



# Høgskulen på Vestlandet

## Bacheloroppgave

SYKS390

### Predefinert informasjon

|                       |                          |                        |                            |
|-----------------------|--------------------------|------------------------|----------------------------|
| <b>Startdato:</b>     | 21-03-2023 12:00 CET     | <b>Termin:</b>         | 2023 VÅR                   |
| <b>Sluttdato:</b>     | 31-03-2023 14:00 CEST    | <b>Vurderingsform:</b> | Norsk 6-trinns skala (A-F) |
| <b>Eksamensform:</b>  | Bacheloroppgave          |                        |                            |
| <b>Flowkode:</b>      | 203 SYKS390 1 O 2023 VÅR |                        |                            |
| <b>Intern sensor:</b> | (Anonymisert)            |                        |                            |

### Deltaker

|                     |     |
|---------------------|-----|
| <b>Kandidatnr.:</b> | 204 |
|---------------------|-----|

### Informasjon fra deltaker

|                      |      |
|----------------------|------|
| <b>Antall ord *:</b> | 8010 |
|----------------------|------|

Egenerklæring \*:  Ja

Jeg bekrefter at jeg har  Ja registrert oppgavetittelen på norsk og engelsk i StudentWeb og vet at denne vil stå på vitnemålet mitt \*:

Jeg godkjenner autalen om publisering av bacheloroppgaven min \*

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? \*

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? \*

Nei



# BACHELOROPPGAVE

“Sykepleier, snakk med meg” –  
kommunikasjon og psykisk helse for pasienter  
med afasi

“Nurse, talk with me” – communication and  
mental health for patients with aphasia

**Kandidatnummer: 204**

SYKS390 – Bachelor i sykepleie

Fakultet for helse- og omsorgsvitskap, Avdeling Stord

Veileder: Frode Skorpen

Innleveringsdato: 31.03.2023



# “SYKEPLEIER, SNAKK MED MEG” – KOMMUNIKASJON OG PSYKISK HELSE FOR PASIENTER MED AFASI

Bacheloroppgave i sjukepleie  
Høgskulen på Vestlandet, campus Stord  
Kull 2020

Innleveringsdato: 31.03.2023

Antall sider: 32

Antall ord: 8010

## **Sammendrag**

**Tittel:** "Sykepleier, snakk med meg" – kommunikasjon og psykisk helse for pasienter med afasi

**Bakgrunn for valg av tema:** 1/3 av de som får hjerneslag rammes av afasi, en språkforstyrrelse som setter varige begrensninger for et individs evne til å ta del i samfunnet og samhandle med andre.

**Problemstilling:** Hva påvirker sykepleieres kommunikasjonspraksis med pasienter med afasi, og hvordan påvirker dette pasientens psykiske helse?

**Metode:** Dette er en litteraturstudie som benytter seg av forskningsartikler og faglitteratur. Innhentet data vil benyttes for å svare på problemstillingen.

**Resultat:** Sykepleiernes kommunikasjonspraksis med pasienter med afasi påvirkes av en rekke faktorer. Tid og ressursbegrensninger synes å være de største utfordringene, men holdninger og tilgang på relevante kommunikasjonshjelpemiddel ses også å ha betydning. Pasienter med afasi rammes hyppigere av psykiske plager sammenlignet med hjerneslagpasienter uten afasi og øvrig befolkning. De psykiske plagene synes å arte seg fra kommunikasjonsutfordringer.

**Konklusjon:** Utfordringene et hjerneslag og afasi medfører i kommunikasjonssituasjoner, gjør denne pasientgruppen mer utsatt for å få sine psykososiale og emosjonelle behov neglisjert av sykepleiere. Dette ses spesielt i situasjoner hvor sykepleiere mangler kompetanse og viser dårlige holdninger. God sykepleier-pasient kommunikasjon synes å ha positiv innvirkning på pasientens opplevelse av psykisk helse. En bør prioritere å få likestilt ivaretagelsen av psykisk helse og psykososiale behov med ivaretagelsen av fysiske behov ved rehabilitering av hjerneslagpasienter.

**Nøkkelord:** sykepleie, kommunikasjonskultur, holdninger, voksne med afasi, psykisk helse

## **Abstract**

**Title:** “Nurse, talk with me” – communication and mental health for patients with aphasia

**Background:** 1/3 of the stroke patient population is affected by aphasia, a language disorder that places lasting limitations on an individual's ability to take part in society and interact with others.

**Research question:** What influences nurses' communication practice with patients with aphasia, and how does this affect the patient's mental health?

**Method:** This is a literature study that uses research articles and specialist literature. Collected data will be used to answer the research question.

**Results:** Nurses' interaction practice with patients with aphasia (PWA) is influenced by a variety of factors. Time and resource limitations seem to be the main challenges, but attitudes and access to relevant communication aids also seem to have an impact. PWA are more frequently affected by psychological problems compared to non-PWA stroke patients and the general population. Most psychological problems seem to arise from communication challenges.

**Conclusion:** The challenges stroke and aphasia cause in communication makes this patient population more likely to get their psychosocial and emotional needs neglected by nurses. This is especially prominent in situations where nurses lack competence and show negative attitudes. Good nurse-patient communication seems to have a positive influence on patients' experience of mental health. Priority should be given to equalizing the care of mental health and psychosocial needs with the simultaneous care of physical needs when rehabilitating stroke patients.

**Keywords:** nursing, communication practice, attitudes, adults with aphasia, mental health

“The greatest mistake in the treatment of disease is that there are physicians for the body and physicians for the soul, although the two cannot be separated.”

Platon (427-347 f. Kr)

## Forord

Denne oppgaven markerer avslutningen på et spennende og innholdsrikt bachelorløp i sykepleie. Det endelige resultatet gjenspeiler min utvikling gjennom tre studieår på Høgskulen på Vestlandet, og er et produkt av en problemstilling som jeg personlig anser som et sentralt og viktig tema for min fremtidige sykepleieutøvelse. Temaet som jeg skriver om bygger på mine faglige interesser, samt profesjonelle og personlige erfaringer som pårørende. I løpet av min oppvekst har jeg måttet forholde meg til en bror som i sin ungdom ble multifunksjonshemmet og brått mistet tilgangen på sitt språk og evne til å kommunisere. Da som resultat av et hjerneslag, nærmere bestemt en subaraknoidalblødning. Det finnes mange måter for familier å håndtere en slik påkjenning, og ens holdninger og kunnskap vil ofte kunne gjenspeiles i måten en gjør dette. I vårt tilfelle har påkjenningen og alle dens følgeutfordringer, selv om krevende, gitt oss et sterkere samhold. Noe som gjenspeiles i måten vi forholder oss til og kommuniserer med min bror. Hans fraværende språk, men subtile hint som kan ses i hans kroppsspråk ved eksponering for ulike stimuli, deriblant galgenhumor, har av oss blitt tolket som indikasjoner på at han vet og forstår langt mer enn han kan si. Disse erfaringene er noe jeg bevisst har dratt med meg i løpet av studie og som i stor grad preger min yrkesutøvelse.

Jeg ønsker også å si takk til Frode Skorpen som har vært veilederne min. Takk for de inspirerende veiledningene vi har hatt, takk for den konstruktive kritikken, takk for at du har hatt troen på meg og motivert meg gjennom hele prosessen. Uten dine innspill og tips om nyttig fag- og forskningslitteratur hadde jeg trolig ikke klart å få frem de ulike sidene av problemstillingen like godt, samt holde oppgaven innenfor et sykepleieperspektiv. I tillegg vil jeg rette en stor takk til familie og venner som med sine innspill har hjulpet med å skape en rød tråd.

# Innhold

|       |  |    |
|-------|--|----|
| 1     | Innledning.....  | 1  |
| 1.1   | Introduksjon.....  | 1  |
| 1.2   | Bakgrunn for valg av tema.....   | 1  |
| 1.3   | Tidligere forskning.....   | 2  |
| 1.4   | Problemstilling.....   | 2  |
| 1.5   | Avgrensing av problemstilling.....                                     | 2  |
| 2     | Teori.....   | 4  |
| 2.1   | Kari Martinsen.....  | 4  |
| 2.1.1 | <i>Kari Martinsens omsorgsteori</i> .....                              | 4  |
| 2.1.2 | <i>Kari Martinsens syn på sykepleie</i> .....                          | 5  |
| 2.2   | Afasi.....   | 6  |
| 2.2.1 | <i>Afasiklassifisering</i> .....                                       | 7  |
| 2.3   | Klinisk kommunikasjon.....   | 8  |
| 2.4   | Hjerneslag og afasi – konsekvenser for psykisk helse og sykepleie..... | 8  |
| 3     | Metode.....  | 11 |
| 3.1   | Litteraturstudie som metode.....                                       | 11 |
| 3.2   | Søkeprosess.....   | 11 |
| 3.3   | Metodekritikk.....   | 13 |
| 3.4   | Kildekritikk.....  | 14 |
| 3.5   | Kritisk vurdering av artikkelens kvalitet.....                         | 14 |
| 3.6   | Forskningsetiske hensyn.....   | 16 |
| 3.7   | Analyse.....   | 17 |
| 4     | Funn.....  | 18 |
| 4.1   | Tidspress og ressursfordeling.....                                     | 18 |
| 4.2   | Kunnskaper og holdninger.....  | 19 |
| 4.3   | Kommunikasjonskultur og kommunikasjonsstrategier.....                  | 19 |
| 4.4   | Psykisk helse.....   | 20 |
| 4.4.1 | <i>Depresjon</i> .....   | 20 |
| 4.4.2 | <i>Angst</i> .....   | 21 |
| 5     | Diskusjon.....   | 22 |
| 5.1   | En helsetjeneste under press – om prioriteringer og rettigheter.....   | 22 |
| 5.2   | Kommunikasjonskultur og kommunikasjonsstrategier.....                  | 24 |
| 5.3   | Sammenhengen mellom afasi, kommunikasjon og psykisk helse.....         | 28 |
| 6     | Konklusjon.....  | 32 |
|       | Referanser.....  | 33 |
|       | Vedlegg.....   | 42 |
|       | Vedlegg 1: PICO-skjema med søkeord.....                                | 42 |
|       | Vedlegg 2: Fullstendig søketabell.....                                 | 43 |
|       | Vedlegg 3: Artikkelmatiser av inkluderte artikler.....                 | 45 |
|       | Vedlegg 4: A spotter's guide to study designs.....                     | 56 |
|       | Vedlegg 5: Sjekkliste for kvalitative forskningsartikler:.....         | 57 |
|       | Vedlegg 6: Sjekkliste for vurdering av en oversiktsartikkel.....       | 63 |
|       | Vedlegg 7: Sjekkliste for innendeltakerdesign.....                     | 67 |



## Tabeller

|               |    |
|---------------|----|
| Tabell 1..... | 12 |
| Tabell 2..... | 13 |
| Tabell 3..... | 15 |
| Tabell 4..... | 17 |

# 1 Innledning

## 1.1 Introduksjon

Hvert år blir om lag 10 000 personer innlagt med akutt hjerneslag i norske sykehus (Norsk hjerneslagsregister, 2021). Hjerneslag er en av de hyppigst forekommende årsakene til akutt oppstått hjerneskada blant voksne og eldre mennesker, og medfører betydelig økt sykelighet, funksjonsnedsettelse og risiko for tidlig død. Anslagsvis estimeres det at omtrent 55 000 nordmenn lever med en form for funksjonsnedsettelse som følge av et gjennomgått hjerneslag (Kirkevold, 2014, s. 464). Hvilke funksjonsnedsettelse den slagrammede får avhenger av hvor i hjernen det cerebrale insultet oppstår. Dersom skadene oppstår i språksentret, vil dette kunne resultere i problemer med språkforståelse, taleproduksjon, lesing, skriving og bruk av gester. Kommunikasjonsutfordringene av denne art er en av de mest fryktede funksjonsnedsettelsene etter et hjerneslag og betegnes som afasi (Solomon et al., 1994). Det anslås at om lag en tredjedel av de som får hjerneslag rammes av afasi (Berthier, 2005; Folkehelseinstituttet, 2016).

## 1.2 Bakgrunn for valg av tema

Bakgrunn for valg av tema er erfaringer fra møter med pasienter med afasi, både som ansatt i hjemmesykepleien og i løpet av studiets praksisperioder. Samhandling med pasienter med afasi krever mye av utøveren, og jeg har selv erfart at tilgangen på kommunikasjonshjelpemiddel og samarbeid med logopeder ofte er svært begrenset. Når samhandlingen med pasienten fungerer godt, og når jeg raskt forstår hvilke behov pasienten har, og samtidig kan være aktivt med på å møte disse behovene, sitter jeg igjen med en følelse av at arbeidet jeg utfører er meningsfullt.

Studier har vist at det på en avdeling med høyt pasienttrykk, mange arbeidsoppgaver og lite tid, er utfordrende å skape en god relasjon til pasientene sine (Banda et al., 2022; Chan et al., 2018). En del pasienter, spesielt kronisk syke, velger derfor å forberede seg på at det hverken er rom eller tid for at sykepleieren kan diskutere behov utover det fysiske (Chan et

al., 2018). Pasient, som nå har ervervet en hjerneskade som gir livsvarig påvirkning på hans evne til å samhandle med andre mennesker, har behov for å bli sett og hørt. I disse situasjoner er det derfor av betydning at pasient møtes på en måte som signaliserer støtte og håp. Dersom sykepleieren ikke lykkes i dette, vil det resultere i økt stress og psykisk belastning for både pasient og hans pårørende (McCurley et al. 2019, s. 584).

### 1.3 Tidligere forskning

Hjerneslag er fortsatt en av de hyppigste årsaker til alvorlig funksjonshemming hos voksne personer (Risvoll, 2014; Singh, 2021). En eldre studie rapporterte allerede i 1994 at hjerneslagpasienter ser på funksjonsnedsettelsene fra et omfattende cerebralt insult som svært belastende, og i noen tilfeller en skjebne verre enn døden (Solomon et al., 1994). Personer som rammes av hjerneslag er mer utsatt for å utvikle psykiske symptomer og lidelser (Shehata et al., 2015). Noe som er svært uheldig, da tidligere forskning (e.g., Donnellan et al., 2010; House et al., 2001) viser at depresjon bidrar til dårligere forutsetninger for rehabilitering, økt dødelighet og større utgifter for helsetjenestene (se også Oslo universitetssykehus, 2022). Afasidiagnosen fører også ofte til økt stress og sosial isolasjon (Davidson et al., 2008; Hilari & Byng, 2009; Isaki & Turkstra, 2000).

### 1.4 Problemstilling

Hva påvirker sykepleieres kommunikasjonspraksis med pasienter med afasi, og hvordan påvirker dette pasientens psykiske helse?

### 1.5 Avgrensing av problemstilling

I løpet av denne litteraturstudien vil det bli foretatt en kritisk gjennomgang av tilgjengelig fag- og forskningslitteratur for å undersøke hvilke faktorer som påvirker sykepleieres kommunikasjonspraksis med pasienter med afasi. Videre skal studien undersøke hvilke konsekvenser denne samhandlingen har for pasientens psykiske helse. Oppgaven avgrenses til å omhandle tidligere funksjonsfriske voksne personer mellom 18 og 75 år, som har fått

mild til moderat afasi som følge av hjerneslag. Oppgaven har en vid aldersmessig avgrensning for å sikre tilgang til et rikt datamateriale av høy kvalitet. Pasienter over 75 år ekskluderes på bakgrunn av høyere risiko for aldersrelaterte helseutfordringer. Tatt i betraktning at det er utfordrende å forsvare at forskningsetiske prinsipp har blitt ivaretatt i studier av personer med mer alvorlig afasi enn moderat, blir disse ekskludert. Av hensyn til leseren og begrepet «afasipasient» sin avhumaniserende merkelappeffekt vil pasienter med afasi simpelthen bli referert til som pasienter med afasi, afasirammede eller pasient i løpet av oppgaven.

## 2 Teori

I dette kapittelet blir sentral teoretisk forkunnskap, som er av betydning for problemstillingen som skal drøftes i kapittel fem, presentert. Innledningsvis introduseres Kari Martinsens omsorgsteori. Videre vil klinisk kommunikasjon og afasi omtales. Avslutningsvis presenteres en argumentasjon for hvordan hjerneslag og afasi påvirker pasientens psykiske helse, og hvilke konsekvenser dette får for sykepleiens karakter.

### 2.1 Kari Martinsen

Kari Martinsen (f. 1943) er en norsk sykepleieteoretiker med magistergrad i filosofi og er dr.philos. i historie. Hennes teori betraktes som fenomenologisk og etter over 30 år er hun fortsatt en sentral skikkelse i debatter vedrørende sykepleie og kunnskapsutvikling blant sykepleie i Norden (Kristoffersen, 2016a, s. 56). Martinsen er opptatt av å fremme personsentrert omsorg uten mål om at pasient oppnår fullstendig selvstendighet. Hun er også tydelig på at sykepleien som institusjon er avhengig av å kombinere vitenskap med medfølelse, barmhjertighet, tillit og ærlighet (Martinsen, 2003a, s. 137).

#### 2.1.1 *Kari Martinsens omsorgsteori*

Oppgavens problemstilling skal drøftes i lys av sykepleierteorien til Kari Martinsen. På tvers av alle kulturer lever mennesker i et samfunn hvor en har en form for uformelle byttehandler av varer og tjenester. Dette fenomenet refereres i sosialantropologien til som resiprositet (Merriam-Webster, u.å.; Persvold, 2023). Rent praktisk kan resiprositet defineres som en form for gjensidighet og dens karakter gir etter Martinsen (2003b, s. 71-72) tolkninger av Heidegger forstand utspring i tre typer omsorg. Omsorg basert på uegennyttig gjensidighet, balansert gjensidighet eller negativ gjensidighet. Den første typen, uegennyttig gjensidighet er basert på et forhold der man ikke forventer å få noe tilbake. Den ene parten i forholdet er forpliktet til å gi mer eller «sørge for» den andre utover det en kan forvente å få tilbake (Martinsen, 2003b, s. 72). Balansert gjensidighet bygger på et likeverdig forhold mellom friske og voksne mennesker, hvor begge parter yter og får oppmerksomhet

(Martinsen, 2003b, s. 72). Negativ gjensidighet tar utgangspunkt i at partene ønsker å maksimere egen nytte på den andres bekostning. Den ene parten i forholdet er forpliktet til å gi mer enn den andre. Negativ gjensidighet er preget av manipulasjon og partenes interesser står i motsetning til hverandre (Martinsen, 2003b, s. 72). Det er i tillegg til tre typer omsorg, tre dimensjoner ved omsorgsbegrepet: en relasjonell, en praktisk og en moralsk (Martinsen, 2003b, s. 71).

### *2.1.2 Kari Martinsens syn på sykepleie*

Sykepleien skal ifølge Martinsens teori bygge på omsorg, for omsorg er en av de mest grunnleggende verdiene for menneskelig liv. I sin kjerne er omsorg en sosial relasjon som omhandler fellesskap og solidaritet med andre. Videre handler omsorg om forståelse for andre mennesker, en forståelse som en tilegner seg gjennom å stå i erfaringer sammen med den andre. Yrkesmessig omsorg består av minst to parter, hvor den ene er forpliktet til å yte hjelp til den andre (Martinsen, 2003b, s. 68-75). Denne omsorgen er dermed en form for uegennyttig gjensidighet. Helsevesenet kan ifølge Martinsen (2003b, s. 77) overordnet deles inn i to hovedgrupper ut ifra sine målsetninger. Hvorav den første, med sin kortsiktige og resultatorientert omsorg vil kunne defineres som en type vekstomsorg. Målet med vekstomsorgen er at pasientene skal bli mest mulig selvstendig og at omsorgen etter hvert skal opphøre (Martinsen, 2003b, s. 77). Denne omsorgen finner en typisk på sykehus. Den andre hovedgruppen er vedlikeholdsomsorg; her er ikke målet at pasienten skal bli selvhjulpent eller at hjelpen skal opphøre (Martinsen, 2003b, s. 78). Typisk ved institusjoner for eldre eller kronisk syke og hjemmesykepleie.

For at sykepleiere skal kunne møte pasienten på en omsorgsfull måte kreves det at en rekke forutsetning ligger til grunn, som kunnskaper, ferdigheter og organisasjon (Martinsen, 2003b, s. 75). Videre er Martinsen (2000) spesielt opptatt av hvilke «briller» eller som hun kaller det, øyner sykepleieren ser pasienten gjennom. Forsøker utøveren å systematisere objektive observasjoner og vurdere tiltak deretter, eller strever han mot å se hele mennesket, og ikke bare pasienten. «Det er så lett å gli fra det å se sansende, ordnende og

kalkulerende – til å få et konstruerende øye» (Martinsen, 2000, s. 40-42). Sykepleieren må etter Martinsen (2000, s. 41) oppfattelse, våge å tro hva øyet ser og å ha tillit til det en ser. Dette innebærer å være åpen for inntrykk og la seg berøre av det en sanser, for så å knytte sammen opplevelsene med fagkunnskaper (Martinsen, 2003b, s. 75-76). En sykepleier må være villig til å sette seg inn i pasientens situasjon for å finne ut hva han trenger. Dette innebærer at sykepleieren forsøker å tolke pasientens realitet, for så å møte den andre ut fra hvordan den andre selv ville håndtert situasjonen hvis han kunne (Martinsen, 2003b, s. 75). «Med sin sykepleierbakgrunn kan pleieren bruke de enkle redskapene – vaskekluten, bekket, skjeen – på en slik måte at pasienten kjenner seg igjen i situasjonen, at han anerkjennes og ikke umyndiggjøres» (Martinsen, 2003b, s. 75). Sykepleieren bør etterstrebe og gjøre pasienten deltakende ut fra hans bakgrunn og forutsetninger, men han må likevel aldri glemme at pasienten ikke har de samme fagkunnskapene, og at pasienten kan ha et annet perspektiv på situasjonen (Martinsen, 2003b, s. 75). I tilfeller hvor sykepleieren forsøker å forandre pasientens situasjon uten at man anerkjenner pasienten som en person, vil omsorgen anses som uekte. Da er det omsorg på ens egne forutsetninger og premisser, og pasientens autonomi krenkes.

