

Räck mig din hand, vi kan förstå varandra!

En litteraturöversikt av kommunikationen
mellan sjuksköterskan och patienter med afasi
efter stroke

FÖRFATTARE	Azadeh Hemmatian Arezoo Hesami
PROGRAM/KURS	Sjuksköterskeprogrammet, 180 högskolepoäng/ Examensarbete i omvårdnad OM 5250 VT 2012
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Lars Engen
EXAMINATOR	Nils Sjöström

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Förord

Vi vill tacka vår handledare Lars Engen vid institutionen för vårdvetenskap och hälsa som har med sin kunskap handlett oss under uppsatsskrivningen. Han har alltid varit med uppmuntran tillgänglig för rådgivning. Stort tack!

Titel (svensk):	Räck mig din hand, vi kan förstå varandra! En litteraturöversikt av kommunikationen mellan sjuksköterskan och patienter med afasi efter stroke
Titel (engelsk):	Hold my hand, we can understand each other! A literature review of communication between nurses and patients with aphasia after stroke
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program/kurs/kurskod/	Sjuksköterskeprogrammet, 180 högskolepoäng Om 5250 Examensarbete i omvårdnad
kursbeteckning:	
Arbetets omfattning:	15 Högskolepoäng
Sidantal:	23
Författare:	Azadeh Hemmatian Arezoo Hesami
Handledare:	Lars Engen
Examinator:	Nils Sjöström

SAMMANFATTNING

Varje år insjuknar 30000 människor i stroke i Sverige. Av dessa får cirka 12000 människor någon form av afasi som innebär nedsatt språkförmåga och därmed kommunikations svårigheter. Att kunna kommunicera är ett grundläggande behov som är direkt kopplad till individens självförtroende och välbefinnande. För att kunna etablera en god relation till patienten, behöver sjuksköterskan kommunicera på ett bra och effektivt sätt. Det finns risker att kommunikationen mellan sjuksköterskan och patienter med afasi inte blir det optimala som sjuksköterskan och patienten önskar på grund av brister i kommunikationen dem i mellan. **Syftet** med denna litteraturöversikt var att belysa de faktorer som är viktiga i kommunikationen mellan sjuksköterskan och patienter med afasi efter stroke. Att kartlägga hur nuvarande forskningsresultat om kommunikationen inom området ser ut, gör det möjligt att på ett tydligt sätt kunna observera det som påverkar interaktionen mellan parterna, både positivt och negativt. **Metoden** för denna kandidat uppsats är litteraturöversikt. Vetenskapliga artiklar i databasen CINAHL som var relevanta för syftet valdes, och till sist 11 vetenskapliga artiklar användes som grund för denna litteraturöversikt. Det sammanställda **resultatet** kunde indelas i två kategorier; 1. **Kommunikativa hinder** med underkategorierna brist på tid och respekt, sjuksköterskans bristande kunskap, envägs kommunikation, patientens passiva roll i kommunikationen och miljöfaktorer. 2. **Kommunikativa strategier** med underkategorierna första mötet är väldigt viktigt, att respektera hela patienten och vara öppen och kreativ, kommunikationsplan, sjuksköterskans kommunikativa attityd, stödjande- och kommunikative miljö, patientens – och närståendes roll, icke verbal kommunikation och konkreta åtgärder i möte med patienten med afasi. Resultatet av denna litteraturöversikt kan förhoppningsvis väcka tankar och medvetenhet om vikten av en god kommunikation med dessa patienter och förbättra sjuksköterskans omvårdnads kvalitet.

INNEHÅLL	Sid
INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Stroke	1
<i>Definition</i>	1
<i>Olika typer av stroke</i>	2
<i>Symtom</i>	2
<i>Riskfaktorer</i>	2
<i>Statistik</i>	3
<i>Behandling</i>	3
Afasi	3
Kommunikation	4
Vårdrelation	5
Patientcentrerad vård utifrån empowerments modellen	5
Problemformulering	6
SYFTE	6
METOD	6
Litteratursökning	7
Dataanalys	7
<i>Urval</i>	7
<i>Tabell 1</i>	8
RESULTAT	8
Kommunikativa hinder	9
<i>Brist på tid och respekt</i>	9
<i>Sjuksköterskans bristande kunskap</i>	9
<i>Envägskommunikation</i>	10
<i>Patientens passiva roll i kommunikationen</i>	10
<i>Miljöfaktorer</i>	11
Kommunikativa strategier	12
<i>Första mötet är väldigt viktigt</i>	12
<i>Att respektera hela patienten och vara öppen och kreativ</i>	12
<i>Kommunikationsplan</i>	13
<i>Sjuksköterskans kommunikativa attityd</i>	13
<i>Stödjande- och kommunikativ miljö</i>	14
<i>Patientens - och närståendes roll</i>	14
<i>Icke verbal kommunikation</i>	15
<i>Konkreta åtgärder i möte med patienten med afasi</i>	15

DISKUSSION	17
Metoddiskussion	17
Resultatdiskussion	18
<i>Kommunikativa hinder</i>	<i>18</i>
<i>Kommunikativa strategier</i>	<i>19</i>
Förslag på framtid forskning	20
Slutsats	21
REFERENSER	21
BILAGOR	
1 Artikelpresentation	
2 Test Lillois de Communication (TLC) och Echelle de Communication Verbale de Bordeaux (ECVB)	
3 Professional afasivård	
4 Kommunikationsplan	

INLEDNING

Stroke är en av stora folkhälsosjukdomar i Sverige. Som hälso- och sjukvårdspersonal kommer vi att träffa människor som har drabbats av stroke och har olika svårigheter i sin vardag, var vi än hamnar inom vårdkedjan. Stroke är en traumatisk händelse som kan medföra förändringar i patientens fysiska, sociala och psykosociala värld. En av de konsekvenserna efter stroke är kommunikationssvårigheter/afasi. Denna anses som ett stort problem för hälso- och sjukvårdspersonaler, eftersom den verbala kommunikationsförmågan kan bli reducerad och delar av den icke-verbala förmågan kan påverkas på grund av kroppslig försvagning. Att kunna kommunicera är en grundläggande förmåga för sjuksköterskan för att kunna bedriva en god vård och bygga upp en bra vårdrelation med sina patienter (1). Vi har både träffat patienter som har drabbats av stroke, i privatlivet och på våra verksamhetsförlagda utbildningar. Under utbildningen har vi båda arbetat på en Strokeenhet. Patienterna har redan genomgått det akuta skedet i sin stroke och är på avdelningen för rehabilitering. För att kunna bemöta och stödja dessa patienter för en god rehabilitering, krävs det att vårdteamet involveras. Sjuksköterskan i teamet har en stor och viktig roll i patientens återhämtning efter stroke. Vi tycker att det finns svårigheter för kommunikation med patienter som inte kan uttrycka sig eller ta till sig information med sjuksköterskan. Att kunna kommunicera på ett bra och värdigt sätt är ett grundläggande kompetens för oss som blivande sjuksköterskor. Detta kräver djupare kunskaper om hur kommunikationen mellan sjuksköterskan och dessa patienter ser ut och hur detta kan förbättras.

BAKGRUND

STROKE

Definition

Stroke är ett engelskt ord som betyder slag. Ordet slaganfall som har använts för att benämna sjukdomen, är ett samlingsnamn för blodpropp eller blödningar i hjärnan. Numera används ofta ordet stroke i stället för slaganfall, vilket står för samma fenomen som slaganfall (2). Ordet cerebrovaskulära sjukdomar (CVS) är ett synonymt till stroke och slaganfall men definitionen är bredare än stroke och slaganfall. Huvudtyperna för CVS är ischemiska tillstånd (hjärtinfarkt och transitorisk ischemisk attack (TIA)) respektive blödningar i hjärnan eller på hjärnans yta. Definitionen av stroke enligt Världshälsoorganisationen - WHO - är, " hastig påkommande tecken till fokala eller globala neurologiska bortfallssymtom som varat längre än 24 timmar eller lett till döden dessförinnan med säkerställd eller förmodad vaskulär genes." (3, sid. 30). TIA definieras också som ovan men symtomdurationen är mindre än 24 timmar och i praktiken oftast mindre än 30 minuter (4). Enligt WHO räknas inte TIA som strokesjukdomar (3). Enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer för strokevård, är TIA små blodproppar i hjärnan som tillfälligt skapar syrebrist i hjärnan. Dessa löses upp ganska snabbt oftast inom 5-10 minuter vilket förklarar symtomens kortvariga uppkomst. Personer som drabbas av TIA, har högre risk att insjukna i stroke senare i livet och därför bör TIA ses som en varningssignal för stroke (2).

Olika typer av stroke

Stroke är ett samlingsnamn för hjärninfarkt och hjärnblödningar (5). Med hjärninfarkt menas att blodcirkulationen till/i hjärnan har upphörts eller minskats kraftigt på grund av en blodpropp i hjärnans kärl eller halsens kärl. Detta eftersom kärlen är förträngda, med andra ord åderförkalkade. En blodpropp kan även föras från hjärtat till hjärnan och förhindra blodflödet till hjärnan. Hjärnblödning innefattar blödningar i hjärnan (intracerebral blödning) och blödningar på hjärnans yta (subaraknoidalblödningar). Blödningar i hjärnan är ovanliga och orsakas av missbildade blodkärl i hjärnan eller hypertoni (högt blodtryck). Blödningar på hjärnans yta (i hinnorna som skyddar hjärnan) orsakas oftast av aneurysm (pulsåderbräck) (2).

Symtom

Hjärnskador vid stroke kan begränsa sig till ena halvan av hjärnan. Skadan på den ena halvan av hjärnan utlöser symtom och funktionsnedsättningar på motsatta kroppshalvan. Beroende på skadelokalisation och skadans omfattning ser symtomen olika ut. Oftast utlöser skadan på ena hjärnhalvan några eller samtliga dessa symtom som, rörelsesvårigheter, muskelsvagheter och pareser (förlamning) på den motsatta kroppshalvan. Beroende på vilken hjärnhalva som har drabbats kan andra symtom som bland annat sned mungipa, känselstörningar, domningar, synbortfall, tal- och skrivsvårigheter, förändrad tids- och rumsuppfattning och förändrad personlighet uppkomma (3). Enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer för Strokevård (2), bör personer med nedanstående symtom uppsöka vård akut. Här nedan följer dessa akuta strokesymtom, enligt Socialstyrelsens riktlinjer:

- *hastigt insjuknande*
- *plötslig svaghet, domningskänsla eller förlust av kontroll i ansikte, arm eller ben i ena sidan av kroppen*
- *plötslig dimsyn eller synförlust på ett eller båda ögonen*
- *plötslig förlust av talförmåga, svårighet att tala eller förstå tal*
- *plötslig och oförklarlig yrsel, ostadighet eller fall*
- *plötslig svårighet att svälja*
- *plötslig, ovanlig och svår huvudvärk (2, sid.21).*

Riskfaktorer

Riskfaktorer som kan utlösa stroke kan delas i två huvudgrupper, en huvudgrupp som kan påverkas av individen själv och/eller av medicinska behandlingar. Den andra huvudgruppen är ej påverkbara riskmarkörer. Riskfaktorer som kan påverkas av individen är livsstilsrelaterade. Faktorer som individens kost (lågt intag av frukt och grönsaker och högt intag av salt och fetter), låg fysisk aktivitet, rökvanor, hög alkoholkonsumtion och stress, orsakar större risk att insjukna i stroke. Andra påverkbara riskfaktorer som kan åtgärdas med medicinska behandlingar (om inte minst med livsstilsförändringar) är, förmaksflimmer, hypertoni, höga blodfetter och diabetes. Faktorer som ålder, gener och kön kan dock inte påverkas av några yttre faktorer eller behandlingar och kan också orsaka stroke (4).

Statistik

Enligt Socialstyrelsens nationella utvärdering av strokevård, är stroke en av stora folksjukdomar i Sverige. Stroke innebär fysiska - och psykiska konsekvenser för individen som insjuknar och hans/hennes omgivning. Efter hjärtinfarkt och bröstcancer, är stroke den vanligaste dödsorsaken i Sverige. Sjukdomen är även den vanligaste orsaken till vuxna med neurologiska handikapp. I Sverige insjuknar varje år, 30 000 människor i stroke. 80 procent av personer som insjuknar i stroke är över 65 år. Personer under 65 år som insjuknar i stroke, är främst män, medan personer över 85 år som insjuknar är främst kvinnor. År 2009 var medelåldern för stroke hos män 73,4 år och för kvinnor 78,3 år. År 2009 var dödligheten i stroke för kvinnor, 101 döda per 100 000 invånare och för män 128 döda per 100 000 invånare. Dödligheten i stroke har minskat något från år 1987 till år 2009. Dock är minskningen av dödligheten i stroke mindre jämfört med dödligheten i andra hjärt- och kärlsjukdomar som hjärtinfarkt och hjärtsvikt. Minskningen av dödlighet i stroke kan inte förklaras med några behandlingsgenombrott. Dock finns det olika faktorer och insatser som tillsammans kan påverka minskningen av dödlighet i stroke och bidra till en bättre prognos. Man kan nämna bland annat ett effektivare och snabbare omhändertagande av strokepatienter i den akuta fasen och en utvecklad sekundärprevention som gynnsamma faktorer för prognosen. Sekundär prevention efter stroke innefattar läkemedelsbehandling, livsstilsförändringar och insatser i rehabilitering (6).

