



Høgskulen på Vestlandet

Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)

SYKSB3001-PRO-1-2021-VÅR-FLOWassign

Predefinert informasjon

Startdato:	22-02-2021 09:00	Termin:	2021 VÅR
Sluttdato:	21-04-2021 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)		
SIS-kode:	203 SYKSB3001 1 PRO-1 2021 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	211
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	8876
----------------------	------

Egenerklæring *: Ja

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

Jeg godkjenner autalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

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

Nei

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

Nei



BACHELOROPPGAVE

Tittel på norsk: Bedre kommunikasjon mellom sykepleier og personer med Alzheimer sykdom på sykehjem

Tittel på engelsk: Make better communication between nurses and people in a nursing home with Alzheimer's disease

Navn på bachelorprogrammet: Bachelor i sykepleie

HVL Institutt/program: Fakultet for helse og sosialvitenskap/Institutt for helse og omsorgsvitenskap/Sykepleie

Kandidatnummer: 211

Veileder: Ellen Johanne Svendsbø

Innleveringsdato: 21.04.21



**BEDRE KOMMUNIKASJON MELLOM
SYKEPLEIER OG PERSONER MED
ALZHEIMER SYKDOM PÅ SYKEHJEM**

Bacheloroppgave i sjukepleie
Høgskolen på Vestlandet, Stord
Kull 2018

Innleveringsdato: 22.04.2021

Antall sider: 37

Antall ord: 8876

Sammendrag

Tittel: Bedre kommunikasjon mellom sykepleier og personer med Alzheimer sykdom på sykehjem

Bakgrunn for valg av tema: I arbeid på en dement avdeling på et sykehjem i flere år, har jeg erfart viktigheten av kommunikasjon. Som sykepleier trenger en kunnskap om hvordan en skal kommunisere i lag med personer med Alzheimer sykdom, slik at en kan skape gode relasjoner og samtaler.

Problemstilling: Hvordan kan sykepleie med fokus på god kommunikasjon bidra til en bedre hverdag på sykehjem for beboere med Alzheimer sykdom

Oppgavens hensikt: Hensikten ved oppgaven er å belyse hvordan sykepleie med god kommunikasjon kan være et grunnleggende prinsipp for å skape tillit og trygghet. Samt å vise hvordan økt kunnskap og kompetanse kan bidra til en bedre hverdag på sykehjem.

Metode: Oppgavens metode er en litteraturstudie, den baserer seg på relevant forskning og litteratur som besvarer problemstillingen.

Resultat: Hovedresultatene sier at ved bruk av korte setninger og spørsmål om en ting om gangen viser positive effekt på kommunikasjonen. Samt som helsepersonell må en ta seg tid til å lytte til personen, da dette kan påvirke deres identitetsverdighet.

Konklusjon: Personer med Alzheimer sykdom har behov for etablerte relasjoner rundt seg på sykehjemmet. For å kunne skape disse gode relasjonene er god kommunikasjon et viktig redskap. Man må derfor tilegne seg kunnskap om hvilke ulike kommunikasjonsstrategier som vil være effektive og bygge opp tillit.

Nøkkelord: 3-5: Syndromet demens, Alzheimer sykdom, sykehjem, mellom-menneskelig-forhold, kommunikasjon.

Summary

Title: Make better communication between nurses and people in a nursing home with Alzheimer's disease

Background: After working in a dementia department at a nursing home for several years, I have experienced the importance of communication. As a nurse, you need knowledge of how to communicate with people with Alzheimer`s disease, so that you can create good relations and make good conversations.

Case question: How can nursing with a focus on good communication contribute to a better everyday life in a nursing home for people with Alzheimer`s disease

Purpose: The purpose of the case is to spread light on how nursing with good communication as a basic principle can be creating trust and security. As well as showing how increased knowledge and competence can contribute to a better everyday life in a nursing home.

Method: The case method is a literature study, which is based on relevant research and literature that answers the problem.

Findings: The main results say that using short sentences and questions about one thing at a time shows a positive effect on communication. As a health professional, you must also take time to listen as this can have an impact on their identity dignity.

Conclusion: People with Alzheimer`s disease need established relationships around them in the nursing home. In order to create such good relationships, good communication is an

important tool. You must therefore acquire knowledge about which different communication strategies who will be effective and build trust.

Key words: Dementia syndrome, Alzheimer`s disease, nursing home, interpersonal relationship, communication

Innholdsfortegnelse

1. Innledning	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema	1
1.2 Oppgavens formål.....	1
1.3 Problemstilling	2
1.4 Avgrensing og presisering av problemstilling	2
2. Teori.....	3
2.1 Sykepleiefaglig perspektiv	3
2.1.1 Sykepleieteori	3
2.2 Begreps avklaring.....	4
2.3 Demens og diagnosen Alzheimer´s sykdom.....	4
2.3.1 Demens.....	4
2.3.2 Alzheimer sykdom	5
2.3.3 Demensplan 2021-2025.....	7
2.4 Sykehjem	8
2.5 Pårørende.....	8
2.6 Kommunikasjon og relasjon.....	9
3. Metode	10
3.1 Litteraturstudie	10
3.2 Fremgangsmåte.....	10
3.2.1 Søkeprosessen i databaser	10
3.3 Metodekritikk.....	11
3.3.1 Kritisk vurdering av forskningsartikler og litteratur	11
3.3.2 Etikk i oppgaveskriving	12
3.3.3 Kritisk vurdering av egen oppgave	13
4. Resultat.....	14
4.1 Presentasjon av artikler.....	14
4.2 Samlet analyse av resultatene	16
5. Drøfting	17
5.1 Kommunikasjonsferdigheter	17
5.2 Å etablere relasjoner.....	18
5.3 Kunnskap.....	21
6. Konklusjon.....	24

7. Referanseliste	25
8. Vedlegg	30
VEDLEGG 1- Søketablell	30
VEDLEGG 2- Litteraturmatrise	33

1. Innledning

Tall i fra 2020 forteller at i Norge, antar man at det er over 100 000 mennesker som er rammet av syndromet demens (Nasjonalforening for folkehelse, 2020). Syndromet demens er en fellesnevner på ulike sykdommer og skader i hodet med ulik bakgrunn. Man har derfor ulikt symptombilde utifra hvilken demenssykdom en har, ettersom hjernen blir påvirket forskjellig (Skovdahl, 2020, s.419). Dersom en ikke retter fokus på demens og forebyggende tiltak vil disse tallene være doblet til år 2050 (Nasjonalforening for folkehelse, 2020). Studier som er utført viser at så mye som 50 prosent av de eldre som er 90 år eller eldre har forekomst av Alzheimer sykdom (Engedal & Haugen, 2018, s.67). I dagens samfunn lever en mye lengre enn en gjorde tidligere, derfor vil tallet på de som utvikler Alzheimer sykdom stige. I Norge er det det minst 60 % av alle de med syndromet demens som får Alzheimers sykdom, dette er den vanligste formen for demens (Engedal & Haugen, 2018, s.24).

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Temaet for denne bachelor oppgaven vil være hvordan en kan skape god sykepleie, ved bruk av gode kommunikasjonsformer, ilag med en som har Alzheimer sykdom og bor på sykehjem. Bakgrunnen for valget av temaet er en interesse for syndromet demens som vokste frem for mange år siden, da et nært familiemedlem fikk påvist Alzheimer sykdom. Det var begynnelsen på en stor interesse for faget. I senere tid har jeg arbeidet i flere år på en avdeling for personer som har demens, og har derifra erfaringer om hvordan ulike kommunikasjonsformer påvirker hverdagen til beboere. For eksempel at en kunne se store forskjeller på hvordan beboerne trivdes, ut ifra hvem som var på vakt og hvilke kommunikasjonsformer de brukte. Pleierne som brukte god tid, trygget og tok seg tid til å lytte, påvirket beboerne ved at det var roligere og tilfredshet på avdelingen. Motsatt var en som snakket fort og ikke hadde tid til å lytte, kunne skape uro og vandring på avdelingen. Syndromet demens blir omtalt som en pårørendesykdom, fordi det er så mange mennesker rundt personen med syndromet demens som blir rammet (Jakobsen & Homelien, 2011, s.12).

1.2 Oppgavens formål

Målet ved oppgaven er å belyse og øke kompetanse om kommunikasjons metoder i lag med personer som har Alzheimer sykdom på sykehjem. Dette for at sykepleier skal kunne være en god ressursperson for personen med Alzheimer sykdom. Hensikten med oppgaven er å belyse for sykepleiere hvor viktig god kommunikasjon kan være for å skape tilliten og tryggheten.

1.3 Problemstilling

Dette fører til følgende problemstilling «Hvordan kan sykepleie med fokus på god kommunikasjon bidra til en bedre hverdag på sykehjem for beboere med Alzheimer sykdom?»

1.4 Avgrensning og presisering av problemstilling

Avgrensinger for oppgaven er at den omhandler fagområdet sykepleie. Primærfokuset er på kommunikasjon med personer med Alzheimer sykdom og konteksten er sykehjem. Sentralt i oppgaven vil være mellommenneskelige forhold mellom sykepleier og personen med Alzheimer sykdom. Oppgaven vil presisere pårønderrollen og syndromet demens.

1.5 Oppgavens oppbygging

Oppgavens metode er et litteraturstudium som baserer seg på forskning og litteratur som er skrevet innenfor temaet. Oppgaven bygges også på Joyce Travelbee sin sykepleieteori om det mellommenneskelige forholdet. Denne teorien passer inn i oppgaven fordi den ser på mennesker en møter som et eget individ og ikke på de som en «pasient» (Travelbee, 1999, s.62). Det er 6 hovedkapitler i oppgaven. Kapittel 1 tar for seg innledningen av oppgaven med problemstilling, avgrensinger, tema og formålet med oppgaven. I kapittel 2 skrives det om en sykepleieteori og synet på det mellommenneskelige forholdet, samt teori om syndromet demens og Alzheimer sykdom. I kapittelet trekkes også teori om kommunikasjon, sykehjem og pårørende inn. Videre i kapittel 3 er det metodedelen, her blir metoden som er brukt beskrevet. Kapittel 4 består av sammendrag av forskningsartikler som er brukt i oppgaven. Kapittel 5 er drøfting, her drøftes problemstillingen opp mot forskning, teori og egne erfaringer. Det siste kapittelet er kapittel 6 med en konklusjon av oppgaven.