## 2.2 Afasi

Afasi er betegnelsen på språkforstyrrelser som oppstår som følge av sykdom eller ytre traumer mot hodet (Qvenild et al., 2010, s. 23). Selve ordet *afasi* er derivert av det greske ordet *aphasia*; a-, "ikke/uten" + *phásis*, "taleevne" (etmyonline, u.å.). Tilstanden er kronisk og den vanligste årsaken til afasi er hjerneslag, men språkvanskene kan også oppstå sekundært som følge av ulike onkologiske, infeksiøse og nevrologiske sykdommer (National Institute on Deafness and Other Communication Disorders [NIDCD], 2017). I denne oppgaven vil det som nevnt innledningsvis fokuseres på afasirammede av den førstnevnte art.

Det å kunne kommunisere ved hjelp av språk er spesifikt for mennesket som art, og for at kommunikasjon skal finne sted, må vi ha kunnskaper og ferdigheter om både språkssystemet og normene for hvordan språk kan brukes i ulike sammenhenger. (Qvenild et al., 2010, s. 23).

Språkkunnskaper og -ferdigheter er et system som vi ubevisst vedlikeholder og utvikler hele

livet. Personer som rammes av afasi mister brått tilgangen til deler av dette systemet (Qvenild et al., 2010, 23-25). Språkforstyrrelsens alvorlighet varierer og avhenger av hjerneskadens omfang. Den afasirammede vil i tillegg kunne ha andre kognitive utfordringer som hukommelses og konsentrasjonsvansker, samt redusert evne til planlegging (Reinvang, 1978 i Qvenild et al., 2010, s. 27). Uavhengig av grad er afasi noe som rammer brått og medfører en betydelig reduksjon i livskvalitet og økt sosial isolasjon (Hilari & Byng, 2009). Øyeblikkelig språktrening, etter innfall av afasi, vil kunne bidra til å lette på noen av språkutfordringene, men pasienten vil likevel ha kommunikasjonsproblemer resten av livet (Qvenild et al., 2010, s. 32-37).

### 2.2.1 Afasiklassifisering

Klassifiseringen av afasi og de ulike subkategoriene er under stadig diskusjon (Bekkehus-Wetterberg et al., 2022). Noe forenklet kan en dele afasi inn i tre hovedkategorier: en ekspressiv eller Brocas afasi; en impressiv eller Wernickes afasi og kombinasjon av de to; ofte referert til som global afasi (Gjerstad, 2023; National Aphasia Association, u.å.-a). Det finnes også andre subtyper, men på bakgrunn av oppgavens naturlige begrensinger vil ikke disse omtales.

Ved *ekspressiv afasi* vil pasienten ha utfordringer med å ordlegge seg, og talen blir derfor ofte anstrengt og langsom (Gjerstad, 2023). Denne typen afasi er vanlig ved skade på Brocas område, hjernens fremre språkområde. Dette medfører at pasienten får utfordringer med å planlegge talen, noe som resulterer i at ord ofte blir brukt i feil sammenheng. Til tross for at pasienten har redusert evne til å uttrykke seg, vil han likevel kunne ha relativt intakt språkforståelse, noe som medfører at pasienten vil kunne forstå innholdet i tekster og samtaler med andre mennesker (National Aphasia Association, u.å.-b).

Ved *impressiv afasi* har pasienten fått en skade på Wernickes område i hjernen, hjernens bakre språksenter. Noe som medfører at pasienten har problemer med å forstå betydningen



av ord og setninger (Gjerstad, 2023). Siden Brocas område er intakt vil ikke pasienten ha noe utfordring med å uttrykke seg muntlig. Pasienten vil også kunne fremstå som velartikulert og med et grammatisk korrekt språk, men språkforståelsen er likevel betydelig redusert (National Aphasia Association, u.å.-b). Dette medfører at pasienten har vansker for å forstå det som blir sagt eller lest.

### 2.3 Klinisk kommunikasjon

Heyn (2018, s. 14) definerer klinisk kommunikasjon som en utveksling av budskap mellom to eller flere aktører, eksempelvis - sykepleier og pasient, sykepleier og pårørende, sykepleier, pasient og pårørende eller sykepleier og kolleger. Helt grunnleggende kan man si at målet med klinisk eller profesjonell kommunikasjon er at den skal være velfungerende og til hjelp for pasienten (Eide & Eide, 2007, s. 12). Videre skal kommunikasjon være en gjensidig prosess hvor de involverte gir og mottar informasjon, enten verbalt eller nonverbalt. Kommunikasjon kan ifølge Schramm ses på som en sirkulær prosess hvor samtalens innhold, budskapet, går frem og tilbake mellom deltakerne (Heyn, 2018, s. 14-15). Når en kommuniserer, skjer dette alltid ut fra en kontekst. De involverte partene vil som regel sitte på ulike kunnskaper og ferdigheter som påvirker deres koding og avkoding av budskapet, heretter referert til som forståelsesrammer. I praksis innebærer dette at sykepleieren må tenke gjennom hvordan han ønsker å formidle og tilpasse kommunikasjonen, slik at pasient har forutsetninger for å forstå (Heyn, 2018, s. 15). Dersom sykepleieren ikke tilpasser kommunikasjonsformen og ordvalget til den enkelte pasient kan det lett oppstå misforståelser (Eide & Eide, 2007, s. 13).

### 2.4 Hjerneslag og afasi – konsekvenser for psykisk helse og sykepleie

Psykisk helse beskrives ofte som en opplevelse av å ha det bra, med muligheter til å anvende sine talenter, mestre vanlige belastninger i livet, finne glede i arbeid og aktivitet, samt å aktivt kunne ta del i samfunnet eller fellesskapet (Andersen, 2023; World Health Organization [WHO], 2022). Når en rammes av et hjerneslag påvirkes alle aspekter av ens liv; den psykiske helsen vil ofte kunne bli svekket som en reaksjon på dette (Kirkevold, 2020, s.

477-481; Wergeland et al., 2016, s. 309). «Hjerneslag er ingen ensartet sykdom, men et samlebegrep for det symptombildet en får når deler av hjernen helt eller delvis mister sin blodforsyning» (Wergeland et al., 2016, s. 304). Hvilke konsekvenser hjerneslaget får for pasienten, avhenger av hvor i hjernen skaden inntreffer - om det er i hjernebarken, i lillehjernen eller i hjernestammen (Wergeland et al., 2016, s. 305). Symptomene vil kunne variere fra forholdsvis «milde» som nedsatt kraft i en arm til mer alvorlige som lammelser, psykiske forandringer, språkforstyrrelser som afasi og kognitiv svikt (Kirkevold, 2020, s. 473; Wergeland et al., 2016, s. 306-310). Uansett hvilke utfordringer hjerneskaden medfører for pasienten vil det få konsekvenser for pasientens livsutfoldelse og opplevelse av livskvalitet (McCurley et al., 2019, s. 581-582). Når hjerneslaget inntreffer snus pasientens livssituasjon brått på hode (Risvoll, 2014). Den slagrammede vil kunne oppleve å bli avhengig av hjelp fra familie eller helsepersonell til å gjennomføre dagligdagse gjøremål som han tidligere har mestret selv (Kirkevold, 2020 s. 480-481; McCurley et al., 2019, s. 587; Wergeland et al., 2016, s. 310). Familiedynamikken og prioriteringsrekke kan dermed endres betydelig (Kirkevold, 2020, s. 481; McCurley et al., 2019, s. 587). Mange slagrammede, især de med afasi vil da kunne opplever å miste sin identitet (McCurley et al., 2019, s. 581-582). Samlet vil påkjeningene få konsekvenser for pasientens selvbilde, sosiale relasjoner og syn på fremtiden (Kirkevold, 2020 s. 480-481; McCurley et al., 2019; Wergeland et al., 2016, s. 312). Noe som har direkte konsekvenser for hans opplevelse av helse.

Om lag en tredjedel av alle hjerneslagrammede, utvikler i løpet av det første året etter hjerneslaget, depresjon og 20 % rapporterer om angstproblemer (Kirkevold, 2020, s. 479). Zanella et al. (2022) finner i tillegg i sin studie at afasirammede har syv ganger så ofte depresjonssymptomer sammenlignet med personer uten afasi. Lignende funn ble identifisert av Shehata et al. (2015) som også fant at afasirammede har en høyere prevalens av angstsymptomer sammenlignet med hjerneslagpasienter uten afasi. Årsaken til utvikling av depresjon etter hjerneslag synes å være multifaktorial, og tilgjengelig bevis tyder på at både nevrologiske faktorer relatert til hjerneskaden og psykologiske responser på hjerneslagrelaterte funksjonsnedsettelsene spiller inn (Conroy et al., 2020, s. 151). Betydningen av nevrologiske faktorer blir også fremhevet i forskningen til Jaroopipatkul et al. (2022) og Kauhanen et al. (1999). En bør imidlertid kunne betrakte hjerneslag og

medfølgende afasi som en negativ livshendelse som pasienter naturlig vil kunne komme til å reagere på med sorg og depresjon, avhengig av intensiteten på de fysiske, psykologiske og sosiale konsekvensene (Aben et al., 2002).

Ens helse er ikke nødvendigvis bestemt av hva en feiler (Juklestad & Aarre, 2018, s. 57). Sykdommer spiller inn på helsa, men det er av større betydning hvilke ressurser en har og hvordan en mestrer dagliglivet (Borg & Kristiansen, 2004 i Juklestad & Aarre, 2018, s. 57). Hvorvidt en klarer å opprette og stå i meningsfulle forhold til andre mennesker, og om en opplever fellesskap, tilhørighet og mening med tilværelsen synes etter tilgjengelig forskning å bedømme, og være det som er av størst betydning for ens psykiske helse (Borg & Kristiansen, 2004 i Juklestad & Aarre, 2018, s. 57). Opplevelsen av mening er nært knyttet til mestring, og på mange måter spiller personens mestring av sykdommens krav inn på hans muligheter til å være sosial (Gonzalez, 2020, s. 48-50). Sykdommens krav vil kunne bli erfart som belastende, men håndterbare, eller uhåndterbare, da ved å overskride personens tilgjengelige ressurser (Lazarus, 2006 i Gonzalez, 2020, s. 48). Målet for sykepleie til denne pasientgruppen er å hjelpe pasienten i å reetablere mening i den nye livssituasjonen gjennom å gi støtte og veiledning (Gonzalez, 2020, s. 49). Dette følger av de yrkesetiske retningslinjenes prinsipp om at sykepleiere foruten å ivareta livsviktige funksjoner og behandle sykdom, skal sørge for at pasienter opplever sosial støtte og tilhørighet i situasjonen som han befinner seg i (Kristoffersen, 2016b, s. 217-218; NSF, 2019). For den afasirammede og hans pårørendes mestring av afasiens utfordringer, har det stor betydning hvordan han blir møtt og ivaretatt av sykepleiere på sykehus og rehabiliteringsavdelinger (McCurley et al., 2019). Sykepleieren vil i sin kommunikasjonspraksis kunne bidra til å styrke eller svekke pasientens ressurser og forutsetninger for mestring, samt tro på seg selv (McCurley et al., 2019).

## 3 Metode

Dalland (2017) definerer metode som en særegen fremgangsmåte og virkemiddel i arbeidet med å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Metode gjør det enklere å systematisk innhente nødvendig data og sikrer at undersøkelsen overholder vitenskapelige kvalitetskrav til struktur og oppbygning (Dalland, 2017). I dette kapitlet vil metoden som ligger til grunn for denne oppgaven, søkestrategi, kritikk av egen metode, kildekritikk, samt kritisk vurdering og analyse av fag- og forskningslitteratur presenteres.

### 3.1 Litteraturstudie som metode

Hvilken metode som er hensiktsmessig for oppgaven avhenger av problemstilling (Dalland, 2017, s. 195). Den valgte metoden for denne oppgaven er en litteraturstudie. I en litteraturstudie gjennomføres en systematisk og kritisk gjennomgang av eksisterende forskning på et fagområde. Målet med en slik studie er ikke å fremstille ny kunnskap, men å sammenfatte og reflektere over eksisterende kunnskap på det området som problemstillingen undersøker, slik at informasjonen blir mer tilgjengelig for leseren (Thidemann, 2015, s. 79-81).

### 3.2 Søkeprosess

Innledningsvis i arbeidet med oppgaven, ble det foretatt manuelle søk på artikler som omhandlet kommunikasjon og afasi. Etter å ha lest ulike oversiktsartikler og sett gjennom referanselistene deres, fremstår det hensiktsmessig å undersøke sykepleieres utfordringer med dagens kommunikasjonspraksis ved rehabilitering av hjerneslagpasienter med afasi innlagt på sykehus. Særlig, retter oppgaven et fokus mot kliniske studier som ser på sykepleiere sine kommunikasjonsrutiner, samt studier som ser på erfaringer med innføringen av ulike kommunikasjonsverktøy og tilnæringsmetoder på sykehus- og rehabiliteringsavdelinger. Videre vurderes studier som ser på psykisk helse og afasi, eller sammenhengen mellom kommunikasjon og pasientens psykiske helse, som særs relevante. Tabell 1 nedenfor demonstrer mine inklusjons og eksklusjonskriterier.

Tabell 1: inklusjons og eksklusjonskriterier

| KRITERIER                    | INKLUSJONSKRITERIER  | EKSKLUSJONSKRITERIER  |
|------------------------------|--|---|
| <b>DELTAKERE OG KONTEKST</b> | Studier som omhandler sykepleiere i tverrfaglig team sine kommunikasjonserfaringer med pasienter med afasi på sykehus eller rehabiliteringsavdelinger.<br><br>Studier som omhandler afasi og psykisk helse; prevalens og konsekvens.<br><br>Studier som ser på behandlingspraksis av afasirammede.<br><br>Deltakere over 18 år | Studier som spesifikt omhandler andre profesjoner enn sykepleiere.<br><br>Studier med pasientperspektiv.<br><br>Deltakere over 75 år. |
| <b>METODE</b>                | Artikler som er av kvalitativ, kvantitativ metode eller «mixed methods»  |   |
| <b>SPRÅK</b>                 | Engelsk-, norsk- eller danskspråklig   | Andre språk enn engelsk, norsk eller dansk  |
| <b>PUBLIKASJONSTYPE</b>      | Artikler som er fagfellevurdert  | Artikler som ikke er fagfellevurderte   |
| <b>PUBLIKASJONS ÅR</b>       | Publiserte innenfor perioden 2013-2023   |   |

Litteratursøkene ble gjennomført i databaser etter anbefalinger fra Høgskulen på Vestlandet for sykepleierstudenter. Av hensyn til problemstilling, samt krav til databasens brukervennlighet og størrelse ble PubMed, som er en internasjonal database med medisinsk og sykepleiefaglig innhold; og CINAHL, en bibliografisk database med litteratur for blant annet sykepleie anvendt. For å sikre flest treff, ble terminologibasen MeSH («Medical Subject Headings») og engelske søkeord benyttet. MeSH-databasen gir en oversikt over standardiserte emneord som er sortert i et hierarkisk system i databaser som benytter seg av systemet. Thidemann (2015, s. 87) definerer emneord som standardiserte ord for begreper og temaer som databaser benytter seg av. Tekstord, som er de ordene som anvendes i artikkelens tittel og sammendrag, ble også anvendt (Thidemann, 2015, s. 87). Siden pasientens opplevelse av kontroll over eget liv, inklusjon i behandlingsavgjørelser og tilhørighet til fellesskapet har stor betydning for hans psykiske helse, ble begrepene autonomi og brukermedvirkning også inkludert i søket. For en fullstendig tabell over

søkerord henvises det til PICO-skjema med søkeord i vedlegg 1. Artikler som ble vurdert som relevante basert på tittel og sammendrag ble lest, vurdert og gjennomgått ved bruk av IMRaD-prinsippet (Introduksjon, Metode, Resultat og Diskusjon) (Dalland, 2017, s. 163). Studier som ikke fulgte IMRaD-prinsippet ble ekskludert. I tabell 2 nedenfor demonstreres søkeprosessen i grove trekk. For en fullstendig oversikt henvises det til vedlegg 2.

Tabell 2: søkeprosessen kort oppsummert

| DATABASE /DATO FOR SØK   | SØKE ORD OG KOMBINASJONER                                 | AVGRENSINGER   | TREFF                             | INKLUDERT  |
|--------------------------|---|--|-----------------------------------|--|
| <b>CINAHL / 30.01.23</b> | Aphasia OR Stroke AND Nurse AND Communication OR Autonomy | År: 2013-2023, Fagfellevurdert                         | 11 treff, artikkel nr. 2          | 2. (A) Loft et al., 2022.  |
| <b>PUBMED / 01.02.23</b> | Aphasia OR Stroke AND Nurse AND Communication OR Autonomy | År: 2013-2023, Språk: Engelsk, Norsk, Dansk, Fulltekst | 92 treff, artikkel nr. 5 & 28     | 5. (B) Hemsley & Balandin, 2014.<br>28. (C) McGilton et al., 2018.   |
| <b>PUBMED / 10.02.23</b> | Aphasia AND Communication AND Mental Health               | År: 2013-2023, Språk: Engelsk, Norsk, Dansk, Fulltekst | 92 treff, artikkel nr. 42, 60 & 7 | 42. (D) Baker, Worrall et al., 2021.<br>60. (E) Baker, Rose et al., 2021.<br>7. (F) Edelkraut et al., 2022 |

### 3.3 Metodekritikk

I en litteraturstudie står en fritt til å velge ut den litteraturen og forskningen som en selv vurderer som relevant, for å besvare problemstillingen. Dette kan ses som en svakhet, da en her, lett kan komme til å bare velge artikler som oppnår ønsket resultat. Tatt i betraktning problemstillingen og oppgavens målsetting vil det her være naturlig og hovedsakelig fokusere på kvalitative studier, men det har likevel blitt inkludert studier av ulike metoder, for å få en helhetlig forståelse. Kvalitative studier har som hensikt å fange opp menneskers særskilte meninger, erfaringer, motiver og holdninger ved bruk av intervjuer, observasjoner,

feltarbeid og dokumentanalyse (Thidemann, 2015, s. 78). For å finne ut hvilken metode som var anvendt i de ulike artiklene ble «A spotter's guide to study designs» i vedlegg 4, benyttet.

### 3.4 Kildekritikk

Dalland (2017, s. 152) definerer kildekritikk som en metode for identifisering av og validering av litteraturs innhold. Sentralt for kildekritikken er redegjørelsen av utvelgingens kriterier og litteraturens sammenheng med problemstillingen (Dalland, 2017, s. 152). Basert på tilgjengelig fag- og forskningslitteraturs aktualitet, innhold og kvalitet blir det inkludert både nye og eldre publikasjoner. Forskningsartiklene er begrenset til å være fagfellevurderte; noe som innebærer at uavhengige eksperter innenfor fagfeltet har vurdert de kritisk før publikasjon (Kildekompasset, u.å.). Dette bidrar til å sikre kvaliteten på artikkelen. Videre er det et krav at funnene i artiklene skulle være relevante i forhold til problemstillingen. Forfatterne av artiklene og fagbøkene er vurdert ut ifra bakgrunn, troverdighet og presisjon. Av hensyn til bibliografiske og praktiske begrensninger blir det benyttet både primær og sekundærkilder i oppgaven. Bare publikasjoner som er relevante innenfor et sykepleierfagligperspektiv er inkludert.

### 3.5 Kritisk vurdering av artikkelens kvalitet

I tabell 3 presenteres litteraturstudiets hovedartikler. Samtlige artikler er publiserte i tidsskifter som primært gir ut fagfellevurderte artikler og er vurdert som relevante, tatt i betraktning problemstillingen. For en mer utdypet presentasjon henvises det til artikkelmatriser i vedlegg 3. Thidemann (2015) fastslår at kvalitetsvurdering av vitenskapelige artikler krever tilstrekkelig med kunnskap om forskningsmetoder. Etter å ha lest gjennom artiklene og vurdert de som relevante, ble de vurdert ut fra Helsebibliotekets sjekklister for vitenskapelige forskningsartikler. Sjekklister er et hjelpemiddel bestående av bestemte kontrollspørsmål som anvendes i vurdering av artiklers kvalitet (Thidemann, 2019, s. 91). For sjekklister anvendt i denne oppgaven se vedlegg 5-7.

Tabell 3: inkluderte artikler

| FORFATTERE / ÅR                         | TITTEL OG TIDSSKRIFT  | METODE / DELTAKERE  | RELEVANS   |
|---|---|---|--|
| (A) <b>LOFT ET AL., 2022</b>            | Communicative and Supportive Strategies: A Qualitative Study Investigating Nursing Staff's Communicative Practice With Patients With Aphasia in Stroke Care<br><br><i>SAGE journals</i> | Kvalitativ deskriptiv metode:<br>observasjonsstudie og fokusgruppeintervju<br><br>35 deltakere<br><br>Danmark | Relevant fordi den viser hvordan arbeidsbelastning, tidspress og mangel på erfaring kan føre til utfordringer med å innføre og prioritere bruk av kommunikasjonsstrategier i møte med pasienter med afasi på en sykehusavdeling. |
| (B) <b>HEMSLEY &amp; BALANDIN, 2014</b> | A Metasynthesis of Patient-provider Communication in Hospital for Patients with Severe Communication Disabilities<br><br><i>Augmentative and Alternative Communication</i>              | Kvalitativ metasyntese<br><br>18 studier<br><br>Australia   | Identifiserer flere utfordringer ved dagens praksis som påvirker sykepleierens evne til å kommunisere effektivt med pasienter med kommunikasjonsutfordringer, deriblant afasi.   |
| (C) <b>MCGILTON ET AL., 2018</b>        | The effects of an interprofessional patient-centered communication intervention for patients with communication disorders<br><br><i>Neurocrit Care</i>                                  | Kvasiekperimentell metode:<br>innendeltakerdesign<br><br>34 deltakere<br><br>Canada                           | Eksperimentet viser personsentrerte kommunikasjonsstrategiers betydning for pasientens opplevelse av psykisk helse.  |
| (D) <b>BAKER, WORRALL, ET AL., 2021</b> | Stroke health professionals' management of depression after post-stroke aphasia: a qualitative study<br><br><i>Disability and Rehabilitation</i>  | Kvalitativ metode - fortolkende beskrivende:<br>fokusgruppeintervju<br><br>39 deltakere<br><br>Australia      | Relevant fordi den viser at helsepersonell ved rehabiliteringsavdelinger har behov for kompetanseheving og nye rutiner i håndtering av psykiske plager blant slagpasienter med afasi.  |
| (E) <b>BAKER, ROSE, ET AL., 2021</b>    | Barriers and facilitators to implementing stepped psychological care for people with aphasia: Perspectives of stroke  | Kvalitativ metode - fortolkende beskrivende:<br>fokusgruppeintervju<br><br>39 deltakere                       | Studien identifiserer flere tema som er av betydning for innføring av effektive intervensjoner i møte med pasienter med afasi som lider av depresjon.  |



|                                   |  |  |  |
|-----------------------------------|--|--|--|
|                                   | health professionals   | Australia  |  |
|                                   | <i>Topics in Stroke Rehabilitation</i>                               |  |  |
| (F) <b>EDELKRAUT ET AL., 2022</b> | Spectrum of neuropsychiatric symptoms in chronic post-stroke aphasia | Todelt studie:<br>Del 1:<br>litteraturgjennomgang<br><br>114 studier<br><br>Del 2:<br>observasjonsstudie<br><br>20 deltakere<br><br>Spania | Sier noe om prevalensen av psykiske lidelser og nevropsykiatriske symptom blant hjerneslagpasienter med afasi, samt svakheter ved dagens kartleggingspraksis |
|                                   | <i>World Journal of Psychiatry</i>                                   |  |  |

### 3.6 Forskningsetiske hensyn

«Formålet med forskningsetikken er «å fremme fri, god og forsvarlig forskning og den skal bidra til å konstituere og sikre god vitenskapelig praksis»» (NESH, 2021 i Sund, 2022).