Behandling

Första åtgärderna i den akuta fasen är att upprätthålla de vitala funktionerna, nämligen andning och blodcirkulation. Efteråt är det viktigt att kartlägga symtomen och huvudtypen av stroke (blödning eller infarkt), genom olika utredningar och undersökningar. Detta är av stor vikt eftersom behandlingen skiljer sig åt vid olika typer av hjärnskada. Vid stroke orsakad av propp (hjärninfarkt) kan trombolysbehandling (proppupplösande läkemedel) bli aktuellt om man uppfyller vissa kriterier, såsom tiden efter insjuknandet som inte skall överskrida mer än 4,5 timmar. Behandlingen kan också innefatta i vissa fall operation och läkemedel mot högt blodtryck. Som följd av stroke kan patienterna drabbas av hjärnödem, benödem, trycksår och lunginflammation och depression som dessa skall upptäckas och behandlas i rätt tid. En viktig del i behandlingen är rehabilitering som börjas på sjukhuset efter insjuknande och fortsätter i hemmet. Olika yrkesprofessioner (sjuksköterska, sjukgymnast, arbetsterapeut, kurator, läkare, logoped och dietist till exempel involveras för att stödja patienten att träna sin kropp och anpassa sina resurser till ett så normalt liv som det går (4,6).

AFASI

Skador i hjärnans språkområden vid stroke, leder till olika former av afasi, förlust av språkfunktion (7). Afasi är med andra ord ett samlingsnamn för skador som påverkar den språkliga förmågan hos individen (8). Enligt Stockholms läns landsting (6), drabbas varje år 12 000 människor i Sverige av afasi och av dessa personer är ca 35 % i yrkesverksam ålder (6,8). Afasi yttrar sig på olika sätt, patientens meningar och ord blir annorlunda och/eller patienten inte kan tala alls. Patienten får svårt att förstå tal och skrift, läsa, skriva, räkna och tolka siffror. Vid svårare skador får patienten svårigheter att tolka icke verbala kommunikation, som gester till exempel (3). Vänster hjärnhalva har huvudansvaret för språkbehandlingar bland annat hos de flesta människor. Skadan på denna halva av hjärna, beroende på lokaliseringen, påverkar patientens kommunikationsförmåga när det handlar om språket. När skadan drabbar

centrum för språkförståelse, förlorar patienten sin förmåga att förstå och tolka tal och skrift. Patienten talar välartikulerat men det som patienten säger saknar mening och sammanhang. Patienten har svårigheter att förstå vad andra och själv säger. Patienten får bland annat svårt att besvara frågor. Denna form av afasi kallas för impressiv eller Wernicke's afasi.

Om skadan drabbar främre delen av hjärnan, förlorar patienten förmågan att koordinera muskler som behövs för att uttrycka sig och tala, patienten har klart för sig vad han/hon skall säga men talet blir obegriplig för lyssnaren, denna form av afasi kallas för expressiv afasi. En typ av expressiv afasi kallas för Brocas afasi eller motorisk efferent afasi. I främre delen av hjärnan i närheten av språkområden finns det områden som styr motoriken i höger hand och arm, vissa patienter med expressiv afasi får svårare att använda höger hand och därmed svårare att skriva. (3,7). Man brukar tala om två olika huvudgrupper när det gäller expressiv afasi. I den första gruppen kan talet bli ogrammatisk, trög och sparsamt och patienten får ut några enstaka ord. Dock vissa patienter kan förmedla betydelsebärande orden och därför den formen brukar kallas för telegramstil. Vid omfattande skador är patienten helt stum. Språkförståelsen är hos dessa patienter relativt god och de kan använda sig av kroppsspråk såsom gester. Patienter med dessa svårigheter är medvetna om sina begränsningar och blir frustrerade över dem. Andra gruppen kan uttala många ord korrekt, men när man lyssnar noga, upptäcker man att de icke meningsbärande orden uttalas korrekt och andra orden präglas av ljudbyten. Patienten kan också byta ut ett helt ord mot ett annat eller att patienten har svårt att hitta ord. Även i detta fall har patienten god insikt i sina svårigheter och har relativt god språkförståelse. Oavsett vilken form av afasi patienten drabbas av, har patienten tillgång till sina ord, tankar och känslor men har svårt att få ut dem (3). Nedan är ett citat av en persons upplevelse av sin afasi:

”Orden fanns där, inne i min hjärna. De tycktes vara lika många till antalet som förut och de hade inte skadats. Men när jag skulle använda orden, kändes det som om de måste fraktas på en lång bana för att komma ut. På den banan tycktes det finnas en raserad tunnel. När orden kom fram i tunneln försökte de pressa sig igenom. Men de trasades sönder och förändrades så att man inte kunde känna igen dem när de kom ut.” (3, sid 62)

KOMMUNIKATION

”Kommunikation är mer än ord.”(9)

Kommunikation mellan patienten och sjuksköterskan är central inom omvårdnad. Det är stor vikt att sjuksköterskan och patienten samarbetar och gemensamt strävar efter samma mål, nämligen patientens mål med sin vård och rehabilitering.

Kommunikation definieras som utbyte av information mellan två eller flera partner. Begreppet ”kommunikation” kommer ursprungligen från latinska ordet *communicare*, som betyder att göra något gemensamt, göra någon annan delaktig i eller att ha förbindelse med. Kommunikation är en aktivitet; någonting som vi gör eller skapar för att kunna ge och ta emot information. Det finns olika sätt av kommunikation till exempel verbal och icke-verbal kommunikation. Den verbala kommunikationen innebär att kunna uttrycka sig och förmedla sina känslor och budskap med ord i form av tal och skrift, medan den icke-verbala kommunikationen med andra ord ”ordlösa språk” innebär att uttrycka sig eller förmedla genom kroppshållning, kroppsspråk, tystnad, rörelser, ansiktsuttryck, röst och beröring. Icke-verbala kommunikation kan huvudsakligen fungera på två sätt: kongruent eller inkongruent. Kongruent innebär att det finns en överensstämmelse mellan verbala och icke-verbala, med andra ord det inte ligger någon konflikt mellan det man säger och det man gör. Till exempel när man frågar en patient ”hur mår du?” samtidigt visar man intresse både genom frågan och genom

ansiktsuttryck. Med inkongruent menas att det vi meddelar verbalt stämmer inte överens med det icke - verbala. Till exempel i kommunikation mellan en sjuksköterska och en patient, när sjuksköterskan ser på klockan medan hon hälsar på patienten, kan det lätt verka som om sjuksköterskan inte är intresserad.

Icke- verbala kommunikation är en responderande språk som berättar något om både parterna i en dialog och inte minst i relationen mellan dem. Icke- verbal kommunikation alltid förmedlar något ofta tydligare mer direkt än många ord. En stor del av kommunikationen är icke- verbal, till exempel vi ser tacksamhet i en blick, intresse i ivriga nickar, skepsis i rynkad panna och uppgivenhet i en suck. Detta sätt av kommunikation är ett kraftfullt hjälpmedel för att bygga upp relation mellan sjuksköterska och patienter med afasi. Det kan öka patientens motivation och stimulera dem till att använda sina resurser på bästa sätt. Kommunikation mellan sjuksköterska och patienten är nödvändig inom vården. kommunikation inom vården skall vara stödjande och professionellt, den skall främja god kontakt, bidrar till att lösa problem och stimulerar patienten att använda sina resurser(10)

VÅRDRELATION

Begreppet "relation" kommer från latinska ordet relatio, som egentligen anger att något står i förbindelse med ett annat. I dagligt tal användes begreppet relation om kontakt, förhållande och förbindelse mellan människor, men inom vården relation innebär den enskilde vårdgivarens förhållande till patienter. Vårdrelation kan ses som en grundläggande dimension i omvårdnad. Begreppet vårdrelation används på tre olika sätt. Vårdneutralt: förhållande mellan patient och sjuksköterska, utan kvaliteter eller värdeomdömen. Värdepositiv: vårdrelationen framkallar önskvärda effekter för patienten. Det tredje sättet är flertydigt dvs. det sker en glidning mellan begreppen vårdrelation och vårdande relation. Inom vården, vårdrelation skall vara vårdande, det innebär att den skall medföra något gott för patienten på så sätt att patienten skall uppleva välbefinnande. Vårdrelation och närhet är ett viktigt fenomen inom vården. Det skall finnas en balans mellan närhet och distans för att kunna förebygga en närhet som kan medföra ett ökat lidande för patienten. Sjuksköterskan skall vara nära patienten utan att närheten blir privat. Vårdrelationen är ingen "vanlig" social relation med andra ord vårdrelation är inte en relation mellan sambor, vänner eller barn och föräldrar. Förhållandets skall grundas på ett sätt att patienten och sjuksköterskan kommer till patientens behov och patienten tror att sjuksköterskan är alltid närvarande för att kunna hjälpa henne/honom så att ett gott vårdresultat kan uppnås utan att närheten medföra emotionella överbelastningar för patienten. Bemötandet skall grundas på ett värdigt sätt. Patientens självbestämmande och delaktighet skall respekteras för att patienten inte känna sig förolämpad eller ignorerad. Förutsättningar för en bra vårdrelation är att sjuksköterskan inte vara arrogant och ovänlig. Perspektiv har också en stor vikt, i en bra vårdrelation; när patienten och sjuksköterskan utgår från samma perspektiv, då är det lättare för båda parterna att komma nära varandra. En bra vårdrelation kräver att sjuksköterskan skall ha insyn i patientens känslor och situation för att kunna läsa av de emotionella signalerna från patienten (10,11).

PATIENTCENTRERAD VÅRD UTIFRÅN EMPOWERMENTMODELLEN

Enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) 2 a § och 2 b §, om krav på hälso- och sjukvården för en god vård, betonas bland annat att vården skall byggas på respekt för patientens integritet och självbestämmande, samt att varje individ skall få möjlighet till individuellt anpassad information om sitt hälsotillstånd och sin behandling (12). Olika studier

har visat att patientens ökade förståelse och insikt i sitt hälsotillstånd, påverkar behandlingsresultatet positivt och patienten är nöjdare med sin vård. För att patienten skall ha möjlighet att påverka sin vård, krävs det att han/hon får anpassad information om sin sjukdom, behov och resurser. I detta sammanhang talar man om empowerment modellen (13). Begreppet empowerment kommer från latinska ordet posse. Senare utvecklades orden Power (makt) och freedom (frihet) från detta latinska ord. På svenska har man föreslagit några uttryck för att täcka empowermentens innebörd, dock har detta varit svårt men här är några förslag, bemyndigande, maktöverföring och medbestämmande. Empowerment modellen är ett modernt sätt att agera inom vården och skiljer sig markant från den traditionella synen på patienten. Inom denna modell strävar man efter en jämlik - och ömsesidig relation mellan patienten och vårdgivaren. Vårdgivaren har äkta tilltro till patientens förmåga och kompetens till självbestämmande och målet är att utbyta information med patienten och få reda på patientens mål med sin behandling. Patienten uppmanas till egenvård och därmed får patienten en aktiv roll i sin behandling. Patienten skall känna att han/hon kan bidra till sin behandling och ta kontroll över sin sjukdom (14). Antonovskys begrepp " känsla av sammanhang" (KASAM), som handlar om individens upplevelse av sina inre - och yttre resurser för att kunna möta sitt vardagliga liv och sitt nya "jag", är av störst vikt för egenvård. Vårdgivaren behöver ha nödvändiga kunskaper om patientens livssituation och vardagliga liv för att kunna skapa möjligheter och föreslå åtgärder som kan stärka patientens känsla av sammanhang. Med andra ord stödja patienten för att han/hon skall kunna känna och ha tro till sin situation som hanterbar. I sin tur leder detta till att patienten bidrar till sin egenvård och inte känner sig maktlös i sin situation (15).

PROBLEMFORMULERING

Sjuksköterskans ambition i sitt möte med patienter är att förmedla hopp och lindra lidandet. Detta möjliggörs via kommunikation med patienten och att få en bild av dennes behov och önsningar. När det gäller patienter med afasi ser kommunikationen annorlunda ut och inte minst på grund sjuksköterskan bristande kunskap om afasi och olika strategier för att kunna förstå patienten. Ökad förståelse och kunskap om patientens fysiska-, psykiska- och sociala tillstånd, nämligen kommunikationssvårigheter efter stroke, leder till att sjuksköterskan och patienten utgår ifrån samma perspektiv och relationen blir jämlik.

