

**NÄRSTÅENDEVÅRDARES OCH VÅRDPERSONALS KOMMUNIKATION MED
INDIVIDER SOM HAR AFASI TILL FÖLJD AV STROKE**

INFORMAL CARERS AND HEALTH CARE PROFESSIONALS

COMMUNICATION WITH PEOPLE WITH APHASIA CAUSED BY STROKE

Examinationsdatum: 20130225
Sjuksköterskeprogrammet 180 högskolepoäng
Kurs 38
Självständigt arbete, 15 högskolepoäng
Författare: Lisa Träder & Sura Yousif

Handledare: Agnes Botond
Examinator: Ulrika Kreicbergs

SAMMANFATTNING

Bakgrund

Stroke inträffar när hjärnans blodförsörjning hindras, med syrebrist i värsta fall med celldöd som följd. Beroende på vilka delar av hjärnan som drabbas ger detta olika symtom. Afasi är en språkstörning som kan påverka språkförståelsen, talförmågan eller bådadera och drabbar 20 till 40 procent av dem som drabbats av stroke. Afasi behöver inte leda till ett livslångt tillstånd utan kan avta med tiden. Den största återhämtningen sker de första sex månaderna.

Syfte

Syftet med studien var att belysa närståendevårdares och vårdpersonals kommunikation med patienter som har afasi till följd av stroke.

Metod

Författarna valde att göra en litteraturstudie för att besvara syftet. Sökningar genomfördes i PubMed och CINAHL. En manuell sökning i tidningen Aphasiologys arkiv genomfördes också. Inklusionskriterierna som fastslogs var följande; artiklar skulle vara skrivna på svenska och engelska, peer-reviewed och beskriva kommunikationen mellan vårdgivare och patient som drabbats av afasi till följd av stroke. Artiklarna skulle vara publicerade mellan år 2000 och 2012. Endast originalartiklar inkluderades. De studier som beskrev afasi orsakad av trauma eller demens uteslöts liksom de som beskrev rehabilitering och terapi av afasi. Artiklarna granskades därefter och innehållet analyserades och formade resultatet.

Resultat

Flera aspekter av kommunikation mellan vårdgivare och patient beskrevs i litteraturen. Hur kommunikationen vid samtal mellan vårdgivare och patient sker, vad som kan underlätta samtalet och vad som kan försvåra det, samt hur vårdgivare och patient kommunicerar med hjälp av kroppsspråk, ögonkontakt och beröring. Förhållningsätt och strategier som påverkar kommunikationen både positivt och negativt har beskrivits. Skriftlig information med bilder, en avslappnad och trygg stämning förbättrar kommunikationen mellan vårdgivare och patient. Vårdgivare och patient kan skatta patientens kommunikationsförmåga olika. Kommunikationen mellan vårdpersonal och patient rör ofta omvårdnadsbestyr.

Slutsats

Kommunikation mellan vårdgivare och patient med afasi till följd av stroke sker på andra villkor än mellan vårdgivare och patient utan afasi. Muntlig kommunikation måste ibland stöttas av kroppsspråk. Kunskap om patienten och kunskap om kommunikation vid afasi till följd av stroke är centrala delar för fungerande kommunikation mellan vårdgivare och patient. Författarna anser att kommunikationen mellan vårdgivare och patient är ett område som behöver mer kvalitativ forskning.

Nyckelord: Afasi, Kommunikation, Vårdgivare, Stroke

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

SAMMANFATTNING

BAKGRUND	1
Stroke	1
Afasi	2
SYFTE	4
METOD	5
Val av metod	5
Urval	5
Datainsamling	6
Dataanalys	7
Forskningsetiska överväganden	7
RESULTAT	8
Verbal kommunikation	8
Ickeverbale kommunikation	10
Förhållningsätt och Kommunikationsstrategier	11
Hur vårdgivare uppfattar och beskriver kommunikationen	13
DISKUSSION	15
Metoddiskussion	15
Resultatdiskussion	15
Slutsats	18
REFERENSER	20
BILAGA	
Bilaga I	
Bilaga II	

BAKGRUND

Stroke

I Sverige drabbas 30 000 personer av stroke årligen. Personer som drabbats av stroke eller slaganfall som det också kallas, står för flest vård dagar inom den somatiska vården. Risken att drabbas av stroke ökar med stigande ålder. I Sverige är stroke den tredje vanligaste dödsorsaken. Det är dessutom en vanlig orsak till funktionsnedsättningar. En av dessa är afasi, språkstörning till följd av hjärnskada (Larsson & Rundgren, 2010).

Patofysiologi

Stroke inträffar när hjärnans blodförsörjning hindras, med syrebrist och i värsta fall celldöd som följd. Det kan bero på hjärnblödning eller hjärninfarkt, ocklusion av kärlen i hjärnan. Vid hjärninfarkt har kärlen täppts igen av tromboser eller embolier. Beroende på vilka delar av hjärnan som drabbas så får man olika symtom. Skador på storhjärnans ena hemisfär drabbar den motsatta kroppshalvan. (Larsson & Rundgren, 2010).

Symtom

Vid stroke är det vanligt med ett akut insjuknande och några karaktäristiska symtom som kan förekomma är bland annat känselbortfall och domningar, pares eller förlamning, yrsel och illamående, huvudvärk, medvetandepåverkan, konfusion och afasi. Det är viktigt att reagera på dessa symtom och starta behandling tidigt för att förhindra bestående funktionsnedsättningar eller död (Larsson & Rundgren, 2010). Om symtomen klingar av efter 24 timmar så kallas det för en transitorisk ischemisk attack (TIA). En sådan attack ska inte lämna några spår men kan tolkas som en första varning om att något är fel (Wergeland, Ryen, ødegaard-Olsen, 2011).

Riskfaktorer

En viktig riskfaktor är hjärt- och kärlsjukdomar. Högt blodtryck har visat sig öka risken för stroke. Detta är dock svårt att visa på individnivå men på samhällsnivå har detta visat sig. Klaffel och ateroskleros kan leda till att blodproppar bildas i hjärnan. Diabetes ökar förekomsten av ateroskleros och ökar dessutom benägenheten till övervikt och hypertoni. Rökning minskar elasticiteten hos blodkärlen och gör att koncentrationen av blodplättar och fibrinogen ökar vilket i sin tur ökar risken för att insjukna i stroke. (Appelros, 2012). Behandling med blodförtunnande medel, till exempel Warfarin ökar risken för hjärnblödning. Ringa fysisk aktivitet och övervikt gör också att risken för att drabbas av stroke ökar. (Ericson & Ericson, 2012).

Behandling

Vid stroke är tiden till behandling viktig för att minska skadorna. Beroende på om det handlar om hjärninfarkt eller hjärnblödning så skiljer sig själva behandlingen åt (Ericson & Ericson, 2012). Hjärninfarkt kan behandlas med hjälp av trombolys, det innebär att man löser upp tromboser eller embolier med hjälp av läkemedel. När dessa löst upp sig kan blod passera i kärlet igen. Denna behandling ger en ökad blödningsrisk, därför är det särskilt viktigt att utesluta att det handlar om en hjärnblödning. Hjärninfarkt kan också behandlas med hjälp av trombektomi då man öppnar kärlet med hjälp av en kärllateter. Detta

används främst om det ockluderade kärlet är stort (Ericson & Ericson, 2012). Hjärnblödning kräver annan behandling. Bland annat genom att tillföra koagulationsfaktorer. Detta gäller särskilt för patienter som behandlats med Warfarin. Genom att tillföra koagulationsfaktorer minskar blödningsbenägenheten hos personen, blodet kan lättare koagulera än tidigare och blödningens omfattning minskar. Kirurgisk behandling kan bli aktuell för att stoppa blödning eller för att lätta på trycket. Blödningen kan dock avta spontant och blodet reabsorberas så att en läkningsprocess kan påbörjas (Appelros, 2012).

Omvårdnad och rehabilitering

I den akuta fasen är övervakning en viktig del av omvårdnaden vilket innebär att upptäcka och lindra symtom i kombination med behandling av stroke. Patientens blodtryck, puls, saturation, andning och vätskebalans övervakas. Medvetandegraden följs med hjälp av bland annat med hjälp av Glasgow coma scale (GCS) och national institute of health stroke scale (NIHSS) (Wergeland et al, 2011).

Efter den akuta fasen behöver patienten rehabilitering för att träna upp sin funktionsförmåga och anpassa sig till sin nya livssituation. Beroende på hur patienten mår och vilka funktionsnedsättningar denne drabbats av efter sin stroke så behövs olika typer av rehabilitering. Det är viktigt att patienten är motiverad för att rehabiliteringen ska bli så bra som möjligt (Wergeland et al, 2011).

Hjärnan har en stor förmåga att återhämta sig. Detta beror bland annat på att nervcellerna i hjärnan har en förmåga att överta varandras uppgifter om celler skadats. Nervceller kan i vissa fall också återbildas. Hjärnan har alltså en förmåga att läka spontant. Detta sker dock främst under det första året efter att ha drabbats av stroke (Appelros, 2012).

I rehabiliteringen har sjuksköterskor och annan personal en viktig roll. De följer patienten dygnet runt. Ett steg i rehabiliteringen handlar om att vårdpersonalen hindrar sina impulser att hjälpa patienterna med all omvårdnad. Patienten behöver öva för att kunna återfå sina förmågor efter genomgången stroke. Detta kan dock vara svårt att leva upp till i praktiken eftersom patientens försök kan leda till mycket frustration för patienten att misslyckas eller tar lång tid (Barreca & Wilkins, 2008).

Afasi

Afasi är en språkstörning. Hjärnans språkcentrum, Brocas area och Wernickes area sitter båda i den vänstra hjärnhalvan. Påverkas Brocas area så har patienten fortfarande kvar språkförståelsen men svårt att få fram orden. Detta kallas för motorisk afasi. Påverkas Wernickes area påverkas språkförståelsen. Patienten kan tala fritt och lätt men orden hamnar huller om buller, detta kallas för sensorisk afasi. (Ericson & Ericson, 2012).

Vid afasi förändras förutsättningarna för kommunikationen (Paul & Sanders, 2009). Afasi drabbar 20 till 40 procent av dem som drabbats av stroke. Ofta förekommer det i samband med läs och skrivsvårigheter samt svårigheter att räkna. Dysartri innebär att patienten kan ha svårt att uttrycka ord på grund av att den del av nervsystemet som styr talmuskulerna är skadad. Detta kan förekomma vid stroke men också vid Parkinsons sjukdom och vid skador på lillhjärnan. Detta kan förekomma tillsammans med afasi men också förväxlas med detta (Larsson & Rundgren, 2010).