Parallelt med undersøkelsen av artiklenes relevans og kvalitet, ble det også undersøkt om artikkelforfatterne hadde redegjort for etiske refleksjoner rundt undersøkelsen. Ifølge Grønseth og Jerpseth (2019) finnes det primært fire prinsipper for etiske overveielser. Disse innebærer at forskerne er ærlige og åpne ovenfor kolleger og offentligheten, samt at deltakerne i prosjektet behandles med respekt, at prosjektet utføres rettferdig, at deltakelse ikke medfører negative konsekvenser og at forskerne opptre ansvarlig i tråd med gjeldende normer og lover (De nasjonale forskningsetiske komiteene [FEK], 2014; Grønseth & Jerpseth, 2019, s. 90-91)

I Norge er forskningsetikk underlagt helseforskningsloven av 2008. I forbindelse med forskningsstudier som omhandler sensitive opplysninger for pasient står det i helseforskningsloven at «Forskningsprosjektet må være forhåndsgodkjent av den regionale komiteen for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, jf. forskningsetikkloven § 10 første ledd.» Videre står det at det bare skal inkluderes helseopplysninger som er relevante og nødvendige for forskningsprosjektets formål (Helseforskningsloven, 2008, § 32).

### 3.7 Analyse

Analyse handler om å granske og tolke innholdet i en tekst, for så å systematisere og kode resultater etter sentrale, gjengående tema (Tidemann, 2015, s. 91). I denne litteraturstudien følger analysen den tematiske analysemodellen til Aveyards. Hun anbefaler analytikerne å bruke markeringstusj for å identifisere fortlidelige temaer i de ulike artiklene. Samtlige artikler ble derfor skrevet ut og resultatene fargekodet. I tabell 4 presenteres sentrale tema identifisert i de ulike artiklene.

Tabell 4: Tabell over tema identifisert i de ulike artiklene kombinert med fargekode

| FARGEKODE | TEMA   | ARTIKKEL         |
|-----------|--|------------------|
| GUL       | Tidspres og ressursfordeling                     | A, B, C, D, E    |
| ORANSJE   | Kommunikasjonskultur og kommunikasjonsstrategier | A, B, C          |
| ROSA      | Kunnskap og holdninger                           | A, B, C, D, E, F |
| GRØNN     | Tverrfaglig samarbeid                            | B, C, D          |
| SJØGRØNN  | Psykisk helse                                    | C, D, E, F       |
| TURKIS    | Samarbeid med pårørende                          | B, D, E, F       |
| FIOLETT   | Personsentrert omsorg                            | A, B, C, D       |

## 4 Funn

I dette kapitlet vil det presenteres en sammenfatning av funn som ble identifisert ved hjelp av Aveyards tematiske analysemodell i kapittel 3. Funnene vil bli brukt til å besvare problemstillingen i diskusjonskapittelet. Kvalitetsvurdering og argumentasjon for utvalgte artikler følger i vedlegg 3.

### 4.1 Tidspress og ressursfordeling

Flere studier varsler om helseintuisjoner og tjenester som mangler midler og bemanning til å håndtere slagpasienter med afasi i tråd med god yrkesetikk (Baker, Rose, et al., 2021; Baker, Worrall, et al., 2021; Hemsley & Balandin, 2014; Loft et al., 2022). Resultater fra studien til Loft et al. (2022, s. 5) viser at mange sykepleiere opplever å ha for mange arbeidsoppgaver og at de har utfordringer med å prioritere samhandling med pasienter utenom rutinemessige sykepleieroppgaver. Høy arbeidsbelastning hos sykepleieren påvirker kvaliteten på arbeidet og pasientsikkerheten i negativ retning (Loft et al., 2022, s. 10). Lignende funn ble identifisert av Baker, Worrall, et al. (2021, s. 223) som også fant at sykdom og underbemanning spiller inn på sykepleiers kapasitet til å ta hånd om pasientens behov, da særlig psykososiale behov.

Et annet problem som ble identifisert er mangelen på kontinuitet i pasientfordelingen blant sykepleiere på vakt (Loft et al., 2022, s. 6). Sykepleiere som hele tiden må forholde seg til nye pasienter, da særlig pasienter med afasi, opplever at det er krevende å opprette og stå i en relasjon (Loft et al. 2022, s. 6). Vaner, preferanser og kommunikasjonsstrategier som er virkningsfulle i kommunikasjon med en pasient er ikke nødvendigvis overførbare til den neste. Dette støttes av funn fra studien til Hemsley og Balandin (2014, s. 335) som viser at pasienter og pårørende assosierer sykehusopphold med stress og kommunikasjonsutfordringer. Rehabilitering av hjerneslagpasienter, inkludert afasirammede, innebærer mål om å øke pasientens selvstendighet gjennom bedring av motoriske og verbale ferdigheter; likevel ser en at hjerneslagpasientene ofte skrives ut for

tidlig (Baker, Worrall, et al., 2021, s. 222-223). Samtidig byr sykehusets utforming på utfordringer i å opprette rolige omgivelser som gir rom for å ivareta pasientens privatliv og initiere samtaler uten forstyrrelser fra andre pasienter eller pleiere (Baker, Rose, et al., 2021, s. 588; Loft et al., 2022, s. 5-9).

#### 4.2 Kunnskaper og holdninger

Flere studier befester at sykepleierens utfordringer i kommunikasjon med pasienter med afasi har utspring i kunnskapshull og lite erfaring (Baker, Rose, et al., 2021; Baker, Worrall, et al., 2021; Hemsley & Balandin, 2014; Loft et al., 2022; McGilton et al., 2018). Sykepleiere rapporterer rutinemessig at de ikke har tilstrekkelig kunnskap om hvordan en skal kommunisere med afasirammede, identifisere psykiske symptom eller håndtere disse (Baker, Rose, et al., 2021, s. 586-588). Loft et al. (2022, s. 8) finner i noen feltobservasjoner at enkelte sykepleiere samhandler med pasienter på en måte som verken anerkjenner pasientens situasjonsbetingede behov eller følelser i tråd med god yrkesetikk. For å sikre høy kvalitet på pleien er det nødvendig med kompetanseheving og bevisst holdningsarbeid (Hemsley & Balandin, 2014, s. 338). I Hemsley og Balandins (2014) studie blir det poengtert at kommunikasjonen på de ulike avdelingene i stor grad styres av sykepleiere. De mener derfor at det er av betydning at sykepleiere i større grad enn ved nåværende tidspunkt, setter av tid til og viser interesse for å sette seg inn i kommunikasjonshjelpemiddel.

#### 4.3 Kommunikasjonskultur og kommunikasjonsstrategier

God kommunikasjon mellom helsepersonell og pasient er en uunnværlig del av en velfungerende helsetjeneste (Hemsley & Balandin, 2014). Erfaringer viser at dårlig kommunikasjon mellom helsepersonell og pasient fører til dårlig kvalitet, lavere pasientsikkerhet og økt forekomst av behandlingsfeil (Hemsley & Balandin, 2014). Vanlige sykehusavdelinger mangler tilgang til virkningsfulle kommunikasjonshjelpemiddel og -strategier som kan anvendes i samhandling med pasienter med afasi (Baker, Rose, et al., 2021; Hemsley & Balandin, 2014). Resultater fra studier viser at «alternativ og supplerende kommunikasjon» (ASK) og «støttet samtale for voksne med afasi» (SCA) er to metoder som

kan være effektive (Hemsley & Balandin, 2014; Loft et al., 2022). McGilton et al. (2018) så imidlertid i sin studie at pasientspesifikke kommunikasjonspakker utviklet av logoped; bestående av både bilder og skriftlig materiell, samt tavle og skrivesaker også var nyttige verktøy som hadde betydning for pasientens psykiske helse. I tilfeller hvor pasienter tok med seg sine egne ASK-system hjemmefra ved innleggelse på sykehus så en at disse sjeldent ble brukt av helsepersonell pga. manglende tid og kunnskap (Hemsley & Balandin, 2014, s. 336).

#### 4.4 Psykisk helse

Hjerneslag og afasi medfører ifølge Edelkraut et al. (2022) til en betydelig økt forekomst av ulike psykiske lidelser og atferd regulerende utfordringer sammenlignet med øvrig befolkning. De fysiske, kognitive og ekspressive funksjonsnedsettelsene som hjerneslag og afasi medfører at mange pasienter blir apatiske. Det finnes ikke omfattende statistikk på forekomsten av apati blant afasirammede, men i en fenomenologisk studie av 96 pasienter med afasi fant en at 28 % av deltakerne var apatiske (Kennedy et al., 2015 i Edelkraut et al., 2022). En del pasienter har også utfordringer med å regulere adferd (Santos & Ferro, 2019; Santos et al., 2006 i Edelkraut et al., 2022). Flere randomisert kontrollerte studier har forsøkt ulike strategier for å behandle psykiske plager, deriblant undervisning, veiledning, samtalerterapi og miljøterapi, men det er vanskelig å fastslå hvilke metoder som er mest virkningsfulle (Edelkraut et al., 2022). Under 1% av alle afasirammede får hjelp til å håndtere psykiske problem (Santo Pietro et al., 2019 i Edelkraut et al., 2022, s. 456).

##### 4.4.1 Depresjon

Depresjon etter hjerneslag er en alvorlig psykisk lidelse som medfører økt sykkelighet og tidligere død. Tilstanden har negativ innvirkning på rehabilitering og livskvalitet. Kombinasjonen av afasi og depresjon medfører blant annet en reduksjon i aktivisering og sosial deltakelse (Baker, Rose, et al., 2021, s. 580). Hjerneslagpasienter med afasi har betydelig økt risiko for utvikling av depresjon sammenlignet med slagpasienter uten afasi. Edelkraut et al. (2022, s.455) fant også at pasienter med ekspressiv afasi har 9 ganger så høy risiko for å utvikle depresjon sammenlignet med pasienter med impressiv afasi.

#### 4.4.2 *Angst*

Prevalensen av angst blant afasirammede anslås å ligge rundt 44% (Edelkraut et al., 2022, s. 456). Kommunikasjon og språktrening fremheves som betydelige kilder til angst og frustrasjon blant disse personene (Edelkraut et al., 2022, s. 456). Mange afasirammede opplever kommunikasjon som så utfordrende at de gir opp i frykt for å uttale ord feil og bli misforstått. Cahana-Amitay og kollegaer betegner dette fenomenet som «lingvistisk angst» (Cahana-Amitay et al., 2011 i Edelkraut et al., 2022, s. 456). Erfaringer fra ulike randomisert kontrollerte studier viser at ikke-farmalogiske behandlingstiltak ikke har noen nevneverdig effekt på angst på denne pasientgruppen. Torres-Prioris et al. (2019) fant likevel at erfarne pleiere som pasient kjenner til kan bidra til å redusere noe av stresset og «hvit frakk effekten» som ofte oppstår i møte med helsepersonell (Torres-Prioris et al., 2019 i Edelkraut et al., 2022, s. 457).

## 5 Diskusjon

I dette kapitlet vil problemstillingen, som definert i kapittel 1, bli drøftet med utgangspunkt i tidligere presentert teori og forskning, samt egne erfaringer. Funn i fra forsknings- og teorikapittelet vil bli drøftet under tre forskjellige underoverskrifter, som representerer de ulike aspektene av problemstillingen.

### 5.1 En helsetjeneste under press – om prioriteringer og rettigheter

Når en trer inn i profesjonsrekken som sykepleier påtar en seg ifølge de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere et urokkelig ansvar for å respektere det enkelte menneskets liv og iboende verdighet (NSF, 2019). Videre fremgår det i lovverket at alle pasienter har krav på lik tilgang til tjenester av god kvalitet, samt at helsepersonell skal utøve sitt yrke i samsvar med krav til forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner og arbeidets karakter (Helsepersonelloven, 1999, § 4; Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999 § 1-1). Likevel indikerer forskning (e.g., Baker, Worrall, et al., 2021; Hemsley & Balandin, 2014; Loft et al., 2022) at afasirammede ikke alltid får innfridd sine rettslige krav, og at omsorgen ofte må nedprioriteres til fordel for andre oppgaver. Organisatoriske faktorer som tids- og ressursbegrensninger; arbeidsbelastning og bemanningssituasjon synes især å være av betydning (Baker, Rose, et al., 2021; Baker, Worrall, et al., 2021; Hemsley & Balandin, 2014; Loft et al., 2022). Dette ses spesielt i en studie (viz., Loft et al., 2022). Samhandlingskulturen innad i det tverrfaglige hjerneslagsteamet synes også å ha påvirkningskraft på kvaliteten til helsehjelpen som pasienter innlagt på sykehus får (Baker, Rose, et al., 2021; Baker, Worrall, et al., 2021; Hemsley & Balandin, 2014). I en kronikk i sykepleien skrive sykepleier Marte Nerby Aunmo noe som kan tenkes å fange følelsen av arbeidspress mange sykepleiere kjenner på i det daglige:

Kjære pasient, jeg skulle ønske jeg så deg. Eller vent nå litt ... jeg gjør jo det. Jeg har bare ikke tid til deg. Og det beklager jeg ... Jeg springer rundt i korridoren. Du ser det og prøver på ny å få kontakt med meg. Du får det samme svaret, og du venter – fremdeles – tålmodig. (Aunmo, 2020).

Denne beskrivelse samsvarer godt med feltobservasjoner til Loft et al. (2022), og Rime

(2023) sin uttalelse om økt pasienttrykk, sammensatte problemstillinger, økonomi og budsjettkutt som bidrar til et voksende disparat mellom helsetjenestenes lovpålagte oppgaver og tilgjengelige ressurser. Samt uttalelser fra vår egen regjering, som skildrer et helsevesen nær smertegrensen, hvor mulighetene og ønskene overstrider ressursene (Meld. St. 38 (2020-2021), s. 9-10). Kari Martinsen (2003b, s. 58) er tydelig på at en som sykepleier vil kunne komme til situasjoner hvor en må prioritere mellom en pasients behov og flere andre pasienters rettigheter til hjelp. Sykepleiere har mange essensielle og lovpålagte funksjoner. Funksjoner som i det daglige ofte vil kunne komme i konflikt med hverandre (Martinsen, 2003b, s. 58-62). Bevissthet om verdiene som ligger på spill, dagliglivets moral og omsorgsmoralen vil være med på å styre sykepleierens prioriteringer i slike situasjoner (Martinsen, 2003b, s. 58-59). Likevel vil det være vanskelig å prioritere. Slik slagrehabilitering er organisert i dag er det de fysiske aspektene som er mest prioritert, men forskning og nasjonale retningslinjer for slagrehabilitering i Storbritannia indikerer at psykososial støtte begynner å bli en større prioritet (Gillham & Clark, 2011).

Etter dagens modell er rehabilitering etter hjerneslag en omfattende prosess hvor målet er å hjelpe pasient til å gjenvinne eller kompensere for tap av funksjon for å fremme aktivitet, mestring og livskvalitet (Thommessen & Wyller, 2007). Rent overordnet betyr rehabilitering «å gjeninnsette i verdighet». Definisjonen av rehabilitering følger av forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator (2011). Forskriften befester at det tverrfaglige teamet skal arbeide målrettet mot å forbedre pasientens funksjon slik at han oppnår størst mulig selvstendighet fysisk, psykisk og sosialt (Forskrift om habilitering og rehabilitering, 2011, § 3). Ved nåværende tidspunkt fremstår det likevel som at det er de fysiske og praktiske utfordringene med hjerneslaget og afasien som blir prioritert ved behandling på sykehus (Baker, Rose, et al., 2021; Baker, Worrall, et al., 2021; Loft et al., 2022). Dette anses som svært uheldig, for uten riktig omsorg og veiledning løper disse pasientene en høy risiko for isolasjon og depresjon, samt et betydelig fall i kvaliteten på sitt sosiale og profesjonelle liv (Baker, Rose, et al., 2021; Baker, Worrall, et al., 2021; Hemsley & Balandin, 2014; Loft et al., 2022). Kristoffersen (2016b, s. 217-218) understreker at sykepleier, foruten å ivareta livsviktige funksjoner og behandle sykdom, skal sørge for at pasienter opplever sosial støtte og tilhørighet i situasjonen som han befinner seg i. Videre



skal sykepleiere i behandling av pasienter arbeide for å forebygge komplikasjoner ved å iverksette nødvendige tiltak og koordinere tjenester med andre institusjoner og profesjoner etter behov; men for å få til dette kreves det kunnskap (Kristoffersen, 2016b, s. 217-218). Flere studier (e.g., Baker, Rose, et al., 2021; Baker, Worrall, et al., 2021) rapporterer om sykepleiere som mangler tilstrekkelig kunnskap om afasi, psykisk helse og virkningsfulle kommunikasjonsstrategier (se også Hemsley & Balandin, 2014; Loft et al., 2022; McGilton et al., 2018). Det skal også nevnes at personer fra andre, beslektede helseprofesjoner kjenner på de samme utfordringene (Baker, Rose, et al., 2021; Baker, Worrall, et al., 2021; Hemsley & Balandin, 2014). En måte å forstå dette på, som funnene indikerer, er at vi har behov for å stoppe opp og reflektere over dagens praksis. Foretar helsetjenestene de riktige prioriteringene ved nåværende tidspunkt; og besitter sykepleiere de nødvendige holdningene og kunnskapene; som rehabilitering av hjerneslagpasienter med afasi krever?

## 5.2 Kommunikasjonskultur og kommunikasjonsstrategier

«Til tross for at sykepleie som fagprofesjon har endret seg, så er det en ting som *ikke* endrer seg – nemlig at kommunikasjon er ett av sykepleierens viktigste redskap i utøvelse av sykepleie» (Heyn, 2018, s. 256). Sykepleiere opererer i de fleste tilfeller som en kommunikasjonskanal mellom pasient, pårørende, allierte profesjoner og ulike nivå av helsesystemet (Heyn, 2018, s. 258). Sykepleieres kommunikasjonspraksis har dermed en vesentlig betydning for hvordan helsetjenesten opererer (Heyn, 2018, s. 256). I tilfeller hvor en observerer svikt i kommunikasjonen ses det en betydelig økt risiko for stress, utrygghet, redusert livskvalitet for både pasient og pårørende, samt hyppigere behandlingsfeil (Gordon et al., 2011; Hemsley & Balandin, 2014; McCurley et al., 2019).

Et hjerneslag og medfølgende afasi er en alvorlig livsomveltning som medfører ulike fysiske og kognitive funksjonsnedsettelse som setter betydelige begrensninger for individets kommunikasjonsforutsetninger og øvrig samfunnsdeltakelse (Katan & Luft, 2018; O'Halloran et al., 2009 i Loft et al., 2022, s. 1). Konsekvensen av dette er at mange afasirammede lett blir passive eller apatiske, alternativt vil de også kunne bli lettere irriterte og agiterte

sammenlignet med øvrig befolkning (Kennedy et al., 2015; Santos et al., 2006 i Edelkraut et al., 2022). Noe av årsaken til dette er trolig frustrasjonen de sitter igjen med etter gjentatte episoder med kommunikasjonsvikt og diskriminering, ettersom afasi ofte vil kunne maskere mye av kompetansen en person besitter (Qvenild et al., 2010, s. 24). For å styrke pasientens kommunikasjonsferdigheter og muligheter kreves det spesialistkompetanse utover sykepleieres ansvarsområde. Dette innebærer etter bestemmelser i helse- og omsorgstjenesteloven (2011) § 3-2 nr. 4 og 5 og opplæringsloven (1998) kapittel 4A, 5 og 13 å bedømme, logopedhjelp. «Hovedmålsettingen med logopedi er å øke den afasirammedes livskvalitet ved å hjelpe ham til å fungere best mulig språklig, ut fra sine forutsetninger» (Berntsen & Røste, 2010, s. 105). Barnard et al. (2022) er tydelig på at logopeder besitter viktig kompetanse om håndtering av pasienters kommunikasjonsutfordringer; og at et tettere samarbeid mellom sykepleiere og logopeder på slagpost er ønskelig. Likevel møter en her på de samme organisatoriske og tidsmessige begrensningene som nevnt tidligere.

