

BACHELOROPPGÅVE

Afasi – et møte med pasienten

”Hvordan ivareta slagpasienter med afasi?”

Av

Kandidatnummer: 35, Nina-Mari Instebo

Aphasia – Meeting the patient

Emnekode og namn: SK 152, Bachelor i sykepleie

Innleveringsdato: 31.10. 2014

Tal ord:
6930

Rettleiar: Hanne Marie Heggdal

Avtale om elektronisk publisering i Høgskulen i Sogn og Fjordane sitt institusjonelle arkiv (Brage)

Jeg gir med dette Høgskulen i Sogn og Fjordane tillatelse til å publisere oppgaven "Afasi – et møte med pasienten" i Brage hvis karakteren A eller B er oppnådd.

Jeg garanterer at jeg er opphavsperson til oppgaven, sammen med eventuelle medforfattere. Opphavsrettslig beskyttet materiale er brukt med skriftlig tillatelse.

Jeg garanterer at oppgaven ikke inneholder materiale som kan stride mot gjeldende norsk rett.

Ved gruppeinnlevering må alle i gruppa samtykke i avtalen.

Fyll inn kandidatnummer og navn og sett kryss: 35, Nina-Mari Instebo

kandidatnummer og navn

JA NEI

Sammendrag

Tittel

"Afasi – et møte med pasienten"

Bakgrunn

I praksis har eg møtt på tilfeller der det har vært vanskelig å samarbeide med pasienter som har motorisk afasi etter hjerneslag. På grunn av deres språkvansker har forståelsen av pasientens behov blitt en utfordring. Jeg har fått følelsen av at min utførelse av sykepleie ikke har møtt pasientens behov. Dette har gjort meg nysgjerrig på hvordan jeg som sykepleier kan ivareta denne pasientgruppen på best mulig måte.

Problemstilling: "Hvordan ivareta slagpasienter med afasi?"

Fremgangsmåte

Dette er en litteraturstudie med fagstoff hentet fra søkemotoren Oria, via høgskolebiblioteket. Det er gjort søk i databasene Academic Search Premier, Medline og Cinahl etter kvalitativ forskning. I tillegg til relevant forskning og litteratur er erfaringer fra praksis med på å belyse tema.

Konklusjon

Det blir i møte med pasienter som har motorisk afasi viktig å etablere et godt samarbeid. Tar man seg tid til å lytte observerer man bedre, og på denne måten får man med seg flere nonverbale signal av det pasienten uttrykker. Forståelsen mellom pasient og sykepleier vil dermed øke, noe som gjør det lettere for sykepleier å gi pasientrettet omsorg. Bruker man hjelpemidler tilpasset pasientens behov kan medbestemmelsen og autonomien styrkes. Sykepleiere bør opplæres i hvordan kommunisere med pasienter som har afasi, og lære å bruke kunnskapen i praksis. På denne måten kan sykepleierne møte pasientene på en god og faglig måte som øker pasientens opplevelse av ivaretagelse.

Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
1.1	Problemstilling.....	2
1.2	Avgrensing av oppgaven.....	2
1.3	Oppbygging av oppgaven	2
2	Metode	2
2.1	Søke- og utvalgsprosess - forskning	3
2.2	Søke- og utvalgsprosess - litteratur.....	4
2.3	Kildekritikk.....	4
3	Teori.....	5
3.1	Hva sier forskning?	5
3.2	Kunnskapsbasert praksis	6
3.3	Motorisk afasi etter hjerneslag	7
3.4	Relasjon og kommunikasjon.....	7
3.5	Hjelpemidler ved afasi.....	9
3.6	Pasientinformasjon.....	9
4	Drøfting.....	10
4.1	Relasjon og kommunikasjon i stellsituasjon.....	10
4.2	God tid og bruk av hjelpemidler	12
4.3	Kunnskap og spesialisering.....	14
5	Konklusjon	15
	Litteraturliste.....	17
	Vedlegg 1	

1 Innledning

I Norge rammes ca. 15 000 mennesker av hjerneslag hvert år, og mange av disse trenger langvarig pleie i ettertid. Antallet hjerneslag vil kunne øke med 50 prosent de neste 20 årene fordi det blir flere eldre (Helsedirektoratet, 2010). Hjerneslag er en tilstand som skyldes plutselig forstyrrelse av blodsirkulasjonen til hjernen. Den vanligste årsaken til hjerneslag er hjerneblødning eller blodpropp, og kan føre til varige tap av hjernens funksjon i det området der skaden rammer (Gjerstad, 2009). En stor del av personene som blir utsatt for hjerneslag får skader på språksenteret i hjernen, noe som kan føre til *afasi*. Dette er en tilstand som kan gi varig tap av evnen til å forstå og å bruke ord. Det finnes to hovedtyper av afasi, alt etter hvor i hjernen skaden rammer. Motorisk afasi og sensorisk afasi. Ved motorisk afasi blir fremre del av språkområdet rammet og pasienten får problemer med å finne ord. Setningene blir ofte enkle og pasienten uttaler eller bruker ordene feil. Ved sensorisk afasi blir det bakre språkområdet i hjernen rammet, og pasientene forstår ikke ord som blir lest eller hørt. Det å kunne uttrykke seg med ord er en viktig del av det å bli forstått og inkludert i dagens samfunn, skulle denne evnen brått forsvinne vil man naturlig gå glipp av mye der verbalt uttrykk har en viktig rolle, som for eksempel i møte med nye mennesker. Afasi vil ikke nødvendigvis ha innvirkning på andre funksjoner i hjernen som intelligens og følelser, men på grunn av afasien kan disse forholdene bli vanskelig å uttrykke, og dermed også å vurdere (Gjerstad, 2014). Dette vil by på utfordringer for en person med afasi, særlig i de situasjonene der personen trenger hjelp fra andre.

Denne typen utfordring kan man tydelig se om en person med afasi blir innlagt i sykehus. I sykehus vil personen møte mennesker han ikke har kjennskap til, og som ikke kjenner til personens vaner og behov. Forskning viser at etablering av en god relasjon mellom pasient og sykepleier blir sett på som utfordrende for begge parter. Dette på grunn av pasientens språkvansker og lite kunnskap innen kommunikasjon blant sykepleierne (Gordon, Ellis-Hill og Ashburn, 2009). En viktig sykepleieoppgave er å se pasienten bak sykdommen, og å forstå hva pasienten trenger for å føle seg ivaretatt. En god relasjon, informasjon, kommunikasjon, og kunnskap er områder som er viktige for ivaretakelsen av en pasient med afasi (Tomkins, Siyambalapitiya & Worrall, 2013). I praksis har jeg kommet opp i utfordrende situasjoner med pasienter som har afasi etter hjerneslag, der jeg har kjent på følelsen av ikke å møte pasientens behov. På grunn av pasientenes språkvansker har det vært vanskelig å forstå hva pasientene ønsket å formidle. Dette har ført til at ivaretakelsen av pasientene svekkes. Når jeg møter pasienter med språkvansker ønsker jeg at pasientene skal føle seg ivaretatt og verdsatt. Derfor vil jeg se nærmere på hvordan man som sykepleier kan ivareta pasientene og møte dem som likeverdige personer i en hektisk hverdag på sykehus.