2. Teori

Kapitlet teori inneholder aktuell teori, sykepleie faglig perspektiv, en sykepleieteoretiker, og noen aktuelle lovverk i henhold til problemstilling.

2.1 Sykepleiefaglig perspektiv

Å kjenne til sykepleiefagets historie er relevant for enhver sykepleier, både for praktisk gjennomføring og tankegang. Opp igjennom tidene har flere sykepleiere utarbeidet sykepleieteorier som kan være nyttige i arbeidet for sykepleieren sitt ansvar og funksjonsområdet (Kristoffersen, 2017, s.16). Denne oppgaven vil bli sett på i lys av Joyce Travelbee sin sykepleieteori. Dette fordi hennes sykepleieteori omhandler å få til forandringer, som å hjelpe andre mennesker eller samfunn slik at de kan bevisstgjøres på sykdom og lidelser. På denne måten kan en forebygge og bedre helsen (Travelbee, 1999, s.30).

2.1.1 Sykepleieteori

Joyce Travelbee sin sykepleieteori ser først på hva begrepet sykepleie er. Det er mange ulike syn og meninger på hva som inngår i sykepleie og hva som skiller det fra andre helsearbeidere (Travelbee, 1999, s.29). Grunnleggende sykepleie (2017, s.29) viser til Travelbee (1971) sin definisjon på sykepleie:

Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleieren hjelper en person, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse, og om nødvendig å finne en mening i disse erfaringene.

Travelbee forteller altså i sin definisjon at sykepleie direkte eller indirekte handler alltid om menneske. Teorien omhandler syke og friske individer samt deres familier og de som besøker dem (Travelbee, 1999, s.30). Det mellommenneskelige forholdet som teorien baserer seg på, omtales som en eller flere erfaringer eller opplevelser som kan deles mellom sykepleier, den syke eller den som har behovet for sykepleieren. Kjentetegnet ved disse forholdene er at en også tar vare på familien og samfunnet rundt individet. Travelbee ser på hva som inngår i en profesjonell sykepleie. Hun presiserer at dette er en sykepleier med sykepleierutdanning fra en høgskole (Travelbee, 1999, s.41 & 42). Ordet pasient blir ikke omtalt i Travelbee sin teori. Dette begrunner hun med at en når ikke helt frem til personen bak begrepet, når en tar i bruk

begrepet pasient. Derimot ser hun på begrepet enkeltindivid og mener at det er her den ordentlige menneskelige kontakten oppstår. Da får man et forhold mellom menneske til menneske, som kan være et virkemiddel sykepleieren bruker for å oppnå sine mål og hensikter. Forholdet mellom menneske til menneske bygges opp for hver kontakt situasjon mellom sykepleier og den han/hun skal ivareta. En burde derfor være bevisst på hver situasjon som sykepleier å lære seg å kjenne den andre personen, hvem de er, bak lidelse og sykdom. På denne måten kan man ivareta behovene deres bedre fordi en lærer dem å kjenne (Travelbee, 1999, s.171). Man går igjennom fire ulike faser når man etablerer menneske til menneske forholdet. Disse fasene er først det første møtet, videre framvekst av identiteter, så empati og siste steg sympati og medfølelse. Noen forhold er enklere og går fortere å etablere enn andre forhold, som tar lengre tid. Det er sykepleier sitt ansvar å sørge for at forholdet oppstår og hvorfor det muligens stopper opp underveis (Travelbee, 1999, s.172).

2.2 Begreps avklaring

Tillit: Kan defineres som en vilje man har til å være sårbar for andres gjerninger. Dette er grunnlaget for samfunnsfaktorer som er med på å opprettholde det daglige livet til en person. Å ha tillit til folk bidrar til at man kan ha gode sosiale forhold (Lin, Namdar, Griffiths & Pakpour, 2020).

Verdighet: Verdighet blir sett på i to ulike former. Som absolutt verdi og relativ eller subjektiv form for verdighet. Den absolutte formen av verdighet ser man i sammenheng med menneskets verdi. Den relative formen av verdighet ser man i sammenheng med en subjektiv verdighet eller en sosial verdighet. Det avhenger av hvordan man blir behandlet og hvordan man presenterer seg som menneske (Heggstad & Slettebø, 2015).

2.3 Demens og diagnosen Alzheimer's sykdom

2.3.1 Demens

En definisjon av syndromet demens er: «Demens (ute av sinn, avsindig) er en fellesbetegnelse på en tilstand eller et syndrom som kan være forårsaket av ulike organiske sykdommer, og som er kjennetegnet ved en kronisk og irreversibel kognitiv svikt» (Engedal & Haugen, 2018, s.18). Demens kan kjennetegnes ved at personen har problemer ved å utføre de daglige gjøremålene de tidligere har utført tilfredsstillende, samt at de endrer sin sosiale atferd. For å kunne bruke begrepet demens må personen ha redusert hukommelse. En må samtidig kunne

påvise eller anta at det er en organisk sykdom som foreligger i hjernen som er en utløsende årsak til dette (Engedal & Haugen, 2018, s.18). Man deler normalt syndromet demens inn i tre hovedkategorier:

- «primærdegenerative sykdommer,
- vaskulær demens
- sekundære demenssykdommer» (Skovdahl, 2020, s.419).

De primærdegenerative sykdommene kommer av at hjernen gradvis ødelegges av hjerneceller kalt degenerative eller nevrodegenerativ. Felles ved denne kategorien er at hjernecellene i et unormalt stort omfang skades og dør. Man deler kategorien primærdegenerative sykdommer inn i underkategorier ettersom at symptombilde på sykdommen varierer ut ifra hvor i hjernen skaden sitter. Det er i denne kategorien Alzheimer sykdom hører til, i lag med frontotemporal demens og lewylegemedemens samt parkinsons sykdom med demens. F.eks. ved lewylegemedemens har en ofte symptomer som synshallusinasjoner, orienteringsproblemer og vansker med å utføre praktiske handlinger. Ved Alzheimer sykdom er symptomene oftest i starten redusert hukommelse og konsentrasjon (Skovdahl, 2020, s.419 & 420). Syndromet demens forekommer i ulike grader kalt mild, moderat og alvorlig grad. Den milde graden er begynnelsen hvor en selv og de rundt en merker at en glemmer ting og at dette påvirker hverdagen. Man klarer seg gjerne godt hjemme, men kan ha behov for litt tilrettelegging og påminnelser. Den moderate graden er når personen mister mer og mer evnen til å være til stede. Det merkes at hukommelsen er mer og mer fraværende, samt evnen til problemløsning. Kommunikasjonsvansker kan oppstå, stedsansen svekkes og risiko for å utvikle depresjon og angst grunnet funksjonstapene øker. Den siste graden er alvorlig. Her er hukommelsen nesten fraværende og kun bruddstykker av tidligere liv er huskbare. Orienteringssansen er borte, vansker med å kommunisere og det kan forekomme inkontinens for urin og avføring. Personen er avhengig av hjelp og tilsyn døgnet rundt (Skovdahl, 2020, s.422). Det er ulike forekomst av de ulike typene demens. Som tidligere nevnt er Alzheimer sykdom vanligste formen (ca.60%). Videre er vaskulær demens nest hyppigst (ca.15-20 %). Tredje hyppigste formen er lewylegemedemens (trolig 15-20%). Den sjeldnere formen for demens er frontotemporal (ca.2-3%) (Engedal & Haugen, 2018, s.24).

2.3.2 Alzheimer sykdom

Denne oppgaven vil ha fokus på Alzheimer sykdom. Dette er en hjernesykdom som kan opptre hos yngre personer, men hyppigst hos eldre personer. Det som skjer inni hjernen til

personer med Alzheimer sykdom er at såkalte «senil flekker» oppstår. De inneholder ansamlinger av protein, i hovedsak proteinet beta-amyloid. Dette proteinet dannes i hjernen av et annet protein, amyloid precursor ved en feilspalting. Ved store mengder av proteinet beta-amyloid vil dette avleires i klumper som er giftige for hjernecellene. Da skades og dør hjernecellene. Disse skadene skjer når små, fine tråder i nervecellen floker seg. Denne floken vokser og til slutt får ikke hjernecellen den tilførselen av næring de har behov for, de blir skadet og dør. Skadene starter i en del av hjernen, og vil etter hvert som sykdommen utvikle seg bre seg rundt i hjernen (Engedal, 2016, s.75). En har kjennetegn ved Alzheimer sykdom som har ulik nytteverdi, det er tidlig og sen debut. Det vil si tidlig debut er de som blir syk før fylte 65 år og sen debut de som blir syk etter fylte 65 år. Det er vanligst å utvikle Alzheimer sykdom etter en er fylt 70 år. En forskjell på de som utvikler sykdommen i tidlig debut er at man kan se flere symptomer hos dem enn hos de i sen debut (Engedal, 2016, s.77). Endringen i hjernen som beskrevet tidligere skjer i lang tid før symptomene oppstår. Symptomer i starten på sykdommen kan ofte være diffuse, ofte kan personen fremstå stresset eller distré. Et vanlig symptom i starten kan være redusert hukommelse. Videre kan man også få andre symptomer som endret væremåte, personlighet, mer passive, tilbaketrukne, eller en kan få vansker med å kommunisere. Noen kan få symptomer som vanskeligheter med å beregne avstander og retning eller har endret forståelse av rom. Ved tidlig debut kan man se spesielt i begynnelsen at de har vansker med det daglige livet. Dette fremtrer spesielt i sammenhenger med nye og stressende situasjoner, som da eksempel en heseblesende ferie (Engedal & Haugen, 2018, s.75). Videre i en senere fase vil symptomene utvikle seg og en vil ha større vansker med stedssansene, en finner ikke frem i kjente miljø. Vansker med å orienteres seg med hvilke dag det er, i hvilken måned og hvilken dato. En utvikler også problemer med å gjenkjenne kjente folk som naboer, venner eller barnebarn. Hukommelsen avviker enda mer, og en kan ha problemer med å fortelle ting som har skjedd nylig. Minner fra tidligere i livet kan også forsvinne litt. Andre symptomer er problemer med språket. Noen mister alt verbalt språk, mens andre får vansker med å si hele setninger med flyt, og vansker å forstå det som blir sagt og skrevet. Det er i denne senere fasen at en ofte kan ha behov for en skjermet enhet eller et bofellesskap, ettersom at en i denne fasen er avhengig av et miljø som viser omtanke for den hukommelsen som er gjenværende. Mange kan i denne fasen ha behov for blant annet hjelp med hygiene, påkledning, spise og drikke (Engedal & Haugen, 2018, s.80 & 81). Siste fasen er slutfasen her bor de aller fleste på institusjon. Hukommelsen for korte tidsrom er meget kort, ca. 10-15 sekunder. En kan huske enkelt hendelser tidligere i livet. Man kan ha vansker med å gjenkjenne næreste pårørende. Lite verbal kommunikasjon. Bruker mye hudkontakt for

