

# Hjerneslag og kommunikasjon

”Hvordan kan sykepleier tilrettelegge for god kommunikasjon med den afasirammede slagpasienten i rehabiliteringsfasen?”



Diakonhjemmet  
Høgskole

Bacheloroppgave i sykepleie

Kull: 09SYK

Kandidatnummer: 6010

Innleveringsfrist: 23. Mars 2012

Antall ord: 9 380

## **Sammendrag**

Tittel: Hjerneslag og kommunikasjon

### Bakgrunn

Hvert år rammes cirka 11 000 personer i Norge av førstegangsslag og cirka 3500 av tilbakefall (Ellekjær og Selmer 2007). Dette gjør at hjerneslag er den tredje hyppigste dødsårsaken i Norge og den største årsaken til funksjonshemming hos eldre (ibid). Av disse rammes cirka 6500 av afasi (Corneliussen m.fl. 2006).

Hensikten med oppgaven er å finne ut hvordan sykepleier kan tilrettelegge for god kommunikasjon med den afasirammede slagpasienten, og om det finnes elementer som påvirker kommunikasjonen.

### Problemstilling

”Hvordan kan sykepleier tilrettelegge for god kommunikasjon med den afasirammede slagpasienten i rehabiliteringsfasen?”

### Metode

Metoden i denne oppgaven er en blanding av et systematisk litteraturstudium og et casestudium.

### Resultat

Sykepleierens tid og omgivelsene rundt en samtale er vesentlig for hvordan kommunikasjonen utarter seg mellom sykepleieren og pasienten. Nonverbal kommunikasjon sier mer enn det verbale, og derfor bør kroppsspråket benyttes i møte med pasienten (Eide og Eide 2007).

## **Innholdsfortegnelse**

|  |           |
|--|-----------|
| <b>1 Innledning</b>  | <b>5</b>  |
| 1.1 Presentasjon av tema og problemstilling  | 5         |
| 1.2 Begrunnelse for valg av tema og problemstilling  | 5         |
| 1.3 Avgrensing og presisering av problemstilling   | 5         |
| 1.4 Oppgavens hensikt  | 6         |
| 1.5 Oppgavens oppbygging   | 7         |
| <b>2 Metode</b>  | <b>8</b>  |
| 2.1 Blandingsstudium som metode  | 8         |
| 2.2 Datasamling  | 8         |
| 2.2.1 Søk i databaser  | 8         |
| 2.2.2 Fagbøker   | 9         |
| 2.2.3 Observasjonscase   | 10        |
| 2.3 Litteraturens relevans og holdbarhet   | 10        |
| <b>3 Teori</b>   | <b>11</b> |
| 3.1 Sykepleierteoretiker Joyce Travelbee   | 11        |
| 3.2 Afasi som følge av hjerneslag  | 12        |
| 3.2.1 Hjernens oppbygging  | 12        |
| 3.2.2 Årsaker og risikofaktorer  | 12        |
| 3.2.3 Generelt om afasi  | 13        |
| 3.2.4 Ulike typer afasi  | 14        |
| 3.3 Kommunikasjon  | 14        |
| 3.3.1 Generelt om kommunikasjon  | 14        |
| 3.3.2 Nonverbal kommunikasjon  | 15        |
| 3.4 Gjennomgang av relevante forskningsartikler  | 16        |
| 3.4.1 Understanding and being understood as a creative caring phenomenon- in care of patients with stroke and aphasia og Understanding between care providers and patients with stroke and aphasia | 16        |
| 3.4.2 A new life with aphasia: Everyday activities and social support  | 17        |
| 3.4.3 Professional aphasia care trusting the patient's competence while facing existential issues  | 18        |
| 3.4.4 Communicating with people with stroke and aphasia: Understanding through sensation without words   | 19        |
| <b>4 Observasjonscase</b>  | <b>20</b> |
| 4.1 Case   | 20        |

|   |           |
|---|-----------|
| 4.2 Logopedens råd  | 21        |
| <b>5 Drøfting</b>   | <b>22</b> |
| 5.1 Hvordan gi uttrykk for valg? Bruk av hjelpemidler             | 22        |
| 5.2 Er omgivelsene og tid vesentlig for god kommunikasjon?        | 23        |
| 5.3 Bruk av kroppsspråk   | 25        |
| 5.4 Pårørende- et godt hjelpemiddel?                              | 26        |
| 5.5 Hvordan skal sykepleier forholde seg til pasienten?           | 27        |
| 5.6 Hvordan kan sykepleier tilrettelegge en bedre sosial hverdag? | 28        |
| <b>6 Konklusjon</b>   | <b>31</b> |
| <b>Litteraturliste</b>  | <b>33</b> |

# **1 Innledning**

## ***1.1 Presentasjon av tema og problemstilling***

Tema for oppgaven er hjerneslag og kommunikasjon. Hvert år rammes cirka 11 000 personer i Norge av førstegangsslag og cirka 3500 av tilbakefall (Ellekjær og Selmer 2007). Dette gjør at hjerneslag er den tredje hyppigste dødsårsaken i Norge og den største årsaken til funksjonshemming hos eldre (ibid). Av disse rammes cirka 6500 av afasi (Corneliussen m.fl. 2006). Dersom forebyggingen av slag ikke blir mer effektiv, vil trolig antall tilfeller øke med 50 % de neste 25 årene på grunn av økningen av antall eldre (Wergeland m.fl. 2010).

## ***1.2 Begrunnelse for valg av tema og problemstilling***

Afasi som følge av hjerneslag interesserer meg fordi, som det fremgår av tallene ovenfor, en stor del av Norges befolkning er eller vil bli berørt av denne tilstanden. På grunn av disse tallene synes jeg dette er et viktig satsningsområde. Jeg har jobbet som assistent på en sengepost for slagpasienter i 2,5 år og har derfor noe erfaring med denne pasientgruppen. Jeg har også i mine praksisstudier som sykepleierstudent lagt merke til den dårlige kommunikasjonen mellom sykepleiere og afasirammede slagpasienter, og jeg undres over om kunnskapen rundt kommunikasjon med afasirammede er god nok blant sykepleiere. En pasient med ekspressiv afasi kan fortsatt tenke klart, men han har vansker med å forstå det som blir sagt, formulere ord og setninger og å uttrykke seg verbalt (Corneliussen m.fl. 2006). For å kunne kommunisere ved hjelp av språk på en profesjonell måte, bør sykepleieren ha kunnskaper og ferdigheter om både selve språket og normene for hvordan vi skal bruke det i ulike sammenhenger (Qvenild m.fl. 2010). Manglende kunnskap om afasi og ulike kommunikasjonsstrategier gjør kommunikasjonen dårlig, noe som igjen ødelegger for en god relasjon. Kommunikasjonsproblemer vekker min personlige interesse, og jeg ønsker å finne ut mer om dette.

## ***1.3 Avgrensning og presisering av problemstilling***

Oppgavens hovedfokus er hvordan sykepleieren kan tilrettelegge for god kommunikasjon med den afasirammede slagpasienten. Jeg vil legge vekt på hvilke elementer som spiller inn for en god samtale og hvilke hjelpemidler sykepleieren kan benytte seg av. Jeg har valgt å

fokusere på de pasientene som rammes av et venstresidig hjerneslag fordi språkområdet er lokalisert i denne delen av hjernen hos de fleste mennesker (Sunde og Reinvang 1988).

De fleste afasirammede blir deprimerte på grunn av manglende språk til å gjøre seg forstått (ibid), men dette er ikke et fokus i oppgaven. Jeg velger heller å fokusere på hvordan sykepleier, ved hjelp av god kommunikasjon, kan hindre depresjon og isolasjon og dermed fremme sosialisering. Problemstillingen er ikke avgrenset til en spesiell aldersgruppe, men jeg velger likevel å legge vekt på de pasientene som er fra 65 år og oppover siden de fleste som rammes av afasi er over denne alderen (Almås 2010). Det finnes ulike typer afasi (ibid), men i denne oppgaven vil jeg fokusere på de pasientene som har ekspressiv afasi. De forstår hva sykepleieren sier, og kommunikasjon bygger på nettopp dette (Eide og Eide 2007).

Forløpet etter et hjerneslag deles inn i en akutt fase, som ofte er det første døgnet, og en rehabiliteringsfase (Andreassen 2008). Samtidig som sykepleier observerer pasienten i akuttfasen begynner rehabiliteringsfasen. Her er rask igangsetting av rehabilitering viktig for pasientens prognose (ibid). Pasientene i oppgaven er i rehabiliteringsfasen.

Problemstillingen lyder: ”Hvordan kan sykepleier tilrettelegge for en god kommunikasjon med den afasirammede slagpasienten i rehabiliteringsfasen?”.

I begrepet ”den afasirammede pasienten” mener jeg pasienter som er rammet av hjerneslag og har fått afasi som sequele. Pasienten omtales som ”han” i oppgaven, og sykepleier omtales som ”hun”.

#### ***1.4 Oppgavens hensikt***

Hensikten med oppgaven er å finne ut hvordan sykepleier kan tilrettelegge for god kommunikasjon med den afasirammede pasienten. Jeg ønsker å undersøke om det finnes elementer og eventuelle hjelpemidler som gjør kommunikasjonen bedre og om det finnes faktorer som spiller inn for at pasienten på best mulig måte kan klare å delta i samtalen. Jeg ønsker også å undersøke om sykepleier, ved hjelp av god kommunikasjon, kan tilrettelegge for en bedre sosial hverdag for pasienten.