1.1 Problemstilling

”Hvordan ivareta slagpasienter med afasi?”

1.2 Avgrensing av oppgaven

Jeg ønsker å avgrense oppgaven til pasienter med motorisk afasi etter hjerneslag. Pasientene er ute av rehabiliteringsfasen, og er i alderen 60 til 80 år. Jeg avgrenser til pasienter i denne aldersgruppen da hjerneslag er vanligst blant eldre. Pasientene har ingen tilleggsvansker som lammelser eller synsproblem, og kommer inn i en sykehusavdeling av andre grunner enn hjerneslag og får behandling i avdelingen opp mot en uke. Jeg ønsker å avgrense oppgaven til kontakten mellom pasient og sykepleier på sykehus. Jeg kommer derfor ikke til å trekke inn pårørende, systemet rundt pasienten eller kontakt i gruppe. Jeg vil fokusere på hvordan man som sykepleier kan bidra til økt opplevelse av ivaretagelse hos pasienter med motorisk afasi.

1.3 Oppbygging av oppgaven

Oppgaven starter med en innledning der bakgrunn for valg av tema blir lagt frem. Dette blir forklart gjennom et samfunns- og sykepleieperspektiv, samt personlige erfaringer. Deretter presenterer jeg problemstillingen, og tar for meg avgrensingen i oppgaven. Videre forklarer jeg, i et kapittel om metode, hvordan jeg har funnet forskning og litteratur. I dette kapittelet kommer svakheter og styrker med metoden og litteraturen frem. I teorikapittelet presenteres relevant teori fra bøker og forskning som dekker problemstillingen. Ved hjelp av denne teorien har jeg drøftet områder jeg mener er viktige for å svare på hvordan ivareta slagpasienter med afasi. Mot slutten samler jeg oppgaven i en konklusjon der jeg forteller hva jeg har funnet ut. Det er også lagt ved et vedlegg om søkeprosessen på forskningsartiklene.

2 Metode

Metode er en fremgangsmåte for å bringe frem kunnskap eller for å etterprøve påstander som fremstilles som sanne, gyldige eller holdbare. Begrepet metode hører nøye sammen med vitenskap, og det å være vitenskapelig er også å være metodisk (Tranøy, 1991). I følge Dalland (2007) er metode et redskap man bruker for å undersøke noe, den bidrar til å samle data som trengs i undersøkelsen man utfører. Metoden forteller oss noe om hvordan vi bør gå frem for å skaffe eller etterprøve kunnskap. Begrunnelsen for å velge en bestemt metode er at den gir oss gode data som belyser spørsmålet man stiller på en faglig interessant måte. I denne oppgaven har jeg valgt å bruke litteraturstudie, en metode som bygger på skriftlige kilder og litteratur som allerede eksisterer (Dalland, 2007). Samfunnsvitenskapen skiller ofte mellom kvalitativ og kvantitativ tilnærming. En

kvalitativ tilnærming bunner i et hermeneutisk kunnskapssyn og ønsker å fange opp meninger og opplevelser som ikke lar seg tallfeste eller måle (Olsson & Sörensen, 2009). Ved bruk av en kvantitativ metode ønsker man å gjøre informasjon om til målbare enheter, ofte for å finne resultater som gjennomsnitt og prosent av en større mengde (Dalland, 2007). I oppgaven er jeg interessert i pasientenes opplevelse av ivaretagelse og bruker derfor kvalitativ forskning til å besvare min problemstilling.

2.1 Søke- og utvalgsprosess - forskning

Det første jeg gjorde for å finne forskning som dekket tema var å lete etter norske søkeord. Ordene jeg valgte å bruke var: pasienttilnærming, kommunikasjon, omsorg, langvarig sykdom, sykehus, afasi, og slagpasienter. For å finne et bredt spekter av forskning oversatte jeg ordene til engelsk, på denne måten kunne jeg finne artikler på andre språk enn bare norsk. Denne oversettelsen gjorde jeg via Svemed+ og Google Translate, og kom frem til flere ord jeg kunne bruke. Patient relations, patient relation, patient approach, interpersonal relations, interpersonal communication, communication, communication barriers, aphasia, long-term, hospital, care og stroke patients var de ordene jeg valgte å søke videre med. I Academic Search Premier (ACP) huket jeg av for bruk av databasene Medline og Cinahl i tillegg til ACP. Inne i databasene satte jeg på filter som gav meg engelske tekster fra januar 2008 til august 2014, og som omhandlet personer over 60 år.

Videre satte jeg sammen de ordene som betydde det samme. Patient relation, patient relations og patient approach ble satt sammen, deretter interpersonal relations og interpersonal communication. Disse resultatene ble kombinert med de andre ordene i forskjellige varianter. Patient relation, patient relations, patient approach og aphasia gav meg 69 artikler. Patient relation, patient relations, patient approach, stroke patients og communication gav meg 40 artikler. Aphasia og communication barriers gav meg 21 artikler. Interpersonal relations, interpersonal communication og aphasia gav meg 60 artikler. Long-term, hospital og care gav meg 3,247 artikler. Videre leste jeg overskriftene på de artiklene som kom frem i resultatet og plukket ut 22 artikler som passet til pasientgruppen og problemstillingen i denne oppgaven. Disse artiklene leste jeg abstraktene på og valgte ut åtte artikler jeg leste grundigere gjennom. Til slutt endte jeg opp med tre artikler jeg synes passet godt til min oppgave da de dekker ulike områder av det jeg ønsker å diskutere. Disse artiklene var;

- "The use of conversational analysis: nurse-patient interaction in communication disability after stroke" (Gordon, Ellis-Hill & Ashburn, 2009).

- “Focus on communication: increasing the opportunity for successful staf-patient interactions” (McGilton, Sorin-Peters, Sidani, Rochon, Boscart & Fox, 2011).
- “What do people with aphasia think about their health care? Factors influencing satisfaction and dissatisfaction” (Tomkins, Siyambalapitiya & Worral, 2013).

Jeg utførte også et søk på Sykepleien.no med ordet ”omsorg” og fant artikkelen ”*Mindfulness- det oppmerksomme nærvær*” (Sandvik, 2011) på første forsøk.

2.2 Søke- og utvalgsprosess - litteratur

Litteraturen som er brukt har jeg funnet via søkemotoren Oria. Ordene relasjon, kommunikasjon, afasi, sykepleie, informasjon, hjelpemidler og etikk ble brukt som søkeord for å finne dekkende litteratur. Grunnen til valget av disse områdene er at forskningen jeg har brukt viser områdene som viktige for ivaretagelsen av pasienter med afasi. Områdene står også sentralt i yrkesutøvelsen av sykepleie. Litteratur om relasjon og kommunikasjon fant jeg i bøkene til Eide og Eide (2013), Røknes og Hanssen (2012) og Travelbee (2003). To av bøkene omhandler arbeid rundt pasienter med afasi, og tar for seg blant annet hvordan kommunisere med pasienter som har språkvansker. Litteratur om etikk fant jeg i Nortvedt (2012), og fagstoff om metode og oppgaveskriving fant jeg i Dalland (2007) og Olsson & Sørensen (2009). Jeg har brukt lover hentet fra lovdata og ”*Etiske retningslinjer for sykepleiere*” for å få frem fundamentet i sykepleien. Jeg har også tatt i bruk ”*Nasjonale faglige retningslinjer – Behandling og rehabilitering ved hjerneslag*” funnet via Helsedirektoratet (2010).