å være nære andre. I hverdagen har en ofte et behov for hjelp til alt, men samtidig må en opprettholde de funksjonene personen har igjen. Kroppen blir mindre motstandsdyktig for infeksjoner og sykdom (Engedal & Haugen, 2018, s.81). Det er ikke kjente spesifikke årsaker til at noen utvikler sykdommen. Man er derimot kjent med risikofaktorer og beskyttende faktorer. Dette baserer seg på genetiske studier og store befolkningsundersøkelser der en utifra statistikk fant karakteriske trekk for økt og redusert risiko. Risikofaktorer man ikke kan måle er alderdom, genetiske årsaker slik som mutasjoner, risikogener og downs syndrom. Risikofaktorer man kan måle er blant annet depresjon, høyt blodtrykk, høyt kolesterol, diabetes og røyking. For å minske risikoen for å utvikle Alzheimer sykdom er det viktig med fysisk og mental aktivitet (Engedal & Haugen, 2018, s.66). Man stiller diagnosen Alzheimer sykdom ved kliniske undersøkelser som inneholder sykehistorien til personen og pårørende. En bruker nevropsykologisk undersøkelse for å se hvilke kognitive svikter personen har. I undersøkelsen har en også psykiatrisk vurdering, somatisk undersøkelse, CT og MR. Det kan være vanskelig å stille diagnosen dersom personen er i en mild grad av sykdommen enn i en moderat-, alvorlig grad. Sykdommen har som oftest utviklet seg i flere år før en tilfredsstillende kriteriene for Alzheimer sykdom. Det finnes også flere metoder man kan ta i bruk for å stille diagnosen (Engedal & Haugen, 2018, s.84 & 85). Alzheimer sykdom og syndromet demens er ikke en reversibel sykdom og per dags dato finnes det ingen kur for sykdommen. Man har ikke medisin som kan gjenopplive døde hjerneceller. Den viktigste behandling for en person med Alzheimer sykdom er å bli møtt med forståelse både av helsepersonell, men også av pårørende. Som pårørende har man et stort behov for kunnskap om sykdommen slik at man kan vise støtte og forståelse (Engedal & Haugen, 2018, s.85).

2.3.3 Demensplan 2021-2025

Demensplanen er utarbeidet av regjeringen og er en femårsplan som er laget for å forbedre de tjenestetilbudene man har for personer med demens og deres pårørende. Dette er den tredje planen som er utarbeidet og går i fra 2021 frem til 2025. Norge ønsker å skape et mer demensvennlig samfunn, som innebærer at man inkluderer alle, viser likeverd og har forståelse. Planen har utarbeidet tre mål. Det første er at alle som har demens og deres pårørende skal bli fanget opp til rett tid og at de skal sikres gode og tilpassende tjenester. Det andre målet er personer med demens og pårørende skal ha medbestemmelse og være delaktige i det demensvennlige samfunnet. Dette skal føre til aktive og meningsfulle liv hvor en tilpasser hvert individ deres fysiske, sosiale og kulturelle aktiviteter. Det siste målet handler

om forskning og kunnskap slik at en kan forebygge og bedre behandlingen for personer med demens (Helse- og omsorgsdepartementet, u.å.).

2.4 Sykehjem

Man kan definere en institusjon som: «En institusjon er et sosialt system som har bestemte målsettinger og funksjoner» (Brodtkorb & Hauge, 2020, s.263). Sykehjem er en av benevnelsene man kan bruke når en omtaler institusjon. Et sykehjem skal blant annet kunne ivareta de eldre menneskene i samfunnet. De som ikke lengre klarer å bo hjemme ved hjelp av familie og/eller hjemmebaserte tjenester. En skiller ofte mellom korttidsplasser og langtidsplasser. Hvor korttidsplasser oftere har fokus på behandling og rehabilitering. Det er hver enkelt kommune som har ansvar for å tilrettelegge for sine borgere slik at de har nødvendig og faglig forsvarlig helse- og omsorg tjenestetilbud. Man kan derfor se at tilbudene varierer ut ifra hvilke kommune en bor i. Sykehjemmet skal tilby heldøgns helse og omsorgstjenester hvor de jobber for kvalitativ og individuell tilpasset pleie, samt riktig medisinsk utredning og behandling. Når en har fått langtidsplass på sykehjemmet regnes dette oftest som hjemmet til den tildelte (Brodtkorb & Hauge, 2020, s.263). Sykehjemmet er regulert av flere lover og forskrifter. Geriatrisk sykepleie (2020, s.263) viser til Helse- og Sosialdepartementet (1988) sin forskrift: «Forskrift om sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie» sist revidert 01.07.2013. Det er denne forskriften som omhandler langtidsinstitusjoner. Den presiserer noe om hva sykehjemmet skal tilby. Det er da permanente opphold, avdelinger som er skjermet og tilrettelagt for personer med demens og andre spesial avdelinger. Sykehjemmet må også ha tilknyttet lege, offentlig godkjente sykepleiere og ledere for det administrative. Som beboer på et sykehjem presiserer forskriften noen rettigheter man har. Man skal ha mulighet å motta besøk når en selv ønsker samt å kunne leve med sitt livssyn (Brodtkorb & Hauge, 2020, s.263).

2.5 Pårørende

Ifølge pasient- og brukerrettighetsloven §1-3 kan en pårørende defineres som en person pasienten selv oppgir som en pårørende eller nærmeste pårørende. Derimot om pasienten selv ikke er i stand til å definere dette, er den nærmeste pårørende den personen som har hatt varig og kontinuerlig kontakt med personen. En tar ofte utgangspunkt i ektefeller, samboerskap, foreldre, besteforeldre eller barn (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2001, §1-3). Som sykepleier må en inkludere familien og pårørende til personen som er syk. De kan ha behov

for å finne mening i sykdommen. Den personen som er utsatt for sykdom har en tilhørighet hos noen. Det vil si at dersom det skjer noe med en vil dette påvirke de rundt. Sykepleieren skal til enhver tid ha fokus på at pårørende kan være et godt hjelpemiddel og kan ha betydning i arbeidet en gjør (Travelbee, 1999, s.259). Som pårørende kan en også ha ulikt behov for støtte av de ansatte på avdelingen. Det er individuelt hvordan en opplever å være pårørende til en person som flytter inn på sykehjem med syndromet demens. Noen opplever lettelse og bedre livskvalitet, mens andre kan oppleve depresjon og sinne (Jakobsen & Homelien, 2011, s.146).

2.6 Kommunikasjon og relasjon

Travelbee beskriver kommunikasjon som en prosess hvor mennesker kan formidle det de føler og tenker til hverandre. En kommuniserer både verbalt og non verbalt, ved bruk av mimikk, bevegelser eller berøring. Hun mener at ved kommunikasjon skal en lære å kjenne beboeren som person (Kristoffersen, 2017, s.34). Kommunikasjon betyr altså at en skal gjøre noe felles, som å delaktiggjøre andre og skape forbindelser. Evnen til å kunne kommunisere er noe alle blir født med (Eide & Eide, 2018, s.16 & 17). Kommunikasjon består av en avsender, et budskap og en mottaker en ønsker å kommunisere med. Som mennesker er vi sosiale vesen som er avhengig av et felleskap i lag med medmennesker. Man kan se på kommunikasjon som et av menneskets viktigste drivkrefter. Enhver person ønsker at en skal bli sett og hørt som den er, samt å bli forstått. Dette er det ingen tegn på at forandrer seg tiltross for at en får syndromet demens. Selv om evnen til å kommunisere svekkes ved syndromet, kan man fortsatt ha behov for meningsfulle samtaler, men dette avhenger da av samtalepartnern (Wogn-Henriksen, 2020, s.88). For å ha god profesjonell kommunikasjon må man være personorientert og faglig fundert. Å se en person personorientert vil si at en ser hele personen med sine verdier, ressurser, ønsker og mål. Man må lytte aktivt og se den andre personen som noe unikt. Når en kommuniserer i relasjoner defineres dette som både verbale og non verbale tegn og signaler en uttrykker for andre personer (Eide & Eide, 2018, s.16 & 17).

3. Metode

I kapittelet metode vil litteraturstudie, fremgangsmåten, kritisk blikk på forskning og egen oppgave bli presentert.

3.1 Litteraturstudie

En metode kan bli beskrevet som: «En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener formålet, hører med i arsenalet av metoder» (Dalland, 2020, s.53). Altså skal metoden si noe om hvordan en bør gå frem for å skaffe seg eller etterprøve kunnskap. Metode kan deles inn i to deler, kvantitativ og kvalitative metode. Den kvalitative metoden går ut på å fange meninger og opplevelser som en ikke kan tallfeste eller måle. Motsatt går kvantitativ metode ut på å gi data som er i form av målbare enheter, som da f.eks. regneoperasjoner i form av gjennomsnitt, prosent eller statistikk (Dalland, 2020, s.53 & 54). I denne oppgaven blir litteraturstudie som metode brukt. Dette er en sekundær studie, som vil si at en bruker kunnskap som er skrevet av andre. Dette kan man da finne i f.eks. databaser, tidsskrifter eller bøker (Thidemann, 2019, s.75). I oppgaven er det blitt søkt etter relevant teori i bøker og søkt etter forskningsartikler i ulike databaser. Denne studiemetoden går ut på å systematisere kunnskapen en finner fra skriftlige kilder. Det innebærer å finne litteraturen, ha en kritisk gjennomgang og avsluttende sammenfatter en dette (Thidemann, 2019, s.77).