### ***1.5 Oppgavens oppbygging***

Kapittel 2 er metodedelen som gir leseren innblikk i hvilken metode jeg har brukt for å besvare problemstillingen og hvordan jeg har kommet fram til litteraturen som brukes. I kapittel 3, teoridelen, presenteres vesentlig teori fra fagbøker og forskningsartikler. Jeg presenterer Joyce Travelbees sykepleierteori som er relevant i forhold til problemstillingen og funnene i oppgaven.

Deretter, i kapittel 4, presenterer jeg en observasjonscase, og til slutt, i kapittel 5, drøftes funnene fra caset og teorien forskning og faglitteratur opp mot problemstillingen. Jeg vil drøfte hva sykepleier kan gjøre for å tilrettelegge for god kommunikasjon og også om hun kan hjelpe pasienten til å fungere bedre sosialt. Drøftingen handler om hva sykepleier bør gjøre ut i fra teorien, funnene, mine egne erfaringer og om dette er gjennomførbart i praksis.

Opgaven er skrevet ut i fra høgskolens retningslinjer for oppgaveskriving på bachelor- og masternivå (2010).

## 2 Metode

### 2.1 Blandingsstudium som metode

Metoden i denne oppgaven er en blanding av et systematisk litteraturstudium og et casestudium. Jeg har søkt i databaser etter relevant forskning knyttet til min problemstilling, og jeg bruker også observasjoner fra en observasjonscase. Jeg velger denne metoden fordi jeg mener den vil gi meg gode data som vil hjelpe meg til å besvare problemstillingen på en interessant og faglig måte. Jeg benytter meg stort sett av primærkilder, men dersom noen forfattere er vanskelig å få tilgang til, leser jeg tekster ut i fra sekunderforfatterens tolkning. I følge Dalland (2007), bør forfatteren av en oppgave benytte seg av primærkilden for å unngå feiltolkninger.

### 2.2 Datasamling

#### 2.2.1 Søk i databaser

Når jeg har søk etter litteratur som belyser oppgavens problemstilling, har jeg tatt utgangspunkt i sentrale begreper. Søkene har jeg gjort i søkemotoren EBESCO hvor jeg huket av på CINAHL og Nursing and Allied Health Collection. Jeg har også forsøkt å søke i databasene til Sykepleien.no og Tidsskrift for norsk legeforening, men her fant jeg ingen relevant forskning av nyere dato. Jeg brukte da de samme søkeordene som i EBESCO, men på norsk.

Database:

|  |
|--|
| ”CINAHL”                               |
| ”Nursing and Allied Health Collection” |

Inkluderings- og ekskluderingskriterier:

|                          |
|--------------------------|
| ”Linked full text”       |
| ”Peer Reviewed Journals” |
| År 2002 - 2012           |



Søkeord:

|                  |           |                 |                 |           |
|------------------|-----------|-----------------|-----------------|-----------|
| ”Stroke”         | ”Aphasia” | ”Communication” | ”Understanding” | ”Nursing” |
| ”Rehabilitation” | ”Caring”  |                 |                 |           |

Kombinasjoner:

Antall treff:

|   |     |
|---|-----|
| ”Stroke” AND ”Aphasia” AND ”Nursing”        | 242 |
| ”Understanding” AND ”Aphasia” AND ”Nursing” | 181 |
| ”Aphasia” AND ”Rehabilitation” AND ”Caring” | 210 |
| ”Aphasia” AND ”Nursing” AND ”Caring”        | 133 |

Jeg startet med å søke bredt, og ut ifra det jeg fant som var relevant, fikk jeg tips til søkeord. Jeg kombinerte disse for å smale søkene. Jeg leste sammendraget til de artiklene som var interessante og brukte dermed ikke tid på å lese hele artikkelen på de som var uinteressante.

Jeg valgte til slutt tre artikler fra Sundin m.fl. fordi de belyser hvilke elementer som spiller inn i kommunikasjonen med en afasirammert pasient og hvordan sykepleieren bør opptre. Nätterlund valgte jeg fordi hun forsker på hva som forandrer seg i hverdagen til en pasient med afasi og hva for eksempel en sykepleier kan gjøre for at hverdagen skal oppleves bedre, og Nystrøm fordi hun skriver om hva som er god omsorg til en afasirammert pasient.

Jeg fant lite forskning som handlet konkret om hvordan sykepleieren på best mulig måte kan tilrettelegge for god kommunikasjon. De fleste søkene ga treff på hva pasienten ønsker å få tilrettelagt etter sin afasi og hvordan afasi påvirker deres hverdag, sosiale liv og psyke.

### 2.2.2 Fagbøker

Fagbøkene jeg bruker i oppgaven har jeg funnet frem til ved hjelp av søkemotoren Bibsys, og jeg bruker også tidligere pensumbøker. I Bibsys har jeg søkt på sentrale begreper fra problemstillingen og på forfatternavn som jeg har blitt anbefalt fra medstudenter, logoped og sykepleiere som jobber med slagpasienter. Jeg har også sett gjennom tidligere bacheloroppgaver med samme tema hvor jeg har fått tips til bøker og forfattere.

### **2.2.3 Observasjonscase**

I observasjonscaset har jeg samarbeidet med en logoped som arbeider på en slagavdeling. Jeg kontaktet henne og spurte om jeg kunne være med på et møte mellom henne og en afasirammet slagpasient for å se hvordan hun kommuniserer og for å observere eventuelle hjelpemidler hun benytter seg av. Jeg avklarte med avdelingen om dette var greit i forhold til taushetsplikt. Avdelingen var svært positiv til dette, og logopeden kontaktet meg før møtet med pasienten. Jeg satt bakerst i pasientrommet og observerte samtalen mellom pasienten og logopeden. I etterkant reflekterte vi over hvordan det hadde gått og hva jeg som observatør hadde lagt merke til. Pasienten i caset anonymiseres med fiktivt navn og alder.

Jeg vil analysere caset opp mot problemstillingen og drøfte funnene med relevant teori fra forskningsartiklene og fagbøkene.

### **2.3 Litteraturens relevans og holdbarhet**

Litteraturen som samles må være relevant i forhold til problemstillingen (Dalland 2007). Fagbøkene jeg anvender gir meg faktakunnskaper til å skrive teorikapittelet og til å belyse relevante begreper som brukes i oppgaven. Mange av bøkene som benyttes handler om hvordan sykepleieren kan tilrettelegge for samtale med en afasirammet slagpasient, og dette er svært relevant i forhold til min problemstilling. De fleste bøkene som benyttes er av nyere dato og derfor oppdaterte.

Forskningsartiklene er relevante i forhold til min problemstilling fordi de belyser hvordan kommunikasjonen mellom sykepleier og en afasirammet pasient kan skje på best mulig måte, og hvordan sykepleieren kan tilrettelegge for at pasienten skal kunne ha en sosial hverdag og kunne delta på ulike fellesaktiviteter. Artiklene belyser også mange av de samme elementene som logopeden gjør, og jeg kan dermed drøfte disse opp mot hverandre.

Observasjonscaset gir meg erfaringer om hvordan sykepleieren bør opptre og hvordan en samtale bør tilrettelegges med en afasirammet pasient. Dette er svært relevant i forhold til oppgavens problemstilling. Logopeden jobber med den relevante pasientgruppen og hun har derfor mye erfaring og oppdatert kunnskap.

### 3 Teori

#### *3.1 Sykepleierteoretiker Joyce Travelbee*

Joyce Travelbee er en sykepleieteoretiker som har fokus på utviklingen av relasjoner mellom sykepleier og pasient. Teorien er en interaksjonsteori som vektlegger samhandling mellom de to partene som en base for god sykepleie (Kristoffersen 2008). Pasientens oppfatning av situasjonen danner grunnlaget for hans atferd og reaksjon, og derfor bør sykepleieren kjenne til pasientens opplevelser. Her er kommunikasjon et sentralt begrep. Ved hjelp av kommunikasjon kan sykepleieren bli kjent med reaksjoner og følelser som pasienten sitter inne med (ibid).

I følge Travelbee (2005) foregår det en form for kommunikasjon ved alle møter mellom sykepleier og pasient, enten i form av samtale eller taushet. Sykepleieren ser pasientens holdning, utseende, atferd og ansiktsuttrykk, mens pasienten leser sykepleierens kroppsholdning, stressnivå og interessenivå. Alle disse tegnene gjør at partene kan etablere et menneske- til- menneske- forhold, og dette uttrykket definerer Travelbee (2005) som de erfaringene sykepleieren og pasienten gjør seg. Kjennetegnet ved uttrykket menneske- til- menneske- forhold er at pasientens sykepleierbehov blir ivaretatt (ibid).

Gode kommunikasjonsferdigheter er hjelpemidler til å forstå pasienten som person, til å forstå relasjonen og til å stimulere pasientens utvikling på best måte (Eide og Eide 2007).