2.3 Kildekritikk

I en litteraturstudie er det viktig å være kritisk til de kildene man har brukt. Ulempen med en litteraturstudie er at faglitteraturen ofte bruker sekundærkilder. Når en forfatter av en bok man leser refererer til noen andre, blir boken man leser i en sekundærkilde for den som leser den. Så langt det er mulig bør man benytte seg av primærkilder. Dette er fordi man ved bruk av primærkilder sikrer seg best mot å arve andres feiltolkninger og unøyaktigheter (Dalland, 2007). Jeg har brukt noen sekundærkilder, men så langt det lot seg gjøre brukt primærlitteratur.

En styrke i oppgaven er at forskningen og litteraturen jeg har benyttet meg av ikke er eldre enn seks år, dette gjør at jeg holder meg til oppdatert fagstoff og dermed også til nyeste kunnskap. Bøkene ”*Vitenskapen - samfunnsmakt og livsform*” av Tranøy (1991) og ”*Mellommenneskelige forhold i sykepleien*” av Travelbee (2003) er bøker som er eldre enn seks år. Disse bøkene er fortsatt relevante i dag og er ofte brukt som primærlitteratur i andre bøker. Det er også en styrke at oppgaven har et tydelig fokus på hva man kan gjøre som sykepleier i en situasjon som er utfordrende for pasient og

sykepleier. En svakhet jeg ser i oppgaven er at jeg ikke har tatt med at pasienter med motorisk afasi etter hjerneslag ofte har tilleggsvansker. Tilleggsvansker som lammelser og synsproblemer er veldig vanlig for pasienter med hjerneslag. Hadde dette området kommet frem ville oppgaven blitt mer relevant til praksis og gitt ett tydeligere bilde av realitetene.

3 Teori

Forskningsartiklene jeg har brukt tar for seg ulike utfordringer i arbeid med pasienter som har afasi. Likevel viser alle artiklene at sykepleierne har for lite kunnskap om hvordan kommunisere med denne typen pasienter. Studiene fokuserer på hvordan bedre følelsen av autonomi og ivaretagelse hos pasientene. De trekker frem ulike områder som gir grunnlag for å se nærmere på relasjon, kommunikasjon, informasjon, kunnskap og hjelpemidler i møter mellom pasienter med motorisk afasi og sykepleiere i sykehus.

3.1 Hva sier forskning?

“The use of conversational analysis: nurse- patient interaction in communication disability after stroke” (Gordon, Ellis-Hill & Ashburn, 2009).

Denne studien tar for seg hvordan sykepleiere og pasienter med afasi kommuniserer med hverandre. Det er en observasjonsstudie der det ble tatt utgangspunkt i videoopptak av samtaler mellom fem slagrammede pasienter med afasi og 14 sykepleiere. Studien viser at sykepleiere kontrollerte flyten og tema i samtalene, og skapte dermed asymmetri. Mange av samtalene startet på grunn av og dreide seg om sykepleierrelaterte oppgaver. Studien viser også at sykepleierne trengte opplæring i kommunikasjon for å kunne engasjere seg fullt i pasienten og dens behov.

“Focus on communication: increasing the opportunity for successful staff-patient interactions” (McGilton, Sorin-Peters, Sidani, Rochon, Boscart & Fox, 2011).

Studien tar for seg om bruken av individuelle kommunikasjonsplaner og bruk av fysiske hjelpemidler har innvirkning på pasientenes opplevelse av omsorg i møte med helsetjenesten. Dette med bakgrunn i at mange sykepleiere har mangel på ferdigheter til å samtale effektivt med afasirammede pasienter. Resultatene viser at bruken av individuelle kommunikasjonsplaner styrket pasientenes følelse av tilknytning til sykepleierne, og at bruk av hjelpemidler økte forståelsen mellom dem. Studien viser også at individuelle kommunikasjonsplaner har stor effekt på kontinuiteten av omsorg

“What do people with aphasia think about their health care? Factors influencing satisfaction and dissatisfaction” (Tomkins, Siyambalapitiya & Worrall, 2013).

En kvalitativ studie der 50 pasienter med afasi ble intervjuet. Studien undersøker hvilke verdier og faktorer som bidrar til trivsel hos pasienter med afasi i møte med helsetjenester. Ulike områder ble identifisert til å ha innflytelse på pasientenes trivsel. Det å danne relasjoner, sykepleiernes væremåte, informasjon, kommunikasjon og kunnskap viser seg å være viktige faktorer som bidrar til redusert engstelighet og urolighet blant pasientene. Studien viser også at hjelpemiddel kan øke forståelsen mellom pasient og sykepleier.

“Mindfulness - det oppmerksomme nærvær” (Sandvik, 2011).

Studien tar for seg hvordan sykepleiere opplever nærvær og om nærhetsmetoden *“Oppmerksomt nærvær”* kan påvirke deres opplevelse. Studien viser positive resultat av å trene opp sykepleiere til å være i øyeblikket, noe som indikerer en kompetanseutvikling blant sykepleierne. Det å gi sykepleierne opplæring i *“Oppmerksomt nærvær”* kan bidra til å utvikle sykepleiefaglig kjernekompetanse. Dette gir sykepleierne bedre skjønn for sykepleiefaget, og bidrar til økt omsorg.

3.2 Kunnskapsbasert praksis

Sykepleiernes grunnleggende plikt er å fremme helse, forebygge sykdom, lindre lidelse og sikre en verdig død. I “Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere” blir det konkretisert hva sykepleierne bør strekke seg etter for å sikre god praksis innen profesjonen og i møte med pasienten. Det kommer frem at sykepleien som blir utført skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt, og at man som sykepleier skal ivareta pasientens verdighet og integritet. En pasient har rett på helhetlig sykepleie, rett på ikke å bli krenket og rett til å være medbestemmende (Norsk Sykepleierforbund, 2011). For å kunne ivareta ulike sider ved yrkesutøvelsen som sykepleier trenger man relasjonskompetanse. Relasjonskompetanse dreier seg om å forstå og å samhandle med de menneskene man møter i yrkessammenheng på en god og hensiktsmessig måte. En relasjonskompetent fagperson kommuniserer på en måte som gir mening, som ivaretar den overordnede hensikten med samhandlingen, og som ikke krenker den andre parten (Røknes & Hanssen, 2012). For å oppnå god kvalitet på tjenestene man utfører bør man ta faglige avgjørelser basert på systematisk forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens ønsker og behov i en gitt situasjon. Dette blir kalt kunnskapsbasert praksis og har som formål å styrke beslutningsgrunnlaget til sykepleierne. Et verktøy for å bedre kvaliteten i klinisk og relasjonelt arbeid er *“Oppmerksomt nærvær”*. Det oppmerksomme nærværet blir definert som evnen til å være til stede, å være oppmerksom og bevisst i det nåværende øyeblikk uten å dømme. Grunnholdningene i metoden er vennlighet, aksept til det som oppleves i øyeblikket og en åpen ikke-dømmende holdning.