3.2 Fremgangsmåte

3.2.1 Søkeprosessen i databaser

Søkeprosessen etter forskningsartikler har foregått i engelske databaser da de har et mye større utvalg av artikler enn norske databaser. Databasene som ble brukt i søket var: Cinahl, Academic Search Elite og PubMed. Disse databasene har sykepleie faglig fokus og er tverrfaglige. For å søke i disse databasene er problemstillingen systematisert for å finne relevante begreper, som hadde relevans inn mot søk. For å velge ut søkeordene ble avgrensinger og sentrale begrep tatt i bruk. Disse er blitt anvendt i PICO skjema som er et hjelpemiddel for å finne relevante forskningsartikler (Thidemann, 2019, s.84). Det første søket var med begrepene Alzheimer's disease, weekday og nursing home. Dette gav kun ett treff, et treff som ikke var relevant for oppgaven. Forsøkte da å ta i bruk noen andre begrep som fokuserte mer på kommunikasjonen og sykepleie. Ut ifra søkeordene i de forskjellige

databasene ble det trukket frem seks artikler som hadde relevans opp mot problemstillingen. Ut ifra disse seks artiklene var det fem av de som ble med benyttet i oppgaven. Dette fordi de svarte best på problemstillingen.

Søke ord som ble brukt var:

Alzheimer disease, dementia, nursing home, nurse, caregiver, caregiver support, family relations, family caregivers, communication, trust.

Vedlegg- 1 inneholder søkeprosessen.

3.3 Metodekritikk

Når man finner en kilde er det viktig at man vurderer kilden og karakteriserer den. Dette kalles å være kildekritisk. Hensikten med å være kildekritisk er ikke å bedømme den faglige kvaliteten på forskningsarbeidet eller en bok. Man skal derimot vurdere om kilden er relevant til å belyse min problemstilling. Hensikten er også at leseren skal forstå refleksjonen rundt relevansen og gyldigheten litteraturen en har valgt, har å si for å belyse problemstillingen (Dalland, 2020, s.152).

3.3.1 Kritisk vurdering av forskningsartikler og litteratur

I oppgaven er det brukt fem forskningsartikler hvor tre av de har kvalitative design og to av de har kvantitativ design. Alle forskningsartiklene har blitt vurdert ut ifra sjekklister fra helsebiblioteket (Helsebiblioteket, 2016). Alle de utvalgte artiklene har tydelig formulerte problemstillinger og hensikt. De er også publisert innen de siste 10 årene, og er kritisk vurdert til at de har relevans inn mot problemstillingen. Datainnsamlingen av deltakeren i studiene er gjort rede for og presenteres i artiklene. Det var kun en av forskningsartiklene som var skrevet av norske forfattere, men resultatene som kommer frem i de andre studiene kan sees som relevante og nyttige. Dette fordi en bruker kommunikasjon i hele verden og resultatene viser gode teknikker på hva som kan være mer hensiktsmessig enn andre teknikker.

De kvantitative studiene til Stanyon, Thomas, Gordon og Griffiths (2018) og Wilson, Rochon, Mihailidis og Leonard (2011) brukte videooptak i studiene sine. Dette var en hensiktsmessig metode for at studiene kunne vise målbare tall på hvordan ulike kommunikasjonsstrategier fungerte. Ut ifra tallene kan en konkludere hvilke strategier som var mest effektive. To av de kvalitative studiene brukte også videooptak i studiene sine. Det var studiene til Söderlund,

Cronqvist, Norberg, Ternestedt og Hansebo (2015) og Walmsley og McCormack (2017). I disse studiene var dette en hensiktsmessig metode for å se hvilke følelser og opplevelser som oppstod. Videoene i studien til Walmsley og McCormack (2017) viste realistiske og ekte møter mellom familiemedlem. De fremviste følelser som kan oppstå hos personer med demens når de kommuniserer privat i lag med sine nære relasjoner. Studien til Heggstad og Slettebø (2015) var også en kvantitativ studie, men brukte intervju og observasjoner i sin studie. De fikk frem følelser personer med syndromet demens kan kjenne på, angående deres identitetsverdighet og hva de kan gjøre for å opprettholde den.

Oppgaven inneholder relevant faglitteratur, bestående av pensumbøker og annen litteratur som belyser problemstillingen. Den anvendte pensumlitteraturen er faglig vurdert og kvalitet sikret av mitt studiested, Høgskolen på Vestlandet. Grunnet en begrenset mengde av pensumbøkene var relevant for min problemstilling, er det supplementert med annen fag litteratur som er kvalitet sikret av meg.

3.3.2 Etikk i oppgaveskriving

Forskningsetikk blir beskrevet av Dalland (2020) som et område av etikken som vurderer all forskning opp mot de normene og verdiene en har i samfunnet. En slik vurdering ser på alle sidene av forskningen. Alt i fra planlegging, problemstilling, metode og resultater. Man anvender forskningsetikk for å ivareta personvern og for å sikre at de som velger å være med i forskningen, ikke påføres skade eller noen unødige belastninger. I Norge har man utarbeidet flere organisasjoner som skal veilede og rådføre studenter og forskere. Norsk senter for forskningsdata og de Nasjonale forskningsetiske komiteene er laget for å sikre at de forskningsetiske normene ivaretas under utdanning og forskning (Dalland, 2020, s.168). Det er inkludert forskningsetisk hensyn i alle de fem inkluderte forskningsartiklene. Forskningen til Söderlund et al. (2015) ble etisk godkjent av en regional etikk komite i Sverige. Stanyon et al. (2018) sin studie har fått godkjent forskningsstudien av en etikkomite samt at de har innhentet skriftlig samtykke fra alle deltakere og deres konsulenter. Wilson et al. (2011) ble etisk godkjent av to etikk komiteer før de startet på studien. Den regionale komiteen for medisinsk forskningsetikk har vurdert etikken i studien til Heggstad & Slettebø (2015) og godkjent den. Det er brukt fiktive navn som eksempler i studien. Studien til Walmsley & McCormack (2017) er universitets etisk godkjent og de innhentet skriftlig samtykke for deltakelse av besøkende familie medlemmer enten direkte eller gjennom sin verge status. Alle

som deltok, hadde også mulighet å trekke seg under studien når som helst uten noe form for straff. Denne bachelor oppgaven viser etikk i oppgaveskrivingen, ved at det refereres til alle kildene. Dette viser hvor all kunnskapen er innhentet og hvem som har skrevet den. Oppgaven viser etisk hensyn ved at den er skrevet selvstendig og ikke er plagiert.

3.3.3 Kritisk vurdering av egen oppgave

Ved søk i databaser etter artikler som kunne inkluderes i oppgaven kom det opp mange treff, derfor var det viktig med avgrensning for de siste 10 årene, slik at eldre studier ikke ble vurdert. Dette var for å bevare relevans og oppdatert kunnskap i oppgaven. Det ble brukt søkeord med relevans ut ifra min problemstilling slik at forskningsartiklene kunne belyse oppgaven med relevant kunnskap. En mulig svakhet i oppgaven er at alle forskningsartiklene ble oversatt av meg, det kan derfor ha forekommet feil i oversettingen. Dette fordi engelsk ikke er mitt morsmål. En styrke i oppgaven er at alle artiklene som ble inkludert er originallitteraturer, hvor noen av de har hentet inspirasjon fra tidligere forskning.

4. Resultat

I dette kapittelet blir det presentert et kort sammendrag av de forskningsartiklene som er valgt ut for denne oppgaven, samt en samlet analyse av resultatene.

Vedlegg- 2 inneholder litteraturmatriksen.

4.1 Presentasjon av artikler

Artikkel 1)

“Effects of care assistant communication style on communicative behaviours of residents with dementia: a systematic multiple case study”

Studien handler om pleieassistenter som utfører tre ulike kommunikasjonsformer i lag med beboere som har demens. Hensikten med denne studien var altså å avgjøre om de varierende kommunikasjonsstilene til omsorgsarbeiderne hadde oppmuntringer slik at de påvirket den kommunikative oppførselen til personer med demens. De tre ulike formene var vanlig kommunikasjon en vanligvis uttrykker under morgenstell, direkte instruksjoner og pause tilstand. Funnene i studien viser at ved bruk av direkte instruksjoner, som var en setning om gangen, korte setninger og spørsmål, hadde god effekt. Det førte til økning i kommunikasjon fra personen med demens (Stanyon et al., 2018).

Artikkel 2)

“Conversations between persons with dementia disease living in nursing homes and nurses – qualitative evaluation of an intervention with the validation method”

Hensikten med denne studien var å belyse de ulike handlingene og reaksjonene en person med demens, som bor på et sykehjem, hadde i en-til-en samtaler i lag med en sykepleier. Studien ble utført gjennom ett år med videoopptak og trening av sykepleier på validerings metoden. Studien sine samtaler ble delt inn i fire kategorier som var uinteressert eller ikke i stand til å svare, - snakke om mer enn ett samtaleemne om gangen, -prøve å snakke om hva en tenker på, og - å snakke om hva en tenker på. Funnene i studien viser at ut ifra hvordan sykepleier stiller spørsmål og svarer på spørsmål, utvikler samtalene seg ulikt (Söderlund et al., 2015).

Artikkel 3)

“Moderate dementia: relational social engagement (RSE) during family visits”

Hensikten ved denne studien var å søke bevis på at en bevarer bevissthet i sosiale sammenkomster hos personer med moderat demens. Dette ble utført på sykehjemmet de bor på når de møter sine familiemedlemmer. Den tar for seg såkalte «inn-steg» og «ut-steg» som fremhever at disse møtene kan ha både positive og negative utkomster. Funnene i studien viser at når familiene var i inn-steg inkluderte personen med demens seg og virket avslappet. Når familiene var i ut-steg viser personen med demens ikke interesse og svarer på spørsmål med irritasjon (Walmsley & McCormack, 2017).

Artikkel 4)

“Examining success of communication strategies used by formal caregivers assisting individuals with Alzheimer’s disease during an activity of daily living”

Hensikten ved studien var å se hvordan omsorgspersoner bruker ulike oppgavefokuserede kommunikasjonsstrategier. De brukte både verbal og non-verbale uttrykk under vellykket dagliglivsaktivitet, i lag med personer som har Alzheimer sykdom. I studien ble det brukt videoptak når omsorgspersonen veileder personen med Alzheimer sykdom under håndvask økter. Funnene viser en begrenset mengde med beviser på at en ved bruk av enkelte kommunikasjonsstrategier får en mer vellykket gjennomføring. Som f.eks. ved en direksjon om gangen, lukkede spørsmål og repetisjon (Wilson et al., 2011).