SYFTE

Syftet med denna litteraturöversikt är att belysa de faktorer som är viktiga i kommunikationen mellan sjuksköterskan och patienter med afasi efter stroke.

METOD

Metoden för denna kandidatuppsats är litteraturöversikt. Artiklarna som är grunden för uppsatsen, består av tio kvalitativa och en kvantitativ artikel.

LITTERATURSÖKNING

Informationssökning enligt Östlundh består av två faser; den inledande litteratursökning och den egentliga litteratursökningen. Arbetsmetoderna för dessa två faser skiljer sig åt när det handlar om att söka information. Östlundh menar att under den inledande litteratursökningen kan man använda sig av en osystematisk informationssökning. Med osystematisk informationssökning menas att man söker mindre systematiskt efter material såsom artiklar och böcker inom sitt valda ämnesområde för att få översikt, idéer och inspirationer samt för att kunna avgränsa sitt ämnesområde. Medan under den egentliga litteratursökningen skall man använda sig av en systematisk informationssökning. Med systematisk informationssökning menas att man genom en arbetsplan gör strukturerade och målanpassade sökningar. Dokumentation av tillvägagångssättet och ett kritiskt tänkande är viktigt under denna fas (16).

Efter att problemområdet var identifierat, valdes relevanta sökord inom ämnet. Dessa primära sökorden var stroke AND communication AND nurs*. Från början och under den inledande sökningen användes både databasen PubMed och CINAHL. I databasen PubMed var det svårare att göra begränsningar som Peer reviewed och Research articles, dessutom blev antalet träffar mycket större än CINAHL. Detta gjorde att den egentliga litteratursökningen utfördes i databasen CINAHL.

Genom den inledande sökningen kunde man observera att de flesta artiklar som handlar om kommunikation och stroke, bestod av artiklar som handlade om patienter med afasi. Därför skapades ett nytt sökord för att påbörja den egentliga fasen av litteratursökningen och kunna formulera syftet, nämligen aphasia. Ny sökning gjordes med aphasia AND communication AND nurs*. Sedan valdes andra sökord för att kunna välja tillräckliga artiklar som passar till syftet; nursing care, rehabilitation, relationship, se tabell 1.

Informationssökningen gjordes med boolesisk söklogik. Med denna sök teknik menas att mellan sökordet används ordet AND, för att tala om för databasen att man är intresserad av båda sökordens resultat (16). I litteratursökningen valdes bara artiklar som var peer reviewed och research articles. Språket begränsades till engelska och valdes bara artiklar om människor (human). Åldern för medverkande i studierna begränsades till 45+.

DATAANALYS

Under inledande litteratursökningen lästes artiklarnas titlar för att kunna identifiera artiklar som var relevanta till uppsatsens syfte. Närmare lästes dessa artiklars abstrakt och vid några tillfällen hela artikeln. En del av artiklarna som hade relevanta titlar, exkluderades bort eftersom dess innehåll svarade inte syftets ämnesområde.

Urval

Urvalet gjordes i förhållandet till syftet. En del artiklar handlade om anhörigperspektiv på kommunikationen med patienter med afasi och därför exkluderades dem. Några artiklar handlade om strokepatienter och deras kommunikation med sina vårdgivare, men eftersom patienter med afasi inte ingick i studierna, valdes även dessa artiklar bort. Till sist blev det 11 artiklar kvar, se tabell 1. Dessa artiklar granskades enligt Fribergs checklista för artikelgranskning. Enligt denna checklista bör det finnas ett tydligt problemområde, teoretisk utgångspunkt och syfte för varje studie. Författarna skall ha etiska resonemang för sin studie och diskutera sin metod för studien (16). Ovanstående faktorer är några faktorer utifrån denna checklista som vi har använt oss av i vår kvalitetsgranskning av våra artiklar. Artiklarna lästes i

sin helhet och diskuterades. Artiklarna lästes noga några gånger och diskuterades och kodades för att kunna sedan kategoriseras och ett/ fler gemensamma drag identifieras.

Tabell 1. Informationssökning

Datum för sökning	Databas	Sökord	Begränsningar	Träffar	Granskade (abstract)	Använda artiklars Ref.nr.
2011-11-03	CINAHL	stroke AND communication	Peer reviewed Research articles Aged: 65+ years Middle Aged: 45-64 years Head major: Aphasia Human English	87	40	17, 18, 25, 26, 22
2011-11-03	CINAHL	stroke AND communication AND nurs*	Peer reviewed Research articles Aged: 65+ years Middle Aged: 45-64 years Year: 2001-2011 Human English	38	16	19, 23
2011-11-03	CINHAL	aphasia AND communication AND nurs*	Peer reviewed Research articles Aged: 65+ years Middle Aged: 45-64 years Year: 2001-2011 Human English	13	8	24,27
2011-11-09	CINHAL	nursing care AND rehabilitation AND Stroke*	Peer reviewed Research articles Aged: 65+ years Middle Aged: 45-64 years Head major: stroke patients Year: 2001-2011 Human English	9	4	20
2011-11-09	CINAHL	communication AND relationship AND stroke patients	Peer reviewed Head Major: stroke	17	7	21

RESULTAT

Kommunikationen mellan sjuksköterskan och patienter med afasi kan påverkas av olika faktorer. Nedan är resultatet av några studier (17-28) som har observerat interaktionen mellan sjuksköterskan och patienter med afasi. Vissa faktorer förhindrar en god och lyckad kommunikation, medan andra underlättar den. Efter genomgången av data från artiklarna, hittades gemensamma drag som resulterade i två huvudkategorier; kommunikativa hinder och kommunikativa strategier. Dessa huvudkategorier delades i sin tur i några underkategorier som beskrivs i resultatet nedan.

I studierna har använts olika begrepp som "care providers", "care givers", "professional Health/aphasia care", "staff" och "nurse". I sammanställningen av studierna som presenteras nedan använts begreppet "sjuksköterska" istället för ovannämnda begrepp, detta för att sjuksköterskan ingår i det yrkeskategorier som benämns i studierna.

KOMMUNIKATIVA HINDER

Brist på tid och respekt

Strokepatienter med afasi har lägre förmåga att kunna finna ord och formulera de till en mening under ett samtal. Det innebär att dessa patienter behöver mer tid på sig för att kunna uttrycka sig. Sjuksköterskans brist på tid att invänta svar från patienter gör att patienter inte känner sig respekterade och därmed skapas ett hinder i kommunikationen de emellan. (17).

I annan studie som analyserade sjuksköterskans upplevelse av kommunikation med patienter med afasi framkom det bland annat tidsbrist som ett kommunikativt hinder. Brist på tid skapar stress hos sjuksköterskorna som i sin tur försvagar närhetskänslan till patienter. Detta påverkar samtidigt sjuksköterskans förmåga till inlevelse av patientens situation samt känslan av empati. Kommunikationen påverkas även negativt om sjuksköterskan inte har tålamod i sina möten med patienten och möjlighet att avsätta tid för att lyssna på patientens tankar och känslor. Detta agerande hos sjuksköterskan kan leda till att patienten inte känner sig sedd och därmed skapas en känsla av isolering hos patienten(18). Nordehn, Meredith och Bye som har studerat patienter med afasi erfarenheter av kommunikation med sjuksköterskan påtalar att nästan alla patienter i studien längtar efter mer respekt från sjuksköterskan. Enligt studien behandlas patienterna som individer men utan tankeförmåga och oftast bestämmer sjuksköterskan inom de olika situationerna. Ett exempel på detta kan vara när sjuksköterskan kommer till patienten och börjar sin undersökning eller inspektion utan att ha förklarat och haft ett samtal med patienten, i tron att patienten inte har någon förmåga att ta emot information (17). I en annan studie kunde författarna observera en uppgiftsorienterad kommunikation där sjuksköterskan inte förklarade för patienten vad som skulle hända innan hon satt igång med sin kateterinspektion. Patienter utan kommunikationssvårigheter kan i denna situation byta uppgiftsorienterade handlingen/samtalet till sitt önskade ämne, vilket är mer komplicerat för patienter med afasi (19).

Att inte lyssna aktivt och inte vara närvarande i kommunikation med patienter är också en bristande faktor på respekt inom kommunikationen. Detta kan skapa en negativ känsla hos patienten som kan inverka otillfredsställande på rehabiliteringen (17).

Sjuksköterskans bristande kunskap

Brister i kunskap av vårdrelationen har också en stor betydelse i strokepatientens kommunikation, enligt Engman och Lundgren finns det få vårdgivare kring patienter som kan

möjliggöra en djupare vårdrelation med patienterna. Att använda humor på ett medvetet sätt i mötet med patienten, kan leda till en avslappnad känsla hos strokepatienter som i sig själv har betydelse för kommunikationen(20).

Sundin, Jansson och Norberg betonar på sjuksköterskans kunskap för patientens fysiska och psykiska tillstånd. Sjuksköterskans bristande kunskap om afasi kan i sin tur leda till mindre förståelse för patientens agerande. Även sjuksköterskans bristande kunskap om kommunikation och olika kommunikations strategier kan leda till att inte kunna utforska och hitta vägen till patientens inre (18). Gordon, Ellis-Hill och Ashburn menar att även sjuksköterskans bristande kunskap om patientens hälsotillstånd och kommunikations svårighetsgrad gör att sjuksköterskan inte är trygg i sitt möte med patienten och därför fokuserar hon/han istället på det hon ska utföra (19). Sjuksköterskan skall ha kunskap och vara medveten om olika typer av patientens nedsatta kommunikationsförmågor, samt befintliga och relevanta hjälpmedel inom området. Sjuksköterskor som inte är medvetna och/eller inte har kunskap om patientens nedsatta kommunikationsförmåga på grund av afasi eller typen av nedsättningen, har inte heller förmågan att modifiera sin kommunikation med patienten (21).

Envägskommunikation

I studien av Gordon, Ellis-Hill och Ashburn observerades interaktionen mellan sjuksköterskan och patienter med afasi på en vårdavdelning. Författarna hävdar att kommunikationen mellan sjuksköterskan och patienterna oftast är asymmetrisk vilket innebär att patienterna bidrar väldigt begränsat till kommunikationen. Patienternas bidrag till kommunikationen beror inte på patienternas initiativförmåga, utan snarare sjuksköterskornas sätt att leda samtalets ämne men även brist på tid som leder till att patienterna har litet inflytande i samtalet. Genom observationen kunde Gordon , Ellis-Hill och Ashburn komma fram till att sjuksköterskan har ett kontrollerande förhållningssätt under samtalet. Sjuksköterskan fokuserar på arbetsuppgiften som hon/han behöver göra och därmed blir den sociala och vardagliga konversationen underordnad. Detta leder till att patientens mål med sin behandling, bekymmer och funderingar samt planer för framtiden inte är i fokus, vilket är viktiga faktorer i patientens rehabilitering. Gordon, Ellis-Hill och Ashburn menar att en orsak till sjuksköterskans uppgiftsorienterade agerande kan vara att de behöver mer utbildning och träning om kommunikation med patienter med afasi samt en beredare institutionell kultur av partnerskap bör implementeras och utvecklas inom vårdmiljön (19). Enligt Hedberg, Cederborg och Johanson, kan sjuksköterskans sätt att förhålla sig till patienten vid olika vårdssituationer förhindra en god kommunikation och delaktighet. Ett exempel kan vara när sjuksköterskan agerar som patientens "advokat" när patienten med afasi som ändå kan uttrycka sig är närvarande i situationen. Detta leder till att sjuksköterskan får en "expert roll" som gör att patienten drar sig tillbaka från att medverka under ett samtal. Sjuksköterskan tar för givet att det är han/hon som vet det "rätta" utan att be patienten att uttrycka sina egna önskemål. Nedan kommer ett citat, där sjuksköterskan föreslår en åtgärd för patienten med betoningen på att det förslaget är det "bästa" (23).

"...This chair can protect you from falling..." (23,sid. 216)

Patientens passiva roll i kommunikationen

Enligt Gordon, Ellis-Hill och Ashburn. kan patienter med afasi och kommunikationssvårigheter efter stroke få en känsla av frustration som påverkar deras kommunikation och interaktion med andra. Gordon, Ellis-Hill och Ashburn menar att även om dessa patienter i bästa fall kan förmedla sig men den här kommunikationen är inte så

innehållsrikt och tillfredsställer inte patienterna. Dessa patienter kan känna sig språkligt inkompetenta och isolera sig från omgivningen eller avstå från situationer där de kan behöva interagera med andra. Känslan av att inte kunna kommunicera med andra såsom patienterna gjorde innan de drabbades av stroke gör att de kan känna sig socialt isolerade och det i sin tur kan leda till depression (19). Att vara "arg" kan vara den första känslan som patienten känner igen efter sin stroke (24). Darrigrand et al. tar också upp patientens frustration över sin situation i sin artikel. Frustrationen kan leda till isolering och därmed sämre livskvalité (25).