Forskning viser at kommunikasjonsstrategiene «alternativ og supplerende kommunikasjon» (ASK) og «støttet samtale for voksne med afasi» (SCA) kan være nyttige redskap i kommunikasjon med afasirammede (Finke et al., 2008; Haley et al., 2013, 2019; Loft et al., 2022; Mathiesen et al., 2014). Den sistnevnte er en kommunikasjonsmetode som er utviklet for å hjelpe personer som «vet mer enn de kan si», slik at de kan få uttrykt sine meninger og følelser på en måte som får dem til å føle seg verdsatt (Aphasia Institute, u.å.; Loft et al., 2022). SCA-metoden kombinerer en rekke teknikker: talte og nedskrevne nøkkelord; kroppsspråk og gester; håndtegninger; og detaljerte piktogram (Aphasia Institute, u.å.). Loft et al. (2022) så likevel at det av hensyn til organisatoriske faktorer som nevnt tidligere, samt sykepleierens holdninger, er utfordrende å få integrert denne metoden i praksis. En annen metode som har mange likhetstrekk med SCA-metoden, er alternativ og supplerende kommunikasjon. Metoden bygger på fenomenen som blant annet Light et al. (2019) har identifisert, fornemmelig at «personer med afasi kan ha stor nytte av visuelle scener, og at denne pasientgruppen tolker visuelle scener med kjente personer bedre enn visuelle scener uten personer» (Svartskuren, 2021). Lignende funn ble identifisert av Haley et al. (2013, 2019) som så at bildekort («Life Interest and Values» (LIV) cards), en type ASK-strategi, kan sørge for at pasienter med afasi får formidlet sine refleksjoner. Bildekortene gjorde at det

ble enklere å samtale med afasirammede om en rekke aktiviteter, samt bli bedre kjent med dem (Haley et al., 2013, 2019). Hvis en skal gå mer grunnleggende til verks, se bort i fra alle tekniske og praktiske hjelpemiddel, og se på hva som er av størst betydning i samhandling med pasient, må en se på det Martinsen definere som den relasjonelle og praktiske omsorgen (Martinsen, 2003a). Omsorg gjennom måten vi forholder oss til og møter pasienten – hvordan vi i de hverdagslige handlingene samhandler med pasient. For livet består hovedsakelig av hverdager og hverdagen er summen av alle følelsene vi sitter igjen med etter de små øyeblikkene. Dette gjelder også for pasienter innlagt på sykehus, uavhengig av tilstand (Fonn, 2021). Forskning viser at sykepleiere som er imøtekommende; våger å initiere småprat; og bruker humor, blir bedre likt og skaper sterkere relasjoner til både pasienter og kolleger (Hemsley & Balandin, 2014; Loft et al., 2022). En ser også at en i tilfeller (viz., Loft et al., 2022) hvor sykepleieren er bevist på egne holdninger, henvender seg direkte til pasient, og samtidig er til stede i øyeblikket, oppnår en mer avslappet atmosfære og færre misforståelser. Dette ses også i andre studier (Hemsley & Balandin, 2014; McGilton et al., 2018). For at kommunikasjonen mellom sykepleier og pasient skal fungere optimalt er det som tidligere nevnt, flere forhold som må tilrettelegges. Kommunikasjon med afasirammede innebærer mye mer enn å samtale med pasient, valg av kommunikasjonsstrategi eller -format. Kommunikasjonen skal være en form for samhandling, en prosess hvor begge parter er like mye verdt og får anledning til å komme med sine refleksjoner. Hvilken kommunikasjonsstrategi en velger er dermed på sett og vis verdiløs uten de riktige holdningene blant sykepleieren som anvender de (Loft et al., 2022). I Berntsen og Røstes (2010) utredelser om gruppe som metode i logopedisk rehabilitering, ser vi et prakt eksempel på nettopp dette:

Det var tydelig at kona mente at han ikke forsto, og at det ikke var noen vits i å snakke med ham. «Han er jo helt utafor likevel», var hennes fast replikk, også når han kunne høre hva hun sa. Hun ble invitert med i gruppa hans [...] [I gruppen] fikk hun oppleve hvordan Kåre kommuniserte med kroppsspråk, tegn, peking, bilder og til og med ordbilder, og tydelig viste at han fulgte med på det som skjedde rundt ham [...] Etter timen ble hun sittende alene igjen ved bordet, og vi kunne se at hun kjempet med tårene [...] «Jeg kan nesten ikke tro det jeg har sett. Jeg har gjort så mye galt, har ikke forstått hvordan han strever.» (Berntsen & Røste, 2010, s. 110-111).

Her skal det sies at utdraget omhandler en person med afasi og hans kone, men basert på funn i fra flere av studiene analysert i denne litteraturstudien vurderes historien å ha overførbar verdi (Hemsley & Balandin, 2014; Loft et al., 2022). Vi må som konen i dette

eksempelet, uansett hvor håpløs kommunikasjonen kan fremstå, aldri anta at motparten ikke forstår. Dersom vi velger å tale over hode på pasient og ikke inkludere pasient i diskusjoner som angår hans helse, løper vi en høy risiko for å bidra til å påføre pasienten mer lidelse, umyndiggjøre han og med det krenke hans verdighet. Dette kan dras paralleller til i Martinsens (2000, s. 18-41) refleksjoner rundt sykepleierens øye i møte med pasient og hans lidelse. Hvilket fokus har vi i øyeblikket – er vi observerende, sansende, tvilende, registrerende, eller streber vi mot å se helheten? «Det dreier seg om å se det betydningsfulle og sårbare i ethvert menneske (likhet) for å la den andre tre frem som seg selv (forskjellighet)» (Martinsen 2000, s. 41).

Selv om organisatoriske faktorer som nevnt tidligere legger føring for sykepleiers art og karakter synes det likevel som at den enkelte sykepleier, i hvert fall inntil en viss grad, i det daglige, er i posisjon til å utøve sykepleie etter sine egne tolkninger. Dette er tydelig i observasjoner av sykepleieres samhandlingspraksis i studien til Loft et al. (2022); hvor det i enkelte tilfeller fremstår som at sykepleieren forstår pasientens situasjon og kommer med de rette kommentarene, tatt i betraktning situasjonen og pasientens respons. Hvis en skal se nærmere på hva som ligger til grunn for sykepleierens forståelse av og relasjonelle tilnærming til pasient, er funnene i studien til Wiklund-Gustin og Wagner (2013) særs interessante. De fant at sykepleierens samhandling med og forståelse for pasients situasjon, samt grad av omsorg, arter seg fra sykepleierens forhold til og forståelse av seg selv. Kjennetegn på god sykepleie innebærer etter Wiklund-Gustin og Wagner (2013, s. 178-180) tolkninger, at sykepleieren er til stede i øyeblikket, med seg selv og den andre part; viser respekt for personens verdighet; har en ikke-dømmende holdning; er bevisst på det som blir sagt, både eksplisitt og implisitt; og er i stand til å vise medfølelse, for seg selv og den andre. Disse fortolkningene synes å samsvare godt med Martinsen (2000, 2003a, 2003b) omsorgsteori, som tidligere presentert.

Etter forholdene å bedømme synes det som at første forutsetning for å vise gode holdninger og etablere en sterk relasjon til pasient samt ivareta hans psykiske helse, er sykepleierens evne til å forstå og vise medlidenhet for pasient (Kogstad, 2011; Martinsen, 2000; Wiklund-

Gustin & Wagner, 2013). Dette gjelder i møte med enhver pasient og er på ingen måte unikt for møter med pasienter med kommunikasjonsutfordringer. Omsorgsfull pleie er heller ikke en intervensjon som går fra pleier til pasient, men mer et interpersonlig fenomen hvor sykepleieren får forståelse for pasienten som en unik person med unike erfaringer, sett ut ifra sykepleierens forståelse av seg selv og den kristne barmhjertigheten som sykepleie bygger på (Wiklund-Gustin & Wagner, 2013, s. 178; Hagemann 1930 i Martinsen, 2000, s.15). Videre er verdighet og respekt for den sykes lidelse en viktig forutsetning (Martinsen, 2018, s. 130-132; Wiklund-Gustin & Wagner, 2013). Sykepleieren må være bevisst på pasientens behov, men det er også av betydning at sykepleieren betrakter de verdiene som står på spill, både for pasient og seg selv (Martinsen, 2003b, s. 58-59; Wiklund-Gustin & Wagner, 2013, s. 179). Dersom sykepleieren ubevisst krenker pasientens verdighet, krenker han også seg selv (Wiklund-Gustin & Wagner, 2013, s. 179). Martinsen (2018, s. 131) referer til dette fenomenet som at en har fått «skamløsheten inn under huden». Dette innebærer at sykepleieren blir nummen for sanseintrykk og ikke lenger har skam på vegne for den lidende (Martinsen, 2018, s. 131). Vi er tilbake til rehabiliteringsforskriftens hensikt, fornemmelig å gjeninnsette verdighet i pasient (Forskrift om habilitering og rehabilitering, 2011). I sykepleie innebære verdighetsbevarelse å ta utgangspunkt i å forsvare pasientens interesser (Wiklund-Gustin & Wagner, 2013, s. 179). Samtidig er det ikke til å unngå at en som sykepleier ikke alltid vil kunne se situasjonen med utgangspunkt i pasientens perspektiv (Wiklund-Gustin & Wagner, 2013, s. 179). I slike tilfeller er det vesentlig å ha et åpent sinn og ikke overkjøre pasienten med sine egne «ekspert-meninger,» selv om det pasienten kommer med kan virke banalt (Wiklund-Gustin & Wagner, 2013, s. 179; Martinsen, 2000, s. 42).

### 5.3 Sammenhengen mellom afasi, kommunikasjon og psykisk helse

Resultater fra studien til Edelkraut et al. (2022) viser at nevropsykologiske symptom og psykiske lidelser, især angst og depresjon, er mer fremtredende blant pasienter som lider av hjerneslagsindusert afasi sammenlignet med øvrig befolkning. Prevalensen av angst og depresjonssymptomer blant afasirammede estimeres å være 44% og 43% (Edelkraut et al., 2022, s. 456; Zanella et al., 2022, s. 7). Det er bred konsensus om at psykisk helse må prioriteres, likevel er en usikre på hvordan det skal gjennomføres i praksis (Baker, Worrall, et al., 2021, s. 221). En mangler tilgang på relevante kartleggingsverktøy og

kommunikasjonshjelpemiddel (Baker, Rose, et al., 2021; Baker, Worrall, et al., 2021; Edelkraut et al., 2022; Loft et al., 2022). Videre ses fraværet av standardiserte farmakologiske og terapeutiske behandlingsmetoder som spesielt utfordrende (Edelkraut et al., 2022). Kombinasjonen av afasi og psykiske utfordringer påvirker en persons evne til å være sosial (Edelkraut et al., 2022). Med utgangspunkt i Young (2008) sin teori om at mennesket er grunnleggende sosialt bør dette ses på som en kilde til bekymring. Møter med andre mennesker er en av de største og viktigste delene av våre liv. Dette ses især i studien til Robb et al. (2020, s. 8), hvor en framhever en persons subjektive opplevelse av ensomhet og sammenhengen med forverrelse av angst og depresjon, da spesielt under koronapandemiens nedstengninger. Ifølge den amerikanske filosofen George H. Mead (1934) er det i sosiale interaksjoner at individet utvikler sin identitet og får bekreftet sin verdighet. Gjennom eksponering for andre personers holdninger og selvpresentasjoner utfordres ens egne antagelser og identiteten videreutvikles (Mead, 1934). Ved eksklusjon fra dette sosiale fellesskapet som afasi ofte medfører er det lett å føle at en står alene og at ens meninger ikke lenger har så stor betydning (Berg, 2010; Christensen, 1997). Gjentatte erfaringer med kommunikasjonssvikt, krenkelse og neglekt fører over tid til at den afasirammede gradvis blir mer sosialt isolert og at de psykiske plagene blir mer fremtredende (Davidson et al., 2008; Edelkraut et al., 2022; Hilari & Byng, 2009; Isaki & Turkstra, 2000; Northcott et al., 2021). Dersom en velger å trekke paralleller mellom den afasirammedes påtvungne sosiale isolasjon – gjennom tilstandens kommunikasjonsutfordringer, og rapportert statistikk om ensomhet under koronapandemien – hvor alle i samfunnet ble tvunget til en form for sosial isolasjon og rapporter om ensomhet gikk fra 2% før pandemien, til 20% under (Robb et al. 2020, s. 8); er det ikke urimelig å anta at muligheten for å være sosial er essensiell for vår opplevelse av psykiske helse. Dette støttes av forskning, som viser at sosial isolasjon og ensomhet er sterkt assosiert med angst, depresjon, selvskadning og selvmordsforsøk gjennom alle deler av livet (Cornwell & Waite, 2009; Elovainio et al., 2017; Matthews et al., 2019). Den enkleste måten å motvirke dette på, som resultater fra forskning indikerer, er at sykepleieren i de alminnelige samtalene med pasient er bevist på hvordan han møter og kommuniserer med pasient (Baker, Rose, et al., 2021; Baker et al., 2018; Baker, Worrall, et al., 2021; Hemsley & Balandin, 2014; Loft et al., 2022; McGilton et al., 2018).

Ifølge Martinsen (2000) kan sykepleieren enten være registrerende eller sansende i møte med pasient. Som en ser i studien til Loft et al. (2022) har sykepleie lett for å bli til en automatisert prosess, hvor sykepleieroppgavene og pasientkommunikasjonen reduseres til ubevisste og registrerende handlinger. Når sykepleien operer med det registrerende øyet stiller en seg i en utenfor-positjon og det fokuseres det på å klassifisere, fremfor å forstå (Martinsen, 2000, s. 34-36). Da reduseres mennesket lett til et objekt og pasientens subjektive opplevelser som smerte, lidelse og håp blir oversett. Konsekvensen av dette er at mennesket vil kunne føle seg lite og ubetydelig. Sett i betraktning av Skorpen (2020, s. 137) sin tolkning av Katie Eriksson, en teoretiker med flere fellestrekk med Martinsen; fremgår det at hverdagen for de fleste er preget av situasjoner hvor våre avgjørelser får konsekvenser for andre mennesker. At sykepleieren med sine handlinger, enten kan bidra til å styrke eller svekke pasientens opplevelse av verdighet (Skorpen, 2020, s. 137). Loft et al. (2022) så at små ting, som at sykepleiere hilser; presentere seg med navn; og med sitt kroppsspråk viser at de har tid til å lytte til det pasienten har å si; har stor betydning for pasientens opplevelse av verdighet.

Kari Martinsen (2003b, s 47) stadfester at forholdet mellom mennesker er preget av makt og avhengighet, og moralen spiller en rolle i forvaltningen av makt og avhengighet, samt at det i møtet med andre mennesker ofte vil være en ubalanse i dette maktforholdet. Sykepleiere behøver å minnes på sin makt, for i forholdet mellom sykepleier og pasient er det sykepleieren som sitter på makten og bestemmer hvilken retning samtalene skal ta (Baker et al., 2018; Hemsley & Balandin, 2014, s. 336). Loft et al. (2022) sine funn viser at vi har behov for å jobbe med vår kommunikasjonspraksis, våre holdninger og vår kompetanse for å sikre at denne pasientgruppen får den hjelpen og støtten de har behov for. Tilsvarende funn ses i andre studier (Baker, Rose, et al., 2021; Baker, Worrall, et al., 2021; Hemsley & Balandin, 2014).

Vi er travle individualister i Norge og i slike samfunn kan en lett bli ensom (Markvoll, 2018). Tilstanden er ikke noe annerledes på sykehus, og som vi ser i flere studier faller det ikke alltid til rette for at sykepleieren skal kunne tilfredsstillende den afasirammede psykososiale

behov (Baker, Rose, et al., 2021; Baker et al., 2018; Baker, Worrall, et al., 2021; Hemsley & Balandin, 2014; Loft et al., 2022). I sykepleierhverdagen møter vi mange menneskene som trenger hjelp, og det er ikke alltid like enkelt å vite hvilken hjelp som er riktig å gi i den gitte situasjon. Noen ganger er det helt opplagt, men i møte med pasienter med afasi vil dette kunne være vanskelig (Loft et al., 2022). På sykehus har vi et ufattelig stort fokus på vekstomsorg, selvhjelpenhet og de praktiske sidene av sykdom (Martinsen, 2003b). Men kanskje er det noen som ser og lytter, som er det største behovet for pasient i øyeblikket? I en studie gjennomført i Zimbabwe fant de at hyppige samtaler med lekfolk som hadde fått en kort innføring i rådgiving og kunnskap om psykiske lidelser kunne ha like bra, om ikke bedre effekt på personers psykiske helse sammenlignet med standard behandling av sertifisert helsepersonell (Chibanda et al., 2016). Lignende tendenser er identifisert av Kogstad (2011) i hennes doktorgradsavhandling. Hun fant at brukere av psykiatritjenester i Norge er mest opptatt av å skape en god relasjon med et annet menneske (Kogstad, 2011). Sykepleieren bør i sin samhandling med pasienter med afasi etterstrebe å danne en god relasjon. Gjennom å erfare at han blir sett og hørt, vil pasienten, som diskutert tidligere, kunne oppleve at hans verdighet blir gjeninnsatt og hans psykiske helse bedres. «Sykepleie har lite for seg hvis den blir ren teknikk, hvis hjertelaget mangler i det en gjør. For da mangler den virkende kraft hos sykepleieren, den medfølende tanke og fantasi» (Hagemann 1930 i Martinsen, 2000, s. 15). Tatt i betraktning Platon sin filosofi om at kroppen og sinnet er dypt sammenkoblet og at den største feilen helsesystemet gjør er å dele kroppen og psyken i to – synes denne litteraturstudiens funn om manglende fokus på sosial og psykisk støtte i rehabilitering etter hjerneslag å være uheldig.



## 6 Konklusjon

Sykepleieres kommunikasjonspraksis med afasirammede innlagt på sykehus påvirkes av en rekke faktorer og dette har betydning for hvilken pleie og omsorg pasienter med afasi innlagt på sykehus får. Tidspres, kombinert med manglende tilgang på og kunnskap om kommunikasjonsverktøy synes å være noen av de største utfordringene, men sykepleierens holdninger spiller også inn. Samlet impliserer funn fra denne litteraturstudien at en ved fokus på å utvikle bedre kommunikasjons- og samhandlingspraksis kan styrke forholdet mellom sykepleier og pasient, samt redusere noen av de depressive og angstrelaterte symptomene til pasient. Implikasjoner for praksis synes dermed å være at sykepleieren, som strekker seg etter å lykkes i sin kommunikasjon med afasirammede, vil kunne ha positiv innvirkning på pasientens opplevelse av mestring, verdighet og sosial tilhørighet. Komponenter som er av betydning for en persons psykisk helse og livskvalitet. Videre synes det som at en vil være tjent med mer forskning på sammenhengen mellom sykepleier-pasient kommunikasjon og pasientens psykiske helse.

## Referanser

- Aben, I., Denollet, J., Lousberg, R., Verhey, F., Wojciechowski, F. & Honig, A. (2002). Personality and Vulnerability to Depression in Stroke Patients. *Stroke*, 33(10), 2391–2395. <https://doi.org/10.1161/01.STR.0000029826.41672.2E>
- Andersen, A. J. W. (2023, 27. januar). Psykisk helse. I *Store medisinske leksikon*. [https://sml.snl.no/psykisk\\_helse](https://sml.snl.no/psykisk_helse)
- Aphasia Institute. (u.å.). *Communication Tools: Communicative Access & Supported Conversation for Adults With Aphasia (SCA™)*. Hentet 8. mars 2023 fra <https://www.aphasia.ca/communication-tools-communicative-access-sca/>
- Baker, C., Rose, M. L., Ryan, B. & Worrall, L. (2021). Barriers and facilitators to implementing stepped psychological care for people with aphasia: Perspectives of stroke health professionals. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 28(8), 581–593. <https://doi.org/10.1080/10749357.2020.1849952>
- Baker, C., Worrall, L., Rose, M., Hudson, K., Ryan, B. & O'Byrne, L. (2018). A systematic review of rehabilitation interventions to prevent and treat depression in post-stroke aphasia. *Disability and Rehabilitation*, 40(16), 1870–1892. <https://doi.org/10.1080/09638288.2017.1315181>
- Baker, C., Worrall, L., Rose, M. & Ryan, B. (2021). Stroke health professionals' management of depression after post-stroke aphasia: A qualitative study. *Disability and Rehabilitation*, 43(2), 217–228. <https://doi.org/10.1080/09638288.2019.1621394>
- Banda, Z., Simbota, M. & Mula, C. (2022). Nurses' perceptions on the effects of high nursing workload on patient care in an intensive care unit of a referral hospital in Malawi: A qualitative study. *BMC Nursing*, 21(1), 136. <https://doi.org/10.1186/s12912-022-00918-x>
- Barnard, R., Jones, J. & Cruice, M. (2022). When interactions are interruptions: An ethnographic study of information-sharing by speech and language therapists and nurses on stroke units. *Disability and Rehabilitation*, 44(14), 3590–3600. <https://doi.org/10.1080/09638288.2021.1871785>
- Bekkhus-Wetterberg, P., Brækhus, A., Müller, E. G., Norvik, M. I., Winsnes, I. E. & Wyller, T. B. (2022). Primær progressiv afasi. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.22.0100>
- Berg, K. (2010). «Man lærer seg jo å leve dette livet også...»: Kan livskvalitet påvirkes gjennom bruk av Støttet samtale. I M. Lind, L. Haaland-Johansen, M. I. K. Knoph & E. Qvenild (Red.), *Afasi—Et praksistrettet perspektiv*. Novus forlag.
- Berntsen, M. & Røste, I. (2010). «Vent litt, nå er det min tur!»: Bruk av grupper i afasirehabilitering. I M. Lind, L. Haaland-Johansen, M. I. K. Knoph & E. Qvenild (Red.), *Afasi—Et praksisrettet perspektiv* (ss. 105–119). Novus forlag.