Kommunikation kan definieras som överföring. Antingen av information men också av människor och föremål. Den kommunikation som kommer beröras här handlar om informationsöverföring mellan människor. Det är en inlärd aktivitet som skapar förbindelser och kontakter mellan oss. Informationen kan förmedlas både genom talat språk och genom kroppsspråk (Fossum, 2007).

Afasi behöver inte vara ett livslångt tillstånd. Symtomen kan avta och hur väl man återhämtar sig behöver inte bero på någon specifik rehabiliteringsmetod. En brittisk jämförande studie visade att det inte fanns någon skillnad i kommunikationsförmåga hos patienter i två grupper varav den ena gruppen hade fått individanpassad rehabilitering av logopedier medan patienterna i den andra gruppen hade fått lika många besök och rehabilitering men av personer som inte var utbildade terapeuter (Bowen et al., 2012).

En annan studie visar att den största återhämtningen sker de första sex månaderna. Forskarna fann också att olika förmågor återkommer olika snabbt. Ordförståelse och rätt ordföljd på uttalade ord är förmågor som förbättras mest fram till sex veckor efter stroke medan talmotoriken förbättras signifikant fram till sex månader efter stroke. En kortare återhämtningsperiod upptäcktes hos de deltagare som inte fått terapi. Detta beror enligt forskarna på att de inte hade behov av terapi eftersom de hade mildare former av afasi än de deltagare som behövde terapi. (Hachioui et al., 2012).

Rehabilitering

Vid rehabilitering av patienter med afasi är logopedier en viktig yrkesgrupp. En del i deras arbete är att samarbeta med familjen till patienten. De närstående till patienten vet mycket om patienten men kan behöva mer kunskap om afasi och lära sig mer om alternativa sätt att kommunicera vid afasi. Detta kan underlätta kommunikationen mellan familj och patient. (Johansson, Carlsson & Sonnander, 2011)

Caute et al., (2012) visade i sin studie att terapi med fokus på inläring av gester och ord, kan hjälpa patienter med afasi till följd av stroke att förbättra sin kommunikationsförmåga. Förbättringarna är generella och gäller inte bara de ord och ämnen studien tagit upp. Deltagarna hade till exempel blivit mer benägna att försöka använda ord eller gester trots att de inte var helt säkra på att de använde rätt ord eller gester. Deltagarna fick också sina samtalspartners att vara mer delaktiga i kommunikationen och hjälpa dem att få fram vad deltagarna försökte säga (Caute et al., (2012). Gesture and verbalt treatment, (GVT) är lika effektivt vad gäller förmedling av verb och förmedling av substantiv. Detta gällde både de deltagare som hade sensorisk och de som hade motorisk afasi (Raymer et al., 2006).

Johansson et al. (2012) finner i sin studie att patienter med afasi kan uppskatta att delta i samtal trots att de upplever sin afasi som ett allvarligt hinder. Deltagarna berättade att de deltog i färre samtal och att de mer sällan talade med någon utomstående efter att ha drabbats av afasi. Samtalens innehåll hade också förändrats, några av deltagarna uppgav att småprat gick lätt men att de numer hade svårt att prata om djupare ämnen. I studien beskrev deltagarna sin syn på att använda kommunikationstrategier. De beskrev också känslor av förlust och frustration, rädsla och osäkerhet och längtan efter att gå framåt i samband med kommunikation. Deltagarna längtade efter att återfå sin tidigare språkförmåga och roll som en aktiv deltagare i samhället. I studien framkom också att

samtalspartners kunskap om afasi och deras användning av kommunikationsstrategier var viktigt för ett lyckat samtal (Johansson et al., 2012).

Musikterapi kan vara en hjälp i rehabiliteringen av patienter med afasi. Taktkänslan och rytmen kan finnas kvar hos personen trots svårigheter att uttala ord. Men det är viktigt att anpassa farten på musiken för att det ska passa deltagarna (Tomaino, 2012).

Knight, Worrall & Rose (2006) beskriver i sin studie hur hälsoinformation ges till strokepatienter i det akuta skedet. Studien visar att många patienter inte får tillräckligt med information om stroke, dess innebörd och dess orsaker. Trots det så ansåg de flesta patienterna i studien att de var nöjda med den information de fått. Det visade sig också att patienter med afasi är missgynnade vad gäller att få tillräckligt med information på sjukhus. Patienter med afasi får mindre tid för information och informationen patienterna får innehåller mindre information (Knight et al., 2006)

Begrepp

Med begreppet vårdgivare menar författarna både närståendevårdare och vårdpersonal. Med närståendevårdare syftar författarna på närstående som vårdar. Med vårdpersonal menas all vårdpersonal oberoende yrkeskategori och begreppet patient syftar på en individ med afasi till följd av stroke. Med verbal kommunikation menas kommunikation som sker muntlig eller med hjälp av skrift.

Problemformulering

I omvårdnaden av patienter med afasi kan närståendevårdare och vårdpersonal ha svårigheter med att kommunicera med patienten, det kan vara svårt att veta om patienten har förstått informationen som har förmedlats och personalen kan ha svårigheter att förstå vad patienten försöker säga.

Det hör till sjuksköterskans ansvar att förmedla information och se till att patienten har förstått denna information (Socialstyrelsen, 2005). En fungerande kommunikation är därför av vikt för att uppfylla detta.

För att kunna ge en patientcentrerad omvårdnad tycks det vara viktigt att ha mer kunskap om hur sjuksköterskor kan undervisa och bemöta patienter med afasi optimalt. Sjuksköterskor spelar en central roll i rehabiliteringen av strokepatienter. I rehabiliteringsteamet kring patienten är det de som har jobbat närmast patienten och de besitter mycket kunskap om patienten som kan vara till nytta vid rehabilitering (Barreca & Wilkins, 2008).

SYFTE

Syftet med studien var att belysa närståendevårdares och vårdpersonals kommunikation med patienter som har afasi till följd av stroke.

METOD

Val av metod

Författarna valde att göra en litteraturstudie eftersom det är en metod som kan ge en översikt över den kunskap som finns inom ett område. Detta uppnås genom att tidigare genomförda studier får besvara litteraturstudiens syfte (Forsberg & Wengström, 2008). Med hjälp av litteraturstudier kan områden som behöver kunskapsutveckling upptäckas (Friberg, 2012).

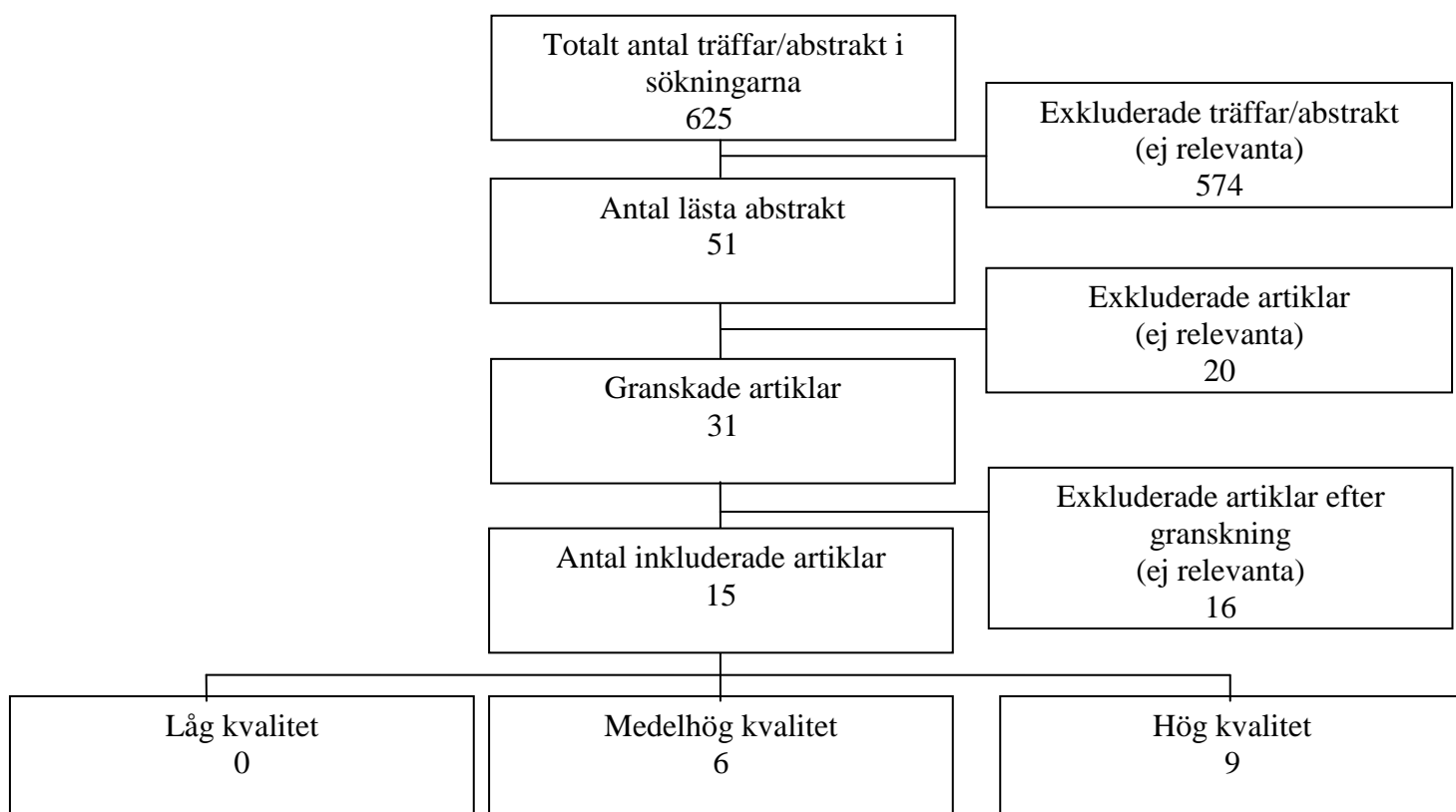
Författarna tog kontakt med skolans bibliotekarier för att få råd om hur sökningarna i databaserna PubMed och CINAHL skulle ske. Detta är något som rekommenderas av Forsberg & Wengström (2008) eftersom bibliotekarier besitter stor kunskap om informationssökning och de berörda databasernas uppbyggnad och funktion. En inledande litteratursökning gjordes av författarna, detta för att se om det fanns tillräckligt med material för att genomföra studien. Antalet studier bedömdes stort nog och författarna fann också att det kunde finnas behov av att sammanställa kunskapen inom detta område (Friberg, 2012). Litteraturstudiens trovärdighet och kvalitet påverkas av de inkluderade studiernas kvalitet. Eftersom enbart vetenskapliga artiklar inkluderas så bedöms metoden som trovärdig i enlighet med Forsberg & Wengström (2008).

