseheving. I så måte har hun vanskeligheter med å se disse menneskene i yrker som innebærer samhandling med andre mennesker som er underlagt et hjelpebehov. Videre sier Skau (2009) at kommunikativ kompetanse gir et større grunnlag for å løse utfordringer. Og at denne kompetansen øker mulighetene for et mere resultatorientert samspill. Samt at en begrenser mulighetene for at vanskeligheter kan oppstå.

Forskningen er entydig i viktigheten av å ha nødvendig faglig kompetanse i arbeidet med slag pasienter. Det overordnede målet for vernepleiere er å sørge for at de en jobber for, skal oppnå best mulig livskvalitet (Fellesorganisasjonen, 2013). En forutsetning i så henseende vil være at en som autorisert helsepersonell faktisk har den kompetansen som til enhver tid er nødvendig i utøvelsen av det yrke en innehar. Jeg mener at dette er både et personlig ansvar og et ansvar som arbeidsgiver har. Et personlig ansvar i form av å holde seg oppdatert på nyere forskning og litteratur. Og et ansvar hos arbeidsgiver som må tilrettelegge for at en får nødvendig kompetanseheving gjennom kurs og eventuelt etterutdanning.

7.0 Avslutning

I arbeidet med oppgaven er det blitt belyst ulike problemstillinger og utfordringer i kommunikasjon med slag pasienter som er rammet av afasi og dysartri. Artikkene som er brukt for å finne svar på problemstillingen har vært relevante for temaet. Likevel foreligger det ikke grunnlag for en entydig konklusjon. Dette forklares med at forskningslitteraturen som er brukt ikke nødvendigvis er representativ for alle afasi rammede mennesker. Og at deler av litteraturen ikke gjenspeiler i stor nok grad de forskningsspørsmålene jeg har ønsket å få svar på. På en annen side, så underbygges mye av det som fremkommer i artikkene også gjennom annen relevant litteratur som omhandler tematikken i oppgaven.

Med utgangspunkt i studiene som er gjennomført, så avdekkes det et klart behov for at en må utvise omsorg, forståelse og tålmodighet i samhandlingssituasjoner med den afasi rammede. Å kunne reflektere over sine egne kommunikative ferdigheter og være seg bevisst hvordan en kommuniserer med disse pasientene, er en nødvendighet i et rehabiliteringsøyemed. Fokuset på en god og tilpasset kommunikasjonsmessig tilnærming til disse pasientene, viser seg å være av stor betydning for å etablere et godt og tilpasset terapeutisk arbeid. For å kunne skape og opprettholde en god relasjon som kan bidra til tillitsvekkende samhandling, er det også essensielt at en har grunnleggende forståelse av sykdomstilstanden.

Jeg mener at økt kunnskapsforståelse vil være en utslagsgivende faktor for å kunne møte utfordringene rundt disse pasienten på en «riktig» måte. Og at en er påpasselig med å tilrettelegge for en individuelt tilpasset opplæring, ut ifra hver enkeltes forutsetning. Jeg ser også et behov for at det forskes videre på dette området, slik at en kan få et større og bredere perspektiv på de ulike utfordringen en opplever i møte med disse menneskene.

Bibliografi

- American Stroke Association. (2012, 10 23). *American Stroke Association*. Hentet fra <http://www.strokeassociation.org/STROKEORG/>:
http://www.strokeassociation.org/STROKEORG/AboutStroke/TypesofStroke/HemorrhagicBleeds/What-Is-an-Arteriovenous-Malformation-AVM_UCM_310099_Article.jsp
- Bondevik, M., & Nygaard, H. (2009). *Tverrfaglig geriatri*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Clark, D. (2008, Mai 12). *Time Magazine*. Hentet September 23, 2013 fra http://content.time.com/time/specials/2007/article/0,28804,1733748_1733754_1735155,00.html
- Dahl, T. L. (2010). *Funksjonell kommunikasjon og afasi - Hvordan bli en bedre samtalepartner*. Oslo: Norsk Logopedlag.
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Akademisk Forlag AS.
- Eide, H., & Eide, T. (2011). *Kommunikasjon I Relasjoner*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Fellesorganisasjonen. (2008). *Om vernepleieyrket*. Oslo: LO Media.
- Fellesorganisasjonen. (2013). *Vernepleieren - utdanningen og profesjonen*. Oslo: LO Media.
- Gautun, H., & Syse, A. (2013). *Samhandlingsreformen - Hvordan tar de kommunale helse- og omsorgstjenestene i mot det økte antallet pasienter som skrives ut fra sykehusene?* Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.
- 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*.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2012). *God kvalitet - trygge tjenester 2012-2013. Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten. St.meld. nr29*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2013). *Morgendagens omsorg 2012-2013. St.meld. nr10*. Bergen: Fagbokforlaget.