Travelbee (2005) skriver at kommunikasjonsferdigheter kan deles inn i to kategorier. Disse er ”evner som er nødvendige for alle og spesifikke evner med betydning for sykepleiesituasjoner” (ibid:150). Mange av de generelle kommunikasjonsferdighetene som bør være til stede for en god kommunikasjon, for eksempel evne til å uttrykke seg muntlig eller skriftlig, er ikke til stede hos en pasient med ekspressiv afasi (Corneliussen m.fl. 2006). Evnen til å lytte, høre eller tolke sykepleierens verbale og nonverbale språk kan være til stede, men i en svekket grad. De spesifikke kommunikasjonsevnene er i følge Travelbee (2005) til stede hos en profesjonell sykepleier. Her legges det blant annet vekt på evnen til å observere og tolke observasjonene fra den afasirammede pasienten, evnen til å finne ut om pasienten forstår hva som blir sagt og evnen til å vente. En pasient med ekspressiv afasi bruker ofte lang tid på å finne ord og bygge setninger, og det er heller ikke alltid han klarer å fullføre

(Corneliussen m.fl. 2006). Sykepleieren bør derfor, i følge Travelbee (2005), ha evnen til å avvende den andres tempo og ikke overkjøre han.

Travelbee (2005) skriver også om ulike kommunikasjonsteknikker. Dette er metoder som benyttes for å nå både spesifikke og mer generelle mål med sykepleieintervensjonen. Dette omfatter ikke bare samtale med pasienten, men også de nonverbale virkemidlene som sykepleieren bruker for å gi god omsorg. Slike teknikker er verdifulle fordi de baner vei for god kommunikasjon, og de hjelper sykepleieren til å oppnå sine mål og hensikter med behandlingen (ibid). Eksempler på slike teknikker er åpne utsagn eller spørsmål og speiling eller parafrasering.

### **3.2 Afasi som følge av hjerneslag**

#### **3.2.1 Hjernens oppbygging**

Hjernen styrer kroppens bevegelser og bestemmer hvordan vi skal oppføre oss. Den består av lillehjernen, som sender signaler angående koordinering av muskelbevegelser, og hjernestammen som regulerer våkenhetsgraden (Sundet og Reinvang 1988). Storehjernen består av høyre og venstre hemisfære hvor hjernebroen forbinder disse sammen slik at de kan samarbeide seg imellom. Storehjernen regulerer blant annet språk, og hos de fleste mennesker ligger språkområdet i venstre hemisfære (ibid).

Hjernen har tverrforbindelser med kroppen, altså styrer høyre hemisfære venstre del av kroppen og omvendt. Dette betyr at dersom en person får slag i venstre hemisfære, vil dette føre til for eksempel lammelser i høyre bein og afasi (Sundet og Reinvang 1988).

#### **3.2.2 Årsaker og risikofaktorer**

Tilstanden afasi er ervervet og kommer stort sett av et hjerneslag eller et traume. ”Et hjerneslag er en skade på hjernevev som inntreffer når blodtilførselen til en del av hjernen stopper opp” (Dahl 1993:9). Mangel på blodtilførsel gjør at cellene og vevet i språkområdet i venstre hemisfære ikke får oksygen, og dermed oppstår afasi som et symptom på slaget (ibid).

Hjerneslag inntreffer sjeldent i ung alder, mens risikoen derimot øker drastisk etter fylte 55 år (Mathiesen m.fl. 2007). Forskere sier at genetikk ikke er en stor årsak til slag, men at risikoen er betraktelig større dersom en i førstegradsslektningen har vært rammet. Høyt blodtrykk er den viktigste risikofaktoren for både infarkt og blødning og utgjør cirka 40 % av tilfellene. Røyking daglig er assosiert med hele 50 % av tilfellene, så dersom en person har både høyt blodtrykk og røyker daglig er sjansen for å bli rammet av slag og afasi svært stor. En kombinasjon av for eksempel høyt kolesterol, diabetes, overvekt og hypertensjon utgjør et metabolsk syndrom som til sammen øker risikoen for hjerneslag betraktelig (ibid).

### **3.2.3 Generelt om afasi**

Afasi kommer plutselig og er et stort sjokk for den som rammes og hans pårørende. Pasienten kan fortsatt tenke klart, altså er intellektet i behold, men han har vansker med å forstå, lage setninger, lese og skrive (Corneliussen m.fl. 2006). Afasi defineres som at pasienten ikke lengre har like stor tilgang til språket sitt. På grunn av at vi bruker språket til å kommunisere med, er afasi en stor funksjonshemming for den rammede (ibid). Alle mennesker som rammes av afasi, vil få et behov for språklig, sosial, fysisk og psykisk rehabilitering. Dette er også en rett de har, uansett alder. Opplæringsloven 1998 (i følge Qvenild m.fl. 2010) hjemler rett til språklig rehabilitering etter et slag. Alle som rammes har rett på opplæring eller rehabilitering for språkvanskene som slaget har medført.

Skader i språkområdet medfører at pasienten sliter helt eller delvis med taleevnen. Dette skaper kommunikasjonsproblemer. Graden av forstyrrelse kommer an på hvor stor skade pasienten har, hvor i språkområdet skaden ligger og hvor tidlig dette blir oppdaget (ibid). Bedringsforløpet er, som ved andre sykdommer, individuelt fra person til person, men som alltid er det noen fellestrekk. Dersom skaden er stor og har rammet både fremre og bakre del av språkområdet, er sjansen liten for at pasienten vil kunne få språket 100 prosent tilbake. Ved slike tilfeller kan fremgangen stoppe helt opp etter kort tid uansett hvor mye trening som utføres. Dette er både trist og frustrerende for pasienten og hans pårørende. Hos andre pasienter kan vanskene forsvinne helt etter kun 2-3 uker. Dersom sykdommen som forårsaket afasi ikke blir verre, er sjansen for at språket kommer tilbake stor (Sundet og Reinvang 1988).

### **3.2.4 Ulike typer afasi**

En slagrammet pasient kan ha ulike typer afasi. Dette avhenger av hvor i språkområdet slaget inntreffer (Wergeland m.fl. 2010). Impressiv (sensorisk) afasi skyldes en skade i bakre del av språkområdet og medfører nedsatt språkforståelse. Pasienten har vansker med å oppfatte det som blir sagt, og dermed klarer han ikke å svare på konkrete spørsmål eller utføre det han blir bedt om.

En annen type er global afasi. Dette skyldes en stor og omfattende skade i hele språkområdet, både fremre og bakre del. I dette tilfellet har pasienten de samme problemene som ved impressiv afasi, men i tillegg vansker med å uttale ord og bokstaver. Global afasi kan sies å være en sammensetning av impressiv og ekspressiv afasi (ibid).

Ekspressiv (motorisk) afasi skyldes en skade i fremre del av språkområdet og medfører vansker med å uttrykke seg (Corneliussen m.fl. 2006). Pasienten sliter med uttalelsen av bokstaver, sette sammen bokstavene i riktig rekkefølge slik at de blir et ord og han har oppstykket tale med pauser. Dette gjør at pasienten har et ikke- flytende talepreg med langsomme uttalelser og liten flyt i setningene. Han snakker med korte setninger og bruker da de viktigste ordene som oftest er substantiv. Noen pasienter kan bare si ”ja” og ”nei”, men blander da ofte betydningen av disse. De fleste har i tillegg til dette lese- og skrivevansker (ibid).

## **3.3 Kommunikasjon**

### **3.3.1 Generelt om kommunikasjon**

Richard Palmer sier (i følge Eide og Eide 2007:1): ”Det krever en stor lytter for å høre hva som faktisk sies, en enda større for å høre hva som ikke sies, men som kommer til uttrykk i talen.”

Kommunikasjon er en utveksling av meningsfylte tegn mellom to eller flere parter (ibid). Sykepleieren utfører profesjonell kommunikasjon på jobben, enten med en pasient, pårørende eller medarbeidere. Dette betyr at sykepleieren kommuniserer på en måte som hører yrket til,

som i hennes rolle er den som skal hjelpe pasienten. Denne type kommunikasjon har et hjelpende helsefaglig formål for den afasirammede pasienten (ibid).

Det finnes noen konkrete forutsetninger for at kommunikasjonen mellom en sykepleier og en pasient med ekspressiv afasi skal kunne gjennomføres på en god måte. Pasienten og sykepleieren må kunne se ansiktene til hverandre slik at blikkontakt og nonverbal kommunikasjon kan benyttes. Omgivelsene rundt en samtale har også stor innvirkning på hvor mye pasienten oppfatter. Det kreves konsentrasjon, og dette er vanskelig dersom en tv står på i bakgrunnen eller dersom rommet er fylt av mennesker (ibid). I følge Eide og Eide (2007) er antallet som kommuniserer med pasienten vesentlig. Jo flere pasienten må forholde seg til, desto mer informasjon må oppfattes og forstås. Pasienten rekker ofte ikke å tenke gjennom det som blir sagt før de andre partene i samtalen skifter tema. Dette er frustrerende og gjør at pasienten ikke kan svare på det han blir spurt om (ibid).

Dårlig tid er ikke gunstig når kommunikasjon mellom sykepleier og en pasient med ekspressiv afasi skal utføres. På grunn av sykepleierens kroppsspråk oppfatter pasienten at hun er stresset og egentlig ikke har tid til de stille pausene i samtalen som pasienten trenger for å kunne svare på spørsmålene som stilles. Pasientens dagsform er også en forutsetning for hvordan kommunikasjonen utarter seg. Dårlig humør, depresjon eller tretthet kan gjøre at han i enda større grad glemmer ordene, og det kan i slike situasjoner være lurt å ta pauser eller flytte samtalen til senere på dagen. Sykepleieren bør snakke tydelig, langsomt og ikke bruke for mange ord i en setning (ibid).