Urval

De inklusionskriterier som fastslogs blev följande; artiklar skrivna på svenska och engelska, artiklar som var peer-reviewed, artiklar som beskrev kommunikationen mellan vårdgivare och patient som drabbats av afasi till följd av stroke samt artiklar skrivna mellan år 2000 och 2012, detta för att få tillräckligt med material. Endast originalartiklar inkluderades. För att undersöka om artiklarna skulle ingå i studien var publicerade i tidskrifter som var granskade, peer-reviewed, använde författarna databasen Ulrichs Web Global Serials Directory. De studier som beskrev afasi som orsakad av trauma eller demens uteslöts samt de som beskrev rehabilitering och terapi av afasi.

Författarna läste först titlarna på de artiklar som kom upp vid sökningarna, om titlarna ansågs besvara författarnas syfte så lästes artikelns abstrakt enskilt av författarna. Författarna valde dock att vara vidsynta vid bedömningen av artiklarnas titlar och läsa abstract trots att titeln i sig inte tycktes besvara syftet. Därefter beslutades om artikeln i sin helhet skulle läsas. Författarna diskuterade därefter artikeln om den besvarade litteraturstudiens syfte. Om artikeln inte ansågs besvara litteraturstudiens syfte uteslöts artikeln i annat fall inkluderades den (Friberg, 2006).

Flödesschema över urvalsprocessen



Datainsamling

Vetenskapliga artiklar söktes i databaserna PubMed och CINAHL. Dessa databaser innehåller artiklar inom området medicin och omvårdnad (Wengström 2008). Sökningarna genomfördes med hjälp av MeSH-termer i PubMed och CINAHL-headings i CINAHL. Fritextssökningar och manuella sökningar genomfördes också i samtliga databaser. I tabell I och II redovisas sökorden i de olika databaserna. Författarna har även sökt och kombinerat följande ord i samtliga databaser: Communication Methods, Total, aphasia och experience, aphasia och nurses, dessa sökningar resulterade dock inte i någon inkluderad artikel. Författarna har valt att dokumentera samtliga sökningar som genomförts, där bland annat sökorden och datumen för sökningarna antecknades (Friberg, 2006).

Utöver sökningar i PubMed och CINAHL så genomförde författarna en manuell sökning i tidningen Aphasiologys arkiv. Där fann författarna två artiklar som inkluderades.

Tabell I CINAHL						
Datum	Sökningar	Begränsningar	Antal träffar	Granskade abstrakt	Granskade artiklar	Inkluderade artiklar
2012-10-16	((MH "Communication"#) AND(MH "Aphasia"))	Från år 2000 och framåt, engelska/svenska, peer-reviewed	111	23	17	4
2012-10-16	((MH "Nonverbal Communication")) AND(MH "Aphasia"))	Från år 2000 och framåt, engelska/svenska, peer-reviewed	37	7	3	2
2012-10-16	(MH "Aphasia/NU")	Från år 2000 och framåt, engelska/svenska, peer-reviewed	11	5	2	1

Tabell II PubMed						
Datum	Sökningar	Begränsningar	Antal träffar	Granskade abstrakt	Granskade artiklar	Inkluderade artiklar
2012-10-16	("Communication Barriers"[Mesh]) AND "Aphasia"[Mesh]	Från år 2000 och framåt, engelska/svenska,	10	5	2	1
2012-10-16	("Nurse-Patient Relations"[Mesh]) AND "Aphasia"[Mesh]	Från år 2000 och framåt, engelska/svenska,	9	2	1	1
2012-10-16	("Stroke/nursing"[Mesh]) AND "Communication Barriers"[Mesh]	Från år 2000 och framåt, engelska/svenska,	6	2	2	1
2012-10-16	("Aphasia"[Mesh]) AND "Reading"[Mesh]	Från år 2000 och framåt, engelska/svenska,	114	8	5	3

Sammanställning av sökningar i CINAHL och PubMed.	Totalt antal träffar	Totalt antal lästa abstrakt	Totalt antal lästa artiklar	Totalt antal inkluderade artiklar
	625	51	31	13

Dataanalys

När författarna läst alla artiklar sorterades de efter innehåll för att författarna skulle kunna strukturera resultatet. Artiklarnas innehåll strukturerades efter likheter och skillnader. Vid genomläsning togs alla begrepp och stycken ut som besvarade syftet. Dessa begrepp och stycken beskrev olika aspekter av kommunikation mellan vårdgivare och patienter med afasi till följd av stroke, därför delades de in i olika kategorier, dessa färgkodades och delades in efter teman som sedan blev resultatets rubriker och dess innehåll. De teman som framkom var "Verbal kommunikation", "Icke-verbale kommunikation", "Förhållningsätt och kommunikationsstrategier" och "Hur vårdgivare uppfattar och beskriver kommunikation" (Friberg, 2012).

Värdering och klassificering

De inkluderade artiklarna granskades utefter Berg, Dencker och Skärsäter (1999) och Willman, Stoltz och Bahtsevani (2011) kvalitetsbedömningunderlag. Med hjälp av detta bedömningsunderlag klassificerade och kvalitetsbedömde författarna artiklarna (Bilaga I). Inkluderade artiklar fördes därefter in i en matris (Bilaga II).

Forskningsetiska överväganden

Forskningsetiska överväganden vid litteraturöversikten har gjorts med avseende på urval och presentation av resultat. (Vetenskapsrådet, 2011). Författarna har under arbetet undvikit att plagiera, förfalska och fabricera. Plagiering innebär att författaren presenterar andras forskning under sitt eget namn. Vid förfalskning ändrar forskaren på data för att få ett annat resultat. Fabricering innebär att forskaren presenterar resultat som inte finns (Helgesson, 2006)

Eftersom författarna valt att genomföra en litteraturstudie så fanns det inga deltagare att ta hänsyn till, däremot hade det varit oetiskt att använda studier som inte var genomförda på ett etiskt vis. Därför har endast artiklar som blivit granskade av forskningsetiska kommittéer inkluderats. Dessutom har författarna varit noga med att referera korrekt för att undvika missförstånd om var texten kommit från (Forsberg & Wengström, 2008).

RESULTAT

De 15 artiklar som inkluderades sorterades efter följande kategorier. ”Verbal kommunikation”, ”Icke-verbal kommunikation”, ” Förhållningsätt och kommunikationsstrategier” och ”Hur vårdgivare uppfattar och beskriver kommunikation” och kommer presenteras under dessa rubriker.

Verbal kommunikation

Muntlig verbal kommunikation

Vid afasi påverkas den verbala kommunikationsförmågan och det finns flera saker för vårdgivare att tänka på. Patienten kan behöva mer tid, både för att förstå innebörden av det sagda och för att formulera och för att uttala ett svar (Gordon, Ellis-Hill, & Ashburn, 2009; Purdy & Hindenlang) När vårdgivaren har ställt en fråga är det viktigt att vårdgivaren inväntar ett svar från patienten (Nordehn, Meredith, & Bye, 2006; Nyström, 2009; McGilton, Sorin-Peters, Sidani, Rochon, Boscart, Fox, 2010; Sundin, & Jansson, 2003; Sundin, Jansson, & Norberg, 2002)

Enligt flera studier är det viktigt att vårdpersonal undviker att tala fort eftersom det kan göra det svårare för patienter med afasi att delta i en konversation (Purdy & Hindenlang, 2005; Nordehn et al., 2006; Nyström, 2009). Det visade sig i en studie att när vårdpersonal fick genomgå en utbildning i patientcentrerad kommunikation uppmärksammade vårdpersonal att de gav patienter mer tid att svara efter genomgången utbildning och att detta ledde till att de upptäckte att patienten kunde svara och att dessutom svara meningsfullt när denne fick mer tid på sig att svara (McGilton et al., 2010).

I kommunikation mellan patienter med afasi och vårdpersonal är det viktigt att personalen försöker att inte använda medicinsk jargong och ord som är svåra att förstå för någon som inte är insatt i uttrycken (Nordehn et al., 2006; Rose, Worrall, Hickson, Hoffman, 2011). Att använda enkla meningar och vid behov upprepa uppmaningar kan underlätta för patienten att förstå vårdpersonalen (McGilton et al., 2010). Två studier visar också att det är viktigt att inte byta ämne för snabbt eftersom det kan göra det svårt för patienten att följa med i samtalet (Nyström, 2009; Purdy & Hindenlang, 2005).

Vårdgivaren bör tänka på att ta en fråga eller ett samtalsämne i taget. Detta för att patienten med afasi ska kunna koncentrera sig på samtalets innehåll och undvika stress men också för att det inte ska bli några missförstånd om vilken fråga patienten svarar på. En annan strategi för vårdpersonalen kan vara att ställa en generell fråga först och ställa mer specifika frågor om detaljer efter detta för att ringa in ämnet (Sundin et al., 2002). Ibland kan patienter med afasi behöva hjälp av vårdpersonalen för att själv hålla sig till samma ämne (Nordehn et al., 2006).

I en studie försökte vårdpersonalen att tala så lite som möjligt med patienterna när patienterna var upptagna med sina morgonrutiner. Man fann att patienterna behövde tystnaden för att kunna koncentrera sig på detta (Sundin, & Jansson, 2003).

Att vårdgivaren ställer ja- eller nejfrågor kan underlätta för patienten att svara. Patienten behöver då inte formulera sig själv och kan förmedla svaret icke-verbalt (Nordehn et al., 2006). Men vid ja- eller nejfrågor är det viktigt att vårdgivaren verifierar att denne förstått vad patienten svarade (Purdy & Hindenlang, 2005; McGilton et al., 2010).