- Berthier, M. L. (2005). Poststroke aphasia: Epidemiology, pathophysiology and treatment. *Drugs & Aging*, 22(2), 163–182. <https://doi.org/10.2165/00002512-200522020-00006>
- Cahana-Amitay, D., Albert, M. L., Pyun, S.-B., Westwood, A., Jenkins, T., Wolford, S. & Finley, M. (2011). Language as a Stressor in Aphasia. *Aphasiology*, 25(2), 593–614. <https://doi.org/10.1080/02687038.2010.541469>
- Chan, E. A., Wong, F., Cheung, M. Y. & Lam, W. (2018). Patients' perceptions of their experiences with nurse-patient communication in oncology settings: A focused ethnographic study. *PLOS ONE*, 13(6), e0199183. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0199183>
- Chibanda, D., Weiss, H. A., Verhey, R., Simms, V., Munjoma, R., Rusakaniko, S., Chingono, A., Munetsi, E., Bere, T., Manda, E., Abas, M. & Araya, R. (2016). Effect of a Primary Care-Based Psychological Intervention on Symptoms of Common Mental Disorders in Zimbabwe: A Randomized Clinical Trial. *JAMA*, 316(24), 2618–2626. <https://doi.org/10.1001/jama.2016.19102>
- Christensen, A.-L. (1997). Communication in relation to self-esteem. *Aphasiology*, 11(7), 727–734. <https://doi.org/10.1080/02687039708249419>
- Conroy, S. K., Brownlowe, K. B. & McAllister, T. W. (2020). Depression Comorbid With Stroke, Traumatic Brain Injury, Parkinson's Disease, and Multiple Sclerosis: Diagnosis and Treatment. *FOCUS*, 18(2), 150–161. <https://doi.org/10.1176/appi.focus.20200004>
- Cornwell, E. Y. & Waite, L. J. (2009). Social disconnectedness, perceived isolation, and health among older adults. *Journal of Health and Social Behavior*, 50(1), 31–48. <https://doi.org/10.1177/002214650905000103>
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Gyldendal akademisk.
- Davidson, B., Howe, T., Worrall, L., Hickson, L. & Togher, L. (2008). Social participation for older people with aphasia: The impact of communication disability on friendships. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 15(4), 325–340. <https://doi.org/10.1310/tsr1504-325>
- De nasjonale forskningsetiske komiteene [FEK]. (2014). *Generelle forskningsetiske retningslinjer*. <https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/generelle/>
- Donnellan, C., Hickey, A., Hevey, D. & O'Neill, D. (2010). Effect of mood symptoms on recovery one year after stroke. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 25(12), 1288–1295. <https://doi.org/10.1002/gps.2482>
- Edelkraut, L., López-Barroso, D., Torres-Prioris, M. J., Starkstein, S. E., Jorge, R. E., Aloisi, J., Berthier, M. L. & Dávila, G. (2022). Spectrum of neuropsychiatric symptoms in chronic post-stroke aphasia. *World Journal of Psychiatry*, 12(3), 450–469. <https://doi.org/10.5498/wjp.v12.i3.450>
- Eide, H. & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner—Samhandling, konfliktløsning, etikk*

(2. utg.). Gyldendal akademisk.

Elovainio, M., Hakulinen, C., Pulkki-Råback, L., Virtanen, M., Josefsson, K., Jokela, M., Vahtera, J. & Kivimäki, M. (2017). Contribution of risk factors to excess mortality in isolated and lonely individuals: An analysis of data from the UK Biobank cohort study. *The Lancet. Public Health*, 2(6), e260–e266. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(17\)30075-0](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(17)30075-0)

etymonline. (u.å.). *Aphasia | Etymology, origin and meaning of aphasia by etymonline*. Hentet 14. februar 2023 fra <https://www.etymonline.com/word/aphasia>

Finke, E. H., Light, J. & Kitko, L. (2008). A systematic review of the effectiveness of nurse communication with patients with complex communication needs with a focus on the use of augmentative and alternative communication. *Journal of Clinical Nursing*, 17(16), 2102–2115. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02373.x>

Folkehelseinstituttet. (2016). *Språktrening etter slag bedrer trolig evnen til å kommunisere*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/publ/2016/spraktrening-etter-slag-bedrer-trolig-evnen-til-a-kommunisere/>

Fonn, M. (2021). – Intensiven var mitt hjem. *Sykepleien*, 109(5), 20–34.

Forskrift om habilitering og rehabilitering. (2011). *Forskrift om habilitering, rehabilitering og koordinator* (FOR-2011-12-16-1256). Helse- og omsorgsdepartementet. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256>

Gillham, S. & Clark, L. (2011). *Psychological care after stroke: Improving stroke services for people with cognitive and mood disorders*. National Health Service [NHS]. [https://www.nice.org.uk/media/default/sharedlearning/531\\_strokepsychologicalsupportfinal.pdf](https://www.nice.org.uk/media/default/sharedlearning/531_strokepsychologicalsupportfinal.pdf)

Gjerstad, L. (2023, 27. januar). Afasi. I *Store medisinske leksikon*. <http://sml.snl.no/afasi>

Glasziou, P. & Heneghan, C. (2009). A spotter's guide to study designs. *BMJ Evidence-Based Medicine*, 14(2), 37–38. <https://doi.org/10.1136/ebm.14.2.37-a>

Gonzalez, M. T. (2020). Sykepleiefaglige perspektiver ved psykiske lidelser. I M. T. Gonzalez (Red.), *Psykiske lidelser: Faglig forståelse og terapeutisk tilnærming* (ss. 44–56). Gyldendal akademisk.

Gordon, M. B., Melvin, P., Graham, D., Fifer, E., Chiang, V. W., Sectish, T. C. & Landrigan, C. P. (2011). Unit-based care teams and the frequency and quality of physician-nurse communications. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 165(5), 424–428. <https://doi.org/10.1001/archpediatrics.2011.54>

Grønseth, R. & Jerpseth, H. (2019). *Bacheloroppgaven i sykepleie—Praktiske råd i skriveprosessen*. Fagbokforlaget.

Haley, K. L., Womack, J., Helm-Estabrooks, N., Lovette, B. & Goff, R. (2013). Supporting Autonomy for People with Aphasia: Use of the Life Interests and Values (LIV) Cards.

- Topics in Stroke Rehabilitation*, 20(1), 22–35. <https://doi.org/10.1310/tsr2001-22>
- Haley, K. L., Womack, J. L., Harmon, T. G., McCulloch, K. L. & Faldowski, R. A. (2019). Life activity choices by people with aphasia: Repeated interviews and proxy agreement. *Aphasiology*, 33(6), 710–730. <https://doi.org/10.1080/02687038.2018.1506087>
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* (LOV-2011-06-24-30). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Helseforskningsloven. (2008). *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning* (LOV-2008-06-20-44). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Hemsley, B. & Balandin, S. (2014). A metasynthesis of patient-provider communication in hospital for patients with severe communication disabilities: Informing new translational research. *Augmentative and Alternative Communication (Baltimore, Md.: 1985)*, 30(4), 329–343. <https://doi.org/10.3109/07434618.2014.955614>
- Heyn, L. G. (2018). *Klinisk kommunikasjon i sykepleie* (1. utg.). Gyldendal akademisk.
- Hilari, K. & Byng, S. (2009). Health-related quality of life in people with severe aphasia. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 44(2), 193–205. <https://doi.org/10.1080/13682820802008820>
- House, A., Knapp, P., Bamford, J. & Vail, A. (2001). Mortality at 12 and 24 months after stroke may be associated with depressive symptoms at 1 month. *Stroke*, 32(3), 696–701. <https://doi.org/10.1161/01.str.32.3.696>
- Isaki, E. & Turkstra, L. (2000). Communication abilities and work re-entry following traumatic brain injury. *Brain Injury*, 14(5), 441–453. <https://doi.org/10.1080/026990500120547>
- Jaroonpipatkul, C., Onwana, J., Tunvirachaisakul, C., Jittapiromsak, N., Rakvongthai, Y., Chutinet, A., Supasitthumrong, T. & Maes, M. (2022). Depressive symptoms due to stroke are strongly predicted by the volume and location of the cerebral infarction, white matter hyperintensities, hypertension, and age: A precision nomothetic psychiatry analysis. *Journal of Affective Disorders*, 309, 141–150. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.04.041>
- Juklestad, S. I. & Aarre, T. F. (2018). Bredden i det psykiske helsearbeidet. I T. F. Aarre (Red.), *Psykiatri for helsefag* (2. utg., ss. 54–68). Fagbokforlaget.
- Katan, M. & Luft, A. (2018). Global Burden of Stroke. *Seminars in Neurology*, 38(2), 208–211. <https://doi.org/10.1055/s-0038-1649503>
- Kauhanen, M.-L., Korpelainen, J. T., Hiltunen, P., Brusin, E., Mononen, H., Määttä, R., Nieminen, P., Sotaniemi, K. A. & Myllylä, V. V. (1999). Poststroke Depression Correlates With Cognitive Impairment and Neurological Deficits. *Stroke*, 30(9), 1875–

1880. <https://doi.org/10.1161/01.STR.30.9.1875>
- Kennedy, J. M., Granato, D. A. & Goldfine, A. M. (2015). Natural History of Poststroke Apathy During Acute Rehabilitation. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 27(4), 333–338. <https://doi.org/10.1176/appi.neuropsych.15010001>
- Kildekompasset. (u.å.). *Kildekritikk*. Kildekompasset. Hentet 13. februar 2023 fra <https://kildekompasset.no/kildekritikk/>
- Kirkevold, M. (2014). Hjerneslag. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., ss. 464–479). Gyldendal akademisk.
- Kirkevold, M. (2020). Hjerneslag. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (3. utg., ss. 472–490). Gyldendal akademisk.
- Kogstad, R. E. (2011). *Fortellinger fra andre posisjoner – med brukererfaring fra psykisk helsefeltet og en gyldig stemme i politikk og kunnskapsdannelse* [Doktorgradsavhandling]. Institutt for klinisk medisin.
- Kristoffersen, N. J. (2016a). Sykepleiefagets teoretiske utvikling—En historisk reise. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie, bind 3: Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg., ss. 15–80). Gyldendal akademisk.
- Kristoffersen, N. J. (2016b). Sykepleierens ansvar og arbeidsområder i helsetjenesten. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie, bind 1: Sykepleie—Fag og funksjon* (3. utg., ss. 193–265). Gyldendal akademisk.
- Light, J., Wilkinson, K. M., Thiessen, A., Beukelman, D. R. & Fager, S. K. (2019). Designing effective AAC displays for individuals with developmental or acquired disabilities: State of the science and future research directions. *Augmentative and Alternative Communication (Baltimore, Md.: 1985)*, 35(1), 42–55. <https://doi.org/10.1080/07434618.2018.1558283>
- Loft, M. I., Volck, C. & Jensen, L. R. (2022). Communicative and Supportive Strategies: A Qualitative Study Investigating Nursing Staff's Communicative Practice With Patients With Aphasia in Stroke Care. *Global Qualitative Nursing Research*, 9, 23333936221110804. <https://doi.org/10.1177/23333936221110805>
- Markvoll, C. A. M. (2018). En god samtale kan være medisinen som virker. *Sykepleien*. <https://sykepleien.no/meninger/innspill/2018/02/en-god-samtale-kan-vaere-medisinen-som-virker>
- Martinsen, K. (2000). *Øyet og kallet*. Fagbokforlaget.
- Martinsen, K. (2003a). *Fra Marx til Løgstrup* (2. utg.). Universitetsforlaget.

- Martinsen, K. (2003b). *Omsorg, sykepleie og medisin* (2. utg.). Universitetsforlaget.
- Martinsen, K. (2018). *Bevegelig berørt*. Fagbokforlaget.
- Mathiesen, L. L., Forchhammer, H., Iversen, H. K. & Jensen, L. R. (2014). Nyt redskab til kommunikation med afasiramte. *Sygeplejersken*, (11), 66–69.
- Matthews, T., Danese, A., Caspi, A., Fisher, H. L., Goldman-Mellor, S., Kopa, A., Moffitt, T. E., Odgers, C. L. & Arseneault, L. (2019). Lonely young adults in modern Britain: Findings from an epidemiological cohort study. *Psychological Medicine*, 49(2), 268–277. <https://doi.org/10.1017/S0033291718000788>
- McCurley, J. L., Funes, C. J., Zale, E. L., Lin, A., Jacobo, M., Jacobs, J. M., Salgueiro, D., Tehan, T., Rosand, J. & Vranceanu, A.-M. (2019). Preventing Chronic Emotional Distress in Stroke Survivors and Their Informal Caregivers. *Neurocritical Care*, 30(3), 581–589. <https://doi.org/10.1007/s12028-018-0641-6>
- McGilton, K. S., Sorin-Peters, R., Rochon, E., Boscart, V., Fox, M., Chu, C. H., Stewart, S. C. & Sidani, S. (2018). The effects of an interprofessional patient-centered communication intervention for patients with communication disorders. *Applied Nursing Research: ANR*, 39, 189–194. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2017.11.017>
- Mead, G. H. (1934). *Mind, Self, and Society from the Standpoint of a Social Behaviorist*. University of Chicago Press.
- Meld. St. 38 (2020-2021). *Nytte, ressurs og alvorlighet—Prioritering i helse- og omsorgstjenesten*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-38-20202021/id2862026/>
- Merriam-Webster. (u.å.). Reciprocity. I *Merriam-Webster*. Hentet 16. mars 2023 fra <https://www.merriam-webster.com/dictionary/reciprocity>
- National Aphasia Association. (u.å.-a). Aphasia Definitions. *National Aphasia Association*. Hentet 14. februar 2023 fra <https://www.aphasia.org/aphasia-definitions/>
- National Aphasia Association. (u.å.-b). Broca's (Expressive) Aphasia. *National Aphasia Association*. Hentet 14. februar 2023 fra <https://www.aphasia.org/aphasia-resources/brocas-aphasia/>
- National Institute on Deafness and Other Communication Disorders [NIDCD]. (2017, 6. mars). *What Is Aphasia? — Types, Causes and Treatment*. <https://www.nidcd.nih.gov/health/aphasia>
- Norsk hjerneslagsregister. (2021). *Årsrapport for 2021*. <https://www.kvalitetsregistre.no/sites/default/files/2022-06/%C3%85rsrapport%202021%20Norsk%20hjerneslagregister.pdf>
- Norsk sykepleierforbund [NSF]. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*. <https://www.nsf.no/etikkk-0/yrkesetiske-retningslinjer>

- Northcott, S., Simpson, A., Thomas, S., Barnard, R., Burns, K., Hirani, S. P. & Hilari, K. (2021). "Now I Am Myself": Exploring How People With Poststroke Aphasia Experienced Solution-Focused Brief Therapy Within the SOFIA Trial. *Qualitative Health Research*, 31(11), 2041–2055. <https://doi.org/10.1177/10497323211020290>
- O'Halloran, R., Worrall, L. E. & Hickson, L. (2009). The number of patients with communication related impairments in acute hospital stroke units. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 11(6), 438–449. <https://doi.org/10.3109/17549500902741363>
- Opplæringslova. (1998). *Lov om grunnskolen og den videregående opplæringa* (LOV-1998-07-17-61). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1998-07-17-61>
- Oslo universitetssykehus. (2022, 22. august). *Pasienter på sykehus har ofte angst og depresjon*. Oslo universitetssykehus. <https://oslo-universitetssykehus.no/avdelinger/klinikk-psykisk-helse-og-avhengighet/pasienter-pa-sykehus-har-ofte-angst-og-depresjon>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Persvold, A. Z. (2023, 24. januar). Resiprok. I *Store norske leksikon*. <https://snl.no/resiprok>
- Qvenild, M., Haukeland, I., Haaland-Johansen, L., Knoph, M. I. K. & Lind, M. (2010). Afasi og afasirehabilitering. I M. Lind, L. Haaland-Johansen, M. I. K. Knoph & E. Qvenild (Red.), *Afasi—Et praksistrettet perspektiv* (ss. 23–41). Novus forlag.
- Rime, A.-K. (2023). Nå slår helsetjenesten sprekker. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.23.02.11>
- Risvoll, H. (2014). *Psykiske endringer etter hjerneslag* [Forelesning]. <https://www.legeforeningen.no/contentassets/896242250066476ca87ec70f8558cbc/psykiske-endringer-etter-hjerneslagpsykit.pdf>
- Robb, C. E., de Jager, C. A., Ahmadi-Abhari, S., Giannakopoulou, P., Udeh-Momoh, C., McKeand, J., Price, G., Car, J., Majeed, A., Ward, H. & Middleton, L. (2020). Associations of Social Isolation with Anxiety and Depression During the Early COVID-19 Pandemic: A Survey of Older Adults in London, UK. *Frontiers in Psychiatry*, 11. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsy.2020.591120>
- Robert, P. H., Claret, S., Benoit, M., Koutaich, J., Bertogliati, C., Tible, O., Caci, H., Borg, M., Brocker, P. & Bedoucha, P. (2002). The apathy inventory: Assessment of apathy and awareness in Alzheimer's disease, Parkinson's disease and mild cognitive impairment. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 17(12), 1099–1105. <https://doi.org/10.1002/gps.755>
- Santos, A. C. & Ferro, J. M. (2019). Profile of Anger in Acute Stroke: A Multifactorial Model of Anger Determinants. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 31(2), 159–164. <https://doi.org/10.1176/appi.neuropsych.18030037>



- Santos, C. O., Caeiro, L., Ferro, J. M., Albuquerque, R. & Luísa Figueira, M. (2006). Anger, hostility and aggression in the first days of acute stroke. *European Journal of Neurology*, 13(4), 351–358. <https://doi.org/10.1111/j.1468-1331.2006.01242.x>
- Shehata, G. A., El Mistikawi, T., Risha, A. S. K. & Hassan, H. S. (2015). The effect of aphasia upon personality traits, depression and anxiety among stroke patients. *Journal of Affective Disorders*, 172, 312–314. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.10.027>
- Singh, K. (2021, 28. oktober). *World Stroke Day*. World Health Organization [WHO]. <https://www.who.int/southeastasia/news/detail/28-10-2021-world-stroke-day>
- Skorpen, F. (2020). Det vanskelige i de vanlige små ting, og dets betydning for etisk omsorg. I A. Rehnsfeldt & M. Arman (Red.), *Klinisk vårdvetenskap: Vårdande på teoretisk grund* (ss. 137–152). Liber AB.
- Solomon, N. A., Glick, H. A., Russo, C. J., Lee, J. & Schulman, K. A. (1994). Patient preferences for stroke outcomes. *Stroke*, 25(9), 1721–1725. <https://doi.org/10.1161/01.str.25.9.1721>
- Sund, T. A. (2022). *Forskningsetikk og nye forskningsetiske retningslinjer*. Utdanningsforbundet. <https://www.utdanningsforbundet.no/var-politikk/publikasjoner/2022/forskningsetikk-og-nye-forskningsetiske-retningslinjer/>
- Svartskuren, J. (2021, 1. juni). *Personer med afasi har behov for ASK*. Kunnskapsbanken. <https://www.kunnskapsbanken.net/personer-med-afasi-har-behov-for-ask/>
- Thidemann, I.-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (1. utg.). Universitetsforlaget.
- Thommessen, B. & Wyller, T. B. (2007). Sykehusbasert rehabilitering etter hjerneslag. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. <https://tidsskriftet.no/2007/05/tema-hjerneslag/sykehusbasert-rehabilitering-etter-hjerneslag>
- Torres-Prioris, M. J., López-Barroso, D., Paredes-Pacheco, J., Roé-Vellvé, N., Dawid-Milner, M. S. & Berthier, M. L. (2019). Language as a Threat: Multimodal Evaluation and Interventions for Overwhelming Linguistic Anxiety in Severe Aphasia. *Frontiers in Psychology*, 10, 678. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00678>
- Wergeland, A., Ryen, S. & Ødegaard-Olsen, T. G. (2016). Sykepleie ved hjerneslag. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie, bind 2* (5. utg., ss. 303–328). Gyldendal akademisk.
- Wiklund-Gustin, L. & Wagner, L. (2013). The butterfly effect of caring—Clinical nursing teachers' understanding of self-compassion as a source to compassionate care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27(1), 175–183. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2012.01033.x>
- World Health Organization [WHO]. (2022, 17. juni). *Mental health*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening->

our-response

Young, S. N. (2008). The neurobiology of human social behaviour: An important but neglected topic. *Journal of Psychiatry & Neuroscience : JPN*, 33(5), 391–392.

