



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

EKSAMENSINNLEVERING

Emnenavn: Emne 5

Emnekode:

SYKSB/SYKHB 3001 - Bacheloroppgave

Eksamensform: Hjemmeeksamen

Leveringsfrist: 18.02.10

Kandidatnr: 8

Antall ord: 7732



Bilde 1.

Når de gamle mister seg selv...

Kommunikasjonens betydning i arbeid med pasienter i en langtkommen fase av Alzheimer- hvilke krav stiller kommunikasjonen til sykepleiere i praksis?

When the old ones loose themselves...

The communication importance of communication in working with patients in the later stages of Alzheimer- the requirements of the communication in the practice of nurses?

Sammendrag

Bakgrunn: En av retningslinjene for å skrive denne oppgaven var at temaet var knyttet opp til en praksisperiode i min sykepleieutdanning. Av denne grunn tok jeg utgangspunkt i min sykehjemspraksis hvor jeg var utplassert på en aldersdement skjermet avdeling. Forekomsten av demens øker med stigende alder. Av alle mennesker som får demens utgjør 60 % Alzheimer sykdom (Brækhus et al, 2005). Sykdommen fører til svikt i psykologiske prosesser som f. eks kommunikasjon (Engedal & Haugen, 2005).

Hensikt: I oppgaven drøftes kommunikasjonens betydning i arbeid med pasienter med langtkommen Alzheimer, samt hvilke kommunikasjonsmessige krav som stilles til sykepleiere i praksis. Min hensikt med å skrive denne oppgaven var at jeg ønsket at den skulle være nyttig seg for sykepleiere i praksis.

Metode: Denne oppgaven er inspirert av et litteraturstudie. For å få drøftet og belyst problemstillingen ble det i oppgaven anvendt data og funn fra vitenskapelige forskningsartikler, faglitteratur, samt personlig erfaring. I søk etter vitenskapelige forskningsartikler ble det søkt på følgende helsefaglige artikkelbaser: Svemed+, Vård i Norden og ProQuest.

Resultat: Kommunikasjon er av betydning i sykepleie ettersom vanskeliggjort kommunikasjon blir beskrevet som en av de største påkjenningene ved Alzheimer sykdom. Funn fra vitenskapelige artikler viser også at man gjennom kommunikasjon kan avdekke subjektivt ubehag hos pasientene. Kommunikasjon er en faglig utfordring for sykepleiere som stiller ulike krav som ferdigheter og kunnskap, etikk, empati og målorientering. Man kan bli dyktige i kommunikasjon til pasienter med langtkommen Alzheimer, men det er en livslang prosess som er av betydning hos både for sykepleier og hos pasienten.

Abstract

Background: One of the guidelines for writing this task was that the topic was linked to a practice in my nursing education. For this reason I took the point in my nursing practice, where I was stationed at the age dementia shielded section. The incidence of dementia increases with increasing age. Of all the people who have dementia account for 60 % Alzheimer's disease (Brækhus et al, 2005). The disease leads to failure in psychological processes such as communication (Engedal & Haugen, 2005).

Aim: This task discusses communication importance in working with patients in the later phase of Alzheimer's disease, as well as the communication-related requirements for nurses in practice. My purpose in writing this thesis was that I wished that it would be useful for nurses in practice.

Method: This task is inspired by a study of literature. To get discussed and illuminate the current problem there was applied data and findings from scientific articles, literature and personal experience. In the search for scientific research articles there were sought on the following health professional article databases: Svemed +, Vård in the Nordic and ProQuest.

Result: Communication is important in nursing as impeded communication is described as one of the major strains of Alzheimer`s disease. Findings from scientific articles also show that through communication can reveal subjective discomfort to patients. Communication is a professional challenge for nurses who place different demands that skills and knowledge, ethics, empathy and goal orientation. One may be skilled in communication to patients in the later phase of Alzheimer's disease, but it is a lifelong process that is of importance for both parts, the nurse and patient.

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	i
Abstract	ii
FORORD	v
1 INNLEDNING	1
1.1 Oppgavens problemstilling, formål og oppbygning	1
1.2 Oppgavens avgrensninger	1
2 METODE	2
2.1 Definisjon av metode	2
2.2 Forskningsmetode	2
2.3 Datainnsamling, valg av kilder og søkeord	2
Datainnsamling	2
Valg av kilder	3
Søkeord	4
3 ALZHEIMER SYKDOM	6
3.1 Aldersdemens	6
3.2 Alzheimers sykdom	7
Første fase	7
Andre fase	7
Tredje fase	8
4 MILJØBEHANDLING	9
4.1 Begrepet miljøbehandling og miljøterapi	9
4.2 Det psykososiale miljøet	9
5 KOMMUNIKASJON	10
5.1 Begrepet kommunikasjon	10
5.2 Verbal og nonverbal kommunikasjon	10
5.3 Det friske menneskets kommunikasjon	10
5.4 Den demensrammedes kommunikasjon	10
5.5 Profesjonell kommunikasjon	11
5.6 Ulike typer kommunikasjon	12
5.7 Kommunikasjonsredskaper	13
5.8 Joyce Travelbee- sykepleiers oppgave i kommunikasjon	15
6 DRØFTING	16

6.1 Språklige endringer hos personer med Alzheimer.....	16
6.2 Miljøbehandling.....	16
6.3 Kommunikasjonens betydning.....	17
6.4 Kommunikasjonens krav til sykepleiere.....	18
Kommunikasjon- Et innholdsaspekt og et relasjonsaspekt.....	19
Kunnskap og ferdigheter.....	19
Empati og respekt.....	21
Etikk.....	22
Målorientering.....	23
7 KONKLUSJON.....	24
LITTERATURLISTE.....	25
Bilder.....	28
Sitat.....	28

FORORD

Først vil jeg rette en stor takk til veilederen min, som har gitt meg gode tilbakemeldinger og råd gjennom oppgaveprosessen. Takk for et godt samarbeid.

For å skrive denne oppgaven var en av retningslinjene at temaet jeg valgte var knyttet opp til en av praksisperiodene i min sykepleieutdanning. Jeg tok utgangspunkt i min praksis på sykehjem, hvor jeg var utplassert på en aldersdement skjermet avdeling. Det var interessen jeg opparbeidet meg i praksis som avgjorde at mitt tema ble innen alderdemens. I tillegg til erfaring fra sykehjemspraksis har to av mine besteforeldre fått konstatert diagnosen Alzheimer sykdom. Min mormor ble for noen år tilbake rammet av Alzheimer, og allerede da opplevde jeg som pårørende hvor vanskelig det var å kommunisere, og forstå denne sykdommen. Et familiemedlem som stod meg nært var rammet av en sykdom, en sykdom jeg ikke visste omfanget av. Ettersom årene gikk fikk jeg på nært hold erfare hvordan det var å gradvis "miste" henne, etter hvert som hun gradvis gikk mer og mer inn i sin egen forvirrende verden. Da min mormor var syk hadde jeg ingen erfaring innen sykepleie. I dag flere år senere ser jeg det som sykepleier med andre øyne. Nok et familiemedlem har fått diagnosen Alzheimer, min farfar. Min førforståelse for å skrive denne oppgaven er personlige erfaringer, samt kunnskap fra min sykepleiepraksis.



Bilde 2.