Ibland kan patienter med afasi ha svårt att få fram de ord de menar. Då kan det vara befogat för vårdpersonalen att gissa sig till ordet (Sundin et al., 2002). Ibland vill patienten själv få chansen att komma fram till ordet, då kan det vara bra att vårdpersonalen ber om tillstånd från patienten att få rätta om det blir fel, samt att få gissa vilket ord patienten menar (Nordehn et al., 2006). För personalen underlättar det att förstå vad patienten menar, eller önskar säga, om det finns en god personkänedom i bakgrunden (McGilton et al., 2010; Nyström, 2009).

Att upprepa det patienten nyss sagt för att konfirmera kan vara ett sätt för vårdpersonalen att undvika missförstånd i samtal med patienten (Purdy & Hindenlang, 2005; McGilton et al., 2010).

Skriftlig kommunikation

När patienten ska hem från sjukhuset efter stroke så kan de få med sig skriftlig information. Många patienter finner skriftlig information hjälpsfull (Rose et al., 2010).

Flera studier har undersökt hur informationen ska utformas för att passa patienter med afasi till följd av stroke. De studier som undersökte detta kom fram till att det inte finns någon lösning som passar alla (Rose et al, 2010, 2011, 2012).

Flera av patienterna uppskattade när informationen var översiktlig och lätt att förstå. Texten skulle vara rak på sak. Långa meningar, svåra ord och medicinsk jargong hörde till det som gjorde texten svår att läsa. Mycket text och information gjorde skriften svår att läsa (Rose et al., 2011, 2012). Några patienter tyckte däremot inte om att information togs

bort för att förenkla texten (Rose et al., 2011). Många av patienterna föredrog texter som var luftigt skrivna med vit bakgrund och text i svart. Korta stycken föredrogs (Rose et al., 2012).

Storlek fjorton var för många patienter ett lagom typsnitt och teckensnitt som föredrogs var bland annat Verdana och Arial, de uppfattades som tydliga och lättlästa. Times New Roman uppfattades som svårtydd. Många föredrog också skrifter med flera sidor men med mindre innehåll på varje sida. Huruvida nummer föredrogs som siffror eller i text var olika beroende på vilket tal det gällde samt graden av patientens afasi. De som föredrog nummer utskrivna i text hade svårare afasi (Rose et al., 2012). Listor, tabeller och tydliga rubriker uppgav många kunde vara till hjälp. Många uppgav också att särskilt viktig text eller meningar borde markeras med till exempel en rand runt om eller med färg (Rose et al., 2011). De flesta patienter föredrog bilder till texten. Men hur mycket bilder var individuellt (Rose et al., 2011, 2012). Några patienter tyckte att det såg barnsligt ut med bilder men de flesta föredrog bilder och särskilt foton så länge de var relevanta till texten (Rose et al., 2012).

Flera patienter tyckte att skriftlig information om stroke och afasi var mest hjälpsam sex månader efter att de drabbats av stroke. Innan dess föredrog de att få information muntligt från vårdpersonal eller att se informationsfilmer. Broschyrer var det medium patienter främst föredrog. Flera av patienterna ville inte ha information via internet eftersom de kände sig osäkra på att använda Internet. De patienter som levde med en partner upplevde det som viktigare att partnern fick information än att de själva fick det. Bland de som levde ensamma föredrog de flesta att själva få informationen (Rose et al., 2010).

Ickeverbalt kommunikation

Kroppsspråk

När patienten får svårt att uttrycka sig verbalt eller får svårt att förstå verbalt kommunikation blir kroppsspråket allt viktigare. Kroppsspråket får ersätta den del av kommunikationen som annars hade uttryckts verbalt. Patienten kan ibland inte uttrycka sina behov verbalt och då behöver vårdpersonalen kunna uppfatta dem ändå (Nordehn et al., 2006; Sundin et al., 2000, 2002; Sundin, & Jansson, 2003).

Enligt en studie kan röstläget säga lika mycket om vad patienten vill som de uttalade orden. Att tolka röstläget kan vara en hjälp för vårdpersonalen när patienten har svårt att uttrycka sig verbalt (Sundin, & Jansson, 2003). Gester kan vara ett sätt att kommunicera icke-verbalt (McGilton et al., 2010).

Ögonkontakt

Flera studier tar upp att ögonkontakten är viktig för att kommunicera med patienter med afasi (Nordehn et al., 2006; Nyström, 2009; Purdy & Hindenlang, 2005; Sundin, & Jansson, 2003). Med hjälp av ögonkontakt kan vårdpersonalen se om patienten förstår. I en studie uppgav vårdpersonal att de kan se detta i patientens ögon (Sundin et al., 2002).

I en annan studie berättar vårdpersonal att när patientens ögon inte visade några känslor och ögonkontakt inte går att använda i kommunikationen så kände vårdpersonalen att det blev svårt att kommunicera (Sundin et al., 2000).

I en studie som observerade närståendevårdare före och efter en utbildning i kommunikation med patienter som har afasi observerade man att före utbildningen hade närståendevårdare för lite ögonkontakt med patienten och var allt för fokuserade på att få verbala svar från patienten. Efter utbildningen förbättrades de närstående vårdarnas och patienternas kommunikation, närståendevårdarna blev bättre på att tolka det patienten ville förmedla och närståendevårdarna höll ögonkontakten i högre utsträckning med patienterna (Purdy & Hindenlang, 2005).

Beröring

Kommunikationen mellan vårdpersonal och patient kan också ske med hjälp av beröring. Genom att beröra patienten kan vårdpersonalen visa närvaro och skapa närhet. Vårdpersonalen kan genom att beröra patienten visa att vårdpersonalen är närvarande och lyssnar. Beröringen kan ge trygghet och skapa ett band mellan vårdpersonal och patient. Med hjälp av beröring kan vårdpersonal visa patienten hur denne ska göra och vad som ska hända. Detta användes av vårdpersonal i omvårdnadssituationer. I studien observerades vårdpersonal och patienter när morgonens omvårdnad genomfördes. Vårdpersonalen använde då beröring till att guida patienten genom aktiviteterna (Sundin, & Jansson, 2003).

Vårdpersonal uppger att beröring är viktig för att skapa närhet men att personalen måste vara uppmärksam på att inte kränka patientens integritet (Sundin et al., 2000). Vid beröring för att kommunicera och skapa närhet använde vårdpersonal och patienter främst händer och kinder (Sundin et al., 2000; Sundin, & Jansson, 2003).

Förhållningsätt och kommunikationsstrategier

Användandet av flera tekniker

I kommunikation mellan vårdgivare och patient kan flera olika tekniker och strategier utöver tal komma att behöva användas för att vårdgivare och patient ska förstå varandra. Detta kan handla om att använda kroppsspråk, bilder och text. Olika tekniker för att uttrycka sig och att tolka den andra parten kan behövas. Detta utforskas i flera studier (McGurk, Kneebone, & Pit ten Cate, 2011; Nordehn et al., 2006; Nyström, 2009; Purdy & Hindenlang, 2005; Sundin et al., 2000, 2002; Sundin, & Jansson, 2003).

Efter att ha genomgått en utbildning och lärt sig fler strategier uppgav vårdpersonal att det blev lättare att kommunicera med patienterna. Vårdpersonal uppgav att om de hade svårt att kommunicera med patienten så bytte de taktik för att kunna förstå varandra bättre. Vårdpersonalen uppgav också att de blivit mer känsliga för vilken strategi som passade patienten bäst. Detta kunde variera från patient till patient men också beroende på vilken sinnestämning patienten hade för tillfället (McGilton et al., 2010).

Exempel på strategier som kan öka förståelsen mellan vårdgivare och patient kan vara; skrift, bilder, gester och kroppsspråk samt ja- eller nejfrågor (Purdy & Hindenlang, 2005; Nyström, 2009). Beröring kan som tidigare nämnts användas för att kommunicera (Sundin et al., 2000; Sundin, & Jansson, 2003). Att gissa vilket ord patienten menar är ett annat exempel på en strategi vårdgivare kan använda om det är svårt att förstå vad patienten menar (Sundin et al., 2002; Nordehn et al., 2006). Att känna till mer om patienten och dess kommunikationsförmåga eller att kunna be om hjälp från någon som känner patienten

bättre kan underlätta kommunikationen mellan vårdpersonal och patient (McGilton et al., 2010).

Att låta patienten använda röstförstärkare för att höras bättre anser en del patienter kan vara en hjälp för att förbättra kommunikationen mellan dem och vårdpersonal. Detta var vad patienter med afasi tog upp i en studie om hur kommunikationen mellan dem och vårdpersonal kunde förbättras (Nordehn et al., 2006).

Att vårdare insisterar på verbal respons från patienten kan bli ett hinder i kommunikationen. Efter att genomgått en utbildning för närståendevårdare använde både vårdgivare och patienten fler tekniker att kommunicera bland annat kroppsspråk och skrift. Detta gjorde patienten mer motiverad att försöka förmedla sitt budskap och inte ge upp om det uppstod svårigheter (Purdy & Hindenlang, 2005).

Att skapa en avslappnad stämning

Att tala och försöka tala fast det blir fel ibland kräver en avslappnad patient som är bekväm i situationen. Ett sätt för att få patienten att slappna av är att använda humor (Gordon et al., 2009; Purdy & Hindenlang, 2005). Men för att humor ska kunna användas måste en känsla av samhörighet finnas mellan vårdpersonal och patient. Annars finns risken att det som sägs misstolkas (Sundin et al., 2000, 2001, 2002).

Andra sätt att skapa en avslappnad stämning kan vara att vårdpersonalen visar att de har tid för patienten. Att de sätter sig ner och lyssnar (Sundin et al., 2000). Att småprata kan också skapa en mer avslappnad stämning (Sundin et al., 2002; Sundin, & Jansson, 2003). Det kan vara frustrerande både för vårdgivare och för patient när den ena parten inte förstår. Det finns olika sätt att hantera detta. I en studie observerades strategin att avbryta försöket och lugna patienten när närståendevårdare och personal inte kom någon vart (Draper et al., 2007).

Om både vårdpersonal och patient känner sig avslappnade och bekväma med varandra och den situation de är i skapar det inte lika stor stress när kommunikationsproblem uppstår (Sundin, & Jansson, 2003).

Trygghet

För att patienten ska kunna kommunicera måste denne känna sig trygg i situationen. Ökat självförtroende kan stötta patienten i att kommunicera och återhämta sina förmågor. För att skapa trygghet och kunna stötta och trösta så behöver vårdpersonalen och patienten känna gemenskap (Nyström, 2009; Sundin et al., 2001, 2002).