Zanella, C., Laures-Gore, J., Dotson, V. M. & Belagaje, S. R. (2022). Incidence of post-stroke depression symptoms and potential risk factors in adults with aphasia in a comprehensive stroke center. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 1–11.  
<https://doi.org/10.1080/10749357.2022.2070363>

## Vedlegg

### Vedlegg 1: PICO-skjema med søkeord

|                        | POPULATION   | INTERVENTION  | COMPARISON                                   | OUTCOMES   |
|------------------------|--|---|--|--|
| <b>PROBLEMSTILLING</b> | Beskriv den typen pasienter du er interessert i                              | Hvilke tiltak handler det om?   | Hvilke alternativ finnes til dette tiltaket? | Hvordan kan tiltaket påvirke ulike utfall?   |
|                        | Pasienter med afasi, hjerneslag, over 18 år, under 75 år                     | Kommunikasjon mellom sykepleier og pasienter med afasi på sykehus eller rehabiliteringsavdeling | Ikke anvendt                                 | Forbedre kommunikasjonen, øke brukermedvirkningen, bedre psykisk helse   |
| <b>SØKEORD</b>         | «Aphasia», «Apoplexia», «Cerebrovascular Accident», «Stroke», «Brain injury» | «Communication», «Communicating», «Nurse», «Health Care Professionals/Staff», «Care/caring»     |  | «Autonomy», «Patient Involvement», «Patient Participation», «Self-Participation», «Self-Determination», «Mental Health», «Neuropsychiatric symptoms», «Emotional well-being», «Psychological Health», «Depression», «Anxiety», «Behavioral Disorder» |

## Vedlegg 2: Fullstendig søketabell

| DATABASE/DATO | SØK | SØKEORD:  | AVGRENSNING                                   | ANTALL TREFF | LESTE<br>SAMMENDRAG | LESTE ARTIKLER | ARTIKKEL NR. +<br>ARTIKKELFORFATT<br>ER AV<br>INKLUDERTE<br>ARTIKLER |
|---------------|-----|---|---|--------------|---------------------|----------------|--|
| CINAHL/30.01  | S1  | «Stroke» OR<br>«Aphasia,<br>Transcortical<br>Sensory» OR<br>«Aphasia,<br>Conduction» OR<br>«Aphasia, Broca»<br>OR «Aphasia,<br>Transcortical<br>Motor» OR<br>«Aphasia,<br>Wernicke» OR<br>«Aphasia» OR<br>«Stroke Patients» | Fagfellevurdert<br><br>Årstall: 2013-<br>2023 | 37 747       |                     |                |  |
|               | S2  | «Practical Nurses»<br>OR «Nursing Staff,<br>Hospital» OR<br>«Staff Nurses»  |   | 12 708       |                     |                |  |
|               | S3  | «Autonomy» OR<br>«Communication»<br>OR «Patient<br>Autonomy» OR<br>«Relational<br>Autonomy» OR<br>«Professional<br>Autonomy»  |   | 52 640       |                     |                |  |
|               | S4  | S1 AND S2 AND S3  |   |              |                     |                |  |
|               | S5  | «Communication»   |   | 92,315       |                     |                |  |
|               | S6  | S1 AND S2 AND S5  |   | 11           | 6                   | 4              | 2. (A) Loft et al., 2022   |

|              |     |  |  |         |    |    |   |
|--------------|-----|--|--|---------|----|----|---|
| PUBMED/01.02 | S7  | «Stroke» OR<br>«Aphasia,<br>Conduction» OR<br>«Aphasia, Broca»<br>OR «Aphasia,<br>Wernicke» OR<br>«Aphasia» OR<br>«Stroke Patients»  | Engelsk, norsk<br>eller dansk<br>språklig<br><br>Årstall: 2013-<br>2023<br><br>Fulltekst | 409 652 |    |    |   |
|              | S8  | «Nurse» OR<br>«Nursing Staff,<br>Hospital» OR<br>«Staff Nurses»  |  | 267 403 |    |    |   |
|              | S9  | «Communication»<br>OR «Autonomy»<br>OR «Patient<br>Autonomy» OR<br>«Relational<br>Autonomy» OR<br>«Professional<br>Autonomy» OR<br>«Patient<br>involvement»  |  | 536 304 |    |    |   |
|              | S10 | S7 AND S8 AND S9   |  | 92      | 17 | 10 | 5. (B) Hemsley &<br>Balandin, 2014.<br><br>28. (C) McGilton et al.,<br>2018.  |
| PUBMED/10.02 | S11 | «Aphasia» AND<br>«Communication»<br>AND («Mental<br>Health» OR<br>«Neuropsychiatric<br>symptoms» OR<br>«Emotional well-<br>being» OR<br>«Psychological<br>Health» OR<br>«Depression» OR<br>«Anxiety» OR<br>«Behavioral<br>Disorder») | Engelsk, norsk<br>eller dansk<br>språklig<br><br>Årstall: 2013-<br>2023<br><br>Fulltekst | 108     | 25 | 9  | 42. (D) Baker, Worrall<br>et al., 2021.<br><br>60. (E) Baker, Rose et<br>al., 2021.<br><br>7. (F) Edelkraut et al.,<br>2022 |
|              |     |  |  |         |    |    |   |

## Vedlegg 3: Artikkelmatiser av inkluderte artikler

**ARTIKKEL A:** LOFT, M. I., VOLCK, C. & JENSEN, L. R. (2022). COMMUNICATIVE AND SUPPORTIVE STRATEGIES: A QUALITATIVE STUDY INVESTIGATING NURSING STAFF'S COMMUNICATIVE PRACTICE WITH PATIENTS WITH APHASIA IN STROKE CARE

|                                       |   |
|---------------------------------------|---|
| <b>HENSIKT:</b>                       | Kartlegge sykepleieres kommunikasjonspraksis i møte med pasienter med afasi, samt rutiner for bruk av ulike kommunikasjonsstrategier, deriblant SCA-metoden.  |
| <b>METODE OG DATAGRUNNLAG/UTVALG:</b> | <p><u>Vitenskapsteoretisk tilnærming:</u><br/>Kvalitativ deskriptiv metode.<br/>Sykepleieperspektiv.</p> <p><u>Utvalg:</u><br/>Feltobservasjoner: 25 deltakere (10 sykepleiere (9 kvinner), 3 helsefagarbeidere (3 kvinner) og 12 pasienter (6 kvinner) med hjerneslagsindusert mild til moderat afasi).<br/>Intervju: 10 deltakere (8 sykepleiere (8 kvinner) og 2 helsefagarbeidere (2 kvinner))</p> <p><u>Datainnsamling:</u><br/>Informasjonen ble samlet inn ved hjelp av feltobservasjoner og semistrukturerte ved en akutt slagenhet og to slagrehabiliteringsavdelinger. Hver feltobservasjon var på mellom 30 og 120 minutt og det ble tatt notater underveis. Intervjue ble lydinnspilt og vare mellom 24 og 48 minutter. Deltakerne ble spurt om utfordringer, hvordan de håndterer dem. Studiens datamateriale ble innhentet over en periode på tre uker.</p> <p><u>Analyse:</u><br/>Lyddopptakene ble transkriberte før de og feltnotatene ble analysert. Dette ved hjelp av en kvalitativ innholdsanalyse. En innholdsanalyse er egnet til å finne mønster og tema basert på koding, både av eksplisitt og implisitt innhold i det analyserte datamaterialet. Videre ble det foretatt en induktiv og deduktiv analyse av alt datamaterialet ut fra en datamatriks. Funnene ble så sammenfattet, komprimert og sortert under ulike kategorier og subkategorier som representerer tema.</p> |
| <b>RESULTAT/KONKLUSJON:</b>           | Funnene i studien viser at sykepleieres kommunikasjonspraksis i samhandling med afasirammede påvirkes av organisatoriske og miljømessige forhold. Resultatene viser også at sykepleiere generelt sett nedprioriterer ivaretagelse av psykososiale behov til fordel for andre oppgaver. Mye av årsaken til dette synes å ha utspring i tids og ressursbegrensinger, men sykepleiernes holdninger og kompetanse spiller også inn. Sykepleiere med lavere kompetanse og mindre   |

|                             |   |
|-----------------------------|---|
|                             | <p>erfaring opplever det som utfordrende å kommunisere med pasienter med afasi og synes å ikke forstå pasientens behov for psykososial støtte. Det kreves mer tid, samt en bevist kultur og holdningskampanje blant sykepleiere på slagavdelinger for å få innført kommunikasjonsstrategier som SCA-metoden i praksis. Metoden bør suppleres med organisatoriske endringer eller endringer i arbeidskulturen for å gjøre sykepleiere i stand til å yte mer helhetlig omsorg. Samhandling med afasirammede bør prioriteres mer i slagrehabilitering.</p>   |
| <b>RELEVANS:</b>            | <p>Studien vurderes som relevant for min problemstilling fordi den gir et innblikk i hvordan sykepleiere på en slagenhet på sykehus samhandler med pasienter med afasi til vanlig. Forfatterne fremhevet også ulike utfordringer med dagens praksis og mulighetene for å innføre nye kommunikasjonsstrategier og hjelpemiddel på avdelinger uten å foreta strukturelle endringer.</p>   |
| <b>ETISKE OVERVEIELSER:</b> | <p>Studien følger de etiske retningslinjene av helsinkideklarasjonen og er godkjent av det danske datatilsynet. Samtlige deltakere ble informert om at deltakelsen i studien var frivillig og at all data ville bli anonymisert. Forfatterne innhentet skriftlig samtykke fra studiedeltakerne i forkant av observasjonene og intervjuene. Pasienter uten samtykkekompetanse fikk skriftlig samtykkeerklæring fra nærmeste pårørende.</p>   |
| <b>ARGUMENTASJON:</b>       | <p>Studien er publisert i <i>Global Qualitative Nursing Research</i> (GQNR) som er et banebrytende, internasjonalt, fagfellevurdert tidsskrift med åpen tilgang. Tidsskriftet spesialiserer seg på kvalitative studier på emner relatert til sykepleiepraksis, reaksjoner på helse, sykdom og funksjonshemming, helsefremmende arbeid, levering av helsetjenester og globale spørsmål som påvirker sykepleie og helsetjenester.</p> <p>Artikkelens hovedforfatter, Mia Ingerslev Loft er universitetslektor ved Institutt for mennesker og teknologi ved Roskilde universitet. Hun er autorisert sykepleier og forsker. Artikkelens andreforfatter er logoped og den tredje er forsker. Tatt i betraktning min problemstilling, tidsskriftets målsetting, artikkelens kvalitet, artikkelens funn og forfatterens rykte vurderes dermed denne artikkelen som troverdige og relevante kilder til informasjon for å besvare min problemstilling.</p> |
| <b>ARTIKKEL B:</b>          | <p><b>HEMSLEY, B. &amp; BALANDIN, S. (2014). A METASYNTHESIS OF PATIENT-PROVIDER COMMUNICATION IN HOSPITAL FOR PATIENTS WITH SEVERE COMMUNICATION DISABILITIES: INFORMING NEW TRANSLATIONAL RESEARCH</b></p>  |
| <b>HENSIKT:</b>             | <p>Hensikten med studien er å syntetisere eksisterende funn i fra forskning som undersøker</p>  |

|   |  |
|---|--|
|   | <p>kommunikasjonen med pasienter med alvorlige kommunikasjonsutfordringer som er innlagt på sykehus. Ønsker sekundært å identifisere mangelområder ved eksisterende forskning.</p>   |
| <p><b>METODE OG DATAGRUNNLAG/ UTVALG:</b></p> | <p><u>Vitenskapsteoretisk tilnærming:</u></p> <p>Metasyntese av kvalitativ forskning.</p> <p>Pasient og helsepersonell, primært sykepleiere sitt perspektiv.</p> <p><u>Utvvalg:</u></p> <p>18 artikler med fokus på pasienter med kommunikasjonsutfordringer som kommer fra medfødte eller ervervede tilstander som cerebral parese, autisme, utviklingshemming, afasi etter hjerneslag sin kommunikasjon på sykehus. 16 kvalitative og to kvantitative. Hvor 12 omhandler personer med medfødte og sammensatte kommunikasjonsutfordringer. Seks studier omhandler personer med enten ervervede eller komplekse kommunikasjonsutfordringer. To av studiene omtaler barn. Artikkelen utvalgte studier samlet inn data fra over 309 deltakere: 159 pasienter med alvorlige kommunikasjonsutfordringer, 120 sykehusansatte og 30 pårørende innhentet i tidsrommet 2001-2013.</p> <p><u>Datainnsamling:</u></p> <p>Av de 16 kvalitative studiene inkludert i denne litteraturstudien var det seks narrative undersøkelser, fire fokusgruppestudier, en fokusgruppe og narrativ undersøkelse, to observasjonsstudier og tre semistrukturerte intervjuer. De ble også inkludert to studier av kvantitativt design; en spørreundersøkelse og et «medical chart review».</p> <p><u>Analyse:</u></p> <p>De to kvantitative studiene ble ekskludert fra den kvalitative metasyntesen, men ble brukt til å støtte opp under funn. Resterende artikler ble analysert ved hjelp av en kvalitativ metaanalyse og funne ble syntetisert etter tematrender og likheter i drøfting på tvers av artiklene.</p> |
| <p><b>RESULTAT/ KONKLUSJON:</b></p>           | <p>Fellesnevneren blant de 18 studiene analysert i denne metasyntesen er at denne pasientgruppen opplever sykehusopphold som vanskelig, stressende, skremmende, utmattende og til tider farlig. Studien argumentere, basert på funn, for at det er usannsynlig at retningslinjer som adresserer konkrete barrierer for kommunikasjon, som tilgjengeligheten av et kommunikasjonshjelpemiddel eller et sted å oppbevare det ved sengen, alene vil kunne ha noen nevneverdig betydning for pasientsikkerhet, -helse og -velvære. Trolig behøves det større revisjoner, med blant annet opprydning i ansvarsfordelingen mellom profesjonene, samt tilrettelegging for mer direkte pasient-pleier kommunikasjon og vektlegging av omsorg.</p>  |
| <p><b>RELEVANS:</b></p>                       | <p>Selv om denne studien undersøker kommunikasjonsutfordringer som angår en vid pasientgruppe</p>  |



utover mitt snevre fokus, afasi, er tendensene og behovene her relativt like de jeg har identifisert for pasienter med afasi. Vurderes derfor å ha overførbart verdi.

**ETISKE  
OVERVEIELSER:**

Studien prioriterer ikke å diskutere de ulike metodiske barrierene og etiske bekymringer som oppstår ved evaluering av intervensjonene brukt i de kontrollerte studiene. Ved egen gjennomgang av metaanalysens hovedartikler var det flere av artiklene som ikke viste til etisk godkjenninger eller redegjorde for etiske overveielser. Av de studiene jeg hadde tilgang til fulltekstutgaven via HVL ble inklusjons- og eksklusjonskriterier, samtykke, datainnsamling, håndtering av sensitiv data og anonymisering likevel gjort tilstrekkelig rede for.

**ARGUMENTASJON:**

Studien er originalt publisert i tidsskriftet *Augmentative and Alternative Communication* (AAC) som er det offisielle tidsskriftet til «International Society for Augmentative and Alternative Communication» (ISAAC). Tidsskriftet publiserer hovedsakelig artikler relatert til forskning på feltet augmentativ og alternativ kommunikasjon (AAC). Fokus på forskning på utredning, behandling, rehabilitering og utdanning av personer som bruker eller har potensial til å bruke AAC-systemer; eller som diskuterer teori, teknologi og systemutvikling som er relevant for AAC. Publiserer både kvantitativ og kvalitativ forskning.

Artikkelens førsteforfatter er professor Bronwyn Hemsley, leder for logopedi ved UTS (University of Technology Sydney). Hun er en sertifisert praktiserende logoped med 13 års postdoktorerfaring, og er stipendiat i International Society for Augmentative and Alternative Communication. Artikkelens andreforfatter, Susan Balandin, er Emeritus professor ved Deakin University i Australia. Hun har publisert over 110 artikler i fagfelle-vurderte internasjonale tidsskrifter og 20+ bokkapitler. Forskningsinteressene hennes sentrerer seg om voksne med livslang funksjonshemming med et spesielt fokus på deltakelse av de med lite eller ingen funksjonell tale som trenger forsterkende og alternativ kommunikasjon (AAC) og de som blir eldre. Tatt i betraktning min problemstilling, tidsskriftets målsetting, artikkelens kvalitet, artikkelens funn og forfatterens rykte vurderes dermed denne artikkelen som troverdige og relevante kilder til informasjon for å besvare min problemstilling.

**ARTIKKEL C:**

**MCGILTON, K. S., SORIN-PETERS, R., ROCHON, E., BOSCARTE, V., FOX, M., CHU, C. H., STEWART, S. C. & SIDANI, S. (2018). THE EFFECTS OF AN INTERPROFESSIONAL PATIENT-CENTERED COMMUNICATION INTERVENTION FOR PATIENTS WITH COMMUNICATION DISORDERS**

**HENSIKT:**

Undersøke hvilken påvirkning en interprofesjonell evidensbasert pasientsentrert kommunikasjonsintervensjon (PCCI), levert av trente sykepleiere i samarbeid med logopeder, har

|                                       |   |
|---------------------------------------|---|
|                                       | på behandlingsutfall i hjerneslagrehabilitering.  |
| <b>METODE OG DATAGRUNNLAG/UTVALG:</b> | <p><u>Vitenskapsteoretisk tilnærming:</u></p> <p>Kvasiekperimentell studie: innendeltakerdesign. Sykepleieperspektiv.</p> <p><u>Utvalg:</u></p> <p>34 deltakere (21 menn). De fleste hadde videregående som høyeste fullførte utdanningsnivå. Gjennomsnittsalder 70 år. Inklusjonskriterier innebar blant annet at pasienten hadde en hjerneslagsdiagnose og utfordringer med å bli forstått av sykepleier eller logoped. Studien fant sted ved en 300-sengs hjerneslagrehabiliteringsenhet.</p> <p><u>Datainnsamling:</u></p> <p>Studien skulle originalt inkludere en kontrollgruppe, men på grunn av utfordringer med å rekruttere medlemmer til kontrollgruppen og forandringer av hjerneslagrehabiliteringens organisering ble denne ideen vraket. Et eksperimentelt innendeltaker studiedesign med pre- og post-test ble valgt.</p> <p><u>Analyse:</u></p> <p>Deskriptive statistikk ble anvendt for å karakterisere deltakernes demografi og helsestatus. En lineær blandet modell ble brukt for å vurdere om resultatene fra SAQOL (Stroke and Aphasia Quality Of Life Scale-39g), GDS (Geriatric Depression Scale) og tilfredshet med omsorg undersøkelsene endret seg fra pre-test.</p> |
| <b>RESULTAT/KONKLUSJON:</b>           | <p>Studien viser at innføring av pasientsentrerte kommunikasjonspleieplaner og en tverrprofesjonell tilnærming påvirket pasientenes tilfredshet med omsorg og livskvalitet i positiv retning. Pasientene viste forbedring i alle utfall fra pretest til post-test, inkludert livskvalitet, geriatriske depressive symptomer og tilfredshet med omsorg.</p>  |
| <b>RELEVANS:</b>                      | <p>Funnene indikerer at en personsentrert kommunikasjonsintervensjon har potensial til å forbedre pasientresultatene ved utskrivning. Studien belyser også utfordringer med implementering og evaluering av slike intervensjoner i praksis.</p>   |
| <b>ETISKE OVERVEIELSER:</b>           | <p>Studien følger ifølge forfatterne av den kanadiske «Tri-Council Policy Statement: Ethical Conduct for Research Involving Humans (REB # 09-009)». Er etisk godkjent av «Toronto Rehabilitation Institute Research Ethics Board». Den etiske godkjenninger ble fornyet årlig etter behov. Alle deltakerne i studien gav skriftlig samtykke til å delta.</p>  |
| <b>ARGUMENTASJON:</b>                 | <p>Artikkelen er originalt publisert i tidsskriftet <i>Applied Nursing Research</i>. Tidsskriftet sikter mot å</p>  |

publisere originale, fagfellevurderte forskningsartikler som er av klinisk signifikans innen alle sykepleiespesialiteter. Sykepleieforskning dekker områder som smertebehandling, pasientopplæring, utskrivningsplanlegging, sykepleiediagnose, arbeidsbelastning i sykepleie, sykepleiens påvirkning på pasienters liggetid og sykepleier/legesamarbeid.

Artikkelens førsteforfatter, Katherine S. McGilton, er seniorforsker ved Toronto Rehabilitation Institute-University Health Network og professor ved Lawrence S. Bloomberg Faculty of Nursing, University of Toronto. Kathy McGiltons forskning er finansiert av Canadian Institute of Health Research, Alzheimer Society of Canada, og Ministry of Health and Long-Term Care. Hennes forskning fokuserer hovedsakelig på å forbedre samhandlingen mellom ansatte og beboere ved langtidsinstitusjoner. Artikkelens andreforfatter, Riva Sorin-Peters, har doktorgrad i logopedi og over 20 år med klinisk- og forskningserfaring. Hun har jobbet med voksne og familier som lever med afasi, dysartri, apraksi, kognitive kommunikasjonsvansker, primær progressiv afasi og svelgeforstyrrelser innen akuttbehandling, rehabilitering, kronisk omsorg og samfunnsmiljøer. Overordnet vil jeg argumentere for at eksperimentets utfall, kombinert tidsskriftets og artikkelens hovedforfatteres målsetting faller innenfor min problemstillings kjernetema.

**ARTIKKEL D: BAKER, C., WORRALL, L., ROSE, M. & RYAN, B. (2021). STROKE HEALTH PROFESSIONALS' MANAGEMENT OF DEPRESSION AFTER POST-STROKE APHASIA: A QUALITATIVE STUDY**

|                                       |  |
|---------------------------------------|--|
| <b>HENSIKT:</b>                       | Å utforske dagens praksis for håndtering av depresjon etter hjerneslagsindusert afasi, med perspektiver fra det tverrfaglige hjerneslagrehabiliteringsteamet.  |
| <b>METODE OG DATAGRUNNLAG/UTVALG:</b> | <p><u>Vitenskapsteoretisk tilnærming:</u></p> <p>Kvalitativ metode: fortolkende beskrivende.<br/>Helsepersonells perspektiv.</p> <p><u>Utvalg:</u></p> <p>39 (32 kvinner) helsepersonell fra ulike deler av rehabiliteringsforløpet, både regionale og lokale rehabiliteringsavdelinger i delstatene Victoria og Sør-Australia i Australia. Deltakergrunnet består av syv sykepleiere, 12 logopeder, tre ergoterapeuter, tre psykologer, fem fysioterapeuter, tre sosialarbeidere, tre «Allied health Assistants» og en lege.</p> <p><u>Datainnsamling:</u></p> <p>Dataen ble samlet inn i fem semistrukturerte fokusgrupper. Fokusgruppeintervjuene ble lydinnspilt og varte i gjennomsnitt 68,6 minutter. Det ble også tatt feltnotater underveis og etter intervjuene. Deltakerne fikk mulighet til å kommentere på studiens funn per epost i ettertid, men</p> |

bare fire deltakere svarte. Blant disse var det konsensus om at tema og subtema var en presis representasjon av deres oppfattelse og erfaringer.

Analyse:

Dataen ble analysert ved hjelp av fortolkende beskrivelser i analyseprogrammet NVivo. Underveis i analysearbeidet brukte forfatterne seg av «peer-briefing» for å forsikre seg om at datamaterialets koding, tema og sub-tema var representative for forskningsspørsmål og datagrunnlag.

**RESULTAT/  
KONKLUSJON:**

Funnene i denne studien viser at helsepersonell uavhengig av profesjon og arbeidssted synes det er utfordrende å håndtere samtidig afasi og depresjon etter hjerneslag. Spesielt bekymringsfullt er det at humørvansker og depresjon ikke alltid er en prioritet i slagrehabilitering. Noen av utfordringene arter seg fra manglende kunnskaper og ferdigheter samt resursbegrensninger. Det mangler klare retningslinjer for kartlegging og behandling av depressive symptom for denne pasientgruppen.

**RELEVANS:**

Det er behov for strategier for å integrere psykisk helse og psykologisk omsorg i afasirehabilitering etter hjerneslag. Denne studien indikerer at en kan bedre dagens praksis for håndtering av depresjon etter hjerneslagsindusert afasi gjennom policyutvikling, spesialistopplæring og implementering av evidensbaserte rammeverk for humørvurdering og intervensjon.