Artikkel 5)

“How individuals with dementia in nursing homes maintain their dignity through life storytelling – a case study”

Hensikten ved denne studien var å beskrive hva enkeltindivider som har syndromet demens gjør selv, for at de skal opprettholde eller fremme sin verdighetsidentitet når de bor på sykehjem. Bakgrunnen for denne studien er at personer med syndromet demens er spesielt sårbare og verdighetsidentiteten deres er i risiko. Studien omhandler videre hvordan personer med demens bruker sine livshistorier for å opprettholde verdigheten. Den viser også hvor viktig det er at helsepersonell lytter til personen med demens som forteller. Funnene viser, at

ved å lytte til personen med demens fortelle om sin livshistorie, slapper de av og viser stolthet over livet de har levd (Heggstad & Slettebø, 2015).

4.2 Samlet analyse av resultatene

Artikkelen 1 og 4 jf. kapitel 4.1 Presentasjon av artikler, handler om hvilke ulike kommunikasjonsstrategier forskning viser har best utfall i forhold til å kommunisere med personer som har demens. En ser at korte setninger, bruk av spørsmål samt en ting om gangen har positiv effekt på kommunikasjonen. Det trekkes også frem positiv bruk av verbal og non-verbal kommunikasjon (Stanyon et al., 2018, Wilson et al., 2011). En kan også se i artikkel 2 og 3 jf. kapitel 4.1 Presentasjon av artikler, hvordan ulike kommunikasjonsformer påvirker personen med demens. I artikkelen til Söderlund et al. (2015) ser de på kommunikasjonen mellom sykepleier og personen med demens. Hvordan en som sykepleier bruker spørsmål i kommunikasjon kan føre til ulik utvikling av samtalen. I studien til Walmsley og McCormack (2017) ser de på hvordan personen med demens kommuniserer med familiemedlemmer. Kommunikasjonsflyten og engasjementet til personen med demens endrer seg ut ifra hvor engasjert familiemedlemmene er i samtalen. Derimot i Artikkel 5 jf. kapitel 4.1 Presentasjon av artikler, ser man på hvor viktig det er å lytte til personer med demens når de prater om sine livshistorier. På denne måten viser studien at de kan opprettholde sin verdighetsidentitet på sykehjemmet. Som sykepleier har en forpliktelser for å sørge for at verdigheten blir ivaretatt hos personer med demens (Heggstad & Slettebø, 2015).

5. Drøfting

I dette kapitlet drøftes oppgavens problemstilling opp mot forskningsartiklene som ble presenterte tidligere i oppgaven, teori, sykepleietoeretisk perspektiv og egne erfaringer. «*Hvordan kan sykepleie med fokus på god kommunikasjon bidra til en bedre hverdag på sykehjem for beboere med Alzheimer sykdom?*».

5.1 Kommunikasjonsferdigheter

Studien til Wilson et al. (2011) viser at når en kommuniserer i lag med personer som har moderat til alvorlig grad av Alzheimer sykdom vil lukket spørsmål, bruk av en tanke om gangen og repetisjon være gode kommunikasjonsstrategier. Studien viser også at å rose beboeren med Alzheimer sykdom for å gi positive tilbakemeldinger hadde god effekt. Min erfaring fra praksis er også at disse nevnte kommunikasjonsstrategiene har hatt god effekt. Som da for eksempel å gjør en ting om gangen, ved at en f.eks. løfter armene opp før en videre tar av genseren. På denne måten kunne en se at kommunikasjonen ble bedre. Erfarte også at det var til god hjelp å rose underveis for å motivere og vise suksess. Opplevde da at de lyttet og utførte de instruksene en fortalte. Ved å bruke disse ulike strategiene oppleves samarbeid og engasjement. Travelbee (1999) fremstiller flere ulike kommunikasjonsteknikker i boken sin, men presiserer samtidig at det er viktig å finne ut hvilke teknikker som passer hver enkelt sykepleier. En av teknikkene hun trekker frem handler om repetisjon, slik som forskningen til Wilson et al. (2011) også viser til. I boken til Travelbee blir det da kalt parafrasering eller speiling. Speiling kan f.eks. være «Hallo fru Monsen hvordan har du det i dag?» Dersom fru Monsen ikke svarer kan sykepleier spørre «fru Monsen» igjen for å få et inntrykk av hva personen føler eller har inntrykk av. Den andre teknikken er parafrasering, det vil si at sykepleier gjentar spørsmål den andre spør. Dette kan f.eks. være at beboer sier «jeg vil dra hjem til mor og far nå» og da svarer sykepleier «du vil hjem til mor og far nå?». Ved dette viser sykepleier at hun er villig til å snakke med beboer om at en vil hjem (Travelbee, 1999, s. 154 & 155). Når personer med demens kommuniserer utsagn som at de vil til mor og far, er det flere ulike måter en kan velge å svare på dette. I boken til Eide og Eide (2018) sies det at å realitets orientere personen ikke har noe hensikt. Tvert imot kan det gjøre personen mer forvirret og nedenfor. En person med demens har en kognitiv svikt, derfor vil det ikke ha noen betydning å svare med at «mor og far er død for 30 år siden». Dette fordi personen kan bli nedfor og antageligvis kommer til å glemme svaret ditt innen kort tid, og muligens spørre på nytt igjen (Eide & Eide, 2018, s.330).

På den andre siden viser forsknings studien til Wilson et al. (2011) at ikke alle kommunikasjonsstrategier har like god suksess i lag med personer som har Alzheimer sykdom. I studien viser det at å senke talehastigheten ikke nødvendigvis var relatert til suksess. Studien til Stanyon et al. (2018) viser også at å ha pause tilstander, det vil si at en venter fem sekunder fra en gir en instruksjon til en enten gjentar eller sier en ny instruksjon. En av grunnene til at denne kommunikasjonsformen ikke var suksessfull, var på grunn av at en ikke ventet lenge nok før en gav neste instruksjon. Travelbee skriver også i boken sin at en kommunikasjonsteknikk kan brukes feilaktig. Dersom en som sykepleier ikke har nok kunnskap eller erfaring kan dette blokkere for kommunikasjonen (Travelbee, 1999, s.156). Å kommunisere i lag med personer som har Alzheimer sykdom krever at en setter av tid til meningsfull kommunikasjon. Travelbee viser til at en deler ikke en meningsfull kommunikasjon før en vet at det en meddeler vil bli mottatt. Det vil si at det ikke blir ignorert, avvist eller latterliggjort. Kommunikasjon skal være en gjensidig prosess (Travelbee, 1999, s.137). I praksis har jeg flere ganger erfart at den konklusjonen studien til Wilson et al. (2011) kom frem til også kan forekomme i praksis. Det vil sa at dersom jeg har pratet for fort, og gjort en annen handling samtidig, har ikke personen med Alzheimer sykdom forstått meg. Det fører til at en må gjenta seg selv og gi alt fokus til personen. En kan altså ikke gjøre flere ting samtidig som en kommuniserer, da det blir vanskeligere å forstå hva en sier. En sykepleier bør alltid møte den syke med et individuelt syn, ettersom alle personer med Alzheimer sykdom er unik, og har ulike måter de kommuniserer best mulig på. Kommunikasjon kan relateres til sansorganene og spesielt da hørsel og syn. Dersom personen en prater med har nedsatt hørsel vil dette påvirke kommunikasjonen. Man må ha tålmodighet og være skjerpet. Sannsynligheten for at en går glipp av en meningsfull samtale er stor dersom en prater fort og er ufokusert på personen man kommuniserer med (Wogn-Henriksen, 2020, s.96 & 97).

5.2 Å etablere relasjoner

Forskningen til Walmsley og McCormack (2017) viser hvordan personer med syndromet demens kommuniserer i lag med etablerte relasjoner. Det var da ektefelle, barn og barnebarn. Flere av disse relasjonen hadde personene med demens etablert før de fikk syndromet demens. Studien viser at som familie har en ett spesielt bånd, slik som mor-datter bånd. Det ble brukt humor og vitser slik at personen med demens skulle føle tilhørighet, verdighet og inkludering. Når personer med demens flytter inn på sykehjem er det viktig at en også etablerer relasjoner i lag med de ansatte på avdeling. Dette har jeg erfart i praksis er viktig både for at personen med demens får en god og stabil hverdag på sykehjemmet, men også for

at pårørende kan føle trygghet på at deres nære blir godt ivaretatt. Når personen med Alzheimer sykdom flytter på sykehjem tilbringer de alle sine timer i lag med de ansatte på avdelingen. Altså er det personale som blir deres hverdagslige kontakt. Dette kan føles vanskelig for de som er pårørende da de er vant med å være i denne posisjonen. Min erfaring tilsier at dersom pleierne kommuniserer godt i lag med pårørende, føler de seg mer trygg på at deres nære er i et godt miljø de kan trives i. Dette medfører at pårørende også kan senke skuldrene sine. Forskning viser at dersom en som sykepleier lytter, viser forståelse og tar seg tid til gode samtaler, vil personen med demens få økt trivsel. For å få til de gode samtalene kreves det kompetanse hos sykepleier, samt at en følger vilkårene til personen med demens (Söderlund et al., 2015). Travelbee sin sykepleieteori forteller at en kan oppnå effektiv kommunikasjon til tross for at et menneske-til-menneske-forhold ikke har oppstått. Derimot forteller hun at kommunikasjon er en prosess en kan bruke som sykepleier når en skal etablere et menneske-til-menneske-forhold. Dette forholdet identifiseres av en erfart opplevelse eller flere erfaringer mellom sykepleier og den syke og det kjennetegnes ved at en ivaretar sykepleiebehovet (Travelbee, 1999, s.136). Når en pasient har Alzheimer sykdom er det ofte en stor belastning for pårørende til personen. Det kan være ektefelle, barn, annen familie eller andre bekjentskap. Utover i forløpet vil en ha behov for avlastning på sykehjem. Noen begynner med avlastnings/korttidsopphold og rulleringsplasser før de går over til fast plass på sykehjemmet. Andre får fast plass med en gang. Vanlige årsaker til at en må flytte inn på et sykehjem er at pårørende får endret helsetilstand, personen med Alzheimer sykdom ikke kan være alene eller andre symptomer ved Alzheimer som vandring, inkontinens og utfordrende atferd. Det er også svært vanlig at pårørende føler seg utslitt og har behov for avlastning ettersom sykdommen forverrer seg (Jakobsen & Homelien, 2011, s.140). Det kan føles veldig vanskelig og utfordrende å ta beslutning om at den syke skal flyttes til sykehjem. Ektefeller kan føle brudd på avtaler de har laget om å holde sammen for alltid og barn kan føle det vanskelig når de skal ta beslutninger på vegne av foreldrene sine. Media gjør heller ikke alltid prosessen enklere når sykehjem kan bli omtalt i negative former (Jakobsen & Homelien, 2011, s.141). Å etablere relasjoner avhenger av at en påtar seg et moralsk ansvar. En skal da respektere den andre og se den som den de er. Dette ansvaret må en spesielt ivareta som helsepersonell. Dette fordi som helsepersonell skal en opptre profesjonelt og hjelpe de som er sårbare (Eide & Eide, 2018, s.86).