### **3.3.2 Nonverbal kommunikasjon**

Kommunikasjon kan utøves verbalt eller nonverbalt (Eide og Eide 2007). Verbal kommunikasjon er ord og uttrykk som formidler et budskap klart og tydelig, men som ved nonverbal kommunikasjon, må også dette budskapet tolkes av mottakeren. Ord er sjelden entydige og kan være både vennlige, ironiske, inspirerende eller sårende. Avhengig av hvordan pasienten tolker dette kan møte med sykepleieren oppleves på ulike måter (ibid).

Nonverbal kommunikasjon, eller kroppsspråket, er det vi formidler ved hjelp av ansiktsuttrykk, kroppsholdning og gester (ibid). Ofte avslører dette pasientens første reaksjon på det som blir sagt. Sykepleierens kroppsspråk i møte med pasienten er avgjørende for

tryggheten og kontakten i relasjonen dem imellom. Nonverbal kommunikasjon er et responderende språk som sier mye om hvordan pasienten har det i øyeblikket. Jo bedre relasjonen mellom sykepleieren og pasienten er, jo lettere er det for sykepleieren å tolke pasientens kommunikasjon. Eksempler på hvordan sykepleier kan formidle god nonverbal kommunikasjon til en afasirammet pasient er å holde øyekontakt, ha en mottagende og åpen kroppsholdning, lene seg fremover mot pasienten for å vise at hun er interessert, ha en avslappet og naturlig stemme og at hun lar ansiktet uttrykke ro, tilstedeværelse og interesse (ibid).

### ***3.4 Gjennomgang av relevante forskningsartikler***

#### **3.4.1 Understanding and being understood as a creative caring phenomenon- in care of patients with stroke and aphasia og Understanding between care providers and patients with stroke and aphasia**

Sundin m.fl. (2002 og 2003) har skrevet to kvalitative forskningsartikler hvor forfatterne undersøker hvordan sykepleieren bør opptre best mulig i kommunikasjon med en afasirammet slagpasient og hvordan miljøet rundt kommunikasjonen bør være. Forskerne belyser betydningen av å forstå og bli forstått i omsorgen for afasirammede slagpasienter og å finne ut hvordan sykepleieren på best mulig måte kan tilrettelegge for god kommunikasjon i ulike situasjoner. Metoden i denne artikkelen er at de ulike situasjonene, morgenstell og bildefremvisning, er filmet og blir analysert. Deltagerne er fem godt egnede sykepleiere og tre afasirammede slagpasienter fra Sverige.

Begge artiklene belyser at sykepleieren bør stille et og et spørsmål av gangen og gi pasienten god tid til å forstå det som blir sagt. Tydelig og rolig stemme hindrer at pasienten får et inntrykk av at sykepleieren er stresset og utålmodig. Ta en ting av gangen. Begge partene kan lese hverandres kroppsspråk og dermed registrere mye av hva den andre tenker og føler om situasjonen. Sundin m.fl. (2003) skriver at det er viktig at begge partene sitter i samme høyde slik at den ene ikke må se opp på den andre. På denne måten viser sykepleieren at hun er tilstede hos pasienten, at hun kan tilby hjelp dersom dette ønskes og at hun er ydmyk og viser respekt.



Artikkelen *Understanding and being understood as a creative caring phenomenon- in care of patients with stroke and aphasia* viser til en stille dialog som kan benyttes i stedet for verbal kommunikasjon. Dette går ut på berøring, som for eksempel å holde pasienten i hånden for å vise at man er tilstede eller stryke hverandre på kinnet for å vise takknemlighet eller for å trøste (ibid).

Den andre artikkelen belyser viktigheten av å tilrettelegge et godt miljø rundt kommunikasjonen for at pasienten skal føle seg som hjemme, bli kjent med pasientens tap og evner og hvordan han var før sykdommen inntraff. Et bedre bekjentskap gjør at sykepleier for eksempel kan bruke humor i kommunikasjon som kan lette på stemningen og få frem et smil hos pasienten. Dette forutsetter at hun kjenner til pasientens personlighet og væremåte (Sundin m.fl. 2002).

### **3.4.2 A new life with aphasia: Everyday activities and social support**

Nätterlund (2010) skriver at mennesker som rammes av afasi må gjøre store endringer i hverdagen sin og tilpasse den etter sin funksjonshemming. Hensikten med denne kvalitative forskningen er å få en beskrivelse av afasirammede pasienters personlige opplevelser av hverdagslige aktiviteter og betydningen av den sosiale støtten. Deltagerne, som er tjue afasirammede slagpasienter fra Sverige, beskriver i et intervju hva de ønsker å få hjelp til og hva for eksempel sykepleier kan gjøre for å tilrettelegge en mer sosial hverdag.

Hovedresultatene i denne undersøkelsen viser at det er mye sykepleieren kan gjøre for å tilrettelegge en mer sosial hverdag for pasienten. De fleste afasirammede synes det er viktigst å opprettholde kontakten med de nærmeste pårørende. Sykepleieren kan tilrettelegge i hjemmet med ulike tekniske hjelpemidler som gjør at pasienten kan ha besøk uten at det oppstår store kommunikasjonsvansker. Hun kan gi pårørende råd om god kommunikasjon og informasjon om hva afasi er og hva det gjør med et menneske. Dette kan også gjøres til pasientens arbeidsgiver slik at det kan tilrettelegges for at han kan fortsette som arbeidende dersom pasienten ønsker dette (ibid).

Afasirammede kan ikke kjøre bil blant annet på grunn av sine lesevansker, og det er i tillegg vanskelig å benytte seg av kollektiv transport (Nätterlund 2010). Sykepleieren kan lage avtaler med pårørende slik at de kan ha faste handleturer et par ganger i uken, eller de kan

hjelpe pasienten med å bestille taxi dersom dette er et bedre alternativ. Mange afasirammede synes det er verdifullt å møte mennesker som er i samme situasjon som dem selv, og dette kan sykepleieren legge til rette for ved å hjelpe han med å avtale møter.

Dagligdagse aktiviteter forandrer seg mye etter afasi, og pasientene blir hindret av sin funksjonshemming til å delta på felles aktiviteter. Afasi fører til tap av venner, jobb og kollegaer som igjen kan medføre at pasienten blir ensom. Pasientene trenger individuell støtte og tilrettelegging for å forbedre deres kommunikasjon og for å få til en sosial hverdag (ibid).

### **3.4.3 Professional aphasia care trusting the patient's competence while facing existential issues**

Nystrøm (2009) har forsket på hvordan helsepersonell kan øke kunnskapen om språkterapi og profesjonell omsorg til afasirammede slagpasienter. Denne kvalitative forskningsartikkelen legger vekt på en sikker base og en sykepleier som gjenkjenner og stoler på pasientens evne til å tenke og kommunisere. Deltagerne, ni afasirammede slagpasienter, ble intervjuet om hva de opplevde som var viktigst ved god omsorg knyttet mot deres afasi.

Mange afasirammede pasienter sliter med ensomhet og isolasjon. Selv om pasienten ikke kan svare på tiltale, bør sykepleieren fortsette å snakke med han og være tilstede i like stor grad som hos de pasientene som kan svare verbalt. Deltagerne bemerket at mange sykepleiere vegrer seg for å besøke dem på grunn av frykt for kommunikasjonsvansker. De påpeker at selv om de ikke alltid kan svare verbalt, forstår de det som blir sagt. Selv om samtalen går dårlig, er det verdt å forsøke. All trening er god trening (ibid).

Ærlighet og tillit til pasientens kompetanse til å takle en situasjon er i følge Nystrøm (2009) god omsorg. Ærlighet innebærer at pasienten erkjenner at sykepleieren kan og vil møte han som person og ikke som sykdommen. Kommunikasjonen bør være åpen, direkte og enkel, og sykepleieren bør være villig til å arbeide med pasienten og hans problem. Pasienten bør føle seg trygg på at sykepleieren virkelig vil forstå. Afasirammede slagpasienter er sårbare, og deres evne til å ta initiativ til en samtale er svært liten. Profesjonell afasiomsorg innebærer derfor at sykepleieren har tid til å identifisere de omsorgsbehovene pasienten trenger som ikke uttrykkes verbalt. Det kan også være en fordel å bremse ned samtalen, bruke gester og redusere støy og andre ting som trekker oppmerksomheten til pasienten (ibid).

### **3.4.4 Communicating with people with stroke and aphasia: Understanding through sensation without words**

Deltagerne i den kvalitative forskningsartikkelen til Sundin m.fl (2000) forteller i et intervju om en vellykket situasjon med en afasirammet pasient. Deltagerne, ti sykepleiere, legger vekt på hva som er vanskelig og hva som er lett under en samtale. De forklarer hvordan de gjør seg forstått og hvordan de forstår pasienten.

Nonverbal kommunikasjon er et godt hjelpemiddel i kommunikasjon med en afasirammet pasient (Sundin m.fl. 2000). For å kunne kommunisere nonverbalt bør partene etablere et godt forhold til hverandre. Vellykket nonverbal kommunikasjon går ut på å være i en situasjon helt til forståelse er oppnådd selv om dette kan virke stressende og plagsomt for pasienten. Sykepleier bør behandle hver pasient som et unikt og kompetent individ, og åpenhet i kommunikasjonen gjør at sykepleier kan føle og sanse hva pasienten ønsker å formidle (ibid).