Gordon, Ellis-Hill och Ashburn diskuterar även patientens roll i samtalssammanhang och förklarar hur patienter med afasi försöker att avstå från sin tur att prata och tillåta de andra att fortsätta samtalet (19). Patienter med afasi lider av sina kommunikationssvårigheter och får oftast en känsla av att de inte kan integreras och vara "hela" under sin kommunikation med sjuksköterskan(26).

När det råder doktor - patient relation i vårdmöten, är patienten en passiv individ som väntar på hjälp från vårdgivarna. I doktor - patient relationen finns det en del regler att följa. Bland annat skall patienten själv ge relevant information om sig själv, följa doktors instruktioner, ha förtroende för doktorn och inte ta så mycket av doktors tid. I studien som Jones, O'Neill, Waterman och Webb gjorde så kunde de se doktorn - patient relationen mellan patienter och alla former av vårdgivare som sjuksköterska och inte bara med läkare. När patienten tar en "sjukroll" blir det svårt att kommunicera om samma mål för rehabiliteringen. För patienter med afasi och som kommit över den akuta fasen i sin sjukdom och befinner sig i den kroniska delen av sin poststroke anfall, så är det oerhört viktigt att inte se sig själv som sjuk längre. Till skillnad från den akuta fasen i anfallet kommer de inte att bli bättre med mediciner utan det är träning som gäller (22). Patienter med afasi kan ibland ha svårt att interagera med andra och detta kan till exempel bero på att de har svårt att acceptera sina symtom och få grepp om det som har hänt. Patienter med afasi är medvetna om språkets fundamentala roll i vardagen och hur det kan påverka deras sociala tillvaro (24).

I studien av Darrigrand et al. visades att 27 patienter med svår afasi hade symtom 1 ½ år efter sin strokeanfall som kunde bero på depressiva symtom. I studiens resultat hade varken ålder, kön eller typ av stroke någon avgörande roll. Patienter med svår afasi har fyra gånger så mycket begränsningar i sina dagliga kommunikationsaktiviteter jämfört med personer utan kommunikationssvårigheter. Patientens kommunikationsförmåga (verbal och icke verbal) bedömdes utifrån "Test Lillois de Communication (TLC)". Patientens begränsningar i sin kommunikation bedömdes utifrån ett frågeformulär, nämligen "Echelle de Communication Verbale de Bordeaux (ECVB)", se bilaga 2. Patienter med afasi har visats i studien att ha mer begränsningar att utföra vissa dagliga aktiviteter och att kommunicera. Några exempel som författarna har observerat hos patienterna enligt ECVB, är att patienterna har svårt för att ringa en okänd person, använda kreditkort, utföra administrativa saker som att betala räkningar eller skriva ett brev och handla ensam. Det fanns däremot aktiviteter som patienterna i sin dagliga kommunikation kunde utföra bättre. Till exempel är att läsa klockan, läsa böcker eller tidningar, att prata i telefon med sina anhöriga eller läsa deras brev och prata om sina behov och önskningar (25).

I den här studien var ECVB - poängen relaterade till TLC, dock bara den verbala kommunikationsförmågan. Lägre TLC (verbal kommunikationsförmåga) kunde påverka patientens dagliga kommunikationsaktiviteter på ett negativt sätt. Förmågan att använda gester är reducerad hos patienter med afasi och detta beror på att funktionen i den centrala kärnan i hjärnan som kontrollerar verbala – och icke verbala handlingar är nedsatt (25). Vissa patienter med afasi lider också av andra nedsatta funktioner såsom syn och hörsel. Sjuksköterskan skall ta hänsyn till detta, eftersom, dessa problem kan förstärka effekten av afasi (21).

Miljöfaktorer

Genereux et al. diskuterar dåliga miljöfaktorer som påverkar kommunikationen på ett negativt sätt (27). Sjuksköterskan är på grund av sina arbetsuppgifter, brist på tid och antal patienter som hon ansvarar för, tvungen att ha ett prioriteringssystem. Med andra ord prioriterar alltid sjuksköterskan vissa behov och önskemål som patienterna har framför de andra. Kommunikationen påverkas av att patienten och sjuksköterskan har begränsade kontroll över sin miljö och tid. Kommunikationen mellan sjuksköterskan och patienten påverkas även av var kommunikationen sker. Om patienten kan behålla sig privat eller om patienten behöver tala när andra medpatienter är i rummet. Mycket bakgrundsljud påverkar kommunikationen som t.ex. ljudet från syrgasanläggning, ventilation eller byggnadsarbete utanför sjukhuset (21).

KOMMUNIKATIVA STRATEGIER

Första mötet är väldigt viktigt

Sjuksköterskan avsätter tid under första mötet för att visa sitt intresse för patientens berättelse och personlighet. Det är i första mötet som förtroende kan skapas och början på en god relation mellan patienten och sjuksköterskan. Beroende på hur sjuksköterskan agerar och bidrar till en god relation så kan relationen se olika ut. Från att vara intensivt deltagande från patienten eller en hierarkisk och sluten relation. Genom en god och harmonisk relation kan målet för patientens rehabilitering lättare uppnås. Vad som menas är att i en harmonisk relation tar sjuksköterskan en aktiv roll för att leda och planera rehabiliteringen. Sjuksköterskans ledande roll här betyder inte att patienten är passiv utan att patienten också är aktiv och delaktig i sin rehabilitering (22).

Att respektera hela patienten och vara öppen och kreativ

Att respektera patienten och betrakta hela patienten som en kompetent och unik individ är kärnan i kommunikationen (17,18). Respekt skapas genom direkt interaktion med patienten, "ansikte mot ansikte". Sjuksköterskan skall inte ha en förutfattad mening om patienten, utan kännedomen om patienten skall skapas utifrån mötet med henne/honom. Att se patienten som en unik individ och vara ödmjuk gentemot henne/honom (18). Ett tillfälle där sjuksköterskan skall bejaka patientens kompetens är när närstående är närvarande hos patienten. I den här situationen skall sjuksköterskan tala till patienten och ha patienten i centrum av samtalet(17). Genereux et al. betonar också vikten av att betrakta patienten som en unik individ med individuella behov och resurser för att begynda kommunikationen (27). Att respektera patienten handlar också om att lyssna aktivt på patienten och vara närvarande i sitt möte med patienten (26).

Patienter med afasi kan ha svårt att besvara på frågor som ställs av sjuksköterskan och uttrycka sina önskemål och behov. Gordon, Ellis-Hill och Ashburn kunde observera och belysa vikten av helhetssynen på patienten. Att patienten besvarar med ett "ja" men hans/hennes gester och kroppsspråk talar om ett "nej" eller tvärtom är ett förekommande observandum för sjuksköterskor som jobbar med patienter med afasi (19). Hedberg, Cederborg och Johanson tar i sin studie upp betydelsen av sjuksköterskans förmåga att kunna värdera patientens kommunikationsbehov och resurser. Detta är väsentligt för att kunna uppmuntra och stödja patienten för mer delaktighet och engagemang vid olika vårdssituationer. Utvärdering av patientens kommunikationsförmåga bidrar också till att sjuksköterskan anpassar sitt samtals

innehåll till patientens resurser för kommunikation (23). ”Att förstå och göra sig förstådd som patienten” i kommunikationen är centralt - och en essentiell process i vårdmöten. Den här processen skapar möjligheten för sjuksköterskan att ta reda på patientens behov och resurser och kunna öka omvårdnads kvaliteten. Detta kräver sjuksköterskans förmåga och vilja till att förstå patienten och därmed skapa en miljö där patienten kan göra sig förstådd. Kommunikationssvårigheter efter en stroke i form av afasi, skapar ett dilemma som försvårar den här processen mellan kommunikationspartnerna. Sundin och Jansson betonar också på sjuksköterskans öppenhet, kreativitet, ödmjukhet och känslor för patientens situation som viktiga komponenter i vårdkommunikation. Sjuksköterskan skall sträva efter samarbete med patienten och för detta mål skall han/hon ha en känsla för patientens situation och erfarenheter samt kunna utgå ifrån dem i möte med patienten (26). Den viktigaste meningen med professionell afasivård är att tro på patientens kompetens och den består av fyra delar, se bilaga 3 (24).

Kommunikationsplan

I studien av Genereux et al. tas det upp ett redskap som gynnar och underlättar kommunikationen med patienten, nämligen ett kommunikationsplan. Kommunikationsplanen skall vara tillgänglig för alla vårdgivaren i patientens journal. Med hjälp av en kommunikationsplan kan sjuksköterskan eller andra professioner snabbt få en bakgrundsbild av patientens kommunikationsförmågor och/eller kommunikationssvårigheter (27), se bilaga 4.

Sjuksköterskans kommunikativa attityd

Sjuksköterskans attityd och individuella karaktär påverkar kommunikationen mellan henne/honom och patienten (21). Sjuksköterskan genom att respektera patientens försök till kommunikation och ge patienten tid för att kunna hitta ord eller med kroppsspråk uttrycka sig, underlättar kommunikationen. Genom att vara tyst och vänta för patienten, ökar sjuksköterskan möjligheten för sin lyssnande och förståelse av patienten med öppenhet och respekt. Sjuksköterskan bekräftar patienten genom att visa intresse för patienten och hennes/hans unika personlighet. Sjuksköterskan respekterar även patientens tystnad när patienten inte vill svara eller samtala. Ibland räcker det om bara sjuksköterskan är hos patienten, utan att någonting sägs eller förmedlas mellan dem (26). Sjuksköterskan skall respektera patienten, bry sig om patienten samt sätta värde för att kommunicera med patienten. Sjuksköterskan skall tro på att patienten är kompetent, kan kommunicera sina behov och kan bidra till sin egen vård (21). Även det är svårt att bota afasi, men återhämtning är möjlig även från den svåra formen av afasi (expressiva formen) (24).

Sjuksköterskan försöker att förstå patienten, visar intresse för patientens unika sätt att vara och hennes/ hans erfarenheter av sin situation. Sjuksköterskan bemöter patienten med respekt och är stolt över sitt yrke och tycker att det han/hon utför för patienten är viktigt. Sjuksköterskan strävar efter att hjälpa patienten utifrån hennes/hans behov, önsningar och resurser. Sjuksköterskan har en nära och öppen relation till patienten. Sjuksköterskan i sin kommunikation är öppen för att kunna ta emot och dela patientens känslor och erfarenheter och bevara patientens värdighet. Kommunikationen är spontan och sjuksköterskan delar patientens känslor och erfarenheter i en tyst dialog och låter den guida henne/honom i mötet med patienten. Sjuksköterskan strävar efter att skapa en känsla av trygghet och tro hos patienten genom att visa och förklara vilka möjligheter för behandling och rehabilitering som finns för patienten (26).

Stödjande - och kommunikativ miljö

Ett sätt att stödja patienter med afasi för mer effektiv kommunikation är att skapa en stödjande och kommunikativ miljö. En avslappnad miljö underlättar kommunikationen mellan sjuksköterskan och patienten och därmed kan de förstå varandra på ett mer effektivt sätt (26).. Faktorer som Sjuksköterskans kunskaper, färdighet och attityd, patientens familj, den fysiska miljön och sjukhuset service, system och policy, är viktiga miljöfaktorer som påverkar patienten - och sjuksköterskans förmåga att kommunicera (21).

O'Halloran, Worrall och Hickson påstår att sjuksköterskans kommunikationsfärdigheter påverkar kommunikationen. Sjuksköterskan behöver veta om olika kommunikationsstrategier som underlättar en interaktion med patienten. En av observationerna som gjordes i studien var mellan en sjuksköterska och en patient. Enligt författarna var interaktionen lyckad eftersom:

- Sjuksköterskan reducerade bakgrundsljud genom att stänga av syrgasen för en stund.
- Sjuksköterskan tog bort syrgasmasken för att kunna se patientens mun och kunna ta hjälp av patientens läpprörelse i hennes tolkning.
- Sjuksköterskan stod nära patienten.
- Sjuksköterskan observerade patientens kroppsspråk.
- Sjuksköterskan frågade patienten tills hon var säker på att förstått patienten rätt (21).

Patientens – och närståendes roll

Patientens roll i konversationen har diskuterats i Gordon, Ellis-Hill och Ashburns studie. Patienter med afasi försöker att använda alla sina tillgängliga resurser för att uttrycka sig under ett samtal. De använder gester och röst toner bl.a. Dessa patienter försöker att hjälpa sin samtalspartner att reda ut vad de försöker att förmedla, men ibland är det inte enkelt för dem att utföra det. Detta eftersom patienter med afasi har svårt att leda samtalet och byta samtalsämnet (19). Det är viktigt att veta patienter med afasi fortfarande kan tänka, kanske inte på samma sätt som innan och inte så många gånger kan uttrycka sig verbalt. Det är extremt viktigt att vara medveten om att bakom det irrationella språket som en afasipatient kan ha, finns det en man eller en kvinna som kämpar för att bli erkänd som en kompetent individ (24).