**ETISKE  
OVERVEIELSER:**

Forskningen er etisk godkjent av Universitetet i Queensland sin adferd og sosial vitenskapelig forskningskomite («University of Queensland Behavioral and Social Sciences Ethical Review Committee»). Flersteds etikkgodkjenning ble utstedt av «Melbourne Health Human Research» etiske komite. Steds spesifikk godkjenning for forskningsstyring ble gitt fra hvert helsenettverk. Studien følger «Consolidated criteria for Reporting Qualitative Studies» (COREQ).

**ARGUMENTASJON:**

Artikkelen er originalt publisert i tidsskriftet *Disability and Rehabilitation*, et internasjonalt tverrfaglig tidsskrift som publiserer verk som omhandler funksjonshemming og rehabilitering. Tidsskriftet har som mål å oppmuntre til en bedre forståelse av funksjonshemming, samt å fremme rehabiliteringsvitenskap. Tidsskriftet ønsker også å bedre rehabiliteringspraksisen og bidra til en mer nyansert rehabiliteringspolitikk. *Disability and Rehabilitation* aksepterer kvantitative og kvalitative forskningsartikler, oversiktsartikler, casestudier, tverrprofesjonelle studier og leserbrev.

Studiens førsteforfatter, Caroline Baker er leder for forskning og klinisk praksis, logopedi ved Monash Medical Center i Melbourne, Australia. Hun er også ansatt som forsker ved «Centre for Research Excellence in Aphasia Rehabilitation and Recovery» ved La Trobe universitetet i

Melbourne, Australia. Hun har publisert 12 fagfelleverderte artikler. Artikkelen andreforfatter, Linda Worrall er professor emerita i logopedi ved Universitetet av Queensland, Brisbane, Australia og nåværende styreleder i «Australian Aphasia Association». Hun har publisert over 300 fagfelleverderte artikler og har hatt nasjonale forskningsstøttestrukturer i løpet av hele sin aktive akademiske karriere. Begge forfatterne er opptatt av å bedre kommunikasjonsforutsetningene for personer med kommunikasjonsutfordringer, samt løfte frem kommunikasjonens påvirkning på psykologi og omsorg. Basert på det som jeg har presentert vil jeg argumentere for at artikkelen sin funn, kombinert tidskriftets og artikkelen sin hovedforfatteres målsetting faller innenfor min problemstillings kjernetema.

**ARTIKKEL E: BAKER, C., ROSE, M. L., RYAN, B. & WORRALL, L. (2021). BARRIERS AND FACILITATORS TO IMPLEMENTING STEPPED PSYCHOLOGICAL CARE FOR PEOPLE WITH APHASIA: PERSPECTIVES OF STROKE HEALTH PROFESSIONALS**

|                                       |  |
|---------------------------------------|--|
| <b>HENSIKT:</b>                       | Å identifisere det tverrfaglige teamets syn på barrierer for innføring av «stepped psychological care» for håndtering av depresjon ved hjerneslagsindusert afasi.  |
| <b>METODE OG DATAGRUNNLAG/UTVALG:</b> | <p><u>Vitenskapsteoretisk tilnærming:</u><br/>Kvalitativ metode: fortolkende beskrivende.<br/>Helsepersonell sitt perspektiv.</p> <p><u>Utvalg/Datainnsamling:</u><br/>Studien er del to av Baker, Worrall et al. (2021) (Artikkel D) sin fokusgruppestudie. Deltakergrunnet og datainnsamlingsteknikken følger samme mal som i artikkel D, men i denne studien presenteres deltakerne for «steppede psychological care» før en diskuterer ulike utfordringer med å integrere modellen i praksis. Intervjuene ble lydinnspilt.</p> <p><u>Analyse:</u><br/>Lydinnspillingene ble transkribert og dataen ble analysert ved hjelp av en tematisk analyse modell med fortolkende beskrivelser.</p> |
| <b>RESULTAT/ KONKLUSJON:</b>          | Funnene indikerer at utfordringene knyttet til forskningsspørsmålet arter seg fra tre kjernetemaer: (1) kunnskap, ferdigheter og holdninger har størst innvirkning på implementering av trinnvis psykologisk omsorg; (2) det fysiske miljøet påvirker muligheter for håndteringen av depresjon og kommunikasjonsvansker for personer med afasi; (3) og organisatoriske faktorer setter begrensninger. De største utfordringene inkludert: lite erfaring med trinnvis psykologisk behandling; begrenset forståelse av afasi og kommunikasjonsstøtte; mangel på tilstrekkelig fysisk   |

|                             |  |
|-----------------------------|--|
|                             | plass og ressurser; mangel på samarbeid med psykologer.  |
| <b>RELEVANS:</b>            | Funne i studiene indikerer at endring kan drives gjennom kompetanseheving for helsepersonell; forbedring av fysiske rom; økt tilgang på kommunikasjonsverktøy; mer støtte fra ledelse; finansiering; bedre tilgang på og samarbeid med spesialisert personale.   |
| <b>ETISKE OVERVEIELSER:</b> | Forskningen er etisk godkjent av Universitetet i Queensland sin adferd og sosial vitenskapelig forskningskomite («University of Queensland Behavioral and Social Sciences Ethical Review Committee»). Flersteds etikkgodkjenning ble utstedt av «Melbourne Health Human Research» etiske komite. Steds spesifikk godkjenning for forskningsstyring ble gitt fra hvert helsenettverk. Studien følger «Consolidated criteria for Reporting Qualitative Studies» (COREQ).   |
| <b>ARGUMENTASJON:</b>       | <p>Artikkelen er originalt publisert i tidsskriftet <i>Disability and Rehabilitation</i>, et internasjonalt tverrfaglig tidsskrift som publiserer verk som omhandler funksjonshemming og rehabilitering. Tidsskriftet har som mål å oppmuntre til en bedre forståelse av funksjonshemming, samt å fremme rehabiliteringsvitenskap. Tidsskriftet ønsker også å bedre rehabiliteringspraksisen og bidra til en mer nyansert rehabiliteringspolitikk. <i>Disability and Rehabilitation</i> aksepterer kvantitative og kvalitative forskningsartikler, oversiktsartikler, casestudier, tverrprofesjonelle studier og leserbrev.</p> <p>Studiens førsteforfatter, Caroline Baker er leder for forskning og klinisk praksis, logopedi ved Monash Medical Center i Melbourne, Australia. Hun er også ansatt som forsker ved «Centre for Research Excellence in Aphasia Rehabilitation and Recovery» ved La Trobe universitetet i Melbourne, Australia. Hun har publisert 12 fagfelle-vurderte artikler. Artikkelenes andreforfatter, Miranda L. Rose er professor i logopedi og leder «National Health and Medical Research Council funded Centre for Research Excellence in Aphasia Recovery and Rehabilitation» ved La Trobe universitetet. Hun leder også «Working Group for Effectiveness of Aphasia Interventions of the Collaboration of Aphasia Trialists». Hun er medlem av redaksjonene for både Afasiologi og Evidensbasert kommunikasjonsvurdering og intervensjon. Brooke er en logoped og akademiker ansatt ved Curtin universitetet. Hun er den første logopeden som har presentert intervensjonen for forebygging av depresjon hos personer med afasi etter hjerneslag («The aphasia ASK intervention»). Artikkelenes fjerde forfatter er Linda Worall. Alle forfatterne av denne studien er opptatt av å bedre kommunikasjonsforutsetningene for personer med kommunikasjonsutfordringer, samt løfte frem kommunikasjonens påvirkning på psykologi og omsorg. Basert på det som jeg har presentert vil jeg argumentere for at artikkelenes funn, kombinert tidsskriftets og artikkelenes hovedforfatteres målsetting faller innenfor min problemstillings kjernetema. Artikkelenes funn vurderes videre som pålitelige.</p> |

**ARTIKKEL F:** EDELKRAUT, L., LÓPEZ-BARROSO, D., TORRES-PRIORIS, M. J., STARKSTEIN, S. E., JORGE, R. E., ALOISI, J., BERTHIER, M. L. & DÁVILA, G. (2022). SPECTRUM OF NEUROPSYCHIATRIC SYMPTOMS IN CHRONIC POST-STROKE APHASIA.

|                                       |   |
|---------------------------------------|---|
| <b>HENSIKT:</b>                       | Å undersøke forekomsten av nevropsykologiske symptom blant hjerneslagpasienter med afasi.   |
| <b>METODE OG DATAGRUNNLAG/UTVALG:</b> | <p><u>Vitenskapsteoretisk tilnærming:</u></p> <p>Todelt studie:</p> <p>Del 1: Litteraturgjennomgang</p> <p>Del 2: Observasjonsstudie</p> <p><u>Utvalg:</u></p> <p>Del 1: 114 studier som omhandler nevropsykiatriske symptomer og prevalensen av psykiske lidelser blant pasienter med hjerneslagsindusert afasi.</p> <p>Del 2: 20 (13 menn) personer med hjerneslagsindusert afasi. Gjennomsnittsalder: 58 år.</p> <p><u>Datainnsamling:</u></p> <p>Undersøkelsen ble gjennomført ved «Unit of Cognitive Neurology and Aphasia» ved universitetet i Malaga, Spania. Det ble foretatt en rekke evalueringer med ulike kartleggingsverktøy, deriblant Barthel Index, «Western Aphasia Battery» (WAB-R), «Neuropsychiatric Inventory» (NPI), «Hospital anxiety and depression scale» (HADS), Starkstein Apathy Scale (SAS) og «Stroke aphasia and depression questionnaire» (SADQ)</p> <p><u>Analyse:</u></p> <p>Den demografiske og kliniske dataen ble deskriptivt analysert. I tillegg ble Spearmans korrelasjonskoeffisienter brukt for å tolke sammenhengen mellom NPI-resultat og resultat fra de ulike kartleggingsverktøyene. Statistisk analyse av antall NPS basert på demografiske og kliniske variabler ble oppnådd med Mann-Whitney U- og Kruskal-Wallis-test. Analyser ble utført ved bruk av SPSS v.21 og JASP (2020) programvare.</p> |
| <b>RESULTAT/KONKLUSJON:</b>           | Litteraturgjennomgangen fant at afasirammede har en rekke nevropsykiatriske symptom og at de oftere rammes av psykiske lidelser. Især depresjon, angst, apati, agitasjon/aggresjon, spise- og søvnforstyrrelser, psykose og hypomani/mani. sammenlignet med gjennomsnittsbefolkningen og hjerneslagrammede uten afasi. Funnene indikerer et økt behov for å forbedre vurderings- og behandlingstilnærmingene til NPS tatt i betraktning den hyppige forekomsten av psykiske utfordringer.   |

|                             |  |
|-----------------------------|--|
| <b>RELEVANS:</b>            | Forskning på forekomsten av nevropsykiatriske symptom og psykiske lidelser, samt effektive behandlingstiltak ses basert på resultater fra denne studien og pensum som å være et mangelområde. Ved behandling av afasirammede innlagt på sykehus er det viktig at sykepleieren har kjennskap til at denne pasientgruppens økte risiko for psykiske plager og tar hensyn til dette i samhandling med dem.  |
| <b>ETISKE OVERVEIELSER:</b> | Studien følger de etiske retningslinjene av helsinkideklarasjonen og er godkjent av «Ethical Research of Drugs Committee Provincial of Malaga» og «Spanish Drug and Healthcare Products Agency.» Deltakere ble informert om studiens hensikt og gav skriftlig samtykke i forkant.  |
| <b>ARGUMENTASJON:</b>       | <p>Studien er originalt publisert i <i>World Journal of Psychiatry (WJP)</i>, et høykvalitets, åpen-tilgangs, enkeltblindet fagfelleurdert tidsskrift utgitt av Baishideng Publishing Group. Artikler publisert i WJP er grunnleggende og kliniske, innflytelsesrike forskningsartikler av høy kvalitet av etablerte akademiske forfattere så vel som nye forskere. Det overordnede målet til WJP er å vise frem og fremme fremtredende forskning innen psykiatrifeltet, for å bidra til å fremme utviklingen av dette feltet. Artikkeltypene publisert i WJP inkluderer blant annet eksperimentelle studier, kliniske studier, oversiktsartikler, metaanalyser, brev til redaktør og kasusrapporter.</p> <p>Artikkelens førsteforfatter, Lisa M. Edelkraut er en klinisk psykoterapeut, doktorgradsforsker og foreleser ved universitetet i Málaga, Spania. Hun har mastergrader i klinisk psykologi, nevropsykologi og systemisk psykoterapi. Edelkraut har publisert 11 fagfelleurderte artikler. Flere av disse fokuserer på behandling av psykiske utfordringer hos pasienter med afasi. Studiens andreforfatter, María José Torres-Prioris har doktorgrad i psykologi og er ansatt ved «Department of Psychobiology and Behavioural Science Methods» ved universitet i Malaga. Hun har publisert 18 fagfelleurderte artikler og spesialiserer seg på afasi, språkforstyrrelser og kognitiv nevropsykologi. Tatt i betraktning denne litteraturstudiens problemstilling, tidsskriftets overordnede målsetting, artikkelens forfatteres fokus og artikkelens funn, synes denne artikkelen å være relevant. Data en vurderes som pålitelig.</p> |

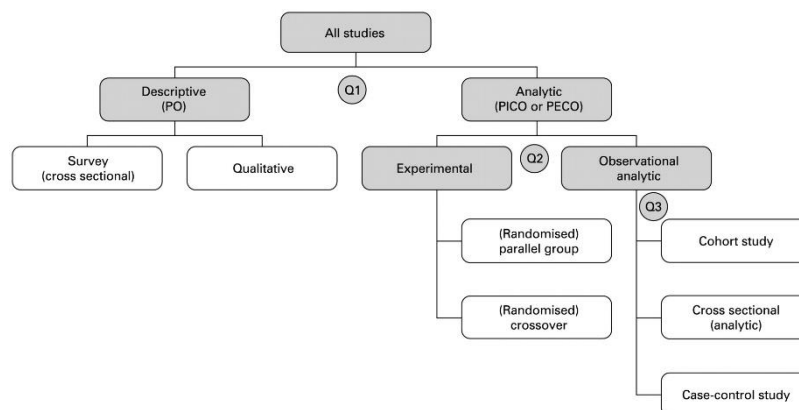


## Vedlegg 4: A spotter's guide to study designs

Under kommer en forkortet og oversatt utgave av «A spotter's guide to study designs» utviklet av Glasziou & Heneghan (2009).

### KLASSIFISERING

Figuren under viser en skjematisk oversikt over ulike studiedesign. I førsteomgang deles studier inn i to hovedkategorier avhengig av om de er beskrivende eller analytiske. Videre forgrener analytiske studier seg videre inn i eksperimentelle eller observasjonsanalytiske studier. Modellen under, utviklet av Glasziou & Heneghan (2009) er ikke fullstendig, men den demonstrerer de vanligste studiemetodene.



### HVORDAN IDENTIFISERE METODE?

En kan i prispipp identifisere studiens metode ved hjelp av tre spørsmål, som indikert i figuren over ved Q1-3.

*Q1. Var hensikten med studien å beskrive en populasjon (PO spørsmål) – fenomenologisk – eller å kvantifisere sammenhengen mellom ulike faktorer (PICO) – a nalytisk.*

*Q2. Dersom studien er analytisk, var forsøkets deltakergruppe randomisert eller kontrollert?*

- Ja ⇒ Randomisert kontrollert studie (RCT)
- Nei ⇒ Observasjonsstudie

**Q3. Når ble utfallene bestemt? (For observasjonsstudier)**

- En tid etter eksponeringen eller intervensjonen ⇒ kohortstudie ("prospektiv studie").
- Samtidig med eksponeringen eller intervensjonen ⇒ tverrsnittsstudie eller undersøkelse.
- Før eksponeringen ble bestemt ⇒ kasuskontrollstudie ("retrospektiv studie" basert på tilbakekalling av eksponeringen).

## Vedlegg 5: Sjekkliste for kvalitative forskningsartikler:

- **Hvordan brukes sjekklisten?**

Sjekklisten består av tre deler:

- A: Innledende vurdering
- B: Hva forteller resultatene?
- C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

I hver del finner du underspørsmål og tips som hjelper deg å svare. For hvert av underspørsmålene skal du krysse av for «ja», «nei» eller «uklart». Valget «uklart» kan også omfatte «delvis».

- **Om sjekklisten**

Sjekklisten er inspirert av: Critical Appraisal Skills Programme (2018). *CASP checklist: 10 questions to help you make sense of qualitative research*. <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/> Hentet: 15.10.2020.

Sjekklisten er laget som et pedagogisk verktøy for å lære kritisk vurdering av vitenskapelige artikler. Hvis du skal skrive en systematisk oversikt eller kritisk vurdere artikler som del av et forskningsprosjekt, anbefaler vi andre typer sjekklister. Se [www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister](http://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister)

Har du spørsmål om, eller forslag til forbedring av sjekklisten?  
Send e-post til [Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no](mailto:Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no).

- **Kritisk vurdering av:**

Loft, M. I., Volck, C. & Jensen, L. R. (2022). Communicative and Supportive Strategies: A Qualitative Study Investigating Nursing Staff's Communicative Practice With Patients with Aphasia in Stroke Care

### ***Del A: Innledende vurdering***

#### **1. Er formålet med studien klart formulert?**

Ja –  Nei –  Uklart

#### **Tips:**

- Hva ville forskerne finne svar på (problemstilling)?
- Hvorfor ville de finne svar på det?
- Er problemstillingen relevant?

**Kommentar:** Studien har som hensikt å undersøke sykepleierpersonalets kommunikasjonspraksis med pasienter med afasi og deres anvendelse av «støttet samtale

for voksne med afasi» (SCA-metoden). Fokus på å beskrive særpreg i den hverdagslige kommunikasjonen mellom sykepleier og pasienter med afasi. Relevant problemstilling. Vi behøver mer forskning på sykepleieres samhandlingspraksis og faktorer som påvirker pleien pasienter får på sykehus for å kunne utvikle dagens praksis.

## 2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?

Ja –  Nei –  Uklart

### Tips:

- Har studien som mål å forstå og belyse, eller beskrive fenomen, erfaringer eller opplevelser?

**Kommentar:** Studien har som hensikt å beskrive og forstå sykepleieres hverdagslige samhandlingspraksis med hjerneslagpasienter med afasi. Et kvalitativt design synes å passe denne målsettingen.

## 3. Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?

Ja –  Nei –  Uklart

### Tips:

- Er valg av forskningsdesign begrunnet? Har forfatterne diskutert hvordan de bestemte hvilken metode de skulle bruke?

**Kommentar:** Forfatterne har valgt et kvalitativt deskriptivt design, hvor en kombinerer feltobservasjoner og semistrukturerte intervju. Studiedesignet gjør det mulig å kombinere objektive og subjektive data på en hensiktsmessig måte.

## 4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:** Når man bruker for eksempel strategiske utvalg er målet å dekke antatt relevante sosiale roller og perspektiver. De enhetene som skal kaste lys over disse perspektivene er vanligvis mennesker, men kan også være begivenheter, sosiale situasjoner eller dokumenter. Enhetene kan bli valgt fordi de er typiske eller atypiske, fordi de har bestemte forbindelser med hverandre, eller i noen tilfeller rett og slett fordi de er tilgjengelige.

- Er det gjort rede for hvem som ble valgt ut og hvorfor?
- Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (utvalgsstrategi)?
- Er det diskusjon omkring utvalget, for eksempel hvorfor noen valgte å ikke delta?

- Er det begrunnet hvorfor akkurat disse deltagerne ble valgt?
- Er karakteristika ved utvalget beskrevet (for eksempel kjønn, alder, sosioøkonomisk status)?

**Kommentar:** Forfatteren er tydelige på at de har anvendt flere datainnsamlingsmetoder. Det kommer tydelig frem hvor studien tar plass og hvem som involvert. Feltobservasjonene fokuserer på sykepleiernes perspektiv. For å sikre en rik skildring ble det inkludert sykepleier og noen helsefagarbeidere med variert erfaring, og fra begge kjønn av realistiske proporsjoner. Det ble også involvert to avdelingsledere (kvinner). De afairammede som er en del av observasjonene, er ikke en homogengruppe; de har ulike kognitive og fysiske funksjonsnedsettelse og består av representanter fra ulike biologiske kjønn og aldersgrupper. Deltakernes sosioøkonomiske status blir ikke gjort rede for. Forfatterne får tydelig frem at og hvorfor pasientene ikke deltar på de semistrukturerte intervjuene.

### 5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:** Datainnsamlingen må være omfattende nok i både bredden (typen observasjoner) og i dybden (graden av observasjoner) om den skal kunne støtte og generere fortolkninger.

- Ble valg av setting for datainnsamlingen begrunnet?
- Går det klart frem hvilke metoder som ble valgt for å samle inn data? For eksempel intervjuer (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), feltstudier (deltagende eller ikke-deltagende observasjon), dokumentanalyse, og er det begrunnet hvorfor disse metodene ble valgt?
- Er måten dataene ble samlet inn på beskrevet, for eksempel beskrivelse av intervjuguide?
- Er metoden endret i løpet av studien? I så fall, har forfatterne forklart hvordan og hvorfor?
- Går det klart frem hvilken form dataene har (for eksempel lydopptak, video, notater)?
- Har forskerne diskutert metning av data?

**Kommentar:** Forfatterne valgt å kombinere feltobservasjoner med semistrukturerte intervju. Metodene er brukt i denne rekkefølgen. Dette ses som en styrke da det gjør det mulig for forfatterne å få observert sykepleierne i praksis, for så å kunne supplere med informasjon om sykepleiernes erfaring, holdninger og oppfattelser av nåværende kommunikasjonspraksis innhentet i intervju i etterkant. Under feltobservasjonene hadde forskerne et bredt fokus. De hadde et todelt fokus i feltobservasjonene. Først siktet de mot å få med helheten i kommunikasjonsepisode: kontekst, lyder, bruk av artefakter, observasjoner. Videre var forfatterne opptatt av å få med detaljene fra sykepleier-pasientinteraksjonene: interaksjonen i seg selv, hva som ble sagt, hvordan det ble sagt, hva som ble gjort og hvordan ting ble gjort. Feltobservasjonene ble dokumentert skriftlig på stedet. De semistrukturerte intervjuene besto av åpne spørsmål og deltakerne ble oppfordret til å utdype svarene sine. Under samtlige intervju ble det foretatt lydopptak. Lydopptakene ble videre transkribert.