Motivasjonen til sykepleier er å fange opp pasientens ønsker og deretter oppfylle hans forventninger. Sykepleier bør bli værende hos pasienten helt til forståelse er oppnådd og tilpasse seg den enkeltes personlighet. Hun bør ikke være overlegen, men i stedet sette seg på pasientens nivå og oppføre seg slik hun tror pasienten ønsker. Den eneste forskjellen mellom partene i en god kommunikasjon bør være at sykepleieren kan hjelpe pasienten. Ordløs kommunikasjon, som er en god kommunikasjonsteknikk, innebærer å dele følelser gjennom sansene. Sykepleier føler det pasienten føler, og ut i fra dette kan hun handle riktig for å finne en løsning på situasjonen (ibid).

## 4 Observasjonscase

### 4.1 Case

Kari Olsen på 87 år er innlagt på sykehus etter et hjerneslag. Hun har symptomer som tyder på et venstresidig infarkt, noe som også blir påvist med røntgenbilde. Olsen har facialis parese høyre munnvik, romneglekt for sin høyre side og ingen tale. Hun har dårlig almenntilstand, men er oppegående uten hjelpemidler. Olsen bor alene i egen leilighet, og hun har to voksne barn. Etter en kartlegging i akutfasen fastslår logopeden at pasienten har en ekspressiv afasi.

Ti dager etter innleggelse har Olsen fortsatt ingen tale. Hun kan lese bokstaver og korte setninger, lage lyder og har håndbevegelser til å gestikulere. Hun har liten ansiktsmimikk. Logopeden har avtalt møte med Olsen for å hjelpe henne med frokost. Hun setter seg på en stol foran pasientens seng slik at de har god øyekontakt, og Olsen kan lese på munnen hennes. Før frokosten serveres spør logopeden hva Olsen ønsker å drikke. Ved hjelp av ord som logopeden har skrevet på et ark, kan Olsen peke på det alternativet hun har lyst på. På samme måte kan Olsen velge om hun ønsker grøt eller brød å spise, og om hun ønsker kjøtt eller fisk til middag. Logopeden spør hvor mange brødskiver Olsen ønsker. Hun holder opp to fingre, og Olsen nikker bekreftende.

Omgivelsene rundt pasientrommet er rolige, og få distraherende elementer vil kunne ødelegge for en god kommunikasjon. Olsen har enmanns rom, og verken tv eller radio forstyrrer i bakgrunnen. Logopeden forholder seg rolig, og hun snakker langsomt og tydelig og formulerer korte setninger. Stemningen er behagelig, og en slags kommunikasjon kan utveksles.

I følge Olsens nærmeste pårørende har pasienten alltid vært en aktiv dame. Før hun ble rammet av hjerneslag, pleide hun å treffe venninner på café et par ganger i uken. Hun er avhengig av kollektiv transport for å komme seg til sosiale aktiviteter, og dette kan bli en stor utfordring etter slaget. Olsen har ved hjelp av tegninger og setninger som logopeden har skrevet ned, gitt uttrykk for at hun ønsker hjelp og tilrettelegging fra sykepleier til å kunne fortsette med disse sosiale møtene.

## ***4.2 Logopedens råd***

Logopeden i caset sier at det første og beste hjelpemidlet sykepleieren kan benytte seg av er pasientens pårørende. Sykepleieren kan snakke med pårørende for å få informasjon om hvordan pasienten var før slaget inntraff. Hennes fysiske og psykiske tilstand, interesser og egenskaper er viktige opplysninger for at sykepleieren skal kunne forstå Olsen bedre, men husk å ikke glemme at det er pasienten selv som er i fokus. Sykepleieren kan også gjøre avtaler med pårørende om at de kan hjelpe pasienten med for eksempel å handle mat.

Logopeden presenterer en pekebok som hun anbefaler å bruke i kommunikasjonen mellom sykepleier og en pasient med ekspressiv afasi. Boken er et hjelpemiddel med bildemateriell og nøkkelord som muliggjør samtale rundt komplekse emner. ”Snakk med din sykepleier” (2005) er et godt hjelpemiddel hvor både pasienten og sykepleieren kan underbygge det de sier ved å peke på ulike gjenstander eller situasjoner fra boken. Den er ikke tilpasset den enkelte pasienten, men kan likevel være en god starthjelp. Logopeden understreker at det er vesentlig at partene har et visst bekjentskap til hverandre slik at de vet litt om hva den andre tenker.

Hun nevner også ulike tekniske hjelpemidler som sykepleieren kan hjelpe pasienten med å tilrettelegge i hjemmet for at kommunikasjonen skal fungere bedre, men her kan ventelisten være lang. Logopeden tipser også om at sykepleieren kan avtale møter med en afasi- venn slik at pasienten for eksempel kan trene på kommunikasjon med denne personen.

Logopeden nevner noen punkter som hun mener er viktig for å kunne oppnå god kommunikasjon med pasienten. Hun sier sykepleieren bør snakke rolig og direkte, og hun bør ikke bruke vanskelige ord. Sykepleieren kan vurdere om hun skal bruke kroppsspråket for å vise pasienten hva hun vil at han skal gjøre, eller hva hun selv ønsker å formidle. For å underbygge det de snakker om, kan det være lurt å tegne eller skrive setningen i tillegg til å uttale den verbalt. Pasienten kan dermed både høre og se hva sykepleieren forsøker å formidle. Sykepleieren kan skrive ned ulike alternativer som pasienten kan peke på for å svare på hva han for eksempel ønsker til frokost eller middag. Logopeden sier at kommunikasjonen bør skje uten avbrytelser fra kollegaer eller forstyrrende elementer i rommet, og hun understreker at partene bør sitte i samme høyde for å kunne opprettholde øyekontakt og lese på munnen til hverandre. Sykepleierens tid er helt vesentlig for hvordan kommunikasjonen utarter seg. God tid gir god kommunikasjon.

## 5 Drøfting

Afasi som følge av hjerneslag gjør pasientens hverdag utfordrende (Nätterlund 2010). Kommunikasjon er i følge Travelbee (2005) vesentlig for å kunne skape et menneske- til- menneske- forhold og for å kunne fungere i samfunnet. Forståelse og vilje til å forstå er nødvendig for at kommunikasjon skal fungere, så hvordan kan sykepleier tilrettelegge for god kommunikasjon med en afasirammert slagpasient? I dette kapittelet vil jeg drøfte funnene fra observasjonskaset opp mot problemstillingen og belyse disse med teori fra forskning og fagbøker. Jeg vil også forsøke å trekke inn egne erfaringer. Er det alltid slik at teori kan benyttes i praksis?

### *5.1 Hvordan gi uttrykk for valg? Bruk av hjelpemidler*

Det finnes ulike hjelpemidler som kan benyttes for å gjøre kommunikasjonen mellom sykepleier og en afasirammert pasient lettere. Et hjelpemiddel som logoped presenterte, var en pekebok som inneholdt bilder av dagligdagse gjenstander og situasjoner. Jeg observerte at boken var nyttig fordi pasienten kunne peke på det alternativet hun ønsket, og det ble dermed lettere for, i dette tilfellet logopeden, å forstå hva pasienten mente. Motsatt kan sykepleieren benytte boken når hun ønsker å forklare pasienten noe.

Det negative med et slikt hjelpemiddel er, i følge logopeden, at det ikke er tilpasset den enkelte pasientens personlige ønsker. Boken inneholder kun et utdrag med de vanligste situasjonene i hverdagen og de mest brukte samtaleemnene. Dette gjør at sykepleieren ikke kan bruke boken til å bli bedre kjent med pasienten, men mer som et hjelpemiddel til å forklare noe eller spørre om han er enig i noe. Logopeden forklarte videre at en tegning kan tolkes på ulike måter, og dette kan føre til misforståelse mellom sykepleieren og pasienten. Det er derfor vesentlig at partene har et visst bekjentskap til hverandre slik at de vet litt om hva den andre tenker. I følge logopeden bør en slik bok benyttes i samhandling med pasienter som har ekspressiv afasi fordi de er i stand til å forstå hva sykepleieren sier.

Dersom pasienten kan tegne eller skrive, er dette, i følge logopeden, et veldig godt hjelpemiddel som kan benyttes i kommunikasjonen, men da bør sykepleieren belage seg på at kommunikasjonen tar lengre tid. I følge egne erfaringer ønsker mange afasirammede pasienter å være mest mulig selvhjulpne og ikke til bry for verken personalet eller familien. Pasienten merker selv at kommunikasjonen tar lang tid og kan dermed lett gi opp for ikke å være til bry.

Logopeden understreker at sykepleieren i slike tilfeller bør ha muligheten til å bruke tid og være tålmodig og kreativ for å kunne hjelpe pasienten. Hun understreker også at sykepleieren bør vise interesse for situasjonen slik at pasienten ikke mister motivasjonen. Sundin m.fl. (2003) er enig i dette og sier at sykepleieren bør prioritere nok tid til pasienten.