- Helsedirektoratet. (2010). *Nasjonal retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Jacobsen, D. I. (2003). *Forståelse, beskrivelse og forklaring. Innføring i samfunnsvitenskapelig metode for helse- og sosialfagene*. Kristiansand: Høyskoleforlaget AS.
- Jacobsen, D., Kjeldsen, S., Ingvaldsen, B., Buanes, T., & Røise, O. (2009). *Sykdomslære*. Oslo: Gylendal Norsk Forlag AS.
- Johansson, B. M., Carlsson, M., & Sonnander, K. (2011). Communication difficulties and the use of communication strategies: from the perspective of individuals with aphasia. *International Journal of Language & Communication Disorder*.
- Kitzmuller, G. (2012, Oktober 26). Hentet September 20, 2013 fra Universitetet i Tromsø: <http://hdl.handle.net/10037/4623>
- Kvalbein, A. (2000). *God Kontakt*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- National Institute of Neurological Disorders and Stroke. (2013, Februar 4). *NIH*. Hentet Oktober 7, 2013 fra <http://www.ninds.nih.gov>
- Owren, T., & Linde, S. (2011). *Vernepleiefaglig teori og praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Qvenild, E., Corneliusen, M., & Lind, M. (2006). *Samtalepartnere for personer med afasi*. Oslo: Bredtvet kompetansesenter.
- Romsland, G. I. (2011). *KOGNITIV SVIKT. Lærebok for fagfolk i møte med mennesker med ervervet hjerneskode*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Røkenes, O. H., & Hanssen, P.-H. (2010). *Bære eller bryte*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Skau, G. M. (2009). *Gode Fagfolk Vokser*. Oslo: Cappelen Damm AS.
- Spurkeland, J. (2005). *Relasjonskompetanse - Resultater gjennom samhandling*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Taylor, J. B. (2009). *My Stroke of Insight: A brain Scientist's Personal Journey*. (K. Vogt, Overs.) Oslo: Cappelen Damm AS.

WHO. (2013, Mars 1). *Wealth Healt Organization*. Hentet September 29, 2013 fra <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/>

Øvergård, R. A. (2013, Januar 25). *Hjerneslag rammer hele familien*. Hentet fra Forskning.no: <http://www.forskning.no/artikler/2013/januar/345903>

NSD. (2013, November 6). *NSD - Norsk Samfunsvitenskaplig Datatjeneste*. Hentet fra Database for statistikk om høgare utdanning: <http://dbh.nsd.uib.no/kanaler/>

Vedlegg 1

Søkeord	Database	Avgrensinger	Tal treff	Merknad	Tittel på valgt artikkel
Stroke AND Communication AND Rehabilitation	Academica Search Premier	* Scholarly (Peer Reviewed) * 2003 – 2013 * Academic	304	Artikkelen er intervju basert, og informantene er slagrammede pasienter som lider av afasi	Communication difficulties and the use of communication strategies: from the perspective of individuals with aphasia
Stroke AND Communication AND Rehabilitation	Academica Search Premier	* Scholarly (Peer Reviewed) * 2003 – 2013 * Academic	304	Artikkelen er basert på et observasjonsstudie som ser på samhandlingen mellom sykepleiere og slagpasienter som er rammet av afasi og dysartri	The use of conversational analysis: nurse–patient interaction in communication disability after stroke