Dersom en ikke klarer å etablere gode relasjoner, som sykepleier i lag med personen med Alzheimer sykdom, kan dette få konsekvenser. I følge Walmsley og McCormack (2017) kan

personer med demens oppleve vanskeligheter ved å beskrive opplevelser de har i hverdagen. Dette kan føre til at de trekker seg tilbake, isolerer seg fra sosialisering eller føler eksistensiell hjemløshet. De er avhengige av at sykepleier opprettholder og etablerer relasjoner rundt dem. Som sykepleier kan det være flere utfordringer når en skal etablere disse relasjonene. Personer med demens kan til tider være vanskelig å forstå av flere grunner. Noen har mistet sitt verbale språk, mens andre prater utydelig og usammenhengende. Det er ikke bare helsepersonell som kan ha problemer med å kommunisere og opprettholde forhold i lag med personer som har demens. Det er vist i forskningsstudie at pårørende og familie rundt også kan ha vansker med å opprettholde god kommunikasjon. De opplever travle hverdager med jobb og rutiner, dersom disse hverdagslige gjøremålene tar vekk fokuset fra kommunikasjonen i lag med personer med demens kan en oppleve at de blir frustrert og ikke føler tilhørighet til familien (Söderlund et al., 2015). Erfaringen min i fra praksis er at personer med Alzheimer sykdom knytter sterke bånd med helsepersonellet på avdelingen sin. Det personalet som jobber ofte og jevnlig skaper tillit og relasjoner i lag med beboerne. En ser i praksis at når det starter nye helsepersonell på avdelingen, trekker beboerne seg til det faste personalet. De er kjente og gir en trygghet. Det er da viktig at de faste ansatte på avdeling veileder og hjelper til slik at det lettere etableres relasjoner til de nye på avdelingen. Utifra sykepleieteorien Travelbee presenterer må en gjennomgå fire stadier for å kunne oppnå et menneske-til-menneske-forhold. En ønsker å oppnå dette forholdet som sykepleier, slik at en ikke bruker stereotype titler som «sykepleier» og «pasient» rollene. Ved å relatere seg som mennesker til hverandre kan en oppnå gjensidig forståelse og kontakt. De fire stadiene en går igjennom er presentert tidligere i oppgaven og det er de som vil være et overordnet mål når en utøver sykepleie (Travelbee, 1999, s.211-213). For å etablere relasjoner kan en bruke kommunikasjon for å skape en felles mening, men en er avhengig av å bli forstått og å forstå den andre. Det vil si at når den ene personen uttrykker seg må den gjøre seg forstått slik at den andre personen forstår og kan respondere. En kan også kommunisere dårlig, det kan være preget av lukkethet og usikkerhet, samt at det kan være uklarheter med det innholdet eller sosiale budskapet en ønsker å få frem. Det er når kommunikasjon blir uklar at en kan møte på misforståelser, utrygghet, angst og mistenksomhet. Når dette skjer skaper en ikke den gode relasjon, tverimot skapes det forvirring, uro og ensomhet (Wogn-Henriksen, 2020, s.88 & 89).

5.3 Kunnskap

Når en arbeider i lag med personer med Alzheimer sykdom på et sykehjem er det viktig at en tilegner seg kunnskap slik at en skaper et godt miljø de trives i. I forskningen til Heggstad og Slettebø (2015) forklarer de at kunnskap om hva personer med demens gjør selv for å opprettholde sin identitetsverdighet er viktig å kunne noe om. Dette er fordi personer med demens er sårbare og mye av verdigheten deres er i fare. Som sykepleier må en derfor kunne vite hvordan en kan ivareta og opprettholde deres verdighet når de bor på sykehjem. Forskningen sier at personer med demens bruker historiefortellinger for å skape sikkerhet i livet, samt for å opprettholde sin identitet. Som helsepersonell er det derfor viktig at en har kunnskap, slik at en tar seg tid og lytter på det de forteller (Heggstad & Slettebø, 2015). Min erfaring fra praksis er at personer med Alzheimer sykdom har et sterkt behov for å ivareta deres egen verdighet. De gjennomgår flere prosesser i sin sykdom som gjør at de etter hvert som sykdommen utvikler seg kan ha større pleiebehov. Enhver person som gjennomgår disse prosessene, vil kunne føle at deres verdighet svekkes. Som sykepleier kan en bidra til å ivareta verdigheten deres som forskning tilsier ved å lytte på dem når de forteller sine historier. Fra praksis har jeg erfart at avdelinger skriver en dagbok eller et hefte om hvordan livet til personen med Alzheimer sykdom var før sykdommen. Ved hjelp ifra pårørende skriver en inn hvilke yrker de har hatt, søsken, livssyn, historier eller andre viktige hendelser i livet deres. På denne måten kan alle som arbeider på avdelingen få ett innblikk i hvem personen er bak Alzheimer sykdommen. Ved å skrive disse dagbøkene kan en hjelpe personen med Alzheimer sykdom og mimre tilbake slik at de kan få følelse av identitetsverdighet. I Norge har en utviklet en demensplan, som er en femårig plan. Denne skal sørge for at de personene som lever med syndromet demens, skal få bedre kvalitet på omsorgen. Man ønsker at samfunnet skal bli mere vennlig overfor personer med demens, her skal alle bli inkludert, alle er likeverdige og en skal vise forståelse (Helse- og omsorgsdepartementet, u.å.). Forskningsstudien til Stanyon et al. (2018) hevder at en trenger forbedringer og mer kunnskap om effektiv kommunikasjon. Det er dette som er avgjørende for at en skal kunne etablere et forhold mellom pleier og den som en gir omsorg til. Ved å skape et godt forhold lærer man hvilke omsorgsbehov den enkelte har, og dette kan forbedre atferden og trivselen på sykehjemmet. Studien antar at dersom en er i stand til å bruke kommunikasjon med egenskaper som er optimale, kan man bedre forstå personen med demens og deres behov. Det konkluderes også i studien at dersom man bruker direkte instruksjoner i kommunikasjonen bidrar dette til en effektiv kommunikasjon (Stanyon et al., 2018). Travelbee sier i sin sykepleieteori at når en bruker kommunikasjonsteknikker har man en hensikt med det og en ønsker å nå et mål. I

begynnelsen, når en skal lære å kjenne et menneske og etablere et forhold slik at en kan ivareta deres behov, er det nyttig med flere konkrete teknikker. Allikevel finnes det ikke noe fasit på hvilke teknikker som passer den individuelle. Som sykepleier burde en ha en grunnleggende holdning som viser at en bryr seg om det andre vedkommende og engasjerer seg i dem. Noen teknikker som blir nevnt i Travelbee sin sykepleieteori er speiling eller parafinering, å dele sanseinntrykkene en ser og at en bruker klisjer bevisst (Travelbee, 1999, s. 153-157). En må altså ha kunnskap om de ulike teknikkene slik at en kan finne ut hvilken som vil ha mest hensikt i kommunikasjon i lag med ulike personer med demens.

Dersom en som sykepleier ikke har tilegnet seg kunnskap om hvordan personer med demens kommuniserer, kan dette medføre angst og tilbaketrekking fra å sosialisere seg (Stanyon et al., 2018). Heggstad og Slettebø (2015) sier at dersom en opprettholder verdighet for sine beboere blir dette sett på som god utøvd sykepleie. Dersom en ikke har kunnskapen om hva som skal til for å oppretthold verdigheten kan en svekke vedkommende sin verdi som menneske. Når kommunikasjonen svikter for personen med Alzheimer sykdom kan dette medføre frustrasjon, sinne og tristhet. Forskingen til Söderlund et al. (2015) hevder at sykepleiere kommuniserer mindre i lag med personer med demens som har kommunikasjons vansker enn de som ikke har det. Som et enkeltindivid har man ett behov for sosialisering og intellektuell stimulering. Dette behov viser forskningen deres at ikke alltid blir tilfredsstilt. Ettersom at personer med demens kan ha problemer med å uttrykke seg både verbalt og non-verbalt. Sykepleieren har derfor behov for kunnskap slik at de kan være en god støttespiller. I praksis erfarer jeg at slik som forskningen til Söderlund et al. (2015) forteller at personer med Alzheimer sykdom, som ikke har evnen til å kommunisere verbalt eller uttrykke seg, får mindre stimuli. Dette kan være fordi pleierne ikke vet hva de skal gjøre siden de ikke kan føre samtaler, eller de ikke ser behovet for å prøve ettersom at de ikke vil få noe respons. I praksis er min erfaring at de som har evne til å kommunisere og til tider klarer å føre små samtaler får mer oppmerksomhet og stimuli. Travelbee (1999) sier at kommunikasjon har flere fallgruver. Det nevnes at kommunikasjon oppstår dersom både avsender og mottaker forstår budskapet. Dersom kommunikasjon svikter har enten mottaker eller avsender misforstått budskapet. Noen av hovedårsakene til at kommunikasjonen kan bli misforstått er dersom en ikke oppfatter den andre parten som noe unikt og som et enestående menneske. Dette kan være stereotypisering eller at man har oppgjort seg en mening på forhånd. En annen grunn til at kommunikasjonen kan svikte, er dersom man har ulike oppfatninger av betydningen til budskapet (Travelbee, 1999, s.158 & 159). Når en som sykepleier arbeider i lag med personer

med Alzheimer sykdom, må en ha bred kunnskap. Slik kan en best kommunisere med personen ut ifra hvilket stadium av Alzheimer sykdom vedkommende er i. Dersom personen har langtkommen demens vil ordproduksjonen ofte gå tapt, en bruker flere pauser, mere nøling og personen kan lage opp egne ord. Den indre mentale prosessen stopper opp når den språklige kommunikasjonen svekkes eller er fraværende. Selv om de klare emosjonelle uttrykkene, er fraværende kan det fremdeles være indre liv i personen. Tiltross for at kommunikasjonen svikter har en ofte innebyggede ferdigheter i seg. Slik som å hilse på noen eller betydningen av å stryke på kinnet (Wogn-Henriksen, 2020, s.108 & 109).