Tålmodighet, utholdenhet og mot er nødvendig for å være til stede i det nåværende øyeblikket (Sandvik, 2011).

3.3 Motorisk afasi etter hjerneslag

Hjerneslag er en vanlig sykdom, særlig hos eldre, og den hyppigste årsaken til afasi. Hjerneslag er en tilstand som skyldes plutselig forstyrrelse av blodsirkulasjonen i hjernen. Dette kan forekomme av blodpropp eller hjerneblødning (Gjerstad, 2014). Forstyrrelsen kan føre til opphevet blodtilførsel som ofte vil resultere i ødeleggelse av hjerneceller. Rammer hjerneslaget språkområdet i hjernen kan pasienten få varige problemer med bruken av språk. Denne tilstanden kalles *afasi*. Når en pasient har afasi vil evnen til å bruke og å forstå ord bortfalle helt eller delvis. Denne typen skade kan ramme ulike deler av språksenteret og dermed gi ulike problemer for pasienten. Om skaden rammer fremre del av språksenteret vil pasienten få en type afasi som kalles *motorisk afasi*. Ved motorisk afasi får pasienten problemer med å finne ord. Setningene blir ofte enkle og pasienten uttaler eller bruker ordene feil. Hos pasienter som har denne typen afasi vil språkforståelsen være intakt, men evnen til å uttrykke seg er svekket (Gjerstad, 2014). Det er stor variasjon i hvilken grad motorisk afasi rammer en pasient, men det alle har til felles er behovet for best mulig tilpasset hjelp (Lind, Haaland-Johansen, Knoph & Qvenild, 2010).

3.4 Relasjon og kommunikasjon

Ordet relasjon kan forstås som et forhold eller en forbindelse (Aubert, 2009). Når vi da snakker om å opprette en relasjon til et annet menneske snakker vi om å etablere et forhold, en kontakt eller en forbindelse til denne personen (Eide & Eide, 2012). Samarbeid mellom sykepleier og pasient blir dermed en forutsetning for etableringen av en god relasjon, eller et menneske-til-menneske-forhold slik Joyce Travelbee legger det frem. Travelbee (2003) forklarer at målet med samarbeidet skal være å lære pasienten å kjenne, ivareta pasientens behov, og å oppfylle mål og hensikt med sykepleien. Videre sier hun at kommunikasjon er en prosess som gjør det mulig å etablere et menneske-til-menneske-forhold, og at det ved ethvert møte mellom sykepleier og pasient vil foregå kommunikasjon, både verbalt og nonverbalt. Begrepet kommunikasjon blir beskrevet av Eide og Eide (2012) som utveksling av meningsfylte tegn mellom to eller flere parter, og noe som gjør det mulig for mennesker å dele opplevelser, tanker og oppfatninger. Gjennom kommunikasjonen skal sykepleier kunne møte behovene til pasienten og på denne måten oppfylle mål og hensikt med sykepleien. Kommunikasjon er altså ikke et mål i seg selv, men et middel for å oppnå målene i samarbeidet, og dermed også en god relasjon (Travelbee, 2003). Forskning viser at det å danne relasjoner mellom sykepleiere og pasienter har positiv innvirkning på trivsel i helsetjenesten

(Tomkins et al., 2013). Ut i fra denne studien kan man se at typen relasjon som blir dannet har noe å si for hvordan pasientene opplever deres møte med helsetjenesten. I følge Røknes og Hanssen (2012) er det lettere å forstå hverandre i en trygg relasjon, og forståelse kan bidra til å styrke relasjonen mellom dem. Her ser vi at forståelse skaper en bedre relasjon og at relasjonen bidrar til økt forståelse mellom to personer, noe som kan gi rom for positiv utvikling og endring. Dersom relasjonen svekkes kan det føre til negative følelser, en opplevelse av avstand og manglende forståelse, noe som kan gi dårlig grunnlag for å handle hensiktsmessig (Røknes og Hanssen, 2012).

Kommunikasjon er en komplisert og tosidig prosess der det er svært viktig at sykepleier forstår det pasienten formidler både verbalt og nonverbalt. Denne informasjonen bør bli brukt til å planlegge og iverksette sykepleiertiltak (Eide & Eide, 2012). En sykepleier i jobbsammenheng kommuniserer ved bruk av profesjonell kommunikasjon med et helsefaglig formål. Dette formålet er i følge etiske retningslinjer for sykepleiere å fremme helse, forebygge sykdom, gjenopprette helse og å lindre lidelse (NSF, 2011). Eide og Eide (2013) sier videre at profesjonell, helsefaglig kommunikasjon bør derfor alltid være hjelpende, og at kjernen i den profesjonelle kommunikasjonen er at den er faglig velfundert og til hjelp for pasienten. Forskning viser at kommunikasjon mellom pleier og pasient ikke alltid opptrer på denne måten, og at sykepleiere trenger opplæring i kommunikasjon (Gordon et al., 2009). Videre viser forskningen til Tomkins et al. (2013) at forbedret kommunikasjon mellom sykepleiere og pasienter gir resultater som mindre engstelighet og urolighet hos pasientene. God kommunikasjon har dermed innflytelse på deres opplevelse av trivsel. Evnen til å kommunisere godt med pasienten forutsetter at man behersker ulike ferdigheter. Noen av disse ferdighetene går ut på at sykepleier må kunne lytte til pasienten, stimulere pasientens ressurser og muligheter, samarbeide om å komme frem til gode beslutninger og løsninger, og å observere og fortolke pasientens verbale og nonverbale signaler (Eide & Eide, 2012).

Det finnes mange metoder og teknikker som kan brukes for å nærme seg den andre og skape en relasjon (Tjersland, Engen & Jansen, 2013). Samtidig sier Røknes og Hanssen (2012) at relasjonen ofte betyr mer enn bare de instrumentelle, målrettede teknikkene og metodene som fagpersonene bruker. Det er viktig for pasientene at fagfolk forstår dem, tror på dem, tar dem alvorlig, og møter dem som et medmenneske. En relasjon oppstår ikke av seg selv, det er et resultat av en samhandling mellom sykepleier og pasient som er helt avgjørende for arbeidet og prosessen rundt pasienten. En god relasjon utvikles av at det finnes en samhandlingsprosess som skaper en opplevelse av troverdighet og tillit. Tre forhold som er betydningsfulle for å utvikle en god relasjon er væremåte, empati og det å være anerkjennende. Når man møter nye mennesker blir man vurdert ut i fra væremåte, om man virker trygg eller usikker, om man viser interesse og lytter, og om man er

avslappet eller anspent. Empati handler om at man gjennom å være andre-orientert får tilgang til andre sine erfaringer, opplevelser, følelser og tenkemåter. En følelsemessig nærhet, samtidig som man viser avstand og avgrensning. Å være anerkjennende, handler om at man ser pasientens behov for å kjenne seg akseptert, bekreftet, validert og respektert (Røkenes & Hanssen, 2012).