**6. Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?** Ja –  Nei –  Uklart**Tips:**

- Har forskeren vurdert sin egen rolle, mulig forutinntatthet og påvirkning på:
  - a. utforming av problemstilling
  - b. datainnsamling inkludert utvalgsstrategi og valg av setting
  - c. analyse og hvilke funn som presenteres
- På hvilken måte har forskeren gjort endringer i utforming av studien på bakgrunn av innspill og funn underveis i forskningsprosessen?

**Kommentar:** Artikkelenes førsteforfatter er en autorisert sykepleier og forsker med tilknytning til sykehusdepartementet som forsker (Research Manager). Feltobservasjonene ble gjennomført av forskningsartikkelens andre og tredjeforfatter (en logoped og en forsker). Ingen av forfatterne har på noen helst måte tilknytning til sykehusavdelingenes daglige drift eller var involvert i undervisningen vedrørende SCA-metoden, som ble gjennomført i forkant av studien. Førsteforfatteren foretok alle intervjuene. Det blir ikke foretatt noen metodeendringer underveis.

**7. Er etiske forhold vurdert?** Ja –  Nei –  Uklart**Tips:**

- Er det beskrevet i detalj hvordan forskningen ble forklart til deltagerne for å vurdere om etiske standarder ble opprettholdt?
- Diskuterer forskerne etiske problemstillinger som ble avdekket underveis i studien? Dette kan for eksempel være knyttet til informert samtykke eller fortrolighet, eller håndtering av hvordan deltagerne ble påvirket av det å være med i studien.
- Dersom relevant, ble studien forelagt etisk komité?

**Kommentar:** Studien er godkjent av det danske datatilsynet og følger etter forfatternes uttalelser de etiske prinsippene av Helsinkideklarasjonen. Det blir ikke spesifisert i metodeutredningen hvilken informasjon studiedeltakerne fikk om studiens formål og utforming. Videre stadfester forfatterne at både sykepleierne og pasientene fikk informasjon om at studiedeltakelsen var helt frivillig og at all innsamlet data ville bli anonymisert og håndtert med hensyn til personvern. Førsteforfatteren samlet inn skriftlig samtykke fra alle deltakerne i forkant av observasjonene/intervjuene. Pasienter som ble vurdert som ikke-samtykkekompetent fikk skriftlig samtykke fra nærmeste pårørende.

**8. Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?**

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:** En vanlig tilnæringsmåte ved analyse av kvalitative data er såkalt innholdsanalyse, hvor mønstre i data blir identifisert og kategorisert.

- Er det gjort rede for hvilken type analyse som er brukt, for eksempel grounded theory, fenomenologisk analyse, etc.?
- Er det gjort rede for hvordan analysen ble gjennomført, for eksempel de ulike trinnene i analysen?
- Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data, for eksempel sitater og kategoriene som forskerne har kommet frem til?
- Er tilstrekkelige data presentert for å underbygge funnene? I hvilken grad er motstridende data tatt med i analysen?

**Kommentar:** Forfatterne stadfester at de innledningsvis har benyttet seg av kvalitative innholdsanalyser for å analysere den innsamlede dataen. Da med argument om at denne metoden er passende til å besvare spørsmål som hva, hvorfor og hvordan. Videre i arbeide med å besvare forskningsspørsmålet og gjøre mening ut av dataen har de benyttet seg av induktiv og deduktiv kvalitativ innholdsanalyse har systematisert og syntetisert funnene. Disse metode ble kombinert fordi artikkelforfatterne i førsteomgang siktet mot å få et bredt perspektiv på faktorer som påvirker sykepleiere sin kommunikasjonspraksis med afasirammede, med utgangspunkt i de empiriske dataene innhentet via observasjoner og intervju på slagenheter. Videre siktet forfatterne mot å stadfeste rutiner for bruk av eller ikke-bruk av støttende kommunikasjonsstrategier, inkludert SCA-metoden. Betydningsfulle funn fra observasjoner og intervju ble komprimert og sortert i passende kategorier og subkategorier. Forskningsartikkelen er analysert ut fra teoretiske strukturer med utgangspunkt i SCA-metoden.

**Basert på svarene dine på punkt 1–8 over, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på?**

Ja –  Nei –  Uklart

***Del B: Hva er resultatene?*****9. Er funnene klart presentert?**

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:** Kategoriene eller mønstrene som ble identifisert i løpet av analysen kan styrkes ved å se om lignende mønstre blir identifisert gjennom andre kilder. For eksempel ved å diskutere foreløpige slutninger med studieobjektene, be en annen forsker gjennomgå materialet, eller få lignende inntrykk fra andre kilder. Det er sjeldent at forskjellige kilder gir helt like uttrykk. Slike forskjeller bør imidlertid forklares.

- Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge funnene?
- Er det tilstrekkelig diskusjon om funnene både for og imot forskernes argumenter?
- Har forskerne diskutert funnenes troverdighet (for eksempel triangulering, respondentvalidering, at flere enn en har gjort analysen)?
- Er funnene diskutert opp mot den opprinnelige problemstillingen?

**Kommentar:** Forfatterne trekker i diskusjonen inn relevante funn identifisert i lignende forskningsartikler og benytter disse på en hensiktsmessig måte for å styrke sine argumenter. Studiens funn og drøfting samsvarer godt med det opprinnelige forskningsspørsmålet.

### ***Del C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?***

#### **10. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?**

**Tips:** Målet med kvalitativ forskning er ikke å sannsynliggjøre at resultatene kan generaliseres til en bredere befolkning. I stedet kan resultatene være overførbare eller gi grunnlag for modeller som kan brukes til å prøve å forstå lignende grupper eller fenomen.

- Har forskerne diskutert studiens bidrag med hensyn til eksisterende kunnskap og forståelse, vurderer de for eksempel funnene opp mot dagens praksis eller relevant forskningsbasert litteratur?
- Har studien avdekket behov for ny forskning?
- Har forskerne diskutert om, og eventuelt hvordan, funnene kan overføres til andre populasjoner eller andre måter forskningen kan brukes på?

**Kommentar:** Loft et al. argumenterer sterkt, med hjelp av sine egne funn og andre studier, for at dagens samhandlingspraksis mellom sykepleiere og pasienter med afasi ikke lever opp til mønsterpraksis. For å bedre kvaliteten på den øvrige kommunikasjonspraksisen og sykepleierens anvendelse av kommunikasjonsstrategier som SCA-metoden kreves det ifølge artikkelforfatterne trolig endringer i hvordan sykepleie ved slagrehabiliteringsarbeider sturkureres. Slik funnene til Loft et al. og andre lignende studier som blir referert til viser, har sykepleiere ved nåværende tidspunkt for mange oppgaver og for lite tid til å kunne prioritere kommunikasjon med pasient. Dette kombinert med utilstrekkelig kunnskap om afasi og kommunikasjonshjelpemiddel synes å kunne ha særs negative konsekvenser for hvordan pasienter sin fullkomne helse blir ivaretatt på sykehus. Kommunikasjon med pasient er en av sykepleierens viktigste oppgaver og som Loft et al. observerer i enkelte tilfeller, faller det ikke like naturlig for alle sykepleiere å kommunisere med pasienter med kommunikasjonsutfordringer på en anerkjennende og inkluderende måte. Det bør trolig, som funn i fra denne studien impliserer, arbeides mer med sykepleiernes holdninger, samt tilnærings- og relasjonskompetanse. Dårlig kommunikasjon og misforståelser vil kunne føre til uheldige behandlingsutfall og stress for pasient. Sykepleiere sin samhandlingskompetanse og -kultur har betydning for alle møter med pasienter, uavhengig av pasientens kognitive nivå og øvrig funksjonsnivå.

## Vedlegg 6: Sjekkliste for vurdering av en oversiktsartikkel

Utført eksempel er foretatt på studien til: Hemsley, B. & Balandin, S. (2014). A metasyntesis of patient-provider communication in hospital for patients with severe communication disabilities: Informing new translational research.

### ***Del A: Kan du stole på resultatene?***

#### **1. Er formålet med oversikten klart formulert?**

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:** Formålet bør være klart formulert med hensyn til:

- populasjonen (personene oversikten handler om)
- tiltaket som gis til intervensjonsgruppen
- sammenligningstiltaket som gis til kontrollgruppen
- utfallene (endepunktene/resultatene) som vurderes

**Kommentar:**

#### **2. Søkte forfatterne etter relevante typer studier?**

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:** Relevante studier:

- svarer på samme spørsmål som oversikten
- har et egnet studiedesign for å besvare spørsmålet. Eksempler på spørsmålstyper og egnede studiedesign:
  - a. effekt – randomisert kontrollert studie
  - b. årsak – kohortstudie
  - c. diagnostikk – tverrsnittstudie med referansetest
  - d. prognose – kohortstudie
  - e. erfaringer – kvalitativ studie
- Er det samsvar mellom kriterier for inklusjon av studiene og formålet til oversikten?  
Se etter:
  - populasjon



- tiltak
- sammenligning
- utfall

**Kommentar:**

**3. Er det sannsynlig at alle viktige og relevante studier ble funnet?**

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:** Se etter:

- hvilke databaser og eventuelle søkemotorer forfatterne har søkt i, og hvordan de søkte i dem (søkestrategi)
- om de søkte etter ikke-publiserte studier (i for eksempel Trials.gov)
- om det var noen vesentlige begrensninger med hensyn til språk eller tid (hvis kun studier på engelsk er tatt med, kan det gi skjevhet (bias))

**Kommentar:**

**4. Ble kvaliteten på de inkluderte studiene tilstrekkelig vurdert?**

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:** Forfatterne må vurdere den metodiske kvaliteten på enkeltstudiene på en fornuftig måte med gode verktøy/sjekklistor. Systematiske skjevheter (bias) i hvordan studiene er utført kan påvirke resultatene i studiene, og dermed også resultatene og konklusjonene i oversikten.

- Er det oppgitt hvilke verktøy/sjekklistor som ble brukt i vurderingen?
- Er verktøyet/sjekklisten som ble brukt fornuftig?
- Ble vurderingen gjort av minst to personer uavhengig av hverandre?

**Kommentar:**

Dette kommer frem i artikkelmatrise for artikkel B.

**5. Hvis resultater fra de inkluderte studiene er slått sammen statistisk i en metaanalyse, var dette fornuftig og forsvarlig?**

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:**

- Er det klart presisert hvilke sammenligninger som ble gjort?
- Kommer resultatene (effektestimaterne med konfidensintervaller) fra enkeltstudiene klart frem?
- Er enkeltstudiene like nok til å slås sammen? (Har forfatterne for eksempel beskrevet metoder for å teste heterogenitet?)
- Er analysemetodene som er brukt forklart? (For eksempel random eller fixed effect)
- Hvis det ikke er gjort en metaanalyse, er resultatene fra de inkluderte studiene narrativt oppsummert? Var det i så fall fornuftig og forsvarlig?

**Kommentar:**

- **Basert på svarene dine på punkt 1–5 over, mener du at resultatene fra denne oversikten er til å stole på?**

Ja –  Nei –  Uklart

***Del B: Hva forteller resultatene?*****6. Hva er resultatene?**

**Tips:** Vurder

- hvor godt du forstår hovedkonklusjonen i oversikten
- hvordan resultatene er fremstilt, se etter:
  - a. gjennomsnittsforskjell (mean difference)
  - b. standardisert gjennomsnittlig forskjell (standardised mean difference)
  - c. numbers needed to treat (NNT)
  - d. numbers needed to harm (NNH)
  - e. odds ratio (OR)
  - f. relativ risiko (RR)
  - g. relativ risikoreduksjon (RRR)
  - h. absolutt risikoreduksjon (ARR)

**Kommentar:**

**7. Hvor presise er resultatene?****Tips:** Se på

- konfidensintervall (KI/CI)
- interkvartilbredde (interquartile range (IQR))

**Kommentar:*****Del C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?*****8. Kan resultatene overføres til praksis?** Ja –  Nei –  Uklart**Tips:** Vurder om, og i hvilken grad

- populasjonen (personene) i studiene som inngår i oversikten er representative for de du møter i praksis
- din praksis skiller seg fra den som omtales i oversikten

**Kommentar:****9. Ble alle viktige utfallsmål vurdert?** Ja –  Nei –  Uklart**Tips:** Vurder om, og i hvilken grad det finnes ytterligere informasjon som du ville hatt med i oversikten**Kommentar:****10. Veier fordelene opp for ulemper og kostnader?** Ja –  Nei –  Uklart**Tips:** Vurder om, og i hvilken grad

- nytten av tiltaket er verd kostnader og eventuelle bivirkninger
- det er praktiske eller organisatoriske ulemper for deg eller pasienten

**Kommentar:**

## Vedlegg 7: Sjekkliste for innendeltakerdesign

### Om innendeltagerdesign

I studier med innendeltagerdesign (N=1) fungerer ofte personen som sin egen kontroll eller sammenligningsbetingelse, snarere enn å bruke en annen person eller gruppe som kontroll. Eksempler på ulike innendeltagerdesign er multippel basislinje, reverseringsdesign, vekslende behandling (alternating treatment) eller skiftende kriterium (changing-criterion).

### Kritisk vurdering av:

McGilton, K. S., Sorin-Peters, R., Rochon, E., Boscart, V., Fox, M., Chu, C. H., Stewart, S. C. & Sidani, S. (2018). The effects of an interprofessional patient-centered communication intervention for patients with communication disorders.

#### ***Del A: Kan studiedesignet svare på problemstillingen?***

##### **1. Er formålet med studien klart formulert?**

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:** Formålet bør være klart formulert med hensyn til:

- populasjonen (deltager(e) eller enhet(er) som studeres)
- tiltaket
- sammenligningen (hvis aktuelt )
- utfallsmål(ene) som vurderes

Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen? Er valg av innendeltagerdesign begrunnet?

**Kommentar:**

##### **2. Del B: Kan du stole på resultatene?**

##### **3. Ble deltager(e) eller enhet(er) rekruttert og valgt ut på en tilfredsstillende måte? Hvis deltagere ble fordelt i grupper, ble dette gjort en tilfredsstillende måte?**

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:** Beskrives rekrutteringsprosessen på en eksplisitt måte? Hvordan er deltager(e) eller enhet(er) rekruttert? Er det klare kriterier for inklusjon og eksklusjon av deltager(e) eller

enhet(er) med hensyn til:

- alder og kjønn
- setting, for eksempel barnehage, hjem eller klinikk
- diagnose og funksjonsnivå

Hvis deltager(e) eller enhet(er) ble fordelt i grupper ble dette gjort skjult og/eller tilfeldig? Eksempler på gode fordelingsmåter er dataprogram eller lukkede konvolutter. Eksempler på dårlige fordelingsmåter er ukedag og fødselsdato, bosted og reisevei.

**Kommentar:**

**4. Ble deltager(e) eller enhet(er), personell og utfallsmåler tilfredsstillende maskert (blindet)?**

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:** Uten maskering er det større risiko for bias (systematiske feil), særlig for subjektive utfallsmål, som for eksempel smerte eller tilfredshet. Se etter hvordan maskering ble gjort:

- var deltager(e) eller enhet(er) maskert?
- var de som ga tiltaket maskert?
- var den som målte utfallet maskert?

Hvis deltagerne ikke var maskert, har forfatterne oppgitt en grunn? Kan eventuell manglende maskering påvirke resultatene i denne studien?

**Kommentar:**

**5. Er karakteristika ved deltagerne tilstrekkelig beskrevet?**

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:**

- Se om deltager(e) er beskrevet med hensyn til for eksempel alder, kjønn, sosioøkonomisk status og relevante funksjonsnedsettelse. Hvis deltager(e) er enheter, er for eksempel størrelse og beliggenhet beskrevet?
- Se også etter om karakteristika er relevant for forskningsspørsmålet

- Hvis det var flere deltager(e) eller enheter, var det forskjeller mellom dem som kan påvirke utfallet?

Disse opplysningene finner du gjerne i en tabell over deltagerkarakteristika ved oppstart.

**Kommentar:**

#### **6. Er gjennomføringen av tiltaket tilstrekkelig beskrevet?**

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:**

- Er opplæring og veiledning av dem som ga tiltaket beskrevet?
- Ble opplæringsprosedyrer fulgt?
- Er tiltaket detaljert beskrevet for eksempel med hensyn til
  - a. faser i tiltaket og kriterier for faseendring
  - b. setting
  - c. tidsperspektiv, for eksempel lengde på økt, tiltak
  - d. hvem som utførte selve tiltaket
  - e. materiale eller utstyr som ble brukt for å gjennomføre og måle tiltaket
- Var oppfølgingen lik for alle deltager(e) eller enhet(er)? Hvis ikke, er ulikheter beskrevet?
- Ble prosedyren for tiltaket fulgt (procedural fidelity)?
- Er eventuelle endringer begrunnet?
  - a. Dersom deltager(e) eller enhet(er) ikke fullførte, er det beskrevet når og hvorfor tiltaket ble stoppet?
  - b. Er det oppgitt hvor lenge deltager(e) eller enhet(er) ble fulgt opp?

**Kommentar:**

#### **7. Hvilke utfall ble målt og hvordan ble de målt?**

**Tips:**

- Er utfallene relevante?
- Er måleinstrumentene relevante for formål og design?
- Ble måleinstrumentene kvalitetssikret, det vil si testet for reliabilitet og validitet? Ble enighet mellom observatørene kvalitetssikret gjennom opplæring?
- Ble enighet mellom observatørene beregnet? Er den tilfredsstillende?

**Kommentar:**

### 8. Er analyser gjort rede for?

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:**

- Er analysene beskrevet og visualisert?
- Er det benyttet deskriptiv statistikk i tillegg til de visuelle analysene, for eksempel gjennomsnitt, variasjonsbredde eller standardavvik?
- Er metodene og hvilke statistiske analyser som er brukt begrunnet? Kommer det for eksempel tydelig frem hvilke kriterier som er vektlagt som gjennomsnitt, nivå, variasjon og trender?

**Kommentar:**

### 9. Er etiske vurdering gjort rede for?

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:**

- Ble studien godkjent av en etisk komite?
- Ble det innhentet informert samtykke fra deltager(e), pårørende eller verge og den som gir tiltaket?
- Ble det vurdert om tiltaket gir merverdi for deltager?
- Ble deltager(e), nærpersioner eller de som utfører tiltaket spurt om tiltaket er akseptabelt (sosial validitet)?

**Kommentar:**

**Del C: Hva forteller resultatene?****10. Hva er resultatet for de ulike utfallsmålene?****Tips:**

- Hva er resultatet for de ulike utfallsmålene?
- Dersom analysene er visuelle, er den visuelle analysen støttet av kriterier for effekt? Mulige kriterier kan være:
  - a. prosentvis overlapp mellom faser uten tiltak og faser med tiltak
  - b. den gjennomsnittlige forskjellen mellom fasene
  - c. uttrykk for variasjon innen faser og mellom faser
  - d. tid fra tiltak til effekt

**Kommentar:****11. Er effektene av tiltakene tilstrekkelig rapportert?**

Ja –  Nei –  Uklart

- For å se variasjoner og trender i baseline, vurder om det er oppgitt rådata for alle utfallene og på alle måletidspunktene for deltager(e) eller enhet(er), for eksempel i visuelle analyser. Hvis visuelle analyser, kommer det tydelig frem hva som utgjør et punkt i grafen, hvorvidt rådataene er reelle tall eller et gjennomsnitt, for eksempel på en dag eller en uke?
- Rapporteres antall faser og antall forsøk i fasen(e), for eksempel for å oppnå kriteriene for fasen(e)?
- Er manglende data oppgitt? Er dette markert i visuelle analyser?
- Dersom aktuelt, er resultatene sammenfattet på tvers av betingelser for en deltager, på tvers av deltager(e) eller enhet(er)? Dette kan oppgis som for eksempel ved Tau-U, standard mean difference (SMD), Improvement rate difference (IRD) eller data som ikke overlapper (non overlapping data points).
- Er p-verdier rapportert?

**Kommentar:**



**12. Er presisjon på effektestimatene oppgitt og hvor presise er de?**

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:**

- Hvor presise er resultatene, målt med for eksempel konfidensintervall?
- Er hele bredden av konfidensintervallet innenfor det som regnes som minimal viktig effekt (minimally important difference, MID)?

**Kommentar:****13. Veier fordeler ved tiltaket opp for ulemper og kostnader?**

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:**

- Er eventuelle uheldige hendelser og/eller konsekvenser rapportert?
- Er nytten av tiltaket verdt kostnader?

**Kommentar:*****Del D: Kan resultatene være til hjelp i praksis?*****14. Kan resultatene overføres til praksis?**

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:**

- Er problemstillingen(e), deltager(e) eller enhet(er) i studien sammenlignbar(e) med utfordringer du møter i din praksis?
- Vil eventuelle forskjeller mellom de personene du møter i praksis og deltager(e) eller enhet(er) i studien bety noe for overførbarheten til praksis (kan du forvente like stor effekt)? Er for eksempel settingen lik og har fagpersoner samme og/eller tilstrekkelig kompetanse?
- Er utfallene viktige for dem du møter i praksis?
- Er det andre utfall du gjerne skulle hatt med? Vurder om utfallsmålene er relevante for populasjonen, pårørende, politikere, eksperter og klinikere.
- Er det begrensninger i studiens metodiske kvalitet som vil påvirke din avgjørelse?

**Kommentar:****15. Er tiltaket i studien bedre enn dagens praksis?**

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:**

- Hvilke ressurser kreves for å ta i bruk dette tiltaket? For eksempel tid, penger kompetanseheving og praktisk opplæring.
- Kan du omfordele ressurser for å ta i bruk de nye tiltaket?

**Kommentar:****16. Oppsummering av vurderingen**

- Skriv ned hovedpoengene fra din kritiske vurdering
- Hva er din konklusjon etter å ha lest studien?
- Er andre forhold i studiene vurdert, for eksempel etiske, finansiering av tiltaket eller interessekonflikter?
- Kan du sette i gang med dette tiltaket eller intervensjonen umiddelbart?