*"Man kan av og til helbrede,
ofte lindre og
alltid trøste."
(Hippokrates)
(Dramsdahl, 1999 s. 46)*

1 INNLEDNING

1.1 Oppgavens problemstilling, formål og oppbygning

I denne oppgaven skal jeg drøfte følgende problemstilling: *”Kommunikasjonens betydning i arbeid med pasienter med langtkommen Alzheimer- hvilke krav stiller kommunikasjon til sykepleiere i praksis?”* Mitt formål med å skrive denne oppgaven var at jeg ønsket å øke min forståelse av Alzheimer. Som hensikt med oppgaven ønsket jeg at den skulle ha en funksjon utover det og ”bare” være en bacheloroppgave, slik at den også kunne nyttiggjøre i praksis. Oppgaven har tittelen *”når de gamle mister seg selv”*.

Min oppgave er bygd opp som følger: Innledningsvis begrunnes valg av tema, presentasjon av problemstillingen og oppgavens avgrensninger. Deretter kommer et kapittel om metode, hvor jeg beskriver forskningsmetode, valg av kilder, søkeord og datainnsamling. De neste kapitlene består av teorideler: om Alzheimer sykdommens ulike symptomfaser, miljøterapi og kommunikasjon. Etter teoridelen følger en drøftingsdel hvor funn fra de vitenskapelige forskningsartiklene blir presentert. Oppgaven blir deretter avsluttet med en oppsummering i form av en konklusjon.

1.2 Oppgavens avgrensninger

- Til tross for at det i problemstillingen refereres til sykepleie profesjonen, er ikke oppgavens innhold spesifikk rettet mot sykepleiere, men rettes generelt mot helsepersonell og hvilke kommunikasjonsmessige krav som bør være tilstede hos sykepleiere i praksis.
- Konsentrerer meg om de pasientene med som befinner seg i 2 og 3 symptomfase av Alzheimers sykdom. Tar utgangspunkt i at pasientene er på institusjon og er over 65 år.
- Til tross for at miljøterapi ikke er nevnt i problemstillingen tas den tar med i oppgaven, ettersom tilrettelagt miljø er av betydning i kommunikasjon med pasienter med langtkommen Alzheimer.
- Nevner fire ulike typer kommunikasjon som blir brukt i demensomsorgen, men som følge av oppgavens begrensninger nevnes disse kort. Kort nevnes også tre kommunikasjonsredskaper som det ofte refereres til i faglitteraturen.

2 METODE

2.1 Definisjon av metode

En metode forteller oss noe om hvordan vi bør gå fram for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap (Dalland, 2007).

2.2 Forskningsmetode

Spørreskjema, intervju, observasjon og litteraturstudium er de mest vanlig metodene (Dalland, 2007). Tilnærmingen jeg har valgt som metode er en type kompromiss av den sistnevnte. ”Et litteraturstudie innebærer at man systematisk søker, kritisk gransker og sammenfatter litteratur innfor et bestemt emne eller problemområde” (Forsberg & Wengstrøm, 2008). Forskningsbasert eller evidensbasert kunnskap er sentralt for å sikre god kvalitet i praksis. Dette ettersom jeg som sykepleier ofte tar beslutninger på bakgrunn av den best tilgjengelige kunnskapen. På bakgrunn av dette har jeg i oppgaven forsøkt i den grad det er mulig å anvende ny faglitteratur og vitenskapelig forskningslitteratur for å kvalitetssikre min praksis.

Ettersom jeg av tidsmessige årsaker ikke har anledning til å gå inn å intervju helsepersonell og gjøre et omfattende forskningsarbeid i praksisfeltet samlet jeg inn valid og reliabel forskningslitteratur i forhold til min valgte problemstilling. At kilder har validitet betyr at de er relevante og har gyldighet. At kildene har reliabilitet betyr pålitelighet, og handler om at målinger må utføres korrekt, og at eventuelle feilmarginer angis (Dalland, 2007). I oppgaven drøftes funn og data fra aktuell forskningsbasert kunnskap på en kritisk analytisk måte. Ved å jobbe på denne måten går man som nevnt glipp av møtet med pasienter med Alzheimer og helsepersonell. Til tross dette blir allikevel deler av den subjektive delen dekket, da jeg gjør vurderinger i drøftingsdelen basert på praksis erfaringer. En hensikt med å gjøre en litteraturstudie er at man får en oversikt over et område, og øvd seg på å gjøre et strukturert arbeid ut i fra publiserte forskningsresultat (Forsberg & Wengstrøm, 2008).

2.3 Datainnsamling, valg av kilder og søkeord

Datainnsamling

For å finne litteratur brukte jeg ulike kilder: Gjennom mine søk på internett fikk jeg bestilt kompendiet *Alderspsykiatri- Alderdommens tre store D`er- delirium, depresjon, demens*. Min far er ansatt i helsevesenet, han lånte meg boka *Kommunikasjon i relasjoner* som har vært nyttig i oppgaven. Jeg benyttet meg også av høgskolens bibliotek, her fant jeg faglitteratur og

anvendte skolens søkemotorer. Gjennom BIBSYS som er en felles bokkatalog for norske høyskoler og universitet (Dalland, 2007), fant jeg store deler av litteraturen som er anvendt i oppgaven. Gjennom BIBSYS fikk jeg også bestilt boka *Evige utfordringer* fra høyskolen på Stord.

Valg av kilder

Kildekritikk er de metodene som brukes for å fastlå om en kilde er sann. Det betyr å vurdere og karakterisere de kildene som benyttes (Dalland, 2007). Det var ikke vanskelig å finne faglitteratur til oppgaven. I mitt søk etter vitenskapelige artikler på skolens søkemotorer var det derimot litt vanskeligere å finne noen som gikk direkte på min problemstilling. Jeg tok av denne grunn for meg de mest relevante, og prøvde å finne den ”røde tråden” gjennom artiklene og oppgavens problemstilling. Som en oppsummering vil jeg si at litteraturen jeg har anvendt er relevant og gyldig for å få belyst og drøftet min problemstilling. Dette ettersom problemstillingen blir drøftet ut i fra anvendt faglitteratur, funn fra vitenskapelige forskningsartikler samt egen erfaring. Før jeg begynte skriveprosessen opparbeidet jeg meg kunnskap omkring de ulike temaene. Dette gjorde jeg ved å lese litteratur som omhandlet mitt tema. På denne måten fikk jeg et overblikk over hvilken faglitteratur som var av betydning å ha med, og hva som eventuelt kunne utelukkes.

I oppgaven forsøkte jeg å anvende litteratur som var nyere enn ti år. To av mine fire vitenskapelige forskningsartikler er fra år 1999. De resterende to artiklene er fra år 2002 og 2005. Man kan stille spørsmål om artiklene fra 1999 er den nyeste og mest aktuelle forskningen som finnes, men jeg valgte å benytte meg av disse ettersom de var relevante for problemstillingen. I noen tilfeller blir det benyttet sekundærlitteratur, men primærlitteratur er den dominerende litteraturen i oppgaven.