3.5 Hjelpemidler ved afasi

Hjelpemiddel blir beskrevet som en gjenstand eller et tiltak som bidrar til å redusere praktiske problemer. Hjelpemidler kan bedre funksjonen til de som bruker dem, eller kompensere for tapt funksjon. Det blir også sagt at hjelpemiddel kan lette pleiesituasjonen for pasient og sykepleier (Sveen, 2009). Det finnes to former for hjelpemiddel til pasienter med afasi, *Ikke-hjulp* og *hjulpet kommunikasjon*. I ikke-hjulp brukes kroppen. Gester, lyder, peking, mimikk og øyebevegelser er noen av de formene som går under denne typen kommunikasjon. Innen hjulpet kommunikasjon tar man i bruk fysiske gjenstander for å uttrykke seg og gjøre seg forstått. Tegning, velging av bilder og peking på skrevne ord er noen av formene man kan benytte seg av. Teknologiske hjelpemidler som datamaskiner og nettbrett blir også mer vanlig i helsetjenesten. Man skal som sykepleier ivareta pasientens verdighet i møte med teknologiens utvikling (NSF, 2011). Det er viktig at sykepleiere har kunnskap og kompetanse om kommunikasjonshjelpemidlene, slik at de vet hvordan hjelpemiddelet brukes og hvordan det kan effektivisere samtalen med en afasirammet pasient (Kulø, 2010). I følge Kulø (2010) kan mange deler av den ikke-hjulpne kommunikasjonen være godt bevart hos en pasient med motorisk afasi. Et lite smil eller en grimase kan uttrykke store informasjonsmengder om hvordan pasienten har det. Kroppsspråk er en nyttig ressurs i samtaler, og sykepleiere bør være bevisst på dette når de samtaler med afasirammede pasienter (Corneliusen, Haaland-Johansen, Knoph, Lind & Qvenild, 2006).

Kommunikasjonsplaner er også et hjelpemiddel som kan gjøre samarbeidet mellom pasient og sykepleier lettere. Dette er en skreddersydd plan til hver pasient, som tar for seg hvordan man kan kommunisere med pasienten på best mulig måte. I planen blir det beskrevet hvordan pasienten uttrykker seg, hva pasienten liker å samtale om og hvordan sikre at pasienten forstår det som blir sagt (McGilton et al., 2011).

3.6 Pasientinformasjon

Man ser på mennesket som et autonomt vesen. Dette vil si at mennesket er selvbestemmende, og skal dermed kunne bestemme over egen behandling og pleie dersom pasienten er kompetent til å ta egne valg (Nortvedt, 2012). Det er meningsløst å snakke om pasientautonomi hvis pasienten ikke er tilstrekkelig informert. I pasient- og brukerrettighetsloven (1999) § 3-2 står det: *"Pasienten skal ha*

den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen”.

Siden pasientens informasjonsrett er hjemlet i lov har sykepleierne en plikt til å gi god og tilpasset informasjon (Nortvedt, 2012). I følge Eide og Eide (2012) skal sykepleier formidle informasjon som pasienten har behov for på en slik måte at pasienten opplever å bli ivaretatt. Dette krever at informasjonen blir gitt i dialog og på pasientens premisser. Informasjonen bør være så fullstendig som mulig uten å overlesse pasienten, da den er ment for å gjøre situasjonen så forutsigbar som mulig. Den bør derfor bli gitt på rett tidspunkt og i god tid, slik at pasienten vet hva som skal skje og hvordan han skal forholde seg. Det er også viktig at informasjonen blir gitt slik at pasienten forstår og husker det som blir sagt (Eide og Eide, 2012). I følge Fagermoen fører mangel på informasjon til usikkerhet og frykt hos pasienter i sykehus (gjengitt etter Brataas og Hellesø, 2011, s. 108). Sykepleieren bør derfor opptre rolig og uten tegn til hastverk når informasjonen gis (Brataas og Hellesø, 2011). Mangel på tid og tidspress er en utfordring som både pasientene og sykepleierne kan oppleve som vanskelig. Panagiotaki legger frem at en travel arbeidsdag kan gå på bekostning av verdighet og ivaretagelse av pasienten (gjengitt etter Fjørtoft, 2012, s. 181). Tid er en faktor som spiller stor rolle når det gjelder å gi god omsorg som er tilpasset pasienten man møter (Fjørtoft, 2012).

4 Drøfting

4.1 Relasjon og kommunikasjon i stellsituasjon

I følge Røknes og Hanssen (2012) er arbeidet og prosessen rundt en pasient preget av kvaliteten på relasjonen mellom pasient og sykepleier. Relasjonen er helt avgjørende for om arbeidet rundt pasienten blir bra eller dårlig (Røknes og Hanssen, 2012). Forskning viser at etableringen av en god relasjon mellom pasient og sykepleier har positiv innvirkning på pasientens opphold i sykehus (Tomkins et al., 2013). Det er i en trygg og godt etablert relasjon lettere å forstå hverandre, og forståelse vil igjen bidra til bedre etablering av en relasjon. Det er viktig for pasientene at sykepleierne forstår dem og møter dem som et medmenneske (Røknes og Hanssen, 2012). *”Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet”*, dette kommer frem fra det etiske fundamentet i sykepleien (NSF, 2011). Punkt nummer to i de yrkesetiske retningslinjene, *”Sykepleieren og pasienten”*, tar for seg blant annet hvordan man som sykepleier skal ivareta pasientens verdighet og integritet. En pasient har rett på helhetlig sykepleie, rett på ikke å bli krenket, og rett til å være medbestemmende (NSF, 2011).

Væremåte, der man lytter og viser interesse ovenfor pasienten, er også et forhold som blir betydningsfullt innen utviklingen av en relasjon. Forskning viser at sykepleiere ofte styrer samtaler

med afasirammede pasienter, og at disse samtaler dreier seg om sykepleierrelaterte oppgaver (Gordon et al., 2009). Dette vil føre til asymmetri i kommunikasjonen siden pasienten ikke blir delaktig i samtalen, noe som kan påvirke relasjonen mellom pasient og sykepleier på en negativ måte. Blir en relasjon svekket kan det føre til avstand, negative følelser og manglende forståelse (Røknes og Hanssen, 2012). I praksis møtte jeg en situasjon der en pasient med motorisk afasi var innlagt i sykehus på grunn av lungebetennelse. Det var en travel dag i avdelingen og sykepleier tilbydde en sliten og feberpreget pasient hjelp til stell i sengen. Pasienten svarte med å riste på hodet, men sa likevel ja. Jeg observerte at han strevde med å finne ordene og ble påvirket av dette på en negativ måte. Sykepleieren var tydelig stresset og begynte umiddelbart med stellet i den tro at dette var pasientens ønske. Under stellet fortalte sykepleier hva hun gjorde med korte informative setninger. Hun stilte ikke spørsmål til pasienten, og gav ikke uttrykk for at hun fikk med seg de nonverbale signalene pasienten sendte ut. Når stellet var over ble pasienten liggende å se ut av vinduet uten å si et ord. Sykepleieren pakket pasienten inn i dynen og sa: "Var ikke det godt? Nå kan du slappe av".