Att ha en fungerande kommunikation mellan vårdpersonal och patient kan i sig vara en trygghet för patienter. En studie visar att då personalens kommunikationsförmåga förbättrats och kommunikationen individanpassats så minskade patienters oro och aggressivitet. Patienterna uppfattade det också som att de fått en bättre relation till personalen (McGilton et al., 2010).

För att patienter ska känna trygghet i relationen med vårdpersonal så är det viktigt att relationen är kravfri för patienten (Sundin et al., 2000).

Vårdgivaren själv kan också behöva bli stöttad i vården och kommunikationen med patienten. Flera studier visar att fortsatt stöttning efter genomgången utbildning kan vara till hjälp för vårdgivare och vårdpersonal (Draper et al., 2007; McGilton et al., 2010). I en av studierna påvisades vilka copingstrategier närstående vårdare använder sig av för att klara av den stress och påverkan livet som närstående vårdare medför, visar att socialt stöd kan minska antalet depressiva symtom hos de närstående vårdarna (McGurk et al., 2011).

Respekt för personen bakom kommunikationsproblemen

I flera studier anser vårdpersonal att det var viktigt att visa respekt för individen som är patient (McGilton et al., 2010; Sundin et al., 2000, 2001; Sundin, & Jansson, 2003). Trots det så visar många studier på exempel där detta brister (McGilton et al., 2010; Sundin et al., 2000, 2001; Sundin, & Jansson, 2003). Exempel på detta kan vara att patienten ignoreras när närstående vårdare inte vill reagera på vad patienten säger och låtsas att inte höra eller förstå. Det kan också vara när närstående vårdare och utomstående talar över huvudet på patienten (Purdy & Hindenlang, 2005). Att inte bli behandlad som en tänkande person är något som patienter upplever som obehagligt (Nordehn et al., 2006; Nyström, 2009).

Patienter kan också finna det obehagligt när vårdpersonal inte är ärlig med hur de uppfattar kommunikationen (Nyström, 2009). Att vårdpersonalen är ärlig när denne inte förstår är viktigt enligt patienterna i en studie. Patienterna ogillade när vårdpersonal drog för snabba slutsatser eller låtsades förstå (Nordehn et al., 2006).

Utbildningens påverkan på kommunikationen

Studier visar att utbildning av vårdgivare och patienter kan påverka kommunikationen mellan dem. Två studier som undersökt utbildningar visar på bättre kommunikationsförmågor hos vårdgivare efter genomgången utbildning. Närstående vårdarna hade fler strategier att använda efter genomgången utbildning (McGilton et al., 2010; Purdy & Hindenlang, 2005).

En av dessa studier visade att närstående vårdarna blev bättre på att fånga patientens uppmärksamhet innan de började prata efter genomgången utbildning (Purdy & Hindenlang, 2005).

En tredje studie visar inte på bättre kommunikationsförmågor men visar på minskad stressnivå hos närstående vårdare. Tre månader efter utbildningen följdes resultaten upp och man upptäckte att stressnivån för de närstående vårdarna hade ökat igen (Draper et al., 2007).

Miljö

För att underlätta kommunikation mellan vårdpersonal och patient behöver miljön omkring dem vara lugn (Sundin et al., 2002). Bullrig och ljudlig miljö kan störa patienten. Detsamma gäller med stora grupper av människor. I en stor grupp av människor kan patienten få svårare att komma till tals än annars (Nyström, 2009). En bra arbetsmiljö för vårdpersonalen bidrar till att vårdpersonalen kan koncentrera sig på kommunikationen (Sundin et al., 2000).

Hur vårdgivare uppfattar och beskriver kommunikation

Vårdgivares skattning av kommunikation

Det kan finnas skillnad mellan hur närståendevårdare och vårdpersonal uppfattar kommunikationen och hur patienten med afasi till följd av stroke uppfattar kommunikationen (Hesketh et al., 2011; Nyström, 2009).

Hesketh (2011) visar att viss skillnad kan finnas mellan hur en logoped skattar patientens kommunikationsförmåga och hur närståendevårdare och patienter skattar kommunikationen. Mest skiljde det mellan logoped och närståendevårdares uppfattning och minst skiljde det mellan patient och närståendevårdare. Den största skillnaden fann man hos de patienter som hade måttlig afasi, medan de som hade mildare afasi var mer överens med sin närståendevårdare och logopeden. Den största skillnaden mellan hur närståendevårdare och patienter skattade patientens kommunikationsförmåga låg i huruvida patienten var kapabel att följa med i byte av samtalsämne (Hesketh et al., 2011).

En studie berättar ur patientperspektiv att vårdpersonal måste gå varsamt fram när de ska undersöka vilka begränsningar patienten har vad gäller kommunikation, detta kan nämligen vara jobbigt för patienten. Patienter uppgav också att det var viktigt att vårdpersonalen var ärlig med sin uppfattning. Att de inte var överdrivet positiva eller spådde om framtiden utan att känna till patienten (Nyström, 2009).

Vårdgivares erfarenheter av kommunikation

I flera studier påpekar vårdpersonal att det är viktigt att vara engagerad, närvarande och ha en vilja att förstå för att man ska kunna kommunicera med patienten med afasi till följd av stroke (Nyström, 2009; Sundin et al., 2000, 2001, 2002; Sundin, & Jansson, 2003).

En annan aspekt som är viktig för kommunikationen är kunskapen om patienten. Att känna patienten och att veta hur patienten kommunicerar (Sundin et al., 2002).

McGilton (2010) visar i sin studie att vårdpersonalen efter genomgången utbildning i patientcentrerad kommunikation började använda kommunikationskort där information om patienten och patientens sätt att kommunicera var nedskrivet. Detta var till hjälp för personalen och särskilt för ny personal i deras kommunikation med patienten (McGilton et al., 2010).

Vårdpersonals beskrivning av deras upplevelser av kommunikation med patienter som har afasi till följd av stroke visar att de inte planerar hur de ska kommunicera med en patient de känner, interaktionerna kommer spontant (Sundin et al., 2000; Sundin, & Jansson, 2003).

I flera studier av kommunikation mellan vårdpersonal och patient kommer det fram att samtalet ofta handlar om den fysiska omvårdnaden. Vårdpersonal uppger också att omvårdnadsbestyr kan komma i vägen för kommunikationen. Vårdpersonalen fokuserar på uppgiften som ska göras, till exempel sängbäddning, och inte på patienten och dess önskemål (Gordon et al., 2009; Sundin et al., 2000, 2001, 2002).

DISKUSSION

Metoddiskussion

Författarna valde att göra en litteraturstudie vars syfte var att beskriva kunskapsläget inom området kommunikation mellan vårdgivare och patient med afasi till följd av stroke (Forsberg & Wengström, 2008).

På grund av de inklusionskriterier författarna valt så blev det svårt att hitta tillräckligt med vetenskapliga artiklar. Detta gällde främst kravet att artiklarna skulle beskriva kommunikationen mellan vårdpersonalen och patienten utan att beskriva terapimetoder. Därför utökades kriterierna till att innefatta både vårdpersonal och närstående vårdare. För att begränsa arbetet valdes studier som undersökte rehabilitering bort.

Författarna valde att innefatta artiklar skrivna från år 2000 och framåt för att hitta ett tillräckligt antal. Författarna fann att det inte fanns särskilt mycket forskning inom detta område och att det man kommit fram till i dessa studier fortfarande var aktuellt. Författarna valde också att innefatta två artiklar där det förekom patienter med andra strokerelaterade kommunikationssvårigheter förutom afasi. Dessa artiklar hade förutom deltagare med afasi också deltagare som drabbats av apraxi, dysartri, hörselnedsättning samt kognitiv nedsättning (McGilton et al., 2010; Nordehn et al., 2006).

Författarna har inkluderat flera artiklar av samma forskare. Det gäller sju artiklar. En forskare har varit med och skrivit fyra artiklar (Sundin et al., 2000, 2001, 2002; Sundin & jansson, 2003), medan en annan har författat tre artiklar (Rose et al., 2010, 2011, 2012). Detta kan vara en svaghet eftersom dessa forskare har fått stor plats i litteraturstudien, men också en styrka eftersom forskarna har expertkunskaper inom dessa ämnen. Att författarna fått med så många studier från samma forskare tror författarna beror på att det här området inte är särskilt väl beforskat än.

Författarna anser att generaliserbarheten till föreliggande studie kan diskuteras. Endast 15 artiklar har inkluderats, vilket författarna anser vara ett något lågt antal för att kunna ge ett generaliserbart resultat. Men innehållet i de artiklar som inkluderats anser författarna vara representativt och de behandlar ett kraftigt avgränsat område vilket gör att författarna anser att resultatet är överförbart till situationer med förutsättningar som liknar de som studierna var utförda i. De studier som är inkluderade i föreliggande studie är utförda i England, Australien, Sverige, USA och Kanada. Detta är länder med liknande socioekonomisk standard som är relativt homogena utifrån vårdkulturella traditioner. Detta ökar generaliserbarheten och gör enligt författarna resultatet överförbart vad gäller kommunikation mellan vårdgivare och patient i länder med den västerländska kulturen.

Resultatdiskussion

Studier visar att patienter med afasi får mindre information på sjukhus än patienter som inte har afasi. (Knight, 2006). Detta kan knytas till senare forskning som visar att patienter med afasi till följd av stroke har upplevt att vårdpersonal kan bli obekväma i samband med vård av patienter med afasi till följd av stroke. Det förekom att en patient upplevde att kommunikationssvårigheterna gjorde vårdpersonalen rädd och osäker (Nyström, 2009). Författarna anar att vårdpersonalens obehagskänslor och undvikande av patienter med afasi

till följd av stroke kan leda till att patienter med afasi får mindre information än patienter utan afasi.