Det ble i oppgaven benyttet litteratur fra ulike forfattere. Da jeg skulle vurdere forfatterne pålitelighet i de vitenskapelige forskningsbaserte artiklene, så jeg blant annet på deres yrkesbakgrunn og publikasjonens omfang. Jeg så på om artiklene var referibedømte og når de var godkjent for publisering. I tillegg så jeg også om de benyttet seg av primær eller sekundærlitteratur. De vitenskapelige artikler som er anvendt i oppgaven er hentet fra høyskolens databaser som er gyldige, dette ettersom de er relevante og forskningsbaserte. I oppgaven legges det vekt på at de vitenskapelige forskningsartiklene som er anvendt i

oppgaven er valide og reliable, dette ettersom de har gjennomgått en streng kvalitetssikring før publisering.

Søkeord

I mine søk i databasene ble følgende søkeord og kombinasjoner benyttet:

Norske	Engelske
Alzheimer Kommunikasjon God relasjon	Alzheimer`s disease Communication Nurse patient relations

For å finne relevante artikler innen sykepleieprofesjonen søkte jeg innenfor noen av skolens helsefaglige artikkelbaser: *Svemed+*, *Vård i Norden* og *ProQuest*. Jeg valgte å se på overskriften, og hva som var mest relevant i forhold til det jeg søkte etter. Etter hvert fant jeg ut at det beste var å lese abstract på artiklene, ettersom det ga meg et pekepinn på artiklens innhold. De vitenskapelige artiklene som er anvendt i oppgaven fant jeg på følgende måte:

- 1.) Var inne på **Vård i Norden** → Søkte på god and relasjon. Fikk da 44 treff → Klikket meg inn på de forskjellige artiklene, fant da artikkelen → *Pleier pasient relasjon i sykehjem tilintetgjørelse eller virkeliggjørelse*.
- 2.) Fant også på **Vård i Norden**, ved å bruke samme kombinasjon på søkeord som på artikkelen ovenfor fant jeg artikkelen → *Sykepleieren som moralsk aktør. Hvilke etiske dilemmaer beskriver sykepleiere at de står overfor i relasjon til den aldersdemente pasient?. Hvordan vurderer og handler de for at praksis skal være moralsk?*
- 3.) Gikk inn **Svemed+** → Søkte først på kommunikasjon, fikk da 58 treff → Valgte deretter å søke på ordet Alzheimer, fikk da 408 treff → For å spesifisere søket kombinerte jeg søkeordene kommunikasjon og Alzheimer, fikk da 0 treff → Prøvde igjen å kombinere søkeordene ved å erstatte norske ord med engelske → Søkte på communication og Alzheimer`s disease, fikk da 6 treff → Klikket meg inn på *Livshistoriens form og betydning i demensplejen*. Artikkelen var utgitt i tidsskriftet *Klinisk sykepleje* som var tilgjengelig på skolens bibliotek.

4.) Søk videre på søkemotoren **ProQuest** → kombinerte da Alzheimer og nurse patient relations. Fikk 44 treff → Fant blant treffene artikkelen → *Can We Create a Therapeutic Relationship With Nursing Home Residents in the Later Stages of Alzheimer's Disease?*

3 ALZHEIMER SYKDOM

3.1 Aldersdemens

Med begrepet aldersdemens, mener vi demenssykdommer, uansett type eller årsak som oppstår i høy alder, som er progressive og irreversible. Alzheimer faller inn under dette begrepet. Aldersdemens kan defineres som: ”En ervervet hjerneorganisk sykdom hos en eldre person. Sykdommen kjennetegnes ved svekket mental kapasitet og medfører svikt i psykologiske prosesser som hukommelse, læring, oppmerksomhet, tenkning og kommunikasjon”(Engedal & Haugen, 2005).



Bilde 3.

Det skjer noe med meg

Det skjer noe med meg.

Kroppen min er den samme,

men det skjer noe,

men hva?

Nei det er ikke jeg som ikke

kan huske,

Det er de andre som glemmer

å fortelle meg tingene.

Det skjer noe med meg.

Det skjer noe...

Det skjer...

(Eva Anfinnsen (red.) 2003) (Lillesveen, 2008 s.120)

3.2 Alzheimers sykdom

Alzheimer er en hjernesykdom som starter med at hjerneceller i områder ved tinninglappen skades og dør. Etter hvert som sykdommen utvikler seg sprer skadene seg til store deler av hjernen (Brækhus et al, 2005).

Sykdommen utvikler seg snikende, og er i starten nesten umerkelig for så og raskt øke på inntil pasienten er totalt hjelpeløs. Utviklingen av Alzheimer sykdom likner unnarenet på en hoppbakke, med en fase hvor pasienten i mange år klarer seg relativt godt. Vanlig utviklingstid på Alzheimer sykdom er 7-10 år, men dette varierer fra pasient til pasient.

Det er vanlig å inndele utviklingen av symptomer ved Alzheimer sykdom i tre faser:

- Symptomer i tidlig fase
- Symptomer i sen fase
- Symptomer i slutfasen

Første fase

I startfasen (symptomer i tidlig fase) på sykdommen ser man de første tegnene til mental svikt i form av en sviktende hukommelse, men de fleste pasienter klarer i denne fasen å bruke sine vanlige forsvars og mestringsmekanismer (Engedal, 2003).

Andre fase

I sykdommens neste fase (symptomer i sen fase), har den økende mentale svikten etter noen år ført til en ytterligere redusert evne til å fungere i dagliglivet (Engedal & Haugen, 2005). De av pasientene som bor sammen med sin familie befinner seg i denne fasen fortsatt i eget hjem og krever kontinuerlig oppfølging 24-timer i døgnet. De pasientene som er enslige med alvorlig demens vil ofte være i institusjon. Personer med Alzheimer får stadig større vansker med å finne fram i kjente omgivelser og det å orientere seg i forhold til tid blir borte. Mange vil også ofte ha problemer med å kjenne igjen familiemedlemmer og venner. Evne til gjenkalling av hendelser fra de siste måneder og år er nesten borte, men pasientene i denne fasen husker mye fra gamle dager selv om det også der er hukommelsestap. I denne fasen vil pasientene fortsatt ha evnen til gjenkjenning delvis intakt. Pasientene kjenner seg igjen i ulike rom, og kan kanskje også gjenkjenne personalet på sykehjemmet. Mennesker med Alzheimer profiterer betydelig på å befinne seg i omgivelser hvor muligheten for gjenkjenning er god. At miljøet er oversiktlig og orienterende har en stor betydning i alle faser av Alzheimer. Likevel er det i denne fasen at pasienten er spesielt avhengig av et skreddersydd miljø der det tas hensyn til pasientens gjenværende hukommelsesevne (Engedal & Haugen, 2005).

I denne fasen utvikles også språkproblemene slik at det oppstår markert svikt i forståelse av talt og skrevet språk. Svikt i språkforståelsen får store behandlingsmessige konsekvenser, og ikke verbal kommunikasjon får etter hvert større plass i kontakt med pasienten. Svikt i hukommelse, selvhjulpenhet og innsikt i egen situasjon fører til økt utrygghet og uro, som gjør at en stabil og god kontakt med andre er spesielt viktig. Aktivitet er av betydning i alle faser i demensutviklingen, men i denne fasen vil varm og trygg kontakt være mer avgjørende enn aktiviteten i seg selv (Engedal & Haugen, 2005).