Kommunikasjon er et viktig middel for å etablere en god relasjon mellom to parter. I et hvert møte mellom pasient og sykepleier vil det foregå kommunikasjon, enten verbalt eller nonverbalt (Travelbee, 2003). Når man snakker med hverandre kan man vanligvis både høre og se den andre. En del av informasjonen blir altså gitt på en nonverbal måte der man bruker kroppsspråket som en viktig del av det å uttrykke meninger, tanker og følelser (Corneliusen et al., 2006). Den nonverbale kommunikasjonen er meget viktig for å kunne forstå pasienten. Det å bruke gester og ansiktsuttrykk når man samtaler kan bidra til at innholdet og budskapet i det man ønsker å formidle kommer tydeligere frem. Afasi har ikke nødvendigvis innvirkning på andre funksjoner i hjernen som intelligens og følelser, men på grunn av afasien kan disse forholdene bli vanskelig å uttrykke og dermed også å vurdere. Dette kan by på utfordringer på mange plan for en pasient med afasi og særlig i de situasjonene der personen trenger hjelp fra andre. I følge Kulø (2010) kan mange deler av den ikke-hjulpne kommunikasjonen være godt bevart hos en afasirammet pasient. Et smil eller en grimase kan uttrykke store informasjonsmengder om hvordan pasienten har det. Corneliusen et al. (2006) sier videre at man bør være bevisst på at kroppsspråk er en nyttig ressurs i samtaler med afasirammede pasienter. Ut i fra dette vil det være hensiktsmessig for sykepleier å ta seg tid inne hos pasienten. Det kan da bli lettere å observere pasientens kroppsspråk, noe som vil øke sykepleierens forståelse av pasientens uttrykk.

Det er kjent at motorisk afasi kan utarte seg på en slik måte at pasienten bruker ordene feil (Gjerstad, 2014). Det kan derfor tenkes at pasienten jeg møtte i praksis ønsket å takke nei til hjelp av stell, men

at ordet "ja" kom ut i stedet. I dette tilfellet kan man se at sykepleieren nærmet seg pasienten med en stresset holdning. På grunn av en travel dag i avdelingen tok ikke sykepleieren seg tid til å lytte til pasienten, og fikk dermed ikke med seg at pasienten virket misfornøyd med måten stellsituasjonen ble utført på. Det kan tenkes at situasjonen hadde utartet seg annerledes om det ikke hadde vært en travel dag i avdelingen. Sykepleieren ville da hatt bedre tid til å samtale med pasienten og lagt merke til de nonverbale signalene som pasienten sendte ut. På denne måten ville sykepleier forstått pasienten bedre og økt pasientens medbestemmelse. Tid er en faktor som spiller stor rolle når det gjelder å gi god omsorg som er tilpasset pasienten man møter (Fjørtoft, 2012). Mangel på tid og tidspress er en utfordring som både pasientene og sykepleierne kan oppleve som vanskelig. Den gode samtalen og omsorgen tar tid, verdien av begrepet kommer derfor tydeligst frem i møtet med pasienten. I følge Panagiotaki kan en travel arbeidsdag gå på bekostning av verdighet og ivaretagelse av pasienten (gjengitt etter Fjørtoft, 2012, s. 181). Det kan tenkes at sykepleier valgte å begynne med stellet fordi hun så at han var feberpreget og sliten. Kanskje hun prøvde å gjøre det mer komfortabelt for han ved å hjelpe til med personlig hygiene slik at han slapp å gjøre dette selv. Hadde det vært mer tid til rådighet kunne stellet foregått på en måte der pasienten ble mer inkludert. Sykepleier kunne tatt seg tid til å forklare hvorfor stellet ble utført, og spurt hvordan pasienten likte å bli stelt. På denne måten hadde hun ivare tatt pasientens autonomi og medbestemmelsesrett.

4.2 God tid og bruk av hjelpemidler

På sykehus er det mye som skjer og mye informasjon skal gis til pasienten. Alle pasienter har rett på den informasjonen som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Dette gir også sykepleierne en plikt til å gi god og tilpasset informasjon (Nortvedt, 2012). Pasienten skal både høre, forstå og huske den informasjonen som blir gitt, og oppleve å bli ivaretatt på en god måte (Eide og Eide, 2012). Dette betyr at man må tenke over hvordan man gir informasjon til pasienten. God formidling krever at informasjonen blir gitt i dialog og på pasientens premisser (Eide og Eide, 2012). Forskning viser at informasjon har innflytelse på om pasienter opplever trivsel i helsetjenesten eller ikke. Pasientene i studien opplevde større tilfredsstillelse når informasjonen ble gitt på en måte som var tilpasset deres behov (Tomkins et al., 2013). Man kan tenke seg at en sykepleier kommer hastende inn til en pasient og forteller at han neste dag skal til undersøkelse av lungene. Sykepleieren sier at pasienten må faste fra midnatt. Hun forteller hvor lenge han skal faste etter undersøkelsen, hva legene ønsker å finne ut, og hvilke medisiner pasienten skal få både før og etter undersøkelsen. Sykepleieren prater raskt og har mye å formidle før hun går ut fra rommet. Det er i dette tilfellet lite trolig at pasienten fikk med seg det som ble sagt fordi han ble informert på en hastende måte. Pasienten vil derfor ikke kunne forberede seg

på det som skal skje eller klare å forholde seg til det (Eide og Eide, 2012). I følge Fagermoen er mangel på informasjon om diagnose og behandling den informasjonssvikten som fører til størst usikkerhet og frykt hos pasienter under et sykehusopphold (gjengitt etter Brataas & Hellesø, 2011, s. 108). Videre sier Brataas og Hellesø (2011) at sykepleieren som informerer bør opptre rolig uten tegn til hastverk, da dette kan bidra til mindre engstelse hos pasientene.

Siden pasientenes tilfredsstillelse er preget av behovstilpasset informasjon, kan det være nyttig å ta i bruk hjulpet kommunikasjon med fysiske hjelpemidler for å øke forståelsen. Dette særlig i de tilfellene der ikke-hjulpet kommunikasjon er lite effektivt. Studien til McGilton et al. (2011) viser at bruk av tegninger og skisser bidrar til økt forståelse mellom pasient og sykepleier. Denne typen hjelpemiddel ble også brukt i studien til Tomkins et al. (2013) for å sikre en tydelig forståelse mellom partene. Ut i fra dette kan det tenkes at hjulpet kommunikasjon er med på å bidra til et tettere samarbeid, og dermed en bedre relasjon. I dagens samfunn er teknologi en naturlig del av vår hverdag. Mobiltelefoner, datamaskiner og nettbrett er bare noen av gjenstandene som blir mer og mer vanlig. Teknologi som hjelpemiddel er også på vei inn i helsetjenesten. På grunn av denne innflytelsen vil det være naturlig at teknologiske hjelpemiddel blir brukt som hjulpet kommunikasjon. I følge yrkesetiske retningslinjer skal sykepleier ivareta pasientens verdighet i møte med den teknologiske utviklingen (NSF, 2011). Man må derfor ta stilling til om pasienten er kjent med bruken av denne typen hjelpemiddel. Kjenner pasienten seg trygg kan hjelpemiddelet ha god innvirkning på samarbeidet mellom pasient og sykepleier. Er pasienten derimot ikke vant med fysiske hjelpemidler kan det virke forstyrrende å ta i bruk dette på sykehuset. Det blir viktig å ta stilling til om opplæring av pasienten er mulig og hensiktsmessig, eller om dette skaper mer stress i situasjonen. Skal opplæringen gjennomføres, må sykepleierne ha tilstrekkelig kompetanse og kunnskap om hvordan hjelpemiddelet skal brukes (Kulø, 2010). De fleste som er innlagt i sykehus blir bare i avdelingen noen få dager før de blir overført til helsetjenesten i kommunen, eller sendt hjem til egen bolig. Dette skaper utfordringer med tanke på liten tid til å etablere en god kontakt mellom pasient og sykepleier. Det er derfor lite ønskelig å ta i bruk fysiske hjelpemidler om dette kan virke forstyrrende for kontakten mellom dem.