Kommunikationen mellan vårdpersonal och patient berörs i ett flertal studier (Gordon et al., 2009; Hesketh et al., 2011; McGilton et al., 2010; Nordehn et al., 2006; Nyström, 2009; Rose et al., 2010, 2011, 2012; Sundin et al., 2000, 2001, 2002; Sundin, & Jansson, 2003) och några studier tar upp kommunikationen mellan närstående vårdare och patient (Draper et al., 2007; Hesketh et al., 2011; McGurk et al., 2011; Purdy & Hindenlang, 2005). Det är endast en av studierna som behandlar kommunikationen mellan både närstående vårdare och vårdpersonal och patient (Hesketh et al., 2011). En möjlig hypotes kan vara att detta beror på att det är svårt att jämföra kommunikationen mellan vårdpersonal och närstående vårdare eftersom de har olika relation till patienten. Vårdpersonal har en professionell relation till sin patient (Sundin et al., 2000, 2001, 2002) medan närstående vårdare kan vara patientens partner och livskamrat (Draper et al., 2007; Hesketh et al., 2011; McGurk et al., 2011; Purdy & Hindenlang, 2005). Författarna anser därför att närstående vårdarna kan ha en djupare förståelse för individen bakom afasi orsakad av stroke.

Däremot besitter erfaren vårdpersonal stor kunskap om afasi och kommunikationsstrategier (Sundin et al., 2001). Författarna tror att vårdpersonalens breda erfarenhet av att kommunicera med patienter med afasi orsakad av stroke också kan vara en viktig skillnad i jämförelse med relativt oerfarna närstående vårdare.

Beröring är viktigt för att skapa band mellan patient och vårdpersonal vilket flera studier har visat (Sundin et al., 2000, Sundin, & Jansson, 2003). Men en av studierna kommer dessutom fram till att beröring måste användas med försiktighet och respekt för patienten så att dennes integritet inte kränks (Sundin et al., 2000). Detta gäller mellan vårdpersonal och patient med afasi till följd av stroke. Författarna anar att risken för att kränka patientens integritet minskar om det är en närstående vårdare och framför allt om det är patientens livskamrat. Mellan dessa kan det finnas så pass mycket respekt och kunskap om varandra att patienten inte besväras av den närstående vårdarens beröring i samma utsträckning.

Att vårdgivare håller sig till ett samtalsämne i taget kan göra det lättare för patienter med afasi att kunna koncentrera sig på det som sägs. Det gör det också lättare för patienter att aktivt delta i samtalet (Nordehn et al., 2006; Purdy & Hindenlang, 2005; Sundin et al., 2002; Sundin, & Jansson, 2003). Däremot tycks det vara viktigt att vårdpersonalen undviker att prata i vissa situationer när patienter behöver sin koncentration för någon annan aktivitet. Sundin & Jansson (2003) kom i sin studie fram till, att patienter kan vara i behov av tystnad vid sin morgonrutin för att kunna koncentrera sig på det praktiska som ska utföras. Författarna tänker att detta är rimligt, tystnad, lugn och ro, är vanliga strategier för att kunna koncentrera sig, inte bara när man drabbats av afasi till följd av stroke.

Studier visar att vårdgivare kan, med hjälp av ögonkontakt upptäcka när patienter är kontaktbara eller okoncentrerade. Sundin et al., 2000; Sundin, & Jansson, 2003). Detta stöds i en studie av (Purdy & Hindenlang, 2005) där kommunikationen mellan närstående vårdare och patienter visade en förbättring när närstående vårdarna blev bättre på att hålla ögonkontakten och att se till att patienterna var uppmärksamma på dem innan de började prata. Vi finner detta sannolikt, att ha ögonkontakt i samtal är ett effektivt sätt att

se om samtalspartnern förstår eller lyssnar men också för att öka uppmärksamheten mellan samtalspartners.

Några av studierna tar upp användandet av flera kommunikationsstrategier för att förbättra kommunikationen (McGurk et al., 2011; Nordehn et al., 2006; Nyström, 2009; Purdy & Hindenlang, 2005; Sundin et al., 2000, 2002; Sundin, & Jansson, 2003). En av studierna tar dock upp att det kan bli för mycket. I studien fick närståendevårdare lära sig nya tekniker för att kommunicera med sin partner. Efter interventionen observerades paren under samtal och man fann att en av närståendevårdarna använde så många olika strategier och tekniker för att föra fram sitt budskap att kommunikationen försämrades (Purdy & Hindenlang, 2005).

Ett antal studier visar att både vårdpersonal och närståendevårdare använder humor som strategi för att förbättra kommunikationen mellan vårdgivare och patienter (Gordon et al., 2009; Purdy & Hindenlang, 2005; Sundin et al., 2000, 2002, 2001). Gordon (2009) observerade i sin studie att det var patienten som tog initiativet och skämtade, något som inte kom fram i de andra studierna. Författarnas tanke kring detta är att en tillåtande och avslappnad atmosfär kan leda till att patienter och personal törs skämta med varandra. Denna hypotes är förenlig med resultatet från andra studier där forskarna menar att en känsla av samhörighet och respekt mellan vårdpersonal och patient behövs för att undvika att skämten sårar någon av parterna (Sundin et al., 2000, 2001, 2002). Flertalet studier tar upp olika strategier för att uppnå en avslappnad stämning. Målet med att uppnå denna stämning är att underlätta kommunikationen så att patienter vågar försöka kommunicera trots risken att säga fel (Gordon et al., 2009; Sundin, & Jansson, 2003).

Vårdpersonal anser att det är viktigt att visa respekt för patienten, något som visas i flera studier, trots det visar samma studier på exempel där detta brister (McGilton et al., 2010; Nordehn et al., 2006; Nyström, 2009; Sundin et al., 2000, 2001; Sundin, & Jansson, 2003). I en studie av McGilton (2010), berättade personalen att de ibland utgick från att personer med kommunikationssvårigheter också hade demens men att ökad kunskap hade ändrat deras syn på afasi och kommunikationssvårigheter. Problemet uppmärksammas i två andra studier där patienter uppger att de upplever det som obehagligt när vårdpersonal inte behandlar dem som jämlika personer (Nordehn et al., 2006; Nyström, 2009). Brist på visad respekt mellan vårdgivare och patient kan förekomma också när patienter vårdas av närståendevårdare. Exempel på detta kan vara att patienten ignoreras när närståendevårdare inte vill reagera på vad patienten säger och låtsas att inte höra eller förstå (Purdy & Hindenlang, 2005). Det kan också vara när närståendevårdare och utomstående talar över huvudet på patienten (Nordehn et al., 2006). Författarna tror att problemen kan bero på en ny sjukdomsrelaterad obalans i maktförhållandet mellan patienten och närståendevårdaren. Närståendevårdaren kan vara patientens partner och livskamrat och relationen till patienten kan å ena sidan vara en fördel men å andra sidan orsaka problem (Draper et al., 2007; Hesketh et al., 2011; McGurk et al., , 2011; Purdy & Hindenlang, 2005).

Utbildning kan påverka kommunikationen mellan vårdgivare och patient. (Draper et al., 2007; McGilton et al., 2010; Purdy & Hindenlang, 2005). En av studierna av närståendevårdare visade inte någon förbättring av kommunikationsstrategier. De använde samma antal kommunikationsstrategier som före interventionen (Draper et al., 2007). Författarna misstänker att detta kan bero på att det är svårt att beskriva kommunikationen med antalet använda kommunikationsstrategier. En kvalitativ undersökningsmetod hade antagligen kunnat beskriva eventuell skillnad bättre.

Ett flertal studier visar att kunskap om patienten och kunskap om kommunikation vid afasi till följd av stroke är viktigt för att underlätta kommunikationen mellan vårdgivare och patient (McGilton et al., 2010; Sundin et al., 2002). Detta är något som återkommit även i senare studier där man funnit att samtalspartnerns kunskap om afasi och kommunikationssvårigheter vid afasi påverkar hur väl kommunikationen fungerar (Johansson et al., 2012).

Vid skriftlig kommunikation ville de flesta patienter ha informationen presenterad på ett lättläst sätt och inte bli belastade med för mycket information på en gång. Dessutom föredrogs information som var relevant för patienterna (Rose et al., 2011, 2012). Ett par patienter i studien menade dock att de inte ville missa information på grund av sina lässvårigheter (Rose et al., 2011). Författarna har funnit liknande resonemang vad gäller muntlig information. Nordehn et al. (2006) visar i sin studie att vårdpersonal bör undvika allt för svår medicinsk jargong i samtal med patienter som har afasi till följd av stroke.

De studier som undersökt patienters preferenser vad gäller skriftlig information visade att det inte fanns någon konsensus kring vilka bilder som föredrogs och hur mycket bilder patienterna ville ha. De flesta patienterna i studierna föredrog bilder, men för mycket bilder och för enkla bilder kunde få texten att se barnslig ut något patienterna inte tyckte om. (Rose et al., 2011, 2012). Författarna anser att detta är ett problem som gäller utformningen av informationsmaterial oberoende av målgrupp.

Två studier visar att det kan finnas skillnad i hur vårdgivare och patienter uppfattar kommunikationen (Hesketh et al., 2011; Nyström, 2009). I en av studierna ansåg man att skillnaden mellan vårdgivarens uppfattning och patientens uppfattning kunde bero på att patienten kanske inte alltid märker det de inte klarar av. Detta gäller till exempel vid byte av samtalsämne, om patienten missat att ett ämnesbyte har skett så kan de heller inte på ett objektivt sätt skatta sin förmåga att upptäcka ämnesbyten (Hesketh et al., 2011).

Flera studier tar också upp att kommunikationen oftast handlar om fysisk omvårdnad och personalen är fokuserad på att genomföra omvårdnadsuppgifter (Gordon et al., 2009; Sundin et al., 2000, 2001). Författarnas hypotes är att brist på tid hos vårdpersonalen gör att kommunikationen inriktas på den fysiska omvårdnaden. Tidigare studier visar också att patienter med afasi får mindre information och mindre tid för information än patienter som inte har afasi (Knight et al., 2006). Kan detta bero på att vårdpersonal drar sig för att inleda konversation med dessa patienter, eftersom kommunikation medför så många svårigheter? Något som Nyström (2009) uppmärksammade. Författarna anar att kommunikation med patienter med afasi kan ta mer tid och leda till frustration också för vårdpersonal. Detta kanske gör dem mindre benägna att inleda konversationer med patienter som har afasi.

Slutsats

Kommunikation mellan vårdgivare och patienter med afasi till följd av stroke sker på andra villkor än mellan vårdgivare och patient utan afasi. Föreliggande studie bekräftar detta och visar att ibland måste muntlig kommunikation stödjas med andra uttryckssätt för att vårdgivare och patient ska kunna kommunicera. Exempel på uttryckssätt som tagits upp i föreliggande studie är kroppsspråk och skrift. Muntliga och skriftliga strategier har också beskrivits.