Travelbee (2005) sier at et godt menneske- til – menneske- forhold gjør kommunikasjonen lettere, og sykepleieren har dermed muligheten til bedre å tolke hva pasienten tegner eller skriver. Hun sier videre at jo bedre de kjenner hverandre, jo lettere kan sykepleieren forstå pasientens opplevelse i situasjonen. Logopeden understreker derimot at det er viktig at partene har et profesjonelt forhold seg imellom. Sykepleieren bør ikke komme for nært pasienten på den måten at hun selv blir berørt av situasjonen og tar følelsene med seg videre til neste pasient.

Egne erfaringer viser at hjelpemidler som benyttes er med på å lette kommunikasjonen mellom sykepleieren og pasienten, men at dette ofte tar lengre tid. Dersom sykepleieren benytter seg av tegning eller skriving som et hjelpemiddel, trenger dette planlegging og gjennomføring. Jeg har observert at enkelte godt voksne pasienter synes at en pekebok med bilder er barnslig og kan dermed føle at sykepleieren gjør narr av dem dersom hun benytter seg av dette. Sykepleieren bør, i følge egne erfaringer, forsøke på en diskret måte å finne hvilke hjelpemidler som passer best til hver enkelt pasient.

### ***5.2 Er omgivelsene og tid vesentlig for god kommunikasjon?***

Både forskning, fagbøker og logopeden sier noe om at omgivelsene og sykepleierens tid har en viss betydning for hvordan kommunikasjonen mellom partene vil utarte seg. Egne erfaringer tilsier at støy, flere deltagere i en samtale og dårlig tid har negativ virkning i kommunikasjonen med en afasirammet pasient.

Omgivelsene har, i følge Eide og Eide (2007), stor innvirkning på hvor mye av samtalen pasienten får med seg. Jo flere pasienten må forholde seg til, jo vanskeligere vil det være å holde konsentrasjonen oppe. Sundin m.fl. (2002) er enig i dette og sier at pasienter med ekspressiv afasi trenger ro rundt samtalen og bør unngå bakgrunnsstøy fra tv, radio eller medpasienter. De sier videre at sykepleieren bør tilrettelegge for et miljø som får pasienten til å føle seg som hjemme og mer avslappet og vel i situasjonen. Egne erfaringer tilsier derimot

at på et sykehus hvor de fleste pasientene ligger på tomannsrom, kan det være vanskelig å tilrettelegge for et slikt miljø. Sykepleieren kan lukke døren inn til pasientrommet for å unngå støy fra korridoren, men hun kan ikke be de andre pasientene være stille eller be dem om å skru av tv for å unngå bakgrunnsstøy. Logopeden er enig i dette og bekrefter at det ofte er vanskelig å tilrettelegge et hjemlig miljø fordi de fleste pasientene deler rom med fremmede og på grunn av mye støy fra resten av avdelingen. Egne erfaringer tilsier også at dersom pasientene har private bilder eller gjenstander på pasientrommet, trives de bedre, og dermed stiger både motivasjonen og humøret.

I følge Sundin m.fl. (2003) spiller sykepleierens tid en vesentlig rolle i kommunikasjonen med en afasirammet pasient. Nystrøm (2009) er enig i dette og sier at sykepleieren trenger god tid til å identifisere de omsorgsbehovene pasienten har som ikke kan uttrykkes verbalt. I følge egne observasjoner har sykepleiere ofte mye å gjøre og mange pasienter som de skal hjelpe. Dette fører til at de har begrenset tid til å kunne gjennomføre en god kommunikasjon med pasienten. Kommunikasjonen skjer ofte i forbifarten og dermed klarer ikke pasienten å fange opp det som blir sagt.

Sundin m.fl. (2003) sier at sykepleieren bør sitte inne hos pasienten for eksempel under et morgenstell for å vise at hun er tilgjengelig og hjelpelig. Hun bør observere at stellet går greit og samtidig gi psykisk støtte og trygghet til pasienten. Travelbee (2005) sier at sykepleieren bør bruke god tid på å observere om pasienten har forstått det som blir sagt og om han er tilfreds med situasjonen. I følge egne erfaringer er dette vanskelig å gjennomføre i praksis fordi sykepleieren ofte har ansvar for flere pasienter. Jeg har observert at sykepleiere går til og fra pasientene og ser til at de har det bra og om de ønsker hjelp. Mange arbeidsoppgaver og begrenset tid kan gjøre det vanskelig for sykepleieren å prioritere tid til en god samtale med pasienten, eller som i denne situasjonen, et godt og trygt morgenstell, selv om hun kanskje ønsker at dette var mulig. Sykepleierne ser hvilke pasienter som på grunn av sin fysiske tilstand trenger mest hjelp, og prioriterer mest tid til dem. Dette kan føre til at de pasientene som er fysisk oppegående, men som har andre vansker, blir nedprioritert.

Pasienter med afasi trenger tid både til å forstå det som sies og ikke minst til å formulere et svar. Det er også viktig at sykepleieren utstråler tilstedeværelse og interesse for å skape motivasjon for kommunikasjon og tillit (Sundin m.fl. 2003). Logopeden understreker derimot at god tid er en sjelden ressurs for sykepleiere og at tilstrekkelig tid til god kommunikasjon



ofte nedprioriteres, noe som også egne observasjoner og erfaringer viser. Likevel er dette svært vesentlig for at kommunikasjonen mellom partene skal kunne gjennomføres på en god måte (Eide og Eide 2007).

### **5.3 Bruk av kroppsspråk**

En pasient med ekspressiv afasi kan som oftest ikke uttrykke seg verbalt, og dermed må sykepleieren tolke hans kroppsspråk. Hun kan lese pasientens første reaksjon på det som blir sagt, og hun kan se om han er tilfreds med situasjonen og er interessert i å fortsette (Corneliussen m.fl. 2006). Eide og Eide (2007) sier at kroppsspråket forteller mer enn det verbale og at det derfor bør benyttes i kommunikasjonen med en afasirammet pasient. I følge Sundin m.fl. (2000) bør partene etablere en god relasjon for å få til en brukbar nonverbal kommunikasjon, men i følge egne erfaringer kan dette være vanskelig dersom pasienten fortsatt er i sjokk etter utfallet av sykdommen.

I følge Sundin m.fl. (2003) kan sykepleieren benytte stille dialog med pasienten som en nonverbal kommunikasjonsteknikk. Dette innebærer berøring og øyekontakt. Berøring kan gi pasienten trygghet i situasjonen og en opplevelse av sykepleierens tilstedeværelse. Han kan se sykepleierens rolige kroppsspråk og be henne om hjelp dersom han ønsker dette. Partene kan bruke øyekontakt for å se hverandres reaksjon på det som skjer, eller sykepleieren kan stryke pasienten på kinnet for å vise medfølelse (ibid). Sundin m.fl. (2000) understreker at sykepleieren bør kjenne pasienten godt før hun benytter berøring. Dette for å unngå å gi pasienten opplevelse av overgrep. Hun bør behandle pasienten som et voksent og klokt individ, noe som kan krenkes dersom sykepleieren kommer for nær innpå pasienten. Egne erfaringer tilsier at berøring ofte har en positiv virkning på pasienten og at det i en sårbar situasjon kan gi han en bedre opplevelse enn verbal kommunikasjon.

Sundin m.fl. (2003) sier at det for eksempel i en stellesituasjon er bedre å bruke kroppsspråket for ikke å ødelegge pasientens konsentrasjon, men Nystrøm (2009) sier derimot at sykepleieren ved enhver anledning bør kommunisere verbalt med pasienten for at han skal få trening. All trening er god trening. Pasienter med afasi kan føle seg ensomme og isolerte fordi sykepleieren ikke tør å kommunisere verbalt, og det er derfor svært viktig at hun snakker med pasienten når de er sammen (ibid). Logopeden sier at sykepleieren bør vurdere enhver situasjon før hun avgjør om hun skal benytte verbal eller nonverbal kommunikasjon.

I følge Sundin m.fl. (2000) kan sykepleieren bruke sansene for å forstå hva pasienten føler, men Travelbee (2005) sier at dette kan være vanskelig dersom partene ikke har et nært forhold til hverandre. Hun sier likevel at sykepleieren bør observere pasientens kroppsspråk for å se om han forstår det som blir sagt. Som oftest forteller kroppsspråket mer enn det verbale, og sykepleieren kan observere hvordan pasienten har det i situasjonen (ibid).

Travelbee (2005) sier at en relasjon skapes mellom sykepleieren og pasienten ved hjelp av kommunikasjon, noe som skjer hver gang de møtes. Som oftest tolker pasienten sykepleierens kroppsspråk før han hører hva hun sier. Dette innebærer at pasienten kan observere for eksempel at sykepleieren er stresset og sliten, og dette kan igjen påvirke han negativt. I følge egne erfaringer kan sykepleieren motivere pasienten og skape interesse for kommunikasjon ved å møte ham med en avslappet holdning og et smil, i motsatt fall kan hun ødelegge pasientens humør ved å opptre stresset og uinteressert.

Jeg har observert at bruk av kroppsspråk i kommunikasjon fungerer best dersom sykepleieren i tillegg sier det hun ønsker å formidle med rolig og tydelig stemme. Hun kan peke på gjenstanden hun snakker om og eventuelt vise pasienten hvordan den skal brukes. På denne måten bruker hun kroppsspråket samtidig som hun verbalt sier hva pasienten skal gjøre.