I praksis observerte jeg en situasjon mellom sykepleier og en pasient med motorisk afasi. Pasienten ønsket å formidle noe til sykepleier, men klarte ikke å få frem det han ville si ved hjelp av ord. Han prøvde derfor å bruke kroppsspråk for å tydeliggjøre seg. Sykepleieren forsto ikke hva pasienten ønsket å formidle, hun stilte spørsmål og prøvde seg frem i ulike retninger uten å komme noe nærmere svaret. Pasienten ble tydelig frustrert og gav opp å forklare seg, sykepleier stoppet derfor gjetningen. Kommunikasjonen mellom dem gikk ikke videre, og sykepleier forlot rommet. I denne

situasjonen kan man se at sykepleieren hadde problemer med å forstå kroppsspråket til pasienten. Det kan tenkes at fysiske hjelpemidler kunne hjulpet dem til bedre forståelse, men for å ta i bruk hjulpet kommunikasjon må man være sikker på at pasienten er komfortabel med bruken. Dette for å unngå unødvendig stress i situasjonen.

Et annet hjelpemiddel som kan være nyttig i møte med pasienter som har motorisk afasi er kommunikasjonsplaner. Forskning viser at bruk av individuelle kommunikasjonsplaner har stor effekt i kontinuiteten av omsorg (McGilton et al., 2011). Ved å ha en plan der det kommer tydelig frem hva pasienten trenger av hjelp og hvordan han er vant med å uttrykke seg, blir det lettere for sykepleierne å arbeide med pasientens styrker. Studien viser at sykepleierne forsto pasientene bedre, og at pasientene følte sterkere tilknytning til sykepleierne som brukte planen (McGilton et al, 2011). Ved å opprette en plan sammen med andre yrkesgrupper, for eksempel logoped, vil pasientens behov komme tydeligere frem. Det er mulig at pasienten har en slik plan fra før noe som vil være hensiktsmessig å undersøke. Denne planen kan brukes som et veiledende dokument slik at forståelsen mellom pasient og sykepleier blir tydeligere. Blir planen plassert i pasientjournalen får sykepleierne lett tilgang på dokumentet. Det blir da enklere å orientere seg om pasienten også for dem som ikke kjenner ham. En utfordring man møter i sykehus er stor variasjon i personalet, med mange involverte. Det er mange sykepleiere på jobb og pasientene må ofte forholde seg til flere enn en. Dette er noe som av erfaring sliter på pasientene. Mange føler at de blir stilt samme spørsmål av ulike sykepleiere og at de må forklare situasjon sin gang på gang. Det er vanlig at sykepleierne har ulike oppgaver i avdelingen, det kan derfor bli vanskelig å unngå at pasienten møter mange nye ansikter. Det blir i en slik situasjon viktig at sykepleierne vet hvordan de skal møte pasienten, og at denne informasjonen er lett tilgjengelig. Ved bruk av kommunikasjonsplaner kan det tenkes at hver sykepleier møter pasienten på en behovstilpasset måte slik at pasienten føler seg anerkjent og ivaretatt.

4.3 Kunnskap og spesialisering

En del av det å jobbe kunnskapsbasert er å ta beslutninger ut i fra forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens ønsker (Mediesenteret, 2012). Ved å integrere gyldig og anvendbar forskningsbasert kunnskap med erfaringsbasert kunnskap og pasientens preferanser, for så å overføre dette til praksis, bedrer man kvaliteten på tjenestene man utøver (Meld. St. 13 (2011-2012), 2012). Dette vil si at sykepleierne må holde seg faglig oppdatert, og i tillegg øke refleksjonen rundt eget arbeid. Det er viktig for pasientene at sykepleierne forstår dem, tror på dem, tar dem alvorlig og møter dem som et medmenneske (Røknes og Hanssen, 2012). Flere av studiene viser at sykepleiere mangler kunnskap om det å samtale med afasirammede pasienter, og at sykepleierne

derfor har vanskeligheter med å forstå pasientenes ønsker (McGilton et al., 2011; Gordon et al., 2009). Om man ser tilbake på situasjonen der en pasient med lungebetennelse blir innlagt i sykehus kan det tenkes at sykepleieren ikke visste hvordan hun skulle samtale med pasienten. Det er mulig at lite kunnskap i tillegg til stress var grunnen til at sykepleier ikke viet mer oppmerksomhet til pasientens nonverbale kommunikasjon. Det å være nær er et kjerneelement i sykepleiefaget, og bruk av verktøyet ”oppmerksomt nærvær” kan innebære en forbedring av sykepleiernes faglige kompetanse. Trening på å være til stede i øyeblikket bedrer kvaliteten i klinisk og relasjonelt arbeid (Sandvik, 2011). Nærhet kan hjelpe sykepleierne å se pasientenes behov, øke forståelsen mellom dem, og dermed pasientenes opplevelse av ivaretagelse.

Noe jeg har observert i praksis er at det i avdelingene på sykehus ofte er ansatt sykepleiere som er spesialiserte innen et bestemt område. Disse sykepleierne får som regel et større ansvar for å kvalitetssikre sykepleieutøvelsen innen sitt felt, og ansvar for å veilede medarbeidere. Likevel har jeg ikke opplevd at sykepleiere er spesialiserte innen området afasi etter hjerneslag på mer generelle avdelinger. Det kan tenkes at det er mer vanlig med spesialiserte sykepleiere innen afasi på en nevrologisk avdeling enn på en generell medisinsk avdeling, da det som regel kommer flere afasirammede pasienter til en nevrologisk avdeling. Det er viktig å huske på at pasienter med afasi også kan få sykdommer som blir behandlet på en generell medisinsk avdeling. I tillegg til sykdommen de blir innlagt med preger afasi deres mulighet til å etablere en god kontakt med dem rundt seg, fordi de har problem med å uttrykke sine behov. Flere studier viser at sykepleiere mangler kunnskap om hvordan tilnærme seg pasienter med afasi etter hjerneslag. Om de ansatte ikke har den kunnskapen som trengs for å kunne møte pasientens behov, vil relasjonen mellom pasient og sykepleier svekkes (Røknes og Hanssen, 2012). Pasientens opplevelse av ivaretagelse vil dermed også bli redusert. Det kommer frem fra forskning at det å styrke sykepleiernes kunnskap er nødvendig for å oppnå endringer i praksis (Tomkins et al., 2011). Det kan derfor tenkes at opplæring og spesialisering av sykepleiere er helt nødvendig for å kunne ivareta pasienter med afasi på best mulig måte.