Något som framkommit är att tillit och respekt för patienten samt kunskap om miljöns betydelse och bemötande av patienter med afasi till följd av stroke är en central del i en fungerande kommunikation mellan vårdgivare och patient.

Fortsatta studier

Författarna anser att kommunikationen mellan vårdgivare och patient är ett område som behöver mer forskning. Med valda inklusionskriterier och exklusionskriterier var det svårt att finna tillräckligt med material, vilket tyder på att detta område inte är särskilt välutforskat. Att undersöka närståendevårdare och patienters situation eller hur maktbalansen mellan dessa förändrats sedan den ena drabbats av afasi till följd av stroke är exempel på ämnen som författarna anser är angeläget att utforska.

Det tycks finnas ett behov av mer kvalitativ forskning på området. Den typ av kommunikation som sker mellan patienter med afasi och vårdgivare är individuell och enligt författarna svår att mäta. Antalet använda kommunikationsstrategier går att mäta men vilken effekt dessa har på kommunikationen är individuellt betingat vilket bättre kan utforskas med kvalitativ metod enligt författarna.

Författarna anser också att det är viktigt att den kunskap som finns sprids till all vårdpersonal för att kunskapen ska komma patienterna till gagn. Flera av de inkluderade artiklarna i föreliggande studie tar upp hinder för kommunikation mellan vårdgivare och patient något författarna tror skulle minska om kunskapen kring afasi och kommunikation kring afasi ökade.

REFERENSER

Appelros, P. (2012). Medicinska aspekter. Jönsson, A. (Red.). Stroke: Patienters, närsteåendes och vårdares perspektiv (ss. 37-58). Lund: Studentlitteratur.

Barreca, S. & Wilkins S., (2008) Experiences of nurses working in a stroke rehabilitation unit. [Elektronisk version]. *Journal of Advanced Nursing*.63(1):36-44

Bowen, A., Hesketh, A., Patchick, E., Young, A., Davies, L., Vail, A., Tyrrell, P. (2012). Effectiveness of enhanced communication therapy in the first four months after stroke for aphasia and dysarthria: a randomised controlled trial. *BMJ*. E-publicerad 13 juli 2012. doi: 10.1136/bmj.e4407.

Caute, A., Pring, T., Cocks, N., Cruice, M., Best, W. & Marshall, J., (2012) Enhancing Communication through Gesture and Naming Therapy. [Elektronisk version]. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*.

* Draper B., Bowring G., Thompson C., Van H. J., Conroy P., Thompson J. (2007). Stress in caregivers of aphasic stroke patients:a randomized controlled trial. [Elektronisk version]. *Clinical Rehabilitation*, 21: 122-130

El Hachoui, H., Lingsma, H., van de Sandt-Koenderman, M., Dippel, D.W. J., Koudstaal, P. J., Visch-Brink, E. G. (2012). Recovery of aphasia after stroke: a 1-year follow-up study. *Journal of Neurology*. E-publicerad 22 juli 2012. Doi:10.1007/s00415-012-6607-2.

Ericson, E. & Ericson, T. (2012). *Illustrerade medicinska sjukdomar*. (4:a uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Forsberg, C., & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier*. (2:a uppl.). Stockholm: Natur och Kultur.

Fossum, B. (2007). Modeller och teorier för kommunikation och bemötande. Fossum, B. (Red.). *Kommunikation: Samtal och bemötande i vården*. (ss. 23-39) (1:2 uppl.). Lund: studentlitteratur

Friberg, F. (2006). Tankeprocessen under examensarbetet. Friberg, F. (red.). *Dags för uppsats*. Lund: Studentlitteratur.

* Gordon et al.,C., Ellis-Hill, C. & Ashburn, A. (2009). The use of conversational analysis: nurse-patient interaction in communication disability after stroke. [Elektronisk version]. *Journal of Advanced Nursing*, 65(3), 544-553

Helgesson, G. (2006). *Forskningsetik för medicinare och naturvetare*. Lund: Studentlitteratur.

* Hesketh, A., Long, A. & Bowen, A. (2011): Agreement on outcome: Speaker, carer, and therapist perspectives on functional communication after stroke. [Elektronisk version]. *Aphasiology*, 25:3, 291-308

Johansson, M., Carlsson, M. & Sonnander, K. (2011). Working with families of persons with aphasia: a survey of Swedish speech and language pathologists. [Elektronisk version]. *Disability and Rehabilitation*; 33(1): 51–62

Johansson, M. B., Carlsson, M. & Sonnander, K., (2012) Communication difficulties and the use of communication strategies: from the perspective of individuals with aphasia. [Elektronisk version]. *International Journal of Language & Communications Disorders*. 47(2):144-55

Knight, K., Worrall, L. & Rose et al., T., (2006) The Provision of Health Information to Stroke Patients Within an Acute Hospital Setting: What Actually Happens and How Do Patients Feel About It? [Elektronisk version]. *Top Stroke Rehabilitation*. 13(1):78-98

Larsson, M. & Rundgren, Å. (2010). *Geriatriska sjukdomar*. (3:a uppl.). Lund: Studentlitteratur.

* McGilton K, Sorin-Peters R, Sidani S, Rochon E, Boscart V, Fox M. (2011). Focus on communication: increasing the opportunity for successful staff-patient interactions. *International Journal of Older People Nursing*. Mar;6(1):13-24

* McGurk et al., R., Kneebone, I. I. & Pit ten Cate, I. M. (2011): “Sometimes we get it wrong but we keep on trying”: A cross-sectional study of coping with communication problems by informal carers of stroke survivors with aphasia. [Elektronisk version]. *Aphasiology*, 25:12, 1507-1522

* Nordehn et al., G., Meredith, A. & Bye, L., (2006). A Preliminary Investigation of Barriers to Achieving Patient-Centered Communication with Patients Who Have Stroke-Related Communication Disorders. [Elektronisk version]. *Top Stroke Rehabilitation*: 13(1):68–77

* Nyström, M. (2009). Professional aphasia care trusting the patient’s competence while facing existential issues. [Elektronisk version]. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 2503-2510.

O’Halloran, R., Worrall, L., Hickson, L., (2011) Environmental factors that influence communication between patients and their healthcare providers in acute hospital stroke units: an observational study. [Elektronisk version]. *International Journal of Language & Communications Disorders*. 46(1):30-47

Paul, N. & Sanders, G. (2009) Strategies Used by Communication Partners of Aphasic Speakers. [Elektronisk version]. *Activities, Adaptation & Aging*: 33:3, 161-178

* Purdy, M. & Hindenlang, J. (2005): Educating and training caregivers of persons with aphasia. [Elektronisk version]. *Aphasiology*, 19:3-5, 377-388

Raymer, A. M., Singletary, F., Rodriguez, A., Ciampitti, M., Heilman, K. M. & Rothi, L. J. G. (2006) Effects of gesture/verbal treatment for noun and verb retrieval in aphasia. [Elektronisk version]. *Journal of the International Neuropsychological Society*. 12(6):867-82.

* Rose et al., T. A., Worrall, L. E., Hickson, L. M., Hoffman, T. C. (2010), Do People With Aphasia Want Written Stroke and Aphasia Information? A Verbal Survey Exploring Preferences for When and How to Provide Stroke and Aphasia Information [Elektronisk version]. *Top Stroke Rehabilitation*. 17(2):79–98

* Rose et al., T. A., Worrall, L. E., Hickson, L. M., Hoffman, T. C. (2011), Aphasia friendly written health information: Content and design characteristics. [Elektronisk version]. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 2011; 13(4): 335–347

* Rose T., Worrall L., Hickson L., Hoffmann T. (2012). Guiding principles for printed education materials: design preferences of people with aphasia [Elektronisk version]. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 2012; 14(1): 11–23

Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtad från: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2005/2005-105-1>

* Sundin, K., Jansson, L. & Norberg, A. (2000). Communicating with people with stroke and aphasia: understanding through sensation without words. [Elektronisk version]. *Journal of Clinical Nursing*, 9, 481-488.

* Sundin, K., Jansson, L., & Norberg, A. (2002) Understanding between care providers and patients with stroke and aphasia: a phenomenological hermeneutic inquiry. [Elektronisk version]. *Nursing Inquiry*, 9, 93-103.

* Sundin, K., & Jansson, L. (2003). 'Understanding and being understood' as a creative caring phenomenon - in care of patients with stroke and aphasia. [Elektronisk version]. *Journal of Clinical Nursing*, 12, 107-116.

* Sundin, K., Norberg, A., & Jansson, L. (2001). The Meaning of Skilled Care Providers' Relationships With Stroke and Aphasia Patients. [Elektronisk version]. *Qualitative Health Research*, 11,308-321.

Tomaino, C. M., (2012) Effective music therapy techniques in the treatment of nonfluent aphasia. [Elektronisk version]. *Annals of the New York Academy of Science*. 1252:312-7

Vetenskapsrådet. (2011). *Codex - regler och riktlinjer för forskning*. Hämtat 29 oktober, 2012, från: <http://codex.vr.se/etik6.shtml>

Wergeland, A., Ryen, S., ødegaard-Olsen, T., (2011) omvårdnad vid stroke. Almås, H., Stubberud, D., Grønseth, R. (red.) *Klinisk omvårdnad*. (ss. 259-282) (2:a uppl.). Stockholm: Liber

BILAGA I

Tabell 1. Sophiahemmet Högskolas bedömningsunderlag för vetenskaplig klassificering samt kvalitet avseende studier med kvantitativ och kvalitativ metodansats, modifierad utifrån Berg, Dencker och Skärsäter (1999) och Willman, Stoltz och Bahtsevani (2011).