Tredje fase

I den siste fasen (symptomer i slutfasen) befinner de fleste pasienter seg i institusjon. Pasientene nå husker bare i meget korte tidsrom, 10-15 sekunder. Pasientens langtids-hukommelse begrenser seg til de hendelser som har vært viktige tidlig i livet, noen, noen av pasientene har vansker med å gjenkjenne selv den nærmeste familie. Språkevnen er også redusert på alle områder, mye av kontakten med andre foregår med hudkontakt og ikke verbal kommunikasjon. Behandlingsmessig kan det være avgjørende at den som gir omsorg til pasienten kjenner pasienten godt. Man kan da oppleve at hukommelsesrester fra gamle dager blir hentet fram. Forutsetningen til dette er at man da kjenner til pasientens bakgrunn, og kan gi pasienten de riktige stikkordene som f. eks navnet på den gamle læreren og barndomsgården (Engedal & Haugen, 2005).

Selv i en langtkommen fase i demensutviklingen kan man oppleve god og meningsgivende kommunikasjon med den demensrammende. Ansvaret for å opprettholde kommunikasjon ligger i stor grad på andre (Hauge, 2004) (Wogn- Henriksen, 2008). I arbeid med mennesker med Alzheimer er det av betydning at man verdsetter omsorgen som gis, til tross for at den ikke gir resultat i form av helbredelse. Dessuten kreves det kunnskap og åpenhet om demenssykdommer (Dramsahl, 1999), slik at man har evne til å tilpasse kommunikasjonen ut i fra pasientens sykdomsforløp.

4 MILJØBEHANDLING

4.1 Begrepet miljøbehandling og miljøterapi

Miljøterapi og miljøbehandling er to begrep som brukes synonymt. De kan defineres som en form for behandling som legger vekt på de terapeutiske prosessene som kan iverksettes og mobiliseres i det miljøet pasienten er i (Egedius 2000; Geanellos 2000). Målet med miljøbehandling er å skape betingelser som støtter opp under endring (Rokstad, 2008).

4.2 Det psykososiale miljøet

I alle former for miljøbehandling har personalet en nøkkelrolle i å bygge relasjoner og skape en kultur som involverer, støtter og verdsetter det enkelte menneske. Gunderson (1978) beskriver elementer som er avgjørende i et terapeutisk miljø:

- Trygghet
- Struktur
- Støtte
- Engasjement (Rokstad, 2008).

Et miljø som er tilrettelagt den enkelte pasient er med å bidra til en god daglig struktur som gjør verden mer forutsigbar og oversiktlig for pasienten. I dette innebærer det at man sørger for at den demente ikke blir overveldet av inntrykk, samtidig som man sørger for at hverdagen blir stimulerende nok. Over og understimulering fører lett til en dårligere funksjon og forvirring (Eide & Eide, 2007). Et godt tilrettelagt miljø kan bidra til at pasienten får en fremmet kommunikasjon som følge av økt selvfølelse og bedret funksjonsnivå.

5 KOMMUNIKASJON

5.1 Begrepet kommunikasjon

Kommunikasjon kan defineres som en utveksling av meningsfylte tegn mellom to eller flere parter (Eide & Eide, 2007).

5.2 Verbal og nonverbal kommunikasjon

Kommunikasjon mellom mennesker skjer på to måter: Verbal og nonverbal kommunikasjon (Berentsen, 2008). Verbal kommunikasjon er kommunikasjon ved hjelp av ord, skriftlig eller muntlig. Non verbal kommunikasjon betegner overføring av budskap uten bruk av ord, en kommuniserer med kroppsbevegelser og ansiktsuttrykk (Travelbee, 1999).

5.3 Det friske menneskets kommunikasjon



Vanlig kommunikasjon

- Grønt felt: Kroppsspråk og mimikk
- Blått felt: Stemmeføring
- Rødt felt: Språk

(Sejerøe-Szatkowski, 2004 s. 22)

Hos et friskt menneske vil man i kommunikasjonen se en fordeling som figuren ovenfor.

5.4 Den demensrammedes kommunikasjon



Demensrammedes kommunikasjon

- Grønt felt: Kroppsspråk og mimikk
- Blått felt: Stemmeføring
- Rødt felt: Språk

(Sejerøe-Szatkowski, 2004 s. 27)

I begynnelsen er den demensrammedes sykdom nesten umerkelig, før den gradvis utvikler seg. Dette gjelder også kommunikasjonsevnen. Det vil langsamt skje en endring i bruken av språket, enda langsommere en endring av stemmeføringen, men under alle omstendigheter vil

kroppsspråket og mimikken få større og større betydning som uttrykksmiddel. Hos en del pasienter vil man i slutfasen se en utvikling som har fordelingen slik som figuren på bilde ovenfor. Figuren er et bilde på den maksimale endringen i kommunikasjonen. Samtidig som denne utviklingen, skjer det også en endring i måten de demensrammede oppfatter vår kommunikasjon på. Demensrammedes oppfatning av vår kommunikasjon endres slik at kroppsspråket får en større betydning. Dersom vi ønsker å være i stand til å kommunisere med demensrammede, er vi av denne grunn nødt til å utvikle en sterk bevissthet om vår egen bruk av mimikk og kroppsspråk. Det er også av betydning at man er oppmerksom på hvilke sanser som er sterke hos kommunikasjonspartneren, dette ettersom man som regel har en sans som er dominerende. Desto flere sanser den demensrammede er nødt til å bruke samtidig, jo større er risikoen for at det som blir kommunisert blir misforstått (Sejerøe-Szatkowski, 2004).

Kommunikasjon dreier seg altså ikke bare om ren verbal utveksling. Vi er ikke bare interessert i hva som sies, men hvordan det sies (Kvale 2006) (Wogn- Henriksen, 2008). I tilfeller der pasienter med langtkommen Alzheimer ikke lenger har evne og uttrykke sine ønsker og behov verbalt, er det av betydning at man som sykepleier har evne og vilje til å forstå hva pasienten ønsker å uttrykke. Selv om ordene svikter, kan mye betydningsfullt formidles gjennom blikk, mimikk, kroppsspråk og berøring.

5.5 Profesjonell kommunikasjon

Profesjonell kommunikasjon er ikke helt det samme som kommunikasjon i dagliglivet. Man kommuniserer ikke i jobben som privatpersoner, men som helsepersonell med et helsefaglig formål. Som helsepersonell er det overordnede formålet ”å fremme helse, forebygge sykdom, å gjenopprette helse og lindre lidelse” (jf. ICN 2006) (Eide & Eide, 2007). Hensikten med kommunikasjonen er å skape god kontakt med pasienten, for på det grunnlaget å bidra til realisering av profesjonens og pasientens mål. Kommunikasjon for helsefaglig profesjonalitet kan kjennetegnes ved fire hovedpunkter:

- Kunnskap og ferdigheter
- Etikk
- Empati
- Målorientering (Eide & Eide, 1999)

Kommunikasjon stiller krav til oss som sykepleiere. For å oppnå hensikten med kommunikasjonen, altså å skape en god kontakt med pasienter med langtkommen Alzheimer krever dette at vi som sykepleiere har den kunnskap og ferdigheter som trengs. I tillegg bør

vårt arbeid baseres ut i fra etikk, empati og respekt. Som sykepleier bør man yte profesjonens kompetanse i forhold til kommunikasjon fullt ut slik at pasientenes ønsker og behov blir ivaretatt i størst mulig grad.