5 Konklusjon

I denne oppgaven ser jeg på hvordan man som sykepleier kan ivareta pasienter med motorisk afasi i en sykehusavdeling. Kunnskapen jeg har tilegnet meg er hentet fra faglitteratur og forskning, det er viktig å tenke på at situasjonene kan utarte seg annerledes i praksis. Slik jeg ser det kan områdene som oppgaven har i fokus overføres til praksis. Likevel må man ha mer kunnskap om utførelsen av utdanning og spesialisering av sykepleiere lar seg gjøre. Dette med tanke på økonomiske og administrative utfordringer, som ikke er vurdert i denne oppgaven. Det å bli innlagt i sykehus kan

oppleves stressende for den det gjelder, særlig om pasienten ikke klarer å uttrykke sine behov. Pasienten kan oppleve et møte med ukjent miljø og personer som ikke kjenner til pasientens vaner. Det blir i møte med pasienter som har motorisk afasi viktig å etablere et godt samarbeid. Tar man seg tid til å lytte observerer man bedre, og på denne måten får man med seg flere nonverbale signal av det pasienten uttrykker. Forståelsen mellom pasient og sykepleier vil dermed øke, noe som gjør det lettere for sykepleier å gi pasientrettet omsorg. Bruker man hjelpemidler tilpasset pasientens behov kan medbestemmelsen og autonomien styrkes. Sykepleiere bør opplæres i hvordan kommunisere med pasienter som har afasi, og lære å bruke kunnskapen i praksis. På denne måten kan sykepleierne møte pasientene på en god og faglig måte som øker pasientens opplevelse av ivaretagelse.

Litteraturliste

- Aubert, K.E. (2009). *Relasjon*. Hentet 5. oktober 2014 fra <https://snl.no/relasjon>.
- Brataas, H.V. & Hellesø, N.S. (2011). Sykepleiepedagogikk på somatisk praksisarena. I H. Brataas (Red.). *Sykepleiepedagogisk praksis. Pasientsentrert sykepleie på ulike arenaer* (s. 102-120). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Corneliussen, M., Haaland-Johansen, L., Knoph, M.I.K., Lind, M., Qvenild, E. (2006). *Afasi og samtale. Gode råd om kommunikasjon*. Oslo: Novus forlag.
- Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving (4.utg.)*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Eide, H., Eide, T. (2012). *Kommunikasjon i relasjoner – samhandling, konfliktløsning, etikk (2.utg.)*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Fjørtoft, A-K. (2012). *Hjemmesykepleie. Ansvar, utfordringer og muligheter (2.utg.)*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Gjerstad, L. (2009). *Hjerneslag*. Hentet 13.oktober 2014 fra <https://sml.snl.no/hjerneslag>
- Gjerstad, L. (2014). *Afasi*. Hentet 13.oktober 2014 fra <https://sml.snl.no/afasi>
- Gordon, C., Ellis-Hill, C. & Ashburn, A. (2008). The use of conversational analysis: nurse-patient interaction in communication disability after stroke. *Journal of Advanced Nursing* 65(3), 544-553. doi: 10.1111/j.1365-2648.2008.04917.x
- Helsedirektoratet (2010). *Behandling og rehabilitering ved hjerneslag*. Oslo: Andvord Grafisk AS.
- Kulø, L.S. (2010). Afasi og kommunikasjonshjelpemidler. I M. Lind, L. Haaland-Johansen, M.I.K. Knoph & E. Qvenild (Red.). *Afasi – et praksisrettet perspektiv* (s. 120-134). Oslo: Novus forlag.
- Lind, M., Haaland-Johansen, L., Knoph, M.I.K., Qvenild, E. (2010). Omslagstekst. I M. Lind, L. Haaland-Johansen, M.I.K. Knoph & E. Qvenild (Red.). *Afasi – et praksisrettet perspektiv* (s. 142). Oslo: Novus forlag.
- McGilton, K., Sorin-Peters, R., Sidani, S., Rochon, E., Boscart, V., Fox, M. (2011). Focus on communication: increasing the opportunity for successful staff-patient interactions. *International Journal of Older People Nursing*, 6, 13-24. doi: 10.1111/j.1748-3743.2010.00210.x

- Mediesenteret (2012). *Kunnskapsbasert praksis*. Hentet 18. oktober 2014 fra <http://kunnskapsbasertpraksis.no/kunnskapsbasert-praksis/>
- Meld. St. 13 (2011-2012). (2012). *Utdanning for velferd. Samspill i praksis: 2005-2015*. Hentet fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/kd/dok/regpubl/stmeld/2011-2012/meld-st-13-20112012/10/1/1.html?id=672934>
- Norsk Sykepleieforbund (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet 27. Oktober 2014 fra https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf
- Nortvedt, P. (2012). *Omtanke. En innføring i sykepleiens etikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Olsson, H., Sörensen, S. (2009). *Forskningsprosessen. Kvalitative og kvantitative perspektiver*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter (Pasient- og brukerrettighetsloven)*. Hentet fra <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Røknes, O.H., Hanssen, P-H. (2012). *Bære eller briste- kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker (3.utg.)*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Sandvik, B. A. (2011). Mindfulness - det oppmerksomme nærvær. *Sykepleien Forskning 2011*, 6(3), 274-281. doi: 10.4220/sykepleienf.2011.0169
- Sveen, U. (2009). *Hjelpemiddel*. Hentet 10.oktober 2014 fra <https://sml.snl.no/hjelpemiddel>
- Tjersland, O-A., Engen, G. & Jansen, U. (2013). *Allianser - verdier, teorier og metoder i miljøorientert terapi med barn og unge*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Tomkins, B., Siyambalapitiya, S., Worrall, L. (2013). What do people with aphasia think about their health care? Factors influencing satisfaction and dissatisfaction. *Aphasiology*, 27(8), 972-991. doi: 10.1080/02687038.2013.811211
- Tranøy, K. E. (1991). *Vitenskapen – samfunnsmakt og livsform (3.oppl)*. Otta: Engers Boktrykkeri A/S.
- Travelbee, J. (2003). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie (3.oppl)*. Oslo: Gyldendal akademisk

Vedlegg 1

Søkehistorikk

BEGRENSNINGER I SØK: Januar 2008-August 2014, engelske artikler, 60+ i alder.

DATO FOR SØK: 5. Sept – 10. Sept 2014 KL: 12:00-17:00

SØKEORD	ASP (CHINAL+ MEDLINE)	COCHRANE LIBRARY	SVEMED +
	16,294		
1) Patient relation	22,782		
2) Patient relations	11,087		
3) Patient approach	23,431		
4) Stroke patients	427,900		
5) Communication	4,651		
6) Aphasia	2,112		
7) Communication barriers	24,325		
8) Interpersonal relations	3,934		
9) Interpersonal communication	175,633		
10) Long-term	55,194		
11) Hospital care			
12) 1 or 2 or 3	33,747		
13) 8 or 9	27,325		
14) 12 and 6	69		
15) 12 and 4 and 5	40		
16) 6 and 7	21		
17) 13 and 6	60		
18) 10 and 11	3,247		