KOD OCH KLASSIFICERING	VETENSKAPLIG KVALITET		
	I = Hög kvalitet	II = Medel	III = Låg kvalitet
Randomiserad kontrollerad studie/Randomised controlled trial (RCT) är prospektiv och innebär jämförelse mellan en kontrollgrupp och en eller flera experimentgrupper.	Större välplanerad och välgenomförd multicenterstudie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder inklusive behandlingsteknik. Antalet patienter/deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Adekvata statistiska metoder.	*	Randomiserad studie med få patienter/deltagare och/eller för många delstudier, vilket ger otillräcklig statistisk styrka. Bristfälligt antal patienter/deltagare, otillräckligt beskrivet eller stort bortfall.
Klinisk kontrollerad studie/Clinical controlled trial (CCT) är prospektiv och innebär jämförelse mellan kontrollgrupp och en eller flera experimentgrupper. Är inte randomiserad.	Välplanerad och välgenomförd studie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder inklusive behandlingsteknik. Antalet patienter/deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Adekvata statistiska metoder.	*	Begränsat/för få patienter/deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder.
Icke- kontrollerad studie (P) är prospektiv men utan relevant och samtida kontrollgrupp.	Väldefinierad frågeställning, tillräckligt antal patienter/deltagare och adekvata statistiska metoder.	*	Begränsat/för få patienter/deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder.
Retrospektiv studie (R) är en analys av historiskt material som relateras till något som redan har inträffat, exempelvis journalhandlingar.	Antal patienter/deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Väl planerad och välgenomförd studie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder.	*	Begränsat/för få patienter/deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder.
Kvalitativ studie (K) är vanligen en undersökning där avsikten är att studera fenomen eller tolka mening, upplevelser och erfarenheter utifrån de utforskades perspektiv. Avsikten kan också vara att utveckla begrepp och begreppsmässiga strukturer (teorier och modeller).	Klart beskriven kontext (sammanhang). Motiverat urval. Välbeskriven urvals-process; datainsamlingsmetod, transkriberingsprocess och analysmetod. Beskrivna tillförlitlighets/reliabilitetshänsyn. Interaktionen mellan data och tolkning påvisas. Metodkritik.	*	Dåligt/vagt formulerad frågeställning. Patient/deltagargruppen för otillräckligt beskriven. Metod/analys ej tillräckligt beskriven. Bristfällig resultatredovisning.

* Några av kriterierna utifrån I = Hög kvalitet är inte uppfyllda men den vetenskapliga kvaliteten värderas högre än III = Låg kvalitet.

BILAGA II

	Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
1	Draper B., Bowring G., Thompson C., Van H. J., Conroy P., Thompson J. 2007 Australien	Stress in caregivers of aphasic stroke patients: a randomized controlled trial	Att undersöka ett interventionsprogramms påverkan på närstående vårdares stress och kommunikation med patienter som har afasi.	Baserad på frågeformulär ifyllda av vårdarna efter genomgången utbildning. Jämfört med en kontrollgrupp som genomgick interventionsprogrammet tre månader senare.	N=31 (8)	studien visade inga signifikanta skillnader på antalet använda kommunikationsstrategier men en minskad stress för närstående vårdaren.	RCT II
2	Gordon C, Ellis- Hill C, Ashburn A. 2009 England	The use of conversational analysis: nurse-patient interaction in communication disability after stroke	Att undersöka hur vårdpersonal och patienter med afasi eller dysartri kommunicerar med varandra på en specialiststrokeavdelning.	Baserad på videobandsinspelningar och anteckningar.	N=19 (0)	Vårdpersonal behöver få utbildning för att förstärka kommunikationsprogram rehabilitering och att engagera sig mer fullständigt med patienter i sin vård, men också att en bredare institutionell kultur av partnerskap utvecklas på stroke avdelningar.	K I
3*	Hesketh, A., Long, A., Bowen, A. 2010. England.	Agreement on outcome: Speaker, carer, and therapist perspectives on functional communication after stroke (aphasiology)	Att jämföra logopeders, närstående vårdares och patienters uppfattning av patientens kommunikationsförmåga.	Baserad på formulär ifyllda av patienter, logopeder och närstående vårdare.	N = 156 (6)	Patienter och närstående vårdare skattade patientens kommunikationsförmåga ganska lika, ju mildare afasi, ju mer överensstämmande resultat. Patienter och logopeders skattning var också lika. Störst skillnad fann man mellan närstående vårdare och logopeders skattning.	P I

4	McGilton K, Sorin-Peters R, Sidani S, Rochon E, Boscart V, Fox M. (2010). Kanada	Focus on communication: increasing the opportunity for successful staff-patient interactions	Att undersöka om en utbildning om patientcentrerad kommunikation kunde förbättra kommunikationen mellan patient och vårdpersonal.	Genom observation, frågeformulär och gruppdiskussioner med vårdpersonalen.	N=27 (0)	Efter utbildningen ansåg både vårdpersonal och patienter att kommunikationen förbättrats med statistiskt visades ingen skillnad på kunskap, attityd och kommunikation bland personalen	P II
5*	McGurk et al., ,R., Kneebone, I. I., & Pit ten Cate, I. M., 2011, England	Sometimes we get it wrong but we keep on trying": A cross-sectional study of coping with communication problems by informal carers of stroke survivors with aphasia	Att utvärdera copingstrategier som används av närståendevårdare till strokepatienter med afasi för att hantera kommunikationsproblem och dess samband med depressiva symtom.	Baserad på frågeformulär ifyllda av närståendevårdaren.	N =150 (20)	Närståendevårdarna hade flera olika copingstrategier. De vanligaste var acceptans, positivt tänkande och en problemfokuserad strategi där man fokuserade på att lösa problemen med kommunikation. Minst vanligt var copingstrategier som förnekelse och missbruk. Dessa var också associerade med depressiva symtom.	R II
6	Nordehn G., Meredith A., Bye L.. 2006 USA	A Preliminary Investigation of Barriers to Achieving Patient-Centered Communication with Patients Who Have Stroke-Related Communication Disorders	Att undersöka hinder för att uppnå patientcentrerad kommunikation med patienter som har stroke-relaterade kommunikationstörningar.	Genom gruppsamtal med deltagarna	N=9 (0)	Att bli behandlad med respekt och som en tänkande människa var en viktig del av deltagarnas åsikter. Att anpassa kommunikationen till patienten. T.ex. prata långsammare, använda kroppsspråk och ögonkontakt.	K II
7	Nyström M. 2009 Sverige	Professional aphasia care trusting the patient's competence while facing existential issues	Att beskriva vårdgivares kommunikation med patienter som har afasi ur patientens perspektiv.	Baserad på intervjuer, anteckningar från dagböcker och biografier. Data analyserades enligt en deskriptiv fenomenologisk metod.	N=9 (0)	För patienten är det viktigt att vårdgivare visar att de tror på patientens förmåga att tänka och kommunicera.	P II

8	Purdy, M., Hindenlang, J., 2005, USA	Educating and training caregivers of persons with aphasia	Syftet var att undersöka om en utbildning för både patienter och närståendevårdare kunde förbättra kommunikationen mellan dem och patienterna.	Genom observation av kommunikationen mellan patient och närståendevårdare innan och efter utbildningen. Gruppsamtal. Samt genom frågeformulär.	N=20 (0)	Kommunikationen förbättrades. Närståendevårdarna använde fler strategier och försökte mer.	P II
9	Rose et al., T. A., Worrall, L. E., Hickson, L. M., Hoffman, T. C. 2010, Australien.	Do People With Aphasia Want Written Stroke and Aphasia Information? A Verbal Survey Exploring Preferences for When and How to Provide Stroke and Aphasia Information	Att undersöka om patienter med afasi tycker det är viktigt med skriftlig information om stroke och afasi samt undersöka när de vill ha information och hur den ska vara utformad.	Genom intervjuer	N=40 (0)	Deltagarna upplevde det viktigt att få skriftlig information om stroke och afasi. Sex månader efter stroke ansåg de flesta att de var som mest mottagliga för denna information. Då i videoform. 39 månader efter stroke föredrog de flesta skriftlig information.	K I
10	Rose et al., T. A., Worrall, L. E., Hickson, L. M., Hoffman, T. C. 2011, Australien	Aphasia friendly written health information: Content and design characteristics	Att undersöka hur skriftlig patientinformation bör utformas till strokepatienter med afasi. Och undersöka om deltagarna föredrog information som var speciellt utformad för personer med afasi.	Genom semistrukturerade intervjuer.	N=40 (0)	En majoritet av deltagarna föredrog informationen som var utformad för personer med afasi. Förenklat och tydligt material med bilder föredrogs.	K I
11	Rose T., Worrall L., Hickson L., Hoffmann T. 2012 Australien	Guiding principles for printed education materials: design preferences of people with aphasia	Att undersöka vilken utformning av hälsoinformation som patienter med afasi föredrog.	Baserad på uppläst frågeformulär.	N=40 (0)	Förenklat och kortfattad text med bilder föredrogs.	K I
12	Sundin, K. & jansson, L., Norberg, A., 2000, Sverige	Communicating with people with stroke and aphasia: understanding through sensation without words	Att belysa kommunikationen med storkepatienter med afasi från vårdgivarens perspektiv.	Narrativa intervjuer	N=10 (0)	Vårdarna beskrev kommunikationen som närhet oberoende av verbal kommunikation och den uppstår när man är öppen för förnimmelser från patienten i situationen.	K I

13	Sundin, K. & jansson, L., Norberg, A., 2002, Sverige	Understanding between care providers and patients with stroke and aphasia: a phenomenological hermeneutic inquiry	Att belysa hur vårdpersonalen upplevde förståelse i kommunikationen hos strokepatienter med afasi.	Genom videofilmning av kommunikation i samtal med patienten samt intervju med vårdpersonalen om det filmade samtalet	N=8 (0)	Vårdpersonalen kunde inte berätta vilka exakta delar av interaktionen som vägledde dem i kommunikationen. Men för att underlätta kommunikationen och förståelsen var en lugn och tillåtande miljö viktig och att vara närvarande i situationen.	K I
14	Sundin, K. & jansson, L., 2003, Sverige	Understanding and being understood' as a creative caring phenomenon--in care of patients with stroke and aphasia.	Att beskriva kommunikationen i omvårdnaden av strokepatienter med afasi	Genom videofilmning av kommunikation i omvårdnadsituationer samt intervju med vårdpersonalen om den filmade situationen.	N=8 (0)	Kommunikationen visar sig vara till stora delar icke-verbal. Patient och vårdpersonal kommunicerar med hjälp av beröring och ögonkontakt. Att vara närvarande som vårdare beskrivs som viktigt.	K I
15	Sundin, K., Norberg, A., & Jansson, L. 2001, Sverige	The meaning of skilled care providers' relationships with stroke and aphasia patients	Att beskriva sjuksköterskors och undersköterskors erfarenheter av relationer med strokepatienter som har afasi.	Genom intervjuer med fem sjuksköterskor och undersköterskor.	N=5 (0)	Kommunikationen påverkas av samspelet mellan sjuksköterska/undersköterska och patient. Humor, och respekt för patienten är viktigt för att underlätta kommunikationen.	K I

*Artiklar markerade med asterisk hittades genom manuell sökning.