5.6 Ulike typer kommunikasjon

Valg av samtaletema, vanskelighetsgrad og reparerende innspill må tilpasses individuelt, ut fra sykdommen, personen og situasjonen. Kommunikasjon er i seg selv meningsfull, men i helsevesenet brukes den også i en profesjonell behandlingsmessig hensikt. Et viktig aspekt i omsorgsrasjonalitet er at vi er bevisste på formålet med kommunikasjonen. Vi kan skille mellom fire modaliteter av språklig kommunikasjon som forekommer hyppig i demenshverdagen:

Informasjon- når man skal formidle informasjon skal man ikke bare gi informasjonen, men også sikre seg at informasjonen blir forstått. Dette innebærer at man må gjøre informasjonen enkel, forklare den på en hverdagsnær måte og gjenta den eller velge et optimalt tidspunkt.

Småprat- knyttet til hverdagslige samspill, som f. eks. været. Småpraten kjennetegnes ved at den er trygg, inkluderende og ufarlig. Den krever ikke spesielle forkunnskaper. Selv om småpraten ikke har all verdens verdi innholdsmessig, kan den ha stor betydning hos de som ikke lenger har tankekraft til de store temaene.

Stimuleringspraten- formål å skape utfoldelse og engasjement, øke glede og motivasjon, skape gjenkjenning, undring og deltakelse. Innebærer ofte et fokusskifte fra svikt og defekter til ressurser og muligheter, med vekt på tema med personlig relevans. De fleste av oss har minner som bekrefter at vi eksisterer, og som bidrar til å styrke og fastholde vår identitet. Lykkes man med en slik stimulering, merkes ofte en tettere utveksling i kommunikasjonen, både med økt språklig produksjon og skjerpet oppmerksomhet.

Støtte og refleksjonspraten- mer personlig form for kommunikasjon man går dypere inn i temaene, med en klarere terapeutisk hensikt. Et formål i profesjonell kommunikasjon er å hjelpe personer med demens til å bruke sine ressurser slik at de i størst mulig grad mestrer hverdagen (Wogn– Henriksen, 2008).

For å få kunne tilrettelegge for en tilpasset kommunikasjon må pasientens kommunikasjonsevne kartlegges. Det er vanskelig å få en tilpasset kommunikasjon uten å kartlegge pasientens behov, ressurser og problemer (Berentsen, 2008). Et godt utgangspunkt i kommunikasjon med demensrammede er at vi fokuserer på mennesket, på personen, sammenheng og mening, og i mindre grad på sykdommen og manglene.



Bilde 4.

*"Forkast meg ikke
i alderdommens tid,
svikt meg ikke
når min kraft forgår!"*

(Salme 71.9)

(Dramsdahl, 1999 s. 45)

5.7 Kommunikasjonsredskaper

I arbeid med demensrammede er det optimalt at man har kunnskap om de ulike redskapene en kan benytte seg av. På denne måten vet man hvilken type kommunikasjon som er passer den enkelte pasient, i ulike situasjoner. Figuren nedenfor illustrerer hvor mange redskaper det er, hver viftedel symboliserer et redskap. De ulike kommunikasjonsredskapene brukes etter behov og evner (Sejerøe-Szatkowski, 2004).



(Sejerøe-Szatkowski, 2004 s. 42)

I tradisjonell faglitteratur blir det ofte referert til tre innfallsvinkler i kommunikasjon med demente:

Reminisens tar utgangspunkt i demensrammedes bevarte langtidshukommelse. Henter frem meningsfulle og personlige hendelser fra tidligere i livet.

Realitetsorientering legger opp til at pasientenes vrangforestillinger og feiloppfatninger skal korrigeres.

Validering er ikke så opptatt av hva som er sann og reell informasjon, men hva som er pasientens opplevelse og fokus. Det viktige er ikke å korrigere personen eller å lede frem til konkrete data, men å bekrefte og anerkjenne personens meddelelser (Wogn- Henriksen, 2008).

Mange ganger kan det kan være vanskelig å forstå hva en person med demens sier og mener. Når beboeren på den skjermede enheten for aldersdementer pakker sakene sine og sier ”Jeg vil hjem til mor”, kan man lure på om hun mener dette når man vet at moren hennes døde for en lang tid tilbake. Hvordan skal man som hjelper møte dette? Mange demensrammede kan gjenta slike utsagn mange ganger om dagen. Kanskje svarer hjelperen ”Det går ikke, moren din er døde for mange år siden”. ”Å ”svarer den demensrammede, tårene kommer i øyekroken, og hun vet ikke hva hun skal gjøre. ”Men kom du” sier sykepleieren, ”så skal jeg hjelpe deg å få på kjolen”. Ti minutter senere gjentar damen det samme, svaret er glemt.

Aldersdemente har ofte vansker med å skille mellom nåtid, fremtid og fortid, samt evnen til å holde på informasjon i kortidshukommelsen. Kanskje betyr utsagnet fra den demente at hun er ensom eller fortvilet, og har et behov for trøst? Kanskje ville en bedre tilbakemelding vært å gi henne en god klem, og si ”Jeg forstår at du er veldig glad i moren din”. Dersom man sier at mor er død, gir man et dødsbudskap. Selv om innholdet kanskje er glemt etter fem minutter, kan den følelsesmessige reaksjonen, sorgen, bli sittende lenge i. Mange klinikere og forskere har vært opptatt av at det aldersdemente kommuniserer har en mening, selv om det de sier er helt meningsløst for utenforstående. Vår forståelse for dette er fortsatt mangelfull, men det er et område som er utfordrende, og som stiller store krav til sykepleierens evne til kommunikasjon og empati (Eide & Eide, 2007).

For å bli flinke til å håndtere utfordrende situasjoner som nevnt ovenfor trengs erfaring og kunnskap. Som sykepleier må man lytte og prøve og forstå det følelsesmessige budskap som ligger i det pasienten gjør eller sier. Jo mer vi lærer oss om kommunikasjon, jo lettere kan vi unngå feil- og desto mer kan vi reflektere over og dra nytte av de erfaringene vi gjør (Wogn-Henriksen, 2008). I kommunikasjon med pasienter med langtkommen Alzheimer er det av betydning at kommunikasjonen tilpasses kognitiv svikt. Man må gjøre som Søren Kierkegaard sier, ”finde ham der, han er og begynde der”. For å kunne gjøre dette, er man nødt til å bruke sine empatiske evner. For å lykkes i kommunikasjonen må man spille en ny rolle hver gang en møter et demensrammet menneske (Sejerøe-Szatkowski, 2004).

5.8 Joyce Travelbee- sykepleiers oppgave i kommunikasjon

Som sentralt i utøvelsen av sykepleie vektlegger Joyce Travelbee relasjonen, altså samhandling og kommunikasjon mellom sykepleier og pasient.

Sykepleierens oppgaver kan i følge Travelbee (1971) sammenfattes kort sammenfattes i følgende punkter:

- Å anerkjenne pasienten som et unikt, uerstattelig individ.
- Å utvikle et menneske- til- menneske forhold pasienten, for dermed
- Å møte behovene til pasientens pårørende, eller andre involverte og dermed oppfylle sykepleiers hensikt.