6. Konklusjon

For at personer med Alzheimer sykdom skal få en god hverdag på sykehjemmet er det viktig at en utøver sykepleie som etablerer gode relasjoner og bygger på tillit. For at man skal kunne bygge relasjoner og skape menneske-til-menneske-forhold er god kommunikasjon et viktig redskap. En må se personen med Alzheimer sykdom med et unikt blikk og likeverd. Det kan være flere utfordringer når en skal kommunisere i lag med personer som har Alzheimer sykdom. Relasjonene med pårørende kan være en stor ressurs i forholdet til kunnskapen om det tidligere liv til personen med Alzheimers sykdom. Gode relasjoner med de pårørende gir også dem en bedre hverdag når man vet at deres nære blir godt ivaretatt. Erfaringsmessig opplever jeg i praksis at dersom en møter personen med Alzheimer sykdom med åpenhet og et smil, viser man at en er imøtekommende. Som sykepleier må en evne å se hvem personen er bak sykdommen sin. Dette er oftest mennesker som har levd lange liv og erfart mye. En må kunne opparbeide seg kunnskap om hvilke kommunikasjonsstrategier som kan ha positiv effekt på kommunikasjonen, da dette vil gjøre det enklere å kunne skape gode relasjoner. Tid er også viktig. Det er veldig viktig å gi personer med Alzheimers sykdom tid og ikke fremskynde ting eller samtaler. I forhold til tid er det også ofte viktig å kun gjøre en ting om gangen.

Som tidligere nevnt vokser bare tallet på hvor mange som utvikler syndromet demens i Norge, man har derfor utarbeidet en demensplan. Norge ønsker med denne planen at personer med Alzheimer sykdom skal få en bedre hverdag på sykehjemmet og som forskningen i denne oppgaven viser er god kommunikasjon en viktig nøkkel. Videre for at en kan utvikle enda bedre kommunikasjon mellom helsepersonell og personer med Alzheimer sykdom kan en forske mer på kommunikasjonsstrategier. Det trengs mer kunnskap om hva god kommunikasjon er og hvilke metoder som vil være mest hensiktsmessig i lag med personer med Alzheimer sykdom.

7. Referanseliste

Brodtkorb, K & Hauge, S. (2020). Sykepleie i sykehjem: Sykehjemmet som institusjon. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasient* (3.utgave, s. 262-281). Oslo: Gyldendal.

Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7.utgave). Oslo: Gyldendal akademisk.

Det norske akademis ordbok. (u.å.). Tillit. Hentet fra <https://naob.no/ordbok/tillit>

Eide, H. & Eide, T. (2018). *Kommunikasjon i relasjoner: personorientering, samhandling, etikk* (3.utgave). Oslo: Gyldendal.

Engedal, K. (2016). *En bok om demens: Husk meg når jeg glemmer*. Oslo: Pax forlag.

Engedal, K. & Haugen, P. K. (2018). Demens: Begreper og definisjoner. I K. Engedal & P. K. Haugen (Red.), *Demens: sykdommer diagnostikk og behandling* (s. 14-28). Tønsberg: Aldring og helse.

Engedal, K. & Haugen, P. K. (2018). Demens: Forekomst av ulike typer demens. I K. Engedal & P. K. Haugen (Red.), *Demens: sykdommer diagnostikk og behandling* (s. 14-28). Tønsberg: Aldring og helse.

Engedal, K. & Haugen, P. K. (2018). Alzheimers sykdom den hyppigste årsaken til demens. I K. Engedal & P. K. Haugen (Red.), *Demens: sykdommer diagnostikk og behandling* (s. 60-89). Tønsberg: Aldring og helse.

Engedal, K. & Haugen, P. K. (2018). Alzheimers sykdom den hyppigste årsaken til demens: Risikofaktorer for alzheimer sykdom. I K. Engedal & P. K. Haugen (Red.), *Demens: sykdommer diagnostikk og behandling* (s. 60-89). Tønsberg: Aldring og helse.

Engedal, K. & Haugen, P. K. (2018). Alzheimers sykdom den hyppigste årsaken til demens: Symptomer i tidlig fase. I K. Engedal & P. K. Haugen (Red.), *Demens: sykdommer diagnostikk og behandling* (s. 60-89). Tønsberg: Aldring og helse.

- Engedal, K. & Haugen, P. K. (2018). Alzheimers sykdom den hyppigste årsaken til demens: Symptomer i en senere fase. I K. Engedal & P. K. Haugen (Red.), *Demens: sykdommer diagnostikk og behandling* (s. 60-89). Tønsberg: Aldring og helse.
- Engedal, K. & Haugen, P. K. (2018). Alzheimers sykdom den hyppigste årsaken til demens: Symptomer i slutfasen. I K. Engedal & P. K. Haugen (Red.), *Demens: sykdommer diagnostikk og behandling* (s. 60-89). Tønsberg: Aldring og helse.
- Engedal, K. & Haugen, P. K. (2018). Alzheimers sykdom den hyppigste årsaken til demens: Behandling. I K. Engedal & P. K. Haugen (Red.), *Demens: sykdommer diagnostikk og behandling* (s. 60-89). Tønsberg: Aldring og helse.
- Heggestad, A. K. T. & Slettebø, Å. (2015). How individuals with dementia in nursing homes maintain their dignity through life storytelling – a case study. *Journal of clinical nursing*, 2323-2330. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1111/jocn.12837>
- Helsebiblioteket. (2016, 3.juni). Sjekklistor. Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>
- Helsenorge. (2019, 19.desember). Tilbud til pårørende til personer med demens. Hentet fra <https://www.helsenorge.no/sykdom/demens/tilbud-til-paerorende-til-personer-med-demens/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (u.å.). Demensplan 2025. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/b3ab825ce67f4d73bd24010e1fc05260/demensplan-2025.pdf>
- Jakobsen, R. & Homelien, S. (2011). *Pårørende til personer med demens: om å forstå, involvere og støtte*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J. (2017). Sykepleiefagets teoretiske utvikling- en historisk reise: Sykepleieteoriens aktualitet og relevans. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E. Skaug &

G. H. Grimsbø (Red.), Grunnleggende sykepleie: Pasientfenomener, samfunn og mestring (3.utgave, bind 3, s.15-80). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N. J. (2017). Sykepleiefagets teoretiske utvikling- en historisk reise: Fire teorier - fire ulike perspektiver på sykepleien. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), Grunnleggende sykepleie: Pasientfenomener, samfunn og mestring (3.utgave, bind 3, s.15-80). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N. J. (2017). Sykepleierens ansvar og arbeidsområder i helsetjenesten: Refleksjon. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), Grunnleggende sykepleie: Sykepleie – fag og funksjon (3.utgave, bind 1, s.193-266). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Lin, C., Namdar, P., Griffiths, M. D. & Pakpour, A. H. (2020). Mediated roles of generalized trust and perceived social support in the effects of problematic social media use on mental health: A cross-sectional study. *Health Expectations*, 165-173.
<https://doi.org/10.1111/hex.13169>

Nasjonalforening for folkehelsen. (2020, 9.desember). Hva er demens? Hentet fra <https://nasjonalforeningen.no/demens/hva-er-demens/>

Pasient- og brukerrettighetsloven. (2001). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/KAPITTEL_1#§1-3

Skovdahl, K. (2020). Kognitiv svikt og demens: Demens. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasient* (3.utgave, s. 416-441). Oslo: Gyldendal.

Slettebø, Å. & Pedersen, R. (2020). Juridiske rammer og etiske utfordringer: Sentrale temaer i helsejussen. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasient* (3.utgave, s. 216-231). Oslo: Gyldendal.

- Stanyon, M., Thomas, S., Gordon, A. & Griffiths, A. (2018). Effects of care assistant communication style on communicative behaviours of residents with dementia: a systematic multiple case study. *Scandinavian journal of caring sciences*, 207-214. <https://doi.org/10.1111/scs.12622>
- Söderlund, M., Cronqvist, A., Norberg, A., Ternestedt, B. & Hansebo, G. (2015). Conversations between persons with dementia disease living in nursing homes and nurses – qualitative evaluation of an intervention with the validation method. *Scandinavian journal of caring sciences*, 37-47. <https://doi.org/10.1111/scs.12219>
- Thidemann, I. J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2.utgave). Oslo: Universitetsforlaget.
- Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelig forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Walmsley, B. & McCormack, L. (2017). Moderate dementia: relational social engagement (RSE) during family visits. *Aging and mental health*, 954-963. <https://doi.org/10.1080/13607863.2017.1326462>
- Wilson, R., Rochon, E., Mihailidis, A. & Leonard C. (2011). Examining success of communication strategies used by formal caregivers assisting individuals with Alzheimer's disease during an activity of daily living. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 328-341. [https://doi.org/10.1044/1092-4388\(2011/10-0206\)](https://doi.org/10.1044/1092-4388(2011/10-0206))
- Wogn-Henriksen, K. (2020). Kommunikasjon: Hva er kommunikasjon?. I A. M. M. Rokstad & K. L. Smebye (Red.), *Personer med demens: Møte og samhandling* (2.utgave, s.86-113). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Wogn-Henriksen, K. (2020). Kommunikasjon: Hva kan vi gjøre?. I A. M. M. Rokstad & K. L. Smebye (Red.), *Personer med demens: Møte og samhandling* (2.utgave, s.86-113). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

Wogn-Henriksen, K. (2020). Kommunikasjon: Noen kommunikasjonsprinsipper i demensomsorgen. I A. M. M. Rokstad & K. L. Smebye (Red.), *Personer med demens: Møte og samhandling* (2.utgave, s.86-113). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

8. Vedlegg

VEDLEGG 1- Søketablell

Database: Academic Search Elite, hentet 19.03.2021

Nummer	Søkeord/Term	Avgrensinger (limit)	Resultat (antall)
S1	Alzheimer disease		104 513
S2	Dementia		116 464
S2	Nurse		271 954
S3	Communication		54 339
S4	S1 OR S2		157 793
S5	S2 AND S3 AND S4	*siste 10 år *full tekst	26

Søket resulterte i 26 artikler, hvor alle overskrifter og nesten alle sammendrag ble lest. Valgte ut to relevante artikler: Stanyon et al. (2018) *Effects of care assistant communication style on communicative behaviours of residents with dementia: a systematic multiple case study*. Artikkelen er inkludert i oppgaven fordi den ser på varierte kommunikasjonsstiler en sykepleier bruker, og hvordan det påvirker en person med demens.