Även patientens familj och närstående har en underlättande roll i kommunikationen mellan patienten och sjuksköterskan. Familjen och närstående kan bidra med bakgrunds information om patienten, repetera instruktioner för patienten, tala om för sjuksköterskan vad de tror att patienten menar och stödja patienten vid hemgång och uppföljningar (21). Effektivare strategier för afasipatienters rehabilitering, skall innehålla integrerade kunskaper från olika terapeutiska domän. Förutom språkterapi kan dessa strategier innehålla rådgivning och att involvera familjemedlemmarna i rehabiliteringen. Nyström menar att afasipatienter får en känsla av underlägsenhet, förakt och misstanke som kan reduceras med ett integrerade program/terapi istället bara med språkterapi. Professionell hjälp ökar patientens självkänsla genom att visar patienten en positiv men realistisk bild av patientens situation och framtid (24).

"The world Health Organisations (WHO) International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF; WHO 2001)", kan vara till hjälp för att förstå och rangordna olika faktorer som kan påverka patienten och sjuksköterskans kommunikation. Enligt ICF patientens delaktighet i sin vård, påverkas av hans/hennes personliga egenskaper, miljön och inte minst av patientens kommunikationssvårigheter. Patienten kanske lyckas med att förmedla sin smärta eller ta emot information (kommunikationsaktivitet) men ändå känna sig inte

involverad i sin egen vård och rehabilitering såsom de önskar (kommunikationsdelaktighet) (21). Det behövs en värld av symboler för interaktion med andra. En konsekvens är att verbala språket inte alltid kan ersättas av bilder, gester och andra former av kroppsspråk (24).

Icke verbal kommunikation

Att utveckla en icke verbal kommunikation med patienter med afasi skapar förutsättning för en närmare relation med patienten som därmed påverkar kommunikationen (18). I möte med patienter med afasi är kroppsspråk mycket viktigare än det verbala språket för att förstå patienten. Genom att vara lyhörd för patientens kroppsspråk respekterar sjuksköterskan patienten och justerar sin takt efter patientens takt (26).

Ögonkontakt: Är ett viktigt icke verbalt redskap mellan sjuksköterskan och patienter med afasi. I ögonen kan man se patientens känslor och kan även uttrycka sina känslor till patienten. Ibland kan man se en tom blick hos patienten men även detta är enligt författarna en erfarenhet av kommunikation och innehar ett budskap. Man kan även observera patientens önskan i ögonen. Det kan vara önskan av byte av samtalsämnet (18). Sundin och Jansson talar om den "tysta dialogen" mellan patienten och vårdgivaren. Den tysta dialogen som bland annat kan vara ögonkontakt, underlättar kommunikationsprocessen (26). Ansiktsuttryck, tonhöjd och gester är andra viktiga redskap som sjuksköterskan har mycket nytta av i sitt möte och sin kommunikation med patienten. Att rita eller skriva i den mån det går underlättar också i kommunikationen (17). Darrigrand et al. föreslår att en utvecklad icke verbal kommunikation med patienter med afasi är mycket mer användbart, speciellt med patienter som har en svårare form av afasi (25).

Beröring gör att patienten inte känner sig övergiven: Att våga komma patienten nära och med lätt beröring försöka visa sin vilja att vara närvarande och hjälpsam påverkar patientens kommunikationsförmåga på ett begynnande sätt. Enligt Sundin och Jansson, närheten som skapas via beröring skapar en känsla av trygghet hos patienten och ger de mod att försöka kommunicera och begära hjälp. Med andra ord, en nära och trygg relation mellan patienten och sjuksköterskan underlättar kommunikationen. Beröring skapar även en känsla av säkerhet och avslappning hos patienten och förmedlar att patienten är accepterad som han/hon är och bekräftar patientens värde. Studien visade att när sjuksköterskan kombinerade fysik beröring med ögonkontakt under omvårdnadsarbetet var det möjligt att "förstå och bli förstådd" utan att använda några ord. Sjuksköterskan behöver inte prata så mycket med patienten under en vårdssituation, t.ex. vid morgonarbetet. Istället kan sjuksköterskan kommunicera med beröring. Att tala till patienten medan han/hon utför ett moment stör patientens koncentration, eftersom patienter med afasi har svårt att både lyssna och utföra saker på samma gång (26). Individuell omvårdnad av patienter med afasi inkluderar mycket mer än bara ord. Hand och kommunikation via beröring spelar också stor roll (24).

Hedberg, Cederborg och Johanson belyser vissa strategier som kan underlätta sjuksköterskans kommunikation med patienter med afasi. Ett exempel kan vara att ta vara på anhöriga som resurser i kommunikationen med patienten. Ett annat exempel är att sjuksköterskan skall sträva efter att observera och bejaka hela patientens kroppsspråk under kommunikationen (23).

I studien av Genereux et al. har olika föremål i rummet använts för att underlätta kommunikationen. I exemplet nedan är när patienten använder ett föremål för att förmedla sig.

"... When she rubs her finger on her table, this means that she wants her books..." (27,sid.1166).

Konkreta åtgärder i möte med patienten med afasi

Sjuksköterskor som jobbar med patienter med afasi efter stroke behöver ha olika utbildningar och träningsmoment för att kunna upprätthålla en hög kvalitet av individorienterad omvårdnad och lyckad kommunikation med patienten (22). O'Halloran, Worrall och Hickson föreslår också utbildning och träning för sjuksköterskor om olika typer av afasi och kommunikationsstrategier. Utbildning om olika afasityper är nödvändigt för alla yrkeskategorier som är involverad i patientens vård och rehabilitering som arbetsterapeuter och sjukgymnaster bl. a. (21).

- Tala långsamt till patienten och lyssna aktivt när patienten pratar.
 - Formulera om och repetera meningen vid behov.
 - Uppmuntra patienten till avslappning och ett djup andetag före samtalet.
 - Ämnesbyte i samtalet skall inte ske för fort utan förberedelse för patienten.
 - Att ha humör i samtalet som bidrar till avslappnad miljö.
 - Använd större textsnitts varianter till skriftlig information som lämnas till patienten.
 - Betrakta patienten som kompetent - och vuxen individ (17).
-
- Kunskap om att afasi är en språklighedsättning och inte en kognitivnedsättning.
 - Ge inte för mycket eller för lite information till patienten.
 - Anpassa komplexiteten i innehållet till patientens förmåga att ta emot information.
 - Vara uppmärksam om patienten med afasi har syn - och/eller hörselnedsättning samt språksvårigheter.
 - Ge patienten tid och uppmärksamhet när han/hon tänker vid ett samtal.
 - Vara uppmärksam på patientens respons och icke verbala kommunikation.
 - Ge patienten verbal respons.
 - Byt fysiska miljön om det känns relevant och det tycks underlätta samtalet/kommunikationen.
 - Kombinera olika kommunikationsstrategier, Verbal, icke verbal, bilder och skriftlig information.
 - Reducera onödiga ljud och effekter i rummet.
 - Ha en lugn och avslappnad ton (22).
-
- Ha extra moment med patienten för att planera tillsammans om det som skall göras.
 - Uppmuntra patienten att fundera över hur nuvarande situationen ser ut och vad är hennes/hans uppfattningar och förväntningar.
 - Stödja patienten att prata om saker som är viktiga, det kan till exempel vara frustration och att vara arg.
 - När patienten blir arg under ett samtal med sjuksköterskan, har sjuksköterskan tillfället att ta ett steg tillbaka och analysera situation och det som har hänt.
 - Påminn patienten att innerst inne är de samma individer som innan och att sjuksköterskan skall visa sin respekt för detta (24).

DISKUSSION

METODDISKUSSION

Enligt Friberg är ett litteraturbaserat arbete ett sätt att skapa en översikt över de kunskaper som finns inom ett valt område eller problem inom sjuksköterskans verksamhetsområde. I en litteraturöversikt kan både kvantitativa och kvalitativa artiklar granskas och användas (28). Syftet med den här litteraturöversikten var att belysa kommunikationssvårigheter mellan patienter med afasi och sjuksköterskan och hur kommunikationen kan förbättras genom att studera hinder och strategier i kommunikationen. Tio kvalitativa artiklar och en kvantitativ artikel är utgångspunkten för denna litteraturöversikt.

Relevanta sökord för informationssökningen var stroke AND communication AND nurs*. Vid varje sökning gjordes relevanta begränsningar, se tabell 1. Vi försökte att använda samma sökord i möjligaste mån för att få en enlighet i sökningen, men det var svårt att få fram tillräckliga relevanta artiklar till problemområdet. Sedan valdes andra sökord som nursing care, rehabilitation, relationship och stroke patients. I vissa artiklar det benämns vårdgivare, vi tyckte att dessa artiklar är relevanta och överförbara i vårt arbete eftersom sjuksköterskan är en del av vårdgivarekategorin på vårdavdelningar och är i nära kontakt och interaktion med patienterna.

Valda artiklar handlar både om sjuksköterskans perspektiv på kommunikationssvårigheter med patienter med afasi men även patienternas perspektiv på detta. Vi har inte sökt efter enbart sjuksköterskan eller patientens perspektiv, utan främst letat efter kommunikationssvårigheterna ser ut och om det finns bra strategier att bemästra svårigheterna.

nio artiklars årtal var mellan 2001- 2011. Vid två sökningar gjordes inte årtalbegränsning, Anledningen var att få fram mer artiklar. Vid de två sökningars tillfälle valdes två artiklar från 1996 och 1999. De kom med i arbetet, eftersom de bidrog med viktiga kunskaper. Det även kom fram några artiklar på andra språk än engelska, som exempel kinesiska. Abstrakten var på engelska och såg relevant ut, men själva artikeln var på kinesiska. Det betyder att vi inte fick använda vissa artiklar som var användbara och relevanta till syftet.

Fem utvalda artiklar var utförda i Sverige som hade betydelse för överförbarhet och kunde anpassas bättre till problemområdet och klinisk omvårdnad i Sverige. De övriga artiklarna var från USA, Canada, UK, Frankrike och Australien. Även om dessa länder har olika vårdkultur som den svenska, men det var inte svårt att dra slutsatser om kommunikationen mellan sjuksköterska och patienter med kommunikationssvårigheter.

Analysen av material gjordes på ett systematiskt sätt. Det innebär att artiklarnas innehåll lästes noggrant av båda två författarna. Sedan sammanfattades artiklarnas budskap och det som var relevant för syftet lyftes upp.

Val av metoden i artiklarna var intervju och observation kombinerad med inspelning och/eller fokusgrupper. I en av studierna användes patienternas dagböcker och biografier. Forskarna motiverade dessa metoder som en användbar metod för att kunna få kunskap om båda sjuksköterskorna och patienternas upplevelse under vårdtiden.

I några studier bland annat studierna med referensnummer 19 och 21, 20 exkluderades patienter med afasi som hade ett annat modersmål än det språket som talades i landet där studien utfördes. Detta tycker vi att kan påverka studiens resultat eftersom studien inte kan vara representativ för hela befolkningen.

Studien med referensnummer 22, saknade inklusionskriterier för sina deltagare, detta kan vara på grund av att studien är en del av en större forskning och de har presenterats vid ett annat tillfälle. Vi tycker ändå att inklusionskriterier för patienterna är en viktig del i processen för att kunna tillämpa resultatet i daglig omvårdnad och kunna ha uppfattning om gruppen som studiens resultat syftar till. Studien saknar även ett tydligt syfte som det kan vara på grund av det ovanbeskrivna. Vi tyckte att studiens problemområde är relevant och intressant för vårt arbete och därför valdes inte studien bort.

Alla valda studierna har tydliga beskrivningar vad det gäller etiska granskningen inför studien. Patienter med afasi är sårbara på grund av att de inte kan uttrycka sig verbalt och detta har tagits hänsyn till för medgivande till studien.