Altså kan man si at kommunikasjon er et middel til å bli kjent med pasienten, forstå og møte pasientens behov, og hjelpe vedkommende til mestring av sykdom, lidelse og ensomhet. God kommunikasjonsferdigheter forutsetter at sykepleieren har en disiplinert intellektuell tilnærming og bruker seg selv terapeutisk. Disse ferdighetene kan læres, men det tar lang tid og er i seg selv en livslang prosess. Travelbee hevder at man aldri blir utlært, og at man alltid kan komme lenger på dette området (Eide & Eide, 2007).

6 DRØFTING

6.1 Språklige endringer hos personer med Alzheimer

I Powells (2000) undersøkelse der pårørende ble bedt om å beskrive språklige endringer hos personer med Alzheimer, ble følgende forandringer angitt: Stiller samme spørsmål og forteller samme historien om igjen, vansker med å begynne å følge opp konversasjonen mister fokus i samtalen, husker ikke navn på personer, objekter og steder, snakker om gamle dager og sier ting som ikke er sanne (Wogn- Henriksen, 2008). I hvilken grad disse forandringene forekommer, er avhengig av sykdommens type og utviklingsnivå, miljø, situasjon, dagsform og motivasjon. Wogn- Henriksen (2008) hevder at man av denne grunn kan betrakte demens som en dynamisk prosess fordi hjerneorganiske forhold gjennom hele sykdomsforløpet samspiller med fysiske, psykologiske og psykososiale forhold.

6.2 Miljøbehandling

I følge Heap (2000) trenger demente ofte hjelp til å orientere seg i forhold til tid og sted. Mange har glemt navnet på ulike gjenstander samt hva de brukes til. Av denne grunn er det viktig å strukturere miljøet rundt den enkelte slik at det er lett for dem å orientere seg og å anvende en kommunikasjonsstil som er informerende og tydelig (Eide & Eide, 2007). Erfaring viser også at aldersdemente fungerer best i små omgivelser med få medpasienter og lite, men fast personell rundt seg. Det har vist seg at en psykososial behandling er god behandling for alle demente uavhengig hvor langt sykdommen har utviklet seg (Aursand, 2006). Som nevnt i teoridelen responderer pasienter med Alzheimer i andre symptomfase av sykdommen betydelig på å befinne seg i et miljø hvor mulighet for gjenkjenning er god. Et skreddersydd miljø i denne fasen er ekstra viktig, men (Engedal, 2003) påpeker at et orienterende og oversiktlig miljø er av betydning i alle faser av Alzheimer. Et tilrettelagt miljø som er orienterende og oversiktlig er viktig hos pasienter med langtkommen Alzheimer for å unngå økt forvirring, utrygghet og tilbaketrekking som følge av nedsatt hukommelsesevne. Et miljø som er tilrettelagt den enkelte pasients ressurser og behov kan bidra til at pasienten får en daglig struktur som skaper mer oversikt og forutsigbarhet. Miljøet kan da bidra til at pasienten opplever stabilitet, engasjement, gyldiggjøring, trygghet og støtte som igjen kan fremme pasientens kommunikasjon som følge av økt selvfølelse.

I praksis har jeg sett mange tilfeller der pasienter med langtkommen Alzheimer er innlagt på somatiske avdelinger i påvente om at det blir en ledig plass på en skjermet dement avdeling. Jeg har også i praksis sett pasienter med Alzheimer på skjermede demente avdelinger, og sett betydningen av at de er i et miljø som er tilrettelagt slik at pasientene unngår forvirring og får ivaretatt sitt funksjonsnivå i størst mulig grad. I en studie av Lillemoen (1999) erfarte alle sykepleierne i undersøkelsen sykehjemsavdelingen de arbeidet på som lite egnet for aldersdemente pasienter. En av sykepleierne ga følgende eksempel: *”Damen kom til avdelingen, men reagerte på flyttingen. Hun ble urolig, jamret seg og gråt, og hun begynte også å krype. Så snart hun hadde anledning til det la hun seg ned og krøp, sopte bortetter gulvet”*. Bare 15 % av alle sykehjemsplasser er organisert som små skjermede enheter (Kjeldberg, 2002), dette til tross for at demens er den hyppigste årsaken til innleggelse på sykehjem. Av de personene som har demens utgjør omlag 60 % av dette Alzheimers sykdom (Brækhus et al, 2005). Forekomst av demens øker med stigende alder, i våre dager lever mennesker lenger enn de gjorde tidligere og av denne grunn vil demens være en økende utfordring i samfunnet. Kanskje kan kostnadene av en eventuell utbygging spares inn i form av livskvalitet hos pasientene, som følge av en bedret funksjon.

6.3 Kommunikasjonens betydning

I en demensprosess blir både mottaker- og senderfunksjonen og evnen til å forstå og til å gjøre seg forstått påvirket. Til sist er dette trolig den største trusselen i en demensutvikling, det å ikke ha naturlig og lettvinntilgang og tilhørighet i et fellesskap, og det å stadig bli mer alene i sin egen verden. Vanskeliggjort kommunikasjon beskrives av mange som en av de største påkjenningene ved sykdommen (Wogn- Henriksen, 2008). Svekket kommunikasjon fører til redusert sosial fungering, økt tilbaketrekking og forstyrret atferd Powell (2000). Mange atferdssymptomer hos mennesker med demens er uttrykk for at de ikke makter eller mestrer å kommunisere det subjektive ubehaget de opplever som f. eks ensomhet, angst eller følelse av å være forlatt (Nygaard, 2008).

For personer med demens er det å samhandle med fagpersoner som er dyktige i kommunikasjonen viktig for å optimere pasientens livskvalitet (Wogn- Henriksen, 2006). Som følge av dette er det av betydning at vi som sykepleiere har evne og vilje til å kommunisere med disse pasientene som fagpersoner, både nonverbalt og verbalt for å forebygge subjektivt ubehag i størst mulig grad, slik at pasientene får en best mulig livskvalitet til tross kognitiv svikt. De fleste definisjoner regner i følge Wogn- Henriksen

(2006) kommunikasjon som avgjørende for et godt liv. Kommunikasjon et grunnleggende behov hos et menneske. Ettersom sykepleiers grunnleggende og særegne funksjon handler om å ivareta pasientens grunnleggende behov er det av denne grunn også vår funksjon som sykepleiere å bidra til at kommunikasjon blir ivaretatt og fremmet i den grad det er mulig hos pasientene. Hauge (2004) sier som nevnt i teoridelen at man i en selv i en langtkommen fase av Alzheimer kan oppleve meningsgivende og god kommunikasjon med pasientene. I en studie av Williams & Tappen (1999) ble muligheten for å utvikle en terapeutisk relasjon med enkeltpersoner i et sent stadiet av Alzheimer sykdom undersøkt. Undersøkelsens deltakere hadde en gjennomsnittsalder på 87 år, og var pasienter i middels og sene stadier av Alzheimer. Funn i studien viste at det var et tydelig mønster i måten deltakerne oppførte seg på i ulike stadier i relasjonen som gikk over 16 uker. De fleste av beboerne på sykehjemmet uttrykte beboerne mistillit, ingen interesse og irritabilitet mot sykepleieren i begynnelsen av undersøkelsen, men i tide banet dette vei for hengivenhet og et uttrykt ønske om å fortsette relasjonen i de fleste tilfeller. Mange av deltakerne husket sin sykepleier, så fram til hennes besøk, og var triste ved avslutning. Vanlige tema blant deltakerne i samtalene var motstand i å skape en relasjon, angst, og lav selvfølelse knyttet til opphør av tidligere roller. Deltakerne som var i sene stadier av Alzheimer var også i stand til å uttrykke sine bekymringer.