Söderlund et al. (2015) *Conversations between persons with dementia disease living in nursing homes and nurses – qualitative evaluation of an intervention with the validation method*. Studien inkluderes fordi den handler om kommunikasjon mellom en person med demens og en sykepleier, hvor en ser på ulike kommunikasjonsformer.

Database: Academic Search Elite, hentet 19.03.2021

Nummer	Søkeord/Term	Avgrensinger (limit)	Resultat (antall)
S1	Dementia		116 464
S2	Caregiver support		4 558
S3	Family relations		29 407
S4	Trust		291 257

S5	S2 OR S3		33 776
S6	S1 AND S4 AND S5	*siste 10 år *Full tekst	13

Dette resulterte i 13 artikler, leste sammendrag og metode delen av alle artiklene. Valgte en artikkel: Walmsley & McCormack. (2017) *Moderate dementia: relational social engagement (RSE) during family visits*. Denne artikkelen ble inkludert i oppgaven fordi den viser hvordan kommunikasjonen mellom nære pårørende og personer med demens, ved gode samtaler og utfordrende samtaler kan forekomme.

Database: Cinahl, hentet 03.03.2021

Nummer	Søkeord/Term	Avgrensinger (limit)	Resultat (antall)
S1	Alzheimer´s disease		42 684
S2	Dementia		66 531
S3	Caregiver		71 437
S4	Family caregiver		11 056
S5	Communication		196 398
S6	S1 OR S2		93 915
S7	S3 OR S4		71 437
S8	S5 AND S6 AND S7	*siste 10 år *full tekst	97

Søket fikk 97 artikler. Leste alle overskrifter og de fleste sammendrag. Valgte en relevant artikkel: Wilson et al. (2011) *Examining success of communication strategies used by formal caregivers assisting individuals with Alzheimer´s disease during an activity of daily living*. Denne artikkelen ble valgt fordi den tar for seg ulike kommunikasjonsstrategier en omsorgsarbeider bruker ovenfor en person med Alzheimer sykdom. Den konkluderer i hvilke strategier som anbefales å bruke og hvorfor. Denne artikkelen ble tatt med selvom den er 11 år gammel fordi den er fornyet.

Database: PubMed, hentet 21.03.2021

Nummer	Søkeord/Term	Avgrensinger (limit)	Resultat (antall)
S1	Dementia AND nurse AND nursing home AND communication	*Siste 10 år *Full tekst *Nursing journals	55

Søket resulterte i 55 artikler, leste alle overskrifter og de fleste sammendrag. Valgte ut en relevant artikkel: Heggstad & Slettebø (2015) *How individuals with dementia in nursing homes maintain their dignity through life storytelling – a case study*. Denne artikkelen ble valgt ut fordi den ser på viktigheten ved at sykepleiere ivaretar verdigheten hos beboerne med demens. Dette kan en gjøre ved å lytte på når de prater om sine livshistorier.

VEDLEGG 2- Litteratormatrise

Forfatter(e) Tidsskrift Land Publiseringsår	Tittel	Hensikt	Metode og datasamling	Utvalg	Resultat
Stanyon, Thomas, Gordon & Griffiths Scandinavian journal of caring sciences Storbritannia 2018	<i>Effects of care assistant communication style on communicative behaviours of residents with dementia: a systematic multiple case study</i>	Hensikten til studien var å finne ut om kommunikasjonsstilen til helsepersonell påvirker kommunikative oppførselen til personer med demens.	Kvantitativ metode Flere systematisk design av casestudier Videoopptak av morgenstell korrelasjonsanalyse 3 kommunikasjonsstrategier Direkte instruksjon, pause tilstand i fem sekunder før gjenta eller gi ny instruksjon og kommunikasjon som vanlig.	2 damer med Alzheimer sykdom og 1 dame med vaskulær demens. Gjennomsnittsalder var 87 år 3 helsepersonell fra et privat sykehjem i Storbritannia 2 menn og 1 dame Gjennomsnittsalder var 33,3 år	Personene med demens reagerte med positiv kommunikative oppførsel ved bruk av direkte instrukser. Pause tilstanden ble ikke brukt nok i studien til at den kunne bli vurdert.

<p>Söderlund, Cronqvist, Norberg, Ternstedt & Hansebo</p> <p>Scandinavian journal of caring sciences</p> <p>Sverige 2015</p>	<p><i>Conversations between persons with dementia disease living in nursing homes and nurses – qualitative evaluation of an intervention with the validation method.</i></p>	<p>Hensikten med denne studien var å belyse handlinger og reaksjoner en person med demens har i løpet av en en-til-en samtale med en sykepleier. Studien varte i et år hvor sykepleierne øvde på validerings metoden.</p>	<p>Kvalitativ metode. Naturalistisk design.</p> <p>8 videoopptak av en-til-en samtaler, fire fra begynnelsen av studien og fire fra slutten av studien. Minst fem måneder mellom første og siste video.</p>	<p>4 personer med demens fra moderat til alvorlig grad En med alvorlig synsnedsettelse og to med hørselsproblemer Damer, gjennomsnittsalder på 86,5 år 2 sykepleiere med lisens 2 sykepleieassistenter Damer, gjennomsnittsalder på 50,5 år Gjennomsnittserfaring på 11,5 år</p>	<p>Reaksjonene og handlingene til damene med syndromet demens ble delt inn i fire kategorier. I kategori en var en uinteressert eller ikke i stand til å snakke. Den andre var å snakke om mer enn ett samtaleemne i en samtale. Det tredje var å prøve å si hvilke tanker en hadde i hodet. Den siste kategorien var å snakke fritt om hvilke tanker en har i hodet. Studien viser at dersom personen med demens kan utnytte sine gjenværende evner til å kommunisere, samt at sykepleiere støtter dem på samme måte, ser</p>
--	--	---	---	---	--

					det ut til å øke personers velvære så vel som at de er rolige i samtalesituasjonen.
Walmsley & McCormack Aging and mental health Australia 2017	<i>Moderate dementia: relational social engagement (RSE) during family visits</i>	Hensikten med denne studien var søke sosial bevissthet og interaktive mønstre under familie besøk hos personer med demens på sykehjem.	Kvalitativ metode Fenomenologisk studie Videoopptak, 2 sesjoner på 15 minutter	5 familiegrupper, 12 personer totalt inkludert personen med demens Gjennomsnittsalder personene med demens var 81,5 år Gjennomsnittsalder på familien var 54,7 år 3 forskjellige sykehjem	Studien hadde et overordnet tema relasjonelt sosialt engasjement (RSE) og to undertemaer som var inn-steg og ut-av-steg. I inn-steg viser personene med demens seg avslappet og responsiv. Derimot under ut-av-steg viser personen med demens ikke interesse, fremstår bevoktet og kan svare med irritasjon på spørsmål. RSE oppstod både under inn-steg og ut-av-steg.
Wilson, Rochon,	<i>Examining success of communication strategies used by</i>	Studien sin hensikt var å undersøke formelle omsorgspersoner bruke	Kvantitativ metode. Systematisk observasjonsdesign.	12 personer med moderat til alvorlig	Funnene fra verbal kommunikasjon forteller at bruk av en tanke om

<p>Mihailidis & Leonard Journal of Speech, Language, and Hearing Research Canada 2011</p>	<p><i>formal caregivers assisting individuals with Alzheimer's disease during an activity of daily living</i></p>	<p>oppgavefokuserede kommunikasjonsstrategier, som verbale og ikke verbale strategier under en dagliglivsaktivitet som håndvask.</p> <p>Forfatterne av studien hadde en hypotese at de mest fordelaktige strategiene omsorgspersonene ville bruke var en proposisjon, lukkede spørsmål og repetisjon.</p>	<p>Ordrett transkripsjon 72 Videoopptak av håndvaskøkter</p>	<p>grad av Alzheimer sykdom. 11 damer og 1 mann Aldri hatt hjerneslag, depresjon, psykose, alkoholisme, rusmisbruk eller fysisk aggresjon mot omsorgspersoner samt de var høgrehendte Gjennomsnittsalder var 88,1 år 2 sykepleiere 10 helsepersonell Damer, gjennomsnittsalder var 53.5 år Minst 1 år erfaring og engelske talende</p>	<p>gangen, lukkede spørsmål og repetisjoner etter rekkefølge var mest brukte, slik som forfatternes hypotese antydte før studien startet. Ikke verbal kommunikasjon viser at guidet berøring, peking på objekter, gi personen et objekt og demonstrere en handling var mest brukt under håndvaskøkten.</p>
---	---	---	--	---	--

<p>Heggestad & Slettebø</p> <p>Journal of clinical nursing</p> <p>Norge</p> <p>2015</p>	<p><i>How individuals with dementia in nursing homes maintain their dignity through life storytelling – a case study</i></p>	<p>Studien presenterer og diskuterer hva personer med demens gjør selv for at de skal opprettholde og fremme sin verdighet av identitet på sykehjem.</p>	<p>Kvalitativ metode</p> <p>Fenomenologisk og hermeneutisk design.</p> <p>Observasjoner og kvalitative intervjuer</p>	<p>15 personer med demens totalt i studien</p> <p>3 saker/historier bygget på deltakerobservasjon og kvalitative intervjuer med 5 personer i hver gruppe.</p> <p>2 Sykehjem, en spesialomsorgsenhet og en generell enhet</p>	<p>Personer med demens kan bruke historier som en måte å opprettholde og vise sin identitet på. En ser på dette som ivaretagelse av verdigheten.</p> <p>Helsepersonell må lytte til personen som prater slik at følelsen av verdigheten kan oppstå.</p>
---	--	--	---	--	---