RESULTATDISKUSSION

Kommunikativa hinder

Brist på tid i kommunikation med patienter har tagits upp i tre artiklar som ett hinder, både enligt patienterna och sjuksköterskorna(17,18,19). Eide tar upp några konkreta exempel i samtal med patienter; att använda sig av pauser under samtalet, lyssna och ge utrymme till patienten att kunna uttrycka sina känslor, tankar och bekymmer (10). I möte med patienter med afasi spelar sjuksköterskans tolkningsförmåga stor roll, med andra ord har sjuksköterskan ett moraliskt ansvar att ta sig tid och kunskap för att kunna riktigt tolka patientens önskan och bekymmer. Detta möjliggörs genom att sjuksköterskan avsätter tid och respekterar patientens som en unik individ. Sjuksköterskan genom sina arbetsuppgifter är tvungen att utveckla någon form av prioriteringssystem. Detta kan ibland medföra att sjuksköterskan avsätter mer tid för medicin och medicintekniska åtgärder, vilket är också av stor vikt och värde för patientens hälsa. Med tanke på att sjuksköterskan har oftast brist på tid i sin kommunikation med patienter, är av stor vikt att han/hon utvecklar olika effektiva strategier i möte med patienter med afasi. Sjuksköterskan skall vara medveten om att genom att visa att han/hon har mycket att göra eller att försöka föra samtalet vidare och fortare med patienten, blockerar hon vägen till patienten för en lyckad kommunikation. Patienter med afasi behöver tid, respekt, bekräftelse och engagemang och om sjuksköterskan har bråttom är bättre att han/hon avstår från ett samtal tills han/hon har mer tid att prata med patienten. Även Darrigrand et al. har i sin studie visat att patienter med afasi med lite tid kan uttrycka sina behov och önsningar (25). Enligt resultatet finns det studier som tar upp ”uppgiftsorienterad kommunikation” som ett hinder i mötet med patienten (19, 23). Detta är mycket tydligare när patienten har afasi, eftersom sjuksköterskan skall vara mycket mer konsekvent i sin kommunikation. Det kan uppstå situationer där sjuksköterskan på grund av patientens kommunikationssvårigheter, utföra bara sina arbetsuppgifter och avstår från att kommunicera med patienten. Sådana situationer försvårar en god relation till patienten och kan medföra att patienten drar sig tillbaka att samverka i sin rehabilitering. Detta i sin tur resulterar i patientens mindre delaktighet i sin vård och återhämtning.

Enligt ovanpresenterade resultat, kan man påstå att sjuksköterskans bristande kunskap om patientens sjukdomstillstånd och patientens roll, här om afasi och medföljande psykiska reaktioner från patienten, är ett hinder i kommunikationen de i mellan (18,19,20, 21). Ander diskuterar om patienters ”mimik” som har drabbats av afasi efter stroke. Hon beskriver att många gånger har patienter med afasi nedsatt muskulaturfunktion i ansiktet. Detta innebär att patienter med afasi inte kan förmedla sig riktigt med ansiktsmimik(30). Denna kunskap är oerhört viktigt i kommunikationen med patienten, eftersom det finns risker att sjuksköterskan

kan tolka patientens ansiktsmimik som att patienten är oengagerad och ointresserad. Vi tycker att denna kunskap spelar stor roll för patientens framtida rehabilitering, då enligt våra yrkeserfarenheter, finns det tydliga omedvetenheter hos personalen om detta.

O'Halloran, Worrall och Hickson samt Genereux et al. har observerat olika miljöfaktorer som hindrar kommunikationen mellan sjuksköterskan och patienten (21, 27). Vi har diskuterat att det inte finns möjlighet för alla patienter att ha ett enkelt rum eller avspärrat utrymme för samtal på sjukhusavdelningar. Detta kan innebära ett stort bekymmer för patienter med afasi eftersom de kan känna sig odugliga och därför avstå att försöka kommunicera med sjuksköterskan när andra medpatienter är närvarande i rummet. Sjuksköterskan skall vara medveten om detta och respektera patientens val. Sjuksköterskan skall skapa en stödjande miljö för att underlätta och stimulera patientens kommunikationsförmåga. Sjuksköterskan kan erbjuda patienten att gå en runda i avdelningen och försöka där samtala/kommunicera med patienten för att bevara patientens integritet.

Kommunikativa strategier

Enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) 2 a §, " *hälso- och sjukvården skall bedrivas så att den uppfyller kraven på en god vård. Detta innebär att den skall särskilt...4. främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen,...*" (29).

En av förutsättningarna för god och säker vård är att kunna kommunicera med patienten. Enligt Ander är kommunikation ett medfött och mänskligt behov som skapar och behåller människors identitet. Hon menar att olika kommunikationssvårigheter påverkar individens självbild och självförtroende lika mycket som den påverkar individens förmåga att uttrycka sina behov (30). Sjuksköterskan skall vara medveten om att nedsatt kommunikationsförmåga r/t afasi efter stroke kan skapa dålig självkänsla hos patienten. Patienten kan dra sig tillbaka för att kommunicera med andra medpatienter och till och med sjuksköterskan. Detta betyder inte att patienten inte vill kommunicera eller kommunikativa handlingar är borta för gott, utan är ett tecken på att patienten behöver mer tid och bekräftelse för att kunna återfinna sina krafter och självkänedom. Sjuksköterskan har en viktig och avgörande roll i mötet med dessa patienter för att kunna skapa en god och lyckad kommunikation. Enligt Ander finns det två typer av kommunikation, den ena som handlar om att överföra information och den andra som kallas för social kommunikation. Båda typerna är lika viktiga i dagliga samverkan mellan sjuksköterskan och patienten; den första för att få information om vad som händer runtomkring patienten och den andra för att kunna etablera en relation till patienten (30). Patienter som har drabbats av afasi behöver oftast använda den icke verbala kommunikationen för att kunna uttrycka sig. Eide påpekar vikten av att sjuksköterskan lyssnar aktivt och har ögonkontakt med patienten som uttrycker sig på ett icke - verbalt sätt. Sjuksköterskan skall ställa in sig efter och rikta in sig på patienten. I detta sätt av kommunikation skall patienten mötas på ett bekräftande, uppmuntrande och betrykande sätt, och genom detta skapa tillit och trygghet som patienten behöver för att kunna sätta ord på sina känslor och tankar på ett språklöst sätt (10). Gordon et al. observerade att patienter behöver ha en paus, betänketid, för att kunna besvara sjuksköterskans fråga eller visa med gester och kroppsspråk sitt svar (19). Genereux et al. har också diskuterat om kommunikation som en fundamentalist behov hos alla individer. Patienterna i studien önskar bättre relation med sina vårdgivare. De önskar att blir mer respekterade och sedda (27). Afasi är av olika grad och kan det innebära från att svårigheter att hitta ord tills att sakna tal, skriv och läsförmåga. Ander diskuterar ordet språk i sin artikel och att språk handlar det om både när vi talar, lyssnar, skriver och läser. Hon menar att afasi drabbar inte enbart talet utan språket (30). Denna kunskap är viktig för sjuksköterskor eftersom

för vissa patienter kan man inte ens använda sig av broschyrer eller skriftlig information, då hela språkssystemet kan drabbats efter stroke. Betydelsen av teamarbete kring patienter med afasi blir mycket tydligare i sådana situationer som kommunikationen brister. Sjuksköterskan kan skapa effektivare kommunikation med patienten om han/hon samverkar med andra yrkeskategorier som logopedier bland annat. Att be om hjälp från andra kollegor som har mer erfarenhet av möte med patienter med afasi tyder på sjuksköterskans vilja att skapa en god relation till patienten samt hans/hennes professionella sätt att handla.

Genereux et al. har utvecklat en individuell kommunikationsplan för patienter med afasi i deras journal. Noteringar om patientens olika kommunikations strategier/hinder görs i denna plan för att senare kunna alla involverade personal kunna ta del av(27). Att varje patient skall ha en egen plan med egna kommunikationskoder, möjliggör för sjuksköterskan att innan varje möte med patienten få en uppdaterad bild av henne/honom. Med detta menar vi att sjuksköterskan får mer kunskap om till exempel konkreta kroppsställningar hos patienten som kan betyda något speciellt och det har observerat av en annan personal/närstående. Detta är av stort betydelse för sjuksköterskans framgångsrika kommunikation med patienten. Kommunikationsplanen kan uppdateras alternativt förbättras med hjälp ifrån patientens närstående. Hedberg, Cederborg och Johanson diskuterar vikten av att utveckla individuella värderingsmetoder för att kunna utvärdera utförda åtgärder (23). Vi tycker att utvärdering av patientens kommunikationsförmåga ska ske kontinuerligt för att kunna markera och observera eventuella förbättringar eller försämringar. Detta kan rent praktiskt handla om att uppdatera patientens status eller individuell kommunikationsplan.

I tre studier har tagits upp vikten av sjuksköterskan kommunikativ attityd för att främja en god kommunikation med patienten (21,24,26). Med kommunikativ attityd menas att sjuksköterskan visar intresse för patientens unika livssituation och identitet. Sjuksköterskan är mån om patientens kroppsspråk och icke verbala signaler genom att visar med sitt eget kroppsspråk och ögonkontakt, bekräftelse och engagemang för patienten. Detta gör att sjuksköterskan förmedlar hopp och tröst till patienten som i sin tur underlättar kommunikationen. Carlsson diskuterar även att patienter med afasi på grund av sin nedsatta kommunikationsförmåga oftast kan reagera med depression och nedstämdhet (31). Att se patienten som ett objekt som ska göra som vårdpersonalen säger, utgöt en stor fara för patientens autonomi, värdighet och relation till sjuksköterskan. Sjuksköterskans patientcentrerade förhållningssätt kan förbättra kommunikationen mellan honom/henne och patienten; att ha patienten i centrum och se honom/henne utifrån ett helhetsperspektiv är en grundläggande förutsättning för en god och lyckad kommunikation.

FÖRSLAG PÅ FRAMTID FORSKNING

Vi tycker att en svaghet hos de flesta artiklar som vi har analyserat, är att patienter med ett annat modersmål exkluderades från dessa studier. Detta medför att studiens slutsatser inte kan generaliseras för hela befolkningen. Studier som kan representera flera olika befolkningskategorier skulle vara av stort betydelse för patienter med afasi.

Ett område som vi tyckte att det behövs mer forskning för är, patienter med afasi egna strategier för kommunikation. Det finns bland annat forskning inom området om patienternas upplevelse av vård och omvårdnad men inte om deras personliga strategier för att underlätta vardagskommunikationer. Eftersom patienters egna strategier kan användas för andra patienter med afasi.

SLUTSATS

De slutsatser som har framkommit i resultat av denna litteraturoversikt, belyser olika kommunikativa strategier och hinder mellan sjuksköterskan och patienter med afasi. Resultatet kan användas som ett verktyg i sjuksköterskans dagliga möte med dessa patienter. Att vara medveten om vilka hinder som kan föreligga i kommunikationen, möjliggör att sjuksköterskan är mer konsekvent i sina handlingar. Samt att vara medveten om åtgärder som gynnar kommunikationen och konkreta exempel som kan användas i möte med patienter med afasi för att främja välbefinnande och delaktighet.

REFERENSER

1. Engström B, Nilsson R, Willman A. Omvårdnad vid stroke: state of the art. 1. uppl. Stockholm: Gothia; 2005.
2. Socialstyrelsens nationella riktlinjer för stroke - 2005. Västerås: Socialstyrelsen; 2007. Hämtad 2011-12-06; Tillgänglig via:
http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9092/2007-114-59_200711459.pdf
3. Sverige. Socialstyrelsen. Boken om stroke: kvalitet i alla led. Stockholm: Socialstyr.; 1997.
4. Wester P. Hjärt-kärlsjukdomar - Cerebrovaskulära sjukdomar. I: Abrahamsson H, Berglund G (red). Internmedicin. 4., [rev.] uppl. Stockholm: Liber; 2006.
5. Vårdguiden, Stockholms läns landsting. Hämtad 2011-12-06; Tillgänglig via:
<http://www.varldguiden.se/Sjukdomar-och-rad/Omraden/Sjukdomar-och-besvar/Stroke/>
6. Socialstyrelsens nationella utvärdering av strokevård – 2011. Västerås: Socialstyrelsen; 2011. Hämtad 2011-12-06; Tillgänglig via:
<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18350/2011-6-3.pdf>
7. Sand O. Människokroppen: fysiologi och anatomi. 2. uppl. Stockholm: Liber; 2007
8. Afasi förbundet i Sverige. Hämtad 2011-12-06; Tillgänglig via:
http://www.afasi.se/index.php?option=com_content&view=article&id=47&Itemid=53
9. Dimpleby R, Burton G. Kommunikation är mer än ord. Lund: Studentlitteratur; 1995.
10. Edie H, Eide T. Omvårdnadsorienterad kommunikation: relationsetik, samarbete och konfliktlösning. 2., [rev.] uppl. Lund: Studentlitteratur; 2009.
11. Snellman I. Vårdrelationer – en filosofisk belysning. I: Friberg F., Öhlén J. (red). Omvårdnadens grunder - Perspektiv och förhållningssätt. Lund: Studentlitteratur; 2009.