#### ***5.4 Pårørende- et godt hjelpemiddel?***

I følge Nätterlund (2010) er kontakten med de nærmeste pårørende noe av det viktigste for afasirammede slagpasienter. Logopeden er enig i dette og sier at pårørende er en av de viktigste ressursene sykepleieren kan benytte seg av. Pårørende kan hjelpe pasienten i hjemmet, støtte han og ikke minst trene på kommunikasjon hver dag, men hun understreker at pasienten selv må ønske dette.

Nätterlund (2010) sier at sykepleieren kan gi nyttig informasjon til pasientens pårørende slik at de forstår hva afasi er og hva det innebærer. Med godt samarbeid kan de dermed bli en viktig ressurs og god støtte for pasienten. Pårørende kan for eksempel hjelpe pasienten med husarbeid og andre dagligdagse gjøremål som å lage middag (ibid). I følge Sundin m.fl. (2000) er pårørende en viktig ressurs, men understreker at sykepleieren ikke bør glemme at det er pasienten som er i fokus og at det er han som bestemmer hva som skal skje. Det er viktig at sykepleieren vektlegger pasientens autonomi og styringsrett over eget liv (ibid).

Egne erfaringer tilsier at sykepleieren kan foretrekke å henvende seg til pårørende dersom viktig informasjon skal gis sånn at hun er helt sikker på at det hun sier blir forstått. Pasienten kan på denne måten føle seg utelatt og oversett.

Nätterlund (2010) sier at sykepleieren bør involvere pårørende i størst mulig grad fordi de kan hjelpe pasienten gjennom en vanskelig hverdag. I følge egne erfaringer derimot ønsker mange afasirammede slagpasienter å være til minst mulig bry for sine nærmeste pårørende. De ønsker i størst mulig grad å være selvhjulpne fordi de mener at deres barn har nok med egne liv, og de ønsker ikke å være til belastning for dem. Jeg har observert at pårørende enkelte ganger har vært dominerende og har forsøkt å styre pasientens rutiner og hverdag, og dette har ført til frustrasjon hos pasienten. Egne erfaringer viser også at pårørende ofte er en god ressurs, men av redsel for å gjøre noe feil, har de trukket seg tilbake.

I følge Sundin m.fl. (2002) bør sykepleieren behandle pasienten som et klokt individ, og det er derfor viktig at hun lytter til hans ønsker og uttalelser. I følge logopeden kan pårørende være et godt hjelpemiddel for sykepleieren fordi de kan fortelle hvordan pasienten var før sykdommen inntraff. Hun understreker derimot at det er viktig og ikke glemme at det er pasienten som er i fokus og har den avgjørende stemme.

### ***5.5 Hvordan skal sykepleier forholde seg til pasienten?***

Travelbee (2005) presenterer ulike kommunikasjonsteknikker som hun mener er gode hjelpemidler i en samtale. Eksempler på slike teknikker er å stille åpne spørsmål eller å speile det pasienten sier. I følge Corneliussen m.fl. (2006) kan slike teknikker være nyttige å benytte med en pasient som ikke har språkvansker, men med en pasient som er rammet av afasi, kan et åpent spørsmål oppleves som en stor utfordring som han ikke klarer å besvare, og dette kan igjen oppleves som et nederlag. Sykepleier bør kartlegge pasientenes evner og behov slik at hun vet hvordan hun skal forholde seg til hver enkelt og unngå å skape et nytt sjokk på grunn av utfallet etter slaget (ibid). I følge egne erfaringer kan et åpent spørsmål oppleves som en uoverkommelig utfordring for pasienten og han kan dermed lett gi opp. Som Sundin m.fl. (2002 og 2003) sier bør sykepleieren kommunisere med konkrete og korte setninger som inneholder enkle ord.

I følge Nystrøm (2009) er mange sykepleiere redde for å kommunisere med pasienter som er rammet av afasi, og dette kan føre til at pasientene blir ensomme og isolerte fra omverdenen. Sykepleieren bør ikke vise ovenfor pasienten at hun er redd, da dette kan skape frykt. Sundin m.fl. (2000) sier derimot at sykepleieren bør være på samme nivå som pasienten og vise samme følelser som han. Den eneste forskjellen bør være at sykepleieren er i stand til å hjelpe pasienten. Hun bør være til stedet i situasjonen til forståelse er oppnådd, uansett hvor stressende og frustrerende dette er for pasienten (ibid). Corneliussen m.fl. (2006) understreker derimot at sykepleieren bør ta pauser i samtalen dersom det stopper opp for pasienten. Hun bør avvente tempoet og ikke overkjøre han, da dette kan skape frustrasjon og tap av motivasjon. Det er viktig at sykepleieren ikke glemmer at pasienten trenger god tid til å formulere setninger og ord inni hodet sitt og kanskje enda lengre tid til å uttale dem (ibid). I følge egne erfaringer blir mange pasienter sinte og frustrerte dersom sykepleieren ikke gir seg før forståelse er oppnådd. Sykepleieren bør ta pauser og utsette samtalen til seinere dersom pasienten viser tegn på at han er lei.

Sykepleieren bør være ærlig og vise tillit ovenfor pasienten, og hun kan benytte humor som en del av kommunikasjonen der det faller naturlig (Sundin m.fl. 2000). Travelbee (2005) understreker derimot at det er viktig at sykepleieren kjenner pasienten og hans personlighet for å unngå å fornærme han med usaklig humor. Humor kan, i følge egne erfaringer, virke både negativt og positivt på situasjonen og derfor bør sykepleieren trå varsomt på dette området.

### ***5.6 Hvordan kan sykepleier tilrettelegge en bedre sosial hverdag?***

På grunn av manglende evne til å kommunisere blir mange afasirammede pasienter ensomme og isolerte fra omverdenen. Sykepleieren kan tilrettelegge for at pasienten kan ha en bedre sosial hverdag ved for eksempler å gjøre ulike avtaler med hans nærmeste pårørende (Nystrøm 2009).

I følge Nätterlund (2010) kan sykepleieren tilrettelegge med tekniske hjelpemidler som kan gjøre det lettere for pasienten å fungere i hjemmet på tross av følger av sykdommen. Ulike hjelpemidler som forenkler kommunikasjonen mellom pasienten og hans besøkende, kan føre til at pasienten blir mer motivert til å kommunisere. Et Eksempel på et slikt hjelpemiddel er en tilrettelagt datamaskin som pasienten kan, ved hjelp av sykepleieren, skrive inn ord og

setninger. Når pasienten ønsker å formidle noe kan han trykke på setninger eller ord, og datamaskinen sier da dette høyt over høyttaleren. På denne måten kan pasienten kommunisere med sitt besøkende. I følge logopeden kan ventelisten på slikt utstyr ofte være lang, og det kan ta tid før pasienten får utstyret tilrettelagt i hjemmet. Dette innebærer at han kanskje må bo hjemme noen uker før hjelpemidlene kommer, og han kan derfor oppleve stor frustrasjon og hjelpeløshet på grunn av ikke å mestre de samme tingene som han gjorde før sykdommen inntraff. Egne erfaringer tilsier at slikt utstyr ofte kan bli stående ubrukte fordi ingen tar seg tid til å forklare og hjelpe pasienten med å komme i gang. Pasienten kan også føle at et hjelpemiddel kan gjøre han forlegen ovenfor hans besøkende, og han synes kanskje det er flaut å vise at han er avhengig av for eksempel en datamaskin for å kunne kommunisere.

Nätterlund (2010) sier at sykepleieren kan gjøre avtaler med pasientens nærmeste pårørende om faste handleturer i uken eller for eksempel hjelpe pasienten med å bestille taxi. Dette er, i følge logopeden, et godt hjelpemiddel hvor også pårørende er involvert. Nätterlund (2010) sier videre at dersom pasienten var yrkesaktiv før sykdommen inntraff, kan sykepleieren gi informasjon og veiledning til hans arbeidsgiver slik at det kan tilrettelegges for han på arbeidsplassen hvis han ønsker dette. Pasienten kan dermed fortsette i sitt arbeid og oppleve et sosialt fellesskap som dette innebærer. Logopeden understreker derimot at det er viktig at pasienten ikke overanstrenger seg de første månedene av rehabiliteringen for å unngå å bli utslitt og overarbeidet. I følge egne erfaringer ønsker mange afasirammede pasienter å få tilbake den normale hverdagen raskest mulig, noe som kan innebære og fortsette i arbeid dersom dette lar seg gjøre. Sykepleieren bør derfor gi tydelig informasjon til pasienten og også bremse han dersom han har urealistiske forventninger til seg selv.

I følge Nätterlund (2010) synes mange afasirammede pasienter at det er verdifullt å møte personer som er i samme situasjon som dem selv. Logopeden er enig i dette, men i følge egne erfaringer kan pasientene bli mer frustrert dersom de ser hvordan afasi har forandret et menneske. Logopeden understreker derfor at sykepleiere bør forsikre seg om at pasienten ønsker dette før hun arrangerer et møte. Hun sier videre at sykepleieren kan gjøre avtale med for eksempel Det Norske Afasiforbundet om at pasienten kan få en afasi- venn. Dette er en person som gir praktisk hjelp til pasienten slik at han kan komme seg ut, eller personen kan komme for kun å samtale med han (Afasiforbundet i Norge 2007). I følge logopeden kan en slik afasi-venn være en stor støtte for pasienten, men det kan også skje at partene ikke kommer overens med hverandre og hun bør derfor følge opp dette. Egne erfaringer tilsier at

mange afasirammede pasienter på sykehus ofte har stor støtte av en besøksvenn. Jeg har observert at mange pasienter uttrykker at denne personen har god tid til å lytte, og at hun ikke har til mål å snakke om sykdommen eller hvordan pasienten har det.