Ut i fra studien viste det seg at man ved å bruke god tid og tålmodighet i kommunikasjon med demente kan man opprette en relasjon basert på tillit og interesse selv hos pasienter i en langtkommen fase av Alzheimer sykdom. Studien viste også at man ved å skape en god relasjon til pasientene kan få frem eventuell subjektivt ubehag som følge av kognitiv svikt. Erfaring viser også i følge Wogn– Henriksen (2008) at mange med demens, langt inne i sykdomsutviklingen, med litt hjelp er i stand til å formulere mange av sine bekymringer og uttrykke tanker om hvordan de kan løses. Selv om det ikke er alt så lar seg behandle og helbrede, kan det være av betydning for pasienten at de har noen å snakke med og dele sine bekymringer med.

6.4 Kommunikasjonens krav til sykepleiere

Pasienter med Alzheimer sykdom utvikler etter hvert som sykdommen progredierer en svikt i psykologiske prosesser, som f. eks i kommunikasjon. Kommunikasjon med pasienter med langtkommen Alzheimer er en faglig utfordring for sykepleiere i praksis. I tillegg til faglige krav stiller også kommunikasjonen krav til sykepleiere som et menneske. I Lov om Helsepersonell (1999) kommer det fram at: ”All helsepersonell skal utføre sitt arbeid i

samvær med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut ifra helsepersonells kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjon”. Kommunikasjon i helsefaglig profesjonalitet kan i følge Eide & Eide (1999) kjennetegnes i fire hovedpunkter: *Kunnskap og ferdigheter, etikk, empati og målorientering*. I kommunikasjon med pasienter med langtkommen Alzheimer bør av denne grunn de fire hovedpunktene være til stede for å lykkes i kommunikasjon. Man kan si at det er et samspill mellom punktene, dersom man i kommunikasjon med pasienter med Alzheimer ikke har respekt og empati, men kunnskap vil man sannsynligvis ikke lykkes i kommunikasjonen og motsatt.

Kommunikasjon - Et innholdsaspekt og et relasjonsaspekt

(Eide & Eide, 1999) hevder at i sykepleie vil kommunikasjon med pasienter både ha et innholdsaspekt og et relasjonsaspekt.

Innholdsaspektet er det konkrete budskapet man ønsker å formidle rent språklig og det budskapet som er knyttet til resultater og mål. Hva er vårt formål med kommunikasjonen, skal den være i form av å gi informasjon, være en småprat, en stimuleringsprat eller en støtte og refleksjons samtale? Hvilke kommunikasjonsredskap må man ta i bruk for å oppnå det vi ønsker? For å kunne tilrettelegge for en tilpasset kommunikasjon må pasientens evne til kommunikasjon kartlegges. Hvordan var pasienten kommunikasjonsmessig tidligere, kontra hvordan den er nå? Hva er pasientens ressurser? Har pasienten bevart verbal kommunikasjon, eller består pasientens kommunikasjon i stor grad av nonverbal kommunikasjon? Hvis ja, må man da ta utgangspunkt i hvilke sanser som er sterke hos kommunikasjonspartneren slik at den blir forstått. Dette fordi etter hvert som sykdommen progredierer vil mimikk og kroppsspråk få en større betydning i kommunikasjonen, samtidig som stemmeføring og språk får en mindre betydning (Sejerøe- Sztakowski, 2004). Av denne grunn er det nødvendig at jeg som sykepleier utvikler en sterk bevissthet om egen bruk av kroppsspråk og mimikk i kommunikasjon med pasienter med langtkommen Alzheimer.

Kunnskap og ferdigheter

Dramsdahl (1999) sier at det i arbeid med pasienter med Alzheimer er av betydning at man verdsetter omsorgen man gir, selv om dette ikke gir oss et resultat i form av at pasienten blir helbredet. Det er også av betydning at man som sykepleiere i praksis utøver en åpenhet og har kunnskap om Alzheimer sykdom. Som nevnt tidligere hevder (Wogn- Henriksen 2008) at jo mer vi lærer oss om kommunikasjon, desto lettere kan vi reflektere over og dra nytte av de erfaringene vi gjør. Kommunikasjon med pasienter med Alzheimer handler om å tilpasse rett kommunikasjon, til rett pasient, til en rett tid. I Moos (2005) studie hvor formålet var å

undersøke om det å bruke demente sykehjemsbeboeres livshistorie kan understøtte deres identitet og selvfølelse, kom det frem at beboernes kommunikative kompetanse var langt større i alminnelige, daglige samtaler, enn hva som var beskrevet på bakgrunn av en demenstest. Det er ikke overraskende at de klarer seg bedre når de får lov til å snakke om det som har hatt betydning og interesserer seg, enn når de blir utspurt i en test de ikke forstår meningen med. Den språklige kompetansen i alminnelige daglige samtaler var for seks av de åtte beboerne i undersøkelsen større enn hva som er forutsett i den kognitive testen, MMSE.

Studiens funn viser at gjennom kommunikativ kunnskap og engasjement kan man skape mulighetsverdier for pasienter med langtkommen Alzheimer ved å ta i bruk poetisk språkbruk, gjenfortelling av beboernes livshistorie og ytringer, variert stemmeføring og latter slik at pasientene til tross deres kognitive svikt kan oppleve blikk av fyldig følelse og tankeklarhet. I undersøkelsen understøttet pleiepersonalet beboernes resterende kommunikative kompetanse. De kjente beboernes fortid og brakte den på bane, de kompenserte for beboernes språklige svikt ved å ta seg tid, fastholde og utvikle et emne, gjenta ord og stille spørsmål ved manglende forståelse eller foreslå en forståelig sammenheng. Beboerne viste et økt engasjement i samtalene når de fikk snakke om fortiden.

I kommunikasjon med pasienter med langtkommen Alzheimer er det av betydning at man kjenner til pasientens bakgrunn, slik at man har mulighet til å fange opp selv de svake hentydninger til fortiden fra beboerne. Engedal (2003) sier at selv om pasienter med Alzheimer får hukommelsestap på flere områder som følge av kognitiv svikt, husker pasienter i 2 symptomfase av sykdommen mye fra gamle dager, selv om det også er svikt på dette området. I Alzheimer tredje symptomfase når langtidshukommelsen begrenser seg til viktige hendelser i livet vil sier Engedal (2003) at det behandlingsmessig vil være avgjørende at man ukjenner pasienten. Ved å understøtte, og gi pasienten de rette stikkordene kan kommunikasjonen fremmes. Pasientene får snakke om noe de husker, som har en positiv effekt på deres selvfølelse. Dette kan vise seg i form av at pasienten får økt interesse, engasjement og kompetanse. I Moos (2005) studie blir kommunikasjon med demente mennesker, sammenlignet med en dans. Det er en meget velegnet metafor: en dans krever passende rammer, samarbeid, oppmerksomhet, en god relasjon, viten om dansen og trinnene, samt erfaring om å danse.