12. Sveriges riksdag, hälso- och sjukvårdslagen 30/11 09.06. Hämtad 2011-12-06; Tillgänglig via:
<http://www.riksdagen.se/webbnav/?nid=3911&bet=1982:763>
13. Vårdhandboken. Hämtad 2011-12-06. Tillgänglig via:
<http://vardhandboken.se/Texter/Afasi-dysartri-dysfagi-var-d-och-bemotande/Vard-och-bemotande/>
14. Fossum B, editor. Kommunikation: samtal och bemötande i vården. 1. uppl. Lund: Studentlitteratur; 2007.
15. Elgan C. & Fridlund B. Vuxet vardagsliv. I: Friberg F., Öhlén J. (red). Omvårdnadens grunder - Perspektiv och förhållningssätt. Lund: Studentlitteratur; 2009.
16. Östlundh L. Informationssökning. I: Friberg F. (red). Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten. Lund: Studentlitteratur; 2006.
17. Nordehn G, Meredith A, Bye L. Grand rounds. A preliminary investigation of barriers to achieving patient-centered communication with patients who have stroke-related communication disorders. Topics In Stroke Rehabilitation [serial on the Internet]. (2006, 2006 Winter), [cited November 21, 2011]; 13(1): 68-77.
18. Sundin K, Jansson L, Norberg A. Communicating with people with stroke and aphasia: understanding through sensation without words. Journal Of Clinical Nursing [serial on the Internet]. (2000, July), [cited November 21, 2011]; 9(4): 481-488.
19. Gordon C, Ellis-Hill C, Ashburn A. The use of conversational analysis: nurse-patient interaction in communication disability after stroke. Journal Of Advanced Nursing [serial on the Internet]. (2009, Mar), [cited November 21, 2011]; 65(3): 544-553.
20. Engman M, Lundgren S. What does rehabilitation and nursing care implies for patients with stroke?. Nordic Journal Of Nursing Research & Clinical Studies / Vård I Norden [serial on the Internet]. (2009, Sep), [cited December 8, 2011]; 29(3): 32-36.
21. O'Halloran R, Worrall L, Hickson L. Environmental factors that influence communication between patients and their healthcare providers in acute hospital stroke units: an observational study. International Journal Of Language & Communication Disorders [serial on the Internet]. (2011), [cited November 24, 2011]; 46(1): 30-47.
22. Jones M, O'Neill P, Waterman H, Webb C. Building a relationship: communications and relationships between staff and stroke patients on a rehabilitation ward. Journal Of Advanced Nursing [serial on the Internet]. (1996, July), [cited November 24, 2011]; 26(1): 101-110.

23. Hedberg B, Cederborg A, Johanson M. Care-planning meetings with stroke survivors: nurses as moderators of the communication. *Journal Of Nursing Management* [serial on the Internet]. (2007, Mar), [cited November 22, 2011]; 15(2): 214-221.
24. Nyström M. Professional aphasia care trusting the patient's competence while facing existential issues. *Journal Of Clinical Nursing* [serial on the Internet]. (2009, Sep), [cited November 24, 2011]; 18(17): 2503-2510.
25. Darrigrand B, Dutheil S, Michelet V, Rereau S, Rousseaux M, mazaux J. Communication impairment and activity limitation in stroke patients with severe aphasia. *Disability & Rehabilitation* [serial on the Internet]. (2011, July 15), [cited November 24, 2011]; 33(13/14): 1169-1178.
26. Sundin K, Jansson L. 'Understanding and being understood' as a creative caring phenomenon -- in care of patients with stroke and aphasia. *Journal Of Clinical Nursing* [serial on the Internet]. (2003), [cited November 23, 2011]; 12(1): 107-116.
27. Genereux S, Julien M, Larfeuil C, Lavoie V, Soucy O, Le Dorze G. Using communication plans to facilitate interactions with communication-impaired persons residing in long-term care institutions. *Aphasiology* [serial on the Internet]. (2004, Dec), [cited November 22, 2011]; 18(12): 1161-1175.
28. Friberg F, editor. Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten. Lund: Studentlitteratur; 2006.
29. Sveriges riksdag, Svensk författningssamling. Hälso- och sjukvårdslag (1982:763). Hämtad 2011-12-27. Tillgänglig via:
<http://www.riksdagen.se/webbnav/index.aspx?nid=3911&bet=1982:763>
30. Kommunikation efter stroke, Ann Ander, legitimerad logoped. Vårdalinstitutet, institutet för vård- och omsorgsvetenskap. Hämtad 2011-12-27. Tillgänglig via:
<http://www.vardalinstitutet.net/sites/default/files/tr/stroke/strokedocs/strokeartikelpdf/10044.pdf>
31. Carlsson E. Kommunikation. I: Edberg A-K, Wijk H. (red). Omvårdnadens grunder – Hälsa och ohälsa. Lund: Studentlitteratur; 2009.

BILAGA 1

ARTIKELPRESENTATION

Referensnummer: 17

Författare: Nordehn, G., Meredith, A. & Bye, L.

Titel: Grand rounds. A preliminary investigation of barriers to achieving patient-centered communication with patients who have stroke-related communication disorders.

Tidskrift: Topics in Stroke Rehabilitation

År: 2006

Land: USA.

Syfte: Att belysa faktorer som kan förhindra omvårdnad utifrån patient-centrerad kommunikation hos patienter som har kommunikationssvårigheter på grund av stroke.

Urval: studien innefattade 40 patienter mellan 40-75 år med svårt eller mild afasi. Fokusgruppen bestod av två manliga, fem kvinnliga patienter med stroke, en kvinnlig och en manlig anhörig.

Metod: en kvalitativ studie, där filmade intervjuer med två fokusgrupper som bestod av patienter med afasi. Deltagarnas kommentarer och svar på fokusgrupps frågor kodades för att sedan kunna identifiera det centrala temat. Analysen var en Innehållsanalys. Detta genomfördes med hjälp av en stroke stödgrupp bestående av: en läkare, en logoped, en sociolog och en socialarbetare.

Antal referenser: 38

Referensnummer: 18

Författare: Sundin K., Jansson L. & Norberg A.

Titel: Communicating with people with stroke and aphasia: understanding through sensation without words.

Tidskrift: Journal of Clinical Nursing

År: 2000

Land: Sverige

Syfte: Att illuminera fenomenen av kommunikation med stroke och afasi patienter utan ord eller "språklöst".

Urval: studien innefattade av tio vårdgivare (mellan 27-64 år) som jobbade på en stroke rehabilitering och lyckades ofta i kommunikation med patienter med afasi.

Metod: En kvalitativ studie. Tio vårdgivares berättelse om sina lyckade kommunikationsformer och svårigheter i kommunikation med patienter med afasi, samt hur de kunde förstå och underlätta förståelsen för dessa patienter, spelades in. Materialet analyserade med en fenomenologisk- hermeneutisk metod.

Antal referenser: 29

Referensnummer: 19

Författare: Gordon C., Ellis-Hill C. & Ashburn A.

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

Tidskrift: Journal of Clinical Nursing

År: 2009

Land: England

Syfte: Att studera och undersöka hur vårdpersonal och patienter med afasi och dysartri kommunicerar med varandra i en neutral interaktion på en specialist Strokeenhet.

Urval: 5 patienter var rekryterade till studien, tre män och två kvinnor. Dessa patienter hade afasi eller dysartri efter sin stroke och var inlagda antingen på en rehabilitering avdelning eller en akutvårdavdelning för stroke. Exklusionskriterierna bestod av att afasi/dysartrin inte var orsakad av stroke, patientens tillstånd var kritiskt och därmed inte kunde patienten delta aktiv i sin rehabilitering och den tredje att patientens modersmål inte var engelska. Åldern var mellan 43 till 84 år. Från slaganfallet hade gått mellan 12 till 197 dagar. Fjorton vårdpersonaler deltog i studien som hade vårderfarenhet från 6 månader till 20 år.

Metod: Kvalitativ studie med observation - och samtalsanalysmetod. Vårdpersonalens samtal med patienter med afasi efter stroke, spelades in med videokamera samtidigt som observatören antecknade. Inspelningen skett i perioder, för 1-3 timmar under 4 månaders tid. Interaktionen mellan vårdpersonal och patienter med afasi, analyserades sedan utifrån olika faktorer som samtals karaktär och kontext bl.a.

Antal referenser: 40

Referensnummer: 20

Författare: Engman M. & Lundgren MS.

Titel: What does rehabilitation and nursing care implies for patients with stroke?

Tidskrift: Vård i Norden

År: 2009

Land: Sverige

Syfte: Att illuminera och få kunskap vad rehabilitering innebär i sjuksköterskans omvårdnad för patienter som drabbats av stroke utifrån patientens perspektiv.

Urval: Elva patienter på två avdelningar med geriatrisk stroke - rehabilitering, deltog i studien. Åldern för deltagarna var mellan 63-88.

Metod: En kvalitativ studie där elva patienter med stroke intervjuade för datainsamlingen. Intervjuerna var semistrukturerade utifrån två frågor: 1. Vad har rehabiliteringen inneburit under vårdtiden? 2. Beskriva erfarenheter av sjuksköterskans omvårdnad. Materialet analyserade med Kontent analys metod.

Antal referenser: 34

Referensnummer: 21

Författare: O'Halloran R., Worrall L. & Hickson L.

Titel: Environmental factors that influence communication between patients and their healthcare providers in acute hospital stroke units: an observational study.

Tidskrift: International Journal of Language & Communication Disorders

År: 2011

Land: Australien

Syfte: Att identifiera miljöfaktorer som skapade hinder/barriär eller förbättrade patientens förmåga att kommunicera om sina vardagliga behov av vård med sina vårdgivare i en akut strokeavdelning. Samt för att utveckla en beskrivande lista av dessa miljöfaktorer.

Urval: 65 patienter deltog i studien. Inklusionskriterierna var att patienter hade diagnostiserat stroke med stabilt hälsotillstånd och att hade engelska som sitt modersmål.

Metod: En kvalitativ forskningsstudie som baserades på direkt observation. Patienterna observerades i sin kommunikation med sina vårdgivare från dag 1 till dag 12 av sin sjukhusvistelse på slutenvårdsavdelning efter sin stroke.

Antal referenser: 31

Referensnummer: 22

Författare: Jones M., O'Neill P., Waterman H. & Webb C.

Titel: Building a relationship: communications and relationships between staff and stroke patients on a rehabilitation ward.

Tidskrift: Journal of Advanced Nursing

År: 1997

Land: England

Syfte: Kommunikationen och relationen mellan vårdpersonal och patienter efter stroke på en rehabiliterings avdelning studeras och temat "att utveckla en relation" identifieras.

Urval: Studien är en del av en större forskning inom stroke rehabilitering med fokus på bara kommunikation. 10 strokepatienter och deras anhöriga som skulle ta hand om patienterna när de skrevs ut från sjukhuset, samt 14 vårdpersonal valdes och intervjuades.

Metod: En kvalitativ studie med grounded theory dataanalys. Ostrukturerade intervjuer spelades in och därefter transkriberades, kodades och ett tema formades.

Antal referenser: 26

Referensnummer: 23

Författare: Hedberg B., Cederborg A. & Johanson M.

Titel: Care-planning meetings with stroke survivors: nurses as moderators of the communication.

Tidskrift: Journal of Nursing Management

År: 2007

Land: Sverige

Syfte: Att undersöka hur sjuksköterskor agerar och kommunicerar under en vård-planeringsmöte med afasi- och strokepatienter, och hur patienterna med afasi deltar i kommunikationen vid vård-planeringsmöte.

Urval: Tretton vård-planeringsmöte i fem rehabiliterings enheter i Sydsverige, var involverade i vård-planeringsmöte. Deltagarna bestod av trettionio sjuksköterskor, tre manliga och tio kvinnliga patienter, mellan 64-94 ålder.

Metod: En kvalitativ studie, där samtalen under vård-planeringsmöte för tretton afasi- och stroke patienter inspelades. Kodningen gjordes med hjälp av Lamb et al. modell; som innebär att kvalitet av de informativa samtalen under vård-planeringsmöten studerades för att sedan kategorisera samtalet innan sista kodningen.

Antal referenser: 34

Referensnummer: 24

Författare: Nyström, M.

Titel: Professional aphasia care trusting the patient's competence while facing existential issues.

Tidskrift: Journal of Clinical Nursing

År: 2009

Land: Sverige

Syfte: Att komplettera "expertens" kunskap om tal - språk terapi, genom att studera fenomenet Professional afasivård från ett patientperspektiv.

Urval: Svensktalande patienter med afasi som kunde kommunicera verbalt eller genom skrift. 4 kvinnor och 5 män i åldrarna 45-72. Tiden mellan första symtomet för afasi och datainsamling varierade från 1-23 år.

Metod: Fenomenologisk metod användes för att förstå patientens livsvärld och erfarenhet av professionell afasivård. Data samlades genom 8 djupintervjuer, 4 uppföljande intervjuer, 2 anteckningar från dagböcker och 2 biografier. All data omvandlades till text.

Antal referenser: 19

Referensnummer: 25

Författare: Darrigrand B., Dutheil S., Michelet V., Rereau S., Rousseaux M. & Mazaux JM.

Titel: Communication impairment and activity limitation in stroke patients with severe aphasia.