I følge Nätterlund (2010) føler mange afasirammede pasienter en ensomhet etter slaget på grunn av manglende evner til å kommunisere. Logopeden understreker at det er viktig at sykepleieren tilrettelegger en bedre sosial hverdag for pasienten dersom han ønsker dette, men han bør også huske på å hvile og komme seg igjen etter slaget. I følge logopeden er en sosial hverdag viktig, men at det er mer viktig å bli helt frisk igjen.

## 6 Konklusjon

Afasi forandrer hverdagen til en pasient betraktelig. Kommunikasjonen blir svært utfordrende, og pasienten kan føle seg utestengt fra omverdenen på grunn av dårlig evne til å kommunisere (Nätterlund 2010). Hvordan kan egentlig sykepleieren tilrettelegge for god kommunikasjon med den afasirammede slagpasienten?

I følge logopeden kan sykepleieren benytte seg av ulike hjelpemidler for at kommunikasjonen skal kunne fungere bedre mellom partene. Nätterlund (2010) er enig i dette og sier at sykepleieren kan tilrettelegge i pasientens hjem med tekniske hjelpemidler slik at han kan ta imot besøk og kommunisere med familie og venner uten at det oppstår store kommunikasjonsvansker. Både logopeden og Nätterlund (2010) understreker at et hjelpemiddel kan være til stor nytte for pasienten, men da pasientene har ulike behov, bør sykepleieren i startfasen bruke tilstrekkelig tid til å finne riktig tilpasset hjelpemiddel.

Resultatet fra drøftingen viser at det finnes kommunikasjonsteknikker og forutsetninger for at kommunikasjonen mellom pasienten og sykepleieren skal kunne fungere på best mulig måte. Sykepleieren bør ha tilstrekkelig tid og opptre på en måte som viser at hun er tilstedte i situasjonen og interessert i å kommunisere med pasienten. Det er en fordel at partene har en god relasjon seg imellom. Sykepleieren trenger tid for å kunne identifisere pasientens omsorgsbehov som han ikke makter å uttrykke verbalt, og hun må gi han tid og rom til å forstå og gjøre seg forstått. Det bør være rolige omgivelser rundt samtalen, og bakgrunnsstøy som trekker pasientens konsentrasjon, bør unngås. Det bør heller ikke være for mange som deltar i samtalen. Sykepleieren bør snakke rolig og bruke korte setninger.

I følge Eide og Eide (2007) uttrykker kroppsspråket mer enn det verbale, og sykepleieren bør derfor være seg bevisst sitt kroppsspråk når hun kommuniserer med en afasirammet pasient. Både forskning, teori og logopeden understreker at sykepleierens holdning har stor innvirkning på pasienten. Hun bør utstråle ro og opptre med en avslappet holdning som også viser at hun er interessert og engasjert i pasientens situasjon. Hun bør sitte på samme høyde som pasienten for å oppnå god øyekontakt. Hvis sykepleieren har god kjennskap til pasienten og hans personlige grenser, kan hun benytte berøring for å trygge pasienten i situasjonen. I følge logopeden er også pårørende en viktig ressurs for pasienten, men hun understreker likevel at det er pasienten som er i fokus og har det avgjørende ordet.

Egne erfaringer tilsier at teorien og funnene som fremstilles i oppgaven, ofte kan være vanskelig å benytte i praksis. Sykepleieren har mange arbeidsoppgaver som gjør at de må prioritere, og det har ofte vist seg at for liten tid fører til at kommunikasjonen med afasirammede pasienter blir nedprioritert. Dersom jeg hadde hatt lengre tid til å skrive oppgaven, kunne det ha vært interessant å intervjuet et par sykepleiere som har erfaring med å jobbe med afasirammede pasienter, og spurt om deres erfaringer i forhold til kommunikasjonen med disse. Det ville vært interessant å analysere et større materiale som er viktig i forhold til pasienter med afasi. Ved hjelp av det lille materialet som presenteres har jeg forsøkt å besvare problemstillingen på en faglig og god måte, men det finnes også annen litteratur som ikke belyses i oppgaven. Jeg synes det har vært interessant å arbeide med temaet, og jeg mener at jeg har tilført meg selv nyttig kunnskap som jeg kan benytte i mitt fremtidige arbeid som sykepleier.



## Litteraturliste

- Afasiforbundet i Norge (2007). *Hjelp i hjemmet*. URL: [http://www.afasi.no/rettigheter/trygd\\_og\\_stoettetiltak/hjemme](http://www.afasi.no/rettigheter/trygd_og_stoettetiltak/hjemme) (lest: 01.03.12).
  
- Andreassen, H. M. (2008). Sykepleie til pasienter med sykdommer i Sentralnervesystemet. I: Knutstad, U. (red.). *Sykepleieboken 3*. Ss. 399 – 441. Oslo: Akribe AS.
  
- Corneliussen, M. m.fl. (2006). *Afasi og samtale: Gode råd om kommunikasjon*. Oslo: Novus AS.
  
- Dahl, T. (1993). Hjerneslag: Hva, hvorfor og hvordan. I: Amundsen, M.-L. m.fl. (red.). *Å leve med afasi: Veiledning for afasirammede og pårørende*. Ss. 9 -15. Oslo: Aschehoug/Norsk Fjernundervisning.
  
- Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. 4. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
  
- Eide, H. og Eide, T. (2007). *Kommunikasjoner i relasjoner*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
  
- Ellekjær, H. og Selmer, R. (2007). *Hjerneslag: Like mange rammes, men prognosen er bedre*. 127: 740 – 3. URL: <http://tidsskriftet.no/article/1503778> (hentet og lest 25.01.12 fra Tidsskriftet for Den norske legeforening).
  
- Kagan, A. og Shumway, E. (2005). *Snakk med din sykepleier: Hjelp sykepleieren til å hjelpe deg*. Kristiansund: Aphasia Institute.
  
- Kristoffersen, N. J. (2008). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I: Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. og Skaug, E.–A. (red.). *Grunnleggende sykepleie: Bind 4*. Ss. 13 – 99. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
  
- Mathiesen, E. B., Njølstad, I. og Joakimsen, O. (2007). *Risikofaktorer for hjerneslag*. 127:

748 – 50. URL: <http://tidsskriftet.no/article/1504416> (hentet og lest 25.01.12 fra Tidsskriftet for Den norske legeforening).

- Nätterlund, B. S. (2010). *A new life with aphasia: everyday activities and social support*. 17: 117 - 129. URL:  
<file:///Users/livonseng/Desktop/engelske%20forskningsartiker/A%20new%20life%20with%200aphasia:%20everyday%20activities%20and%20social%20support..webarchive> (hentet og lest 25.01.12 fra CINAHL).

- Nystrøm, M. (2009). *Professional aphasia care trusting the patient's competence while facing existential issues*. 18: 2503 - 2510. URL:  
<file:///Users/livonseng/Desktop/engelske%20forskningsartiker/Professional%20aphasia%20care%20trusting%20the%20patient's%20competence%20while%20facing%20ex....webarchive> (hentet og lest 25.01.12 fra CINAHL).

- Retningslinjer for oppgaveskriving på bachelor- og masternivå (2010). URL:  
[http://www.diakonhjemmet.no/stream\\_file.asp?iEntityId=5056](http://www.diakonhjemmet.no/stream_file.asp?iEntityId=5056) (lest: 20.03.12).

- Sundet K. og I. Reinvang (1988). *Afasi: Når språket svikter*. Aurskog: H. Aschehoug & CO.

- Sundin, K. og Jansson, L. (2003). *Understanding and being understood as a creative caring phenomenon – in care of patients with stroke and aphasia*. 12: 107 - 116. URL:  
<file:///Users/livonseng/Desktop/engelske%20forskningsartiker/Understanding%20and%20being%20understood'%20as%20a%20creative%20caring%20phenomenon%20--%20in%20....webarchive> (hentet og lest 25.01.12 fra CINAHL).

- Sundin, K., Jansson, L. og Norberg, A. (2000). *Communicating with people with stroke and aphasia: Understanding through sensation without words*. 9: 481 - 488. URL:  
<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=75d176de-913b-4f9c-9afd-c6412bcc7c83%40sessionmgr4&vid=7&hid=11> (hentet og lest 22.02.12 fra CINAHL).

- Sundin, K., Jansson, L. og Norberg, A. (2002). *Understanding between care providers and patients with stroke and aphasia: A phenomenological hermeneutic inquiry*. 9 (2): 93-103.

URL: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=75d176de-913b-4f9c-9afd-c6412bcc7c83%40sessionmgr4&vid=11&hid=12> (hentet og lest 22.02.12 fra CINAHL).

- Travelbee, J. (2005). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

- Wergeland, A., Ryen, S. og Ødegaard – Olsen, T. G. (2010). Sykepleie ved hjerneslag. I: Almås, H. m.fl. (red.). *Klinisk sykepleie: Bind 2*. 4. utg. Ss. 261 – 284. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

- Qvenild, E. m.fl. (2010). Afasi og afasirehabilitering. I: Lind, M. m.fl. (red.). *Afasi: Et praksisrettet perspektiv*. Ss. 23 – 41. Oslo: Novus AS.