Relasjonsaspektet er knyttet til den holdningen vi verbalt og nonverbalt henvender oss til pasienten med som f. eks. likegyldighet, interesse, utålmodighet, irritasjon eller vennlighet. For pasienten gjelder det samme, han formidler gjerne et konkret innhold. Men hva han sier, og måten det blir sagt på og de nonverbale signalene som følger med, kan si oss noe om hvordan han oppfatter egen situasjon og forholdet til sykepleieren, noe som igjen påvirker oss (Eide & Eide, 1999). For å møte og forstå pasientens behov, er det nødvendig at vi har en holdning som gjenspeiler respekt og empati. Dette ettersom kommunikasjonen i følge Berentsen (2008) avpeiler holdninger og viser om vi har respekt for hverandre. Av denne grunn er det også av betydning hvordan vi ordlegger oss og hvordan vi bekrefter ordene våre med mimikk og kroppsholdning. Kvale (2006) sier at kommunikasjon dreier seg ikke bare om ren verbal utveksling. Vi er ikke bare interessert i hva som sies, men hvordan det sies (Wogn-Henriksen, 2008).

Empati og respekt

I Haugan`s (2002) studie kommer det frem at det som kjennetegner ”virkeliggjørelsen”, altså det som gjør livsrommet rommeligere, livet levende og meningsfylt på sykehjem er:

- Livsmot og glede - ”At man har noe å glede seg til, og noen å være glad i”.
- Vennlighet og kjærlighet - ”Å føle at personalet bryr seg om meg”.
- ”Jeg – du - forholdet” - ”Det er viktig å prate, eller bare være til stede, det gjør godt for nerver og alt”.
- Den gode samtalen - ”Det er godt å ha noen å snakke med, det er bra for nerver og alt”.
- Delaktighet - å tilegne seg sin livsverden- ” Jeg engasjerer meg i andre og alt som foregår rundt meg”.

Det som kjennetegner ”tilintetgjørelsen”, altså det som gjør livet på sykehjem som meningsløst er:

- Lidelse - ”Det blir på en måte en lidelse i seg selv, en krenkelse når de kommer inn her om natten, så er det noen som sier ”Hva er det du vil?” og så vet de godt hva jeg vil”, eller de som kommer inn og ikke sier ”god natt” eller ”god morgen”.
- Når pasientens grenser krenkes - ”De skal være vennlige, og behandle oss som ekte mennesker. De må spørre før de gjør ting”.
- ”Jeg – det - forholdet”- når pasienten kjenner seg som en ting - ”De bryr seg ikke om mennesket som ligger der, de ser bare bleien. Jeg blir en ting”.

I studien kom det frem at pasientens opplevelse av pleierelasjonen er avgjørende for hans selvopplevelse og livet som meningsfylt eller meningsløst. På tross av sykdom, tap, funksjonstap, plager og forestående død har livet i seg selv mening så lenge mennesket får rom til å være en levende sjel – en person. Jeg har sett i praksis hvor nødvendig det er at sykepleieren setter seg inn i hvordan pasienten oppfatter sykdommen og situasjonen sin, for å kunne hjelpe. Det er da en snakker om et menneske - til menneske- forhold i teorien. Dette gjelder hvis sykepleier bevisst går inn for å lære pasienten å kjenne ved hvert møte, og finne fram til og ivareta den sykes behov (Travelbee, 1999). Selv om pasienter med Alzheimer aldri vil bli friske kan et godt utgangspunkt i kommunikasjon med demensrammede være at vi fokuserer på mennesket, på personen, på sammenheng og mening, og i mindre grad på sykdommen og manglene. Som sykepleier må man vise pasienten empati og respekt, og behandle pasienten som et ekte menneske og vise at vi bryr oss om pasienten. Man må være et medmenneske. Eide & Eide (2007) hevder at det å vise respekt for en dement person innebærer at man lytter, observerer og er i stand til å se hvordan pasienten faktisk har det, speile følelser og vise forståelse. Slike tilbakemeldinger styrker selvfølelsen, er bekreftende, og hjelper pasienten til å være i kontakt med seg selv. I tillegg stimulerer den til at den demensrammede får en så god funksjon som mulig. Kommunikasjon er et middel for å bli kjent med pasienten, slik at man kan møte og forstå deres behov, og hjelpe vedkommende til å mestre sin sykdom, ensomhet og lidelse. Man kan lære disse ferdighetene, og Travelbee (1999) hevder at man alltid kan komme lenger på dette området. Wogn-Henriksen (2008) hevder også at jo mer vi lærer oss om kommunikasjon, desto lettere kan vi reflektere over og dra nytte av de erfaringene vi gjør. For å lykkes i kommunikasjon med pasienter med Alzheimer er det av betydning at jeg som sykepleier i tillegg til faglig kunnskap, har evne til å yte omsorgsfull hjelp.

Etikk

De yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere bygger på prinsipp i ICNs etiske regler, og menneskerettighetene. Hensikten med de yrkesetiske retningslinjene er ikke at de skal definere hva som er faglig forsvarlig sykepleie eller gjengi lovbestemmelser som regulerer yrkesutøvelsen. De gir oss ikke en konkret løsning på etiske dilemmaer, men angir oss retningen når det skal fattes vanskelige beslutninger (Norsk sykepleieforbund, 2008). I arbeid med pasienter med langtkommen Alzheimer dukker etiske dilemmaer stadig opp. I en studie av Lillemoen (1999) ble sykepleierne bedt om å fortelle om en bestemt situasjon de i sitt arbeid med aldersdemente opplevde som etisk vanskelig. En av sykepleierne tok for seg en

episode hvor en kollega handlet på en lite respektfull måte ovenfor en av pasientene: *”En dag satt hun på stua og begynte å rope på mamma og pappa, så var det en av kollegaene som sa til henne at hvis ikke du tier stille så kjører jeg deg inn på rommet, og det gjorde denne personen. Kjørte henne inn på rommet, og stengte døra så hun satt der inne alene”*.

Sykepleieren som var vitne til denne episoden oppfattet at denne handlingen var preget av mangel på respekt. Som sykepleier er man forpliktet til å handle i overensstemmelse med verdier som er nedfelt i de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere. Her blir det presisert at man som sykepleier skal verne pasienten mot dårlig praksis. I følge pkt. 1. 1 Sykepleierens grunnlag kommer det frem at ”Sykepleieren skal i sin tjeneste ta utgangspunkt i respekt for liv og det enkelte menneskets liv og iboende verdighet (Norsk sykepleieforbund, 2008)”. I studien ga sykepleieren tydelig uttrykk for at hun er opptatt av disse aspektene, men på den andre siden var det vanskelig å ta dette opp med kollegaen, og si at det hun gjorde var galt.

Målorientering

For å utøve profesjonell kommunikasjon må man ha en evne og vilje til å benytte sin sykepleie kompetanse fullt ut, sin fagkunnskap, empati og etikk for å ivareta pasientens behov så godt som mulig. Eide & Eide (1999) sier at en forutsetning for profesjonell kommunikasjon er at man i samtale og samvær med pasienter har dette målet for øye

Kommunikativ kompetanse dreier seg altså om både refleksjon rundt egen erfaring og teknisk kunnskap. Rosenvinge, Skårderud mfl peker på følgende komponenter som viktige i klinisk kompetansebygging:

- Faktakunnskap (demens og demensrelaterte forandringer i sykdomsprosessen)
- Klinisk metodiske ferdigheter (god personkunnskap, tålmodighet og empati)
- Et positivt menneskesyn (alle menneskers ufravikelige og ubetingete verdi uavhengig