Tidskrift: Disability & Rehabilitation

År: 2011

Land: Frankrike

Syfte: Att utreda hur patienter med svår afasi kommunicerade i sin dagliga liv, de verbala och icke - verbala kommunikationsfärdigheter som hade bevarats och vilka som var nedsatta, och om aktivitetsbegränsningar i kommunikationen var relaterad till verbala nedsättningar.

Urval: Fransktalande patienter mellan 18 - 85 år som levde i regionen där studien ägde rum. Patienterna skulle haft tydliga talnedsättningar som varat minst i 24 timmar och att det skulle vara första gången som patienterna har drabbats av en dokumenterad stroke. Tjugosju patienter med svår afasi och 9 med måttlig afasi rekryterades till studien.

Metod: Kvantitativstudie som är en del av en större prospektiv kohortstudie som gjordes under 14 månaders tid. Patienterna kontaktades tolv till arton månader efter sin stroke för att besvara på frågor om sin allmänna hälsostatus och sin afasiproblematik. Mätinstrumenten som användes för att mäta svår afasi var *Aphasia Severity Rating Scale (ASRS)*. Kommunikationsfunktionerna mättes med *the Test Lillois de Communication (TLC)* och aktivitetsbegränsningar i kommunikationen mättes med *the Echelle de Communication Verbale de Bordeaux (ECVB)*.

Antal referenser: 47

Referensnummer: 26

Författare: Sundin K. & Jansson L.

Titel: 'Understanding and being understood' as a creative caring phenomenon -- in care of patients with stroke and aphasia.

Tidskrift: Journal of Clinical Nursing

År: 2003

Land: Sverige

Syfte: Att belysa vikten av att förstå och bli förstådd i vård av patienter med afasi efter stroke.

Urval: Sjuksköterskor som jobbade på en rehabilitering strokeavdelning, ombeds att rekommendera en eller två av sina kollegor som de tyckte att hade en god och lyckad kommunikation med patienter med afasi. De sjuksköterskor som hade fått mest röster, valdes till studien. De 5 valda sjuksköterskorna var i åldrarna 27-64 år som hade jobbat med patienter med afasi efter stroke mellan 4-12 år. Patienterna var tre män som var 62, 79 och 80 år gamla och led av afasi och kunde säga "ja" eller "nej" men inte alltid i rätt mening. Studien gjordes från och med 2:a veckan efter afasidebuten till och med 6:e veckan.

Metod: Fenomenologisk hermeneutisk metod. Vid överkroppshygien på morgonen, videofilmades varje vårdgivare med sin patient. 15 videoinspelningar gjordes med minst 15-25 minuter för varje. Efteråt gjordes en narrativintervju med vårdgivarna som kunde reflektera över den inspelade situationen.

Antal referenser: 45

Referensnummer: 27

Författare: Genereux S., Julien M., Larfeuil C., Lavoie V., Soucy O. & Le Dorze G.

Titel: Using communication plans to facilitate interactions with communication-impaired persons residing in long-term care institutions.

Tidskrift: Aphasiology

År: 2004

Land: Canada

Syfte: 1. Att utarbeta kommunikationsplan som innehöll information om strokepatienternas personligheter och kommunikationssvårigheter. 2. Att utvärdera fördelar med kommunikationsplan utifrån vårdgivares perspektiv.

Urval: Tio boende i tre olika äldreboende med svår afasi eller kommunikationssvårigheter mellan 63-95 ålder, och 39 vårdgivare deltog i studien.

Metod: EN kvalitativ och kvantitativ studie. En individuell kommunikationsplan konstruerades för varje deltagande person med kommunikationssvårigheter. För att kunna mäta kommunikation och interaktionen med varje boende, genomfördes vårdgivarens en *Speech-Language Communication* enkät innan och efter användning av boendets kommunikationsplan.

Antal referenser: 18

BILAGA 2

TEST LILLOIS DE COMMUNICATION (TLC)

ECHELLE DE COMMUNICATION VERBALE DE BORDEAUX (ECVB)

Test Lillois de Communication (TLC) is composed of three parts, participation in communication (P), verbal communication (VC) and non-verbal communication (NVC). These are analyzed in three situations of natural interaction, a directed interview, an open discussion about technical progress and a referential communication situation. In this latter condition, interlocutors are sitting at a table, facing each other. Each has a similar set of images in front of him, and one (either the patient or the investigator) has to make the other discover one of these images using oral language or gesture. Therefore, the patient and the investigator are alternatively speaker and listener. Its presentation time is about 1 h. For each subtest, a semi quantitative scoring is performed by the examiner (0–1, 0–1–2, 0–1–3 or 0– 2–4), the higher score indicates better performance and fair ability to manage the specific point, and absence of consequences of the patient–investigator communication. Participation in communication is analyzed with three subtests (global score/6), greeting behavior (presence of verbal or non-verbal greeting;/2), attention to interlocutor production (using adapted posture, gaze, and verbal and non-verbal responses;/ 2), and engagement in the interaction (using verbal and non-verbal initiatives;/2). Verbal communication is investigated with 14 subtests (global score/30). First, understanding words and sentences (fair comprehension which does not require repetition and simplification of the interlocutor production;/4), producing fluent language (normal speech outflow of about 150–200 words in 1 min;/2), producing intelligible utterances (which do not require more attention from the interlocutor;/2), producing words without word finding difficulties and paraphasia (/4), and producing adapted syntax (/2). Then pragmatics (/12), with responding to open questions (explicit and informative response to open questions), maintaining the topic of the exchange (respect of the topic without digressions), presenting new information (with presentation of information new to the interlocutor), introducing new topics (which are coherent with the previous ones, without perseverations), logically organizing discourse (with explicit indications about the logic or chronologic nature of the relationship between the different parts), and adapting production to interlocutor knowledge (explicitly or implicitly). And finally, emitting verbal feedbacks (referring to comprehension difficulty) and adapting to verbal feedbacks from the interlocutor (readjustment of discourse when the listener reports comprehension difficulty or shows a verbal response which is not adapted to the patient production) (/4). Non-verbal communication is evaluated with 19 subtests (global score/30). First, understanding limb gestures (deictic, symbolic, miming the use of objects, miming the shape of objects, gesture referring to physical or emotional state;/5), affective expressivity (expression of affects using gestures, facial expressions, vocal utterances, body orientations or physical contact(s);/3), and producing limb gestures (global spontaneous production, then production of different gesture subtypes: deictic, symbolic, pantomime, gestures miming the shape of objects, referring to physical or emotional state sequential;/14). Then pragmatics with adapting prosody (both linguistic and emotional), orienting gaze (to the interlocutor), using regulatory mimogestuality (accompanying verbal utterances and turntaking) and turn-taking (respect of the interlocutor production, intervention during interlocutor pauses) (/4). Lastly, emitting non-verbal feedback (gesture, facial expression, head movement referring to comprehension difficulties) and adapting to nonverbal feedback from the interlocutor (readjustment of discourse when the listener emits non-verbal feedback) (/4).

In these subtests, the objective is both to assess the presence of specific deficits, and to analyze their consequences on communication, i.e. to identify the brain mechanisms of communication disorders in a given patient. An example of poor verbal comprehension is the necessity for the listener (investigator) to repeat or simplify his production for efficient patient understanding.

Examples of ECVB items:

- 4. Do you have difficulty to participate in a conversation with a family member on familiar subjects?
Possible answers: yes, every time yes, often sometimes, but it is rare no, never
- 7. Do you feel any difficulty when you want to express feelings or emotions, like joy, fear, or anger?
Possible answers: yes, always difficult yes, often sometimes or rarely no, never
- 11. Is it difficult for you to call a family member on phone?
Possible answers: yes, always difficult yes, often sometimes or rarely no, never
- 25. When you are in a restaurant or a coffee bar, can you order by yourself?
Possible answers: no, never yes, but it is often difficult yes, but sometimes it is difficult no problem.
- 31. Are you able to write full sentences, letters, birthday or Christmas postcards?
Possible answers: I can do it easily it is sometimes difficult it is often difficult no, I can't do it.

BILAGA 3

PROFESSIONAL AFASIVÅRD

- Preventing isolation, genom att tro på patientens kompetens av att kunna vara delaktig i sin egen vårdrelation. Även i denna studie betonas vikten av att reducera bakgrundsljud under ett samtal med patienten och minska antalet deltagande under ett samtal. Här nedan är ett citat från en patient med afasi:
"Talk to us! We do understand!" (24,sid. 2560).
- Straightforwardness, genom att tro på patientens kompetens som kan ha olika copings strategier för sin situation. Om sjuksköterskan inte tror på patientens förmåga och hennes/hans copings strategier väcks det massor med negativa känslor hos patienten. Däremot att tro på patienten som någon som kan hantera sin situation, gör det lättare för patienten att klara av att vara fångad i sin egen kropp, eftersom oärlighet kan skapa misstanke hos patienten. Här är det en citat från en patienten:
"Today he said that I talked better than on the previous occasion. But on that occasion he said that I talked just as well as before my stroke"(24, sid.2057).
- Provision for security, Genom att tro på patientens kompetens som kan känna sig trygg med sjuksköterskan som verkligen vill förstå och hjälpa. Genom att visa ett genuint intresse för patientens situation, försöker sjuksköterskan att ta reda på patientens kommunikationssvårigheter och därmed anpassa olika resurser. Patienter med afasi kan bli rädda i möte med sin afasi och det är viktig att som sjuksköterska kunna möta den här rädslan på varje patients individuell - och unik nivå. Här nedan är ett citat från en patient:
"It was a shock! The physician pointed at the wall and asked me what it was. The word was not there, I could not say anything. Nothing was there"(24, sid.2057).
- Recognition of caring needs, Genom att tro på patientens kompetens som kan kommunicera sina omvårdnadsbehov. Patienten skall inte känna att han/hon är exkluderad från vårdssituationer. Genom att ha kommunikativ stöd när patienten misslyckas med sitt försök att kommunicera, reduceras risken för exklusion. Här nedan är ett citat från en patient:
" We can understand what caregivers are saying and doing although we cannot always give an answer" (24,sid.2507).
- Encouraging efforts to practice language, genom att tro på patientens kompetens att återfå sin förlorade kapacitet. Sjuksköterskan som uppmuntrar patienten att öva språket, ökar patientens motivation för att kommunicera och skapar förtroende som möjliggör att förstå omvårdnadsbehoven hos patienten. Här nedan är en citat från en patient:
" One nurse continued to talk to me while she helped me to eat and get dressed. She talked as if she knew that I understood, even though I could not answer. That made me feel calm and secure and I knew that she would take good care of me"(24, sid.2507)
- Equality, genom att tro på patientens kompetens för personliga interaktioner. Patienter på grund av sina kommunikationssvårigheter, hamnar i en "svagare position". När sjuksköterskan inte talar till patienten, eller pratar med andra kollegor "över patientens

huvud", missar sjuksköterskan tillfället att skapa en allians med patienten för ett gemensamt mål. Här nedan är en citat från en patient:

" It was not nice at all when the nurse is aids only told me what to do, but otherwise did not speak to me"(24, sid.2508).

- Supporting the maintenance of identity, genom att tro på patientens förmåga att återfå sin gamla kompetens. Den professionella afasivården skapar en känsla av säkerhet hos patienten och hjälper att bevara patientens integritet och identitet (24).

BILAGA 4

KOMMUNIKATIONSPLAN

Ett kommunikationsplan kan innehålla enligt punkterna och exemplen som beskrivs nedan

1. Hur patienten Kommuniserar utifrån en utvecklad kommunikationstest?
 - Enkla meningar skall användas i kommunikation med patienten, ett exempel ja/nej frågor.
 - Ta hjälp av gester och kroppsspråk under kommunikationen.
 - Skriv nyckelord, patienten känner igen bekanta ord.
 - Tala långsamt och högt med en mjuk röst, ögonkontakt under kommunikationen.

2. Hur ska vi kommunicera med patienten?
 - Patienten säger Nej/Ja med handgester.
 - Patienten använder sig av ansiktsuttrycks.
 - Patienten brukar peka på sitt smärtställe.
 - När patienten inte förstår, rynkar hon/han pannan.

3. Patientens önskemål som man har fått reda på från anhöriga till exempel, skall antecknas i planen för att undvika och förebygga framtida missförstånd.
 - a. Vad patienten gillar:
 - Lugn miljö.
 - Röra patienten försiktigt.
 - Lyssnar på klassisk musik.
 - b. Vad patienten inte gillar:
 - Att kamma patientens hår utan att fukta håret innan.
 - Att läggas på vänster sidan.
 - Suppositorier.
 - Att deltar i aktiviteter.

4. Anteckna ner i planen de icke verbala koder som patienten brukar använda i sin kommunikation med andra.
 - När patienten gnuggar med sitt finger på bordet, önskar hon sig sin bok.
 - När patienten rör sitt ben: förmedlar hon sin smärta.
 - När patienten blundar: vill hon vila.
 - Patienten vill vända sig när hon flyttar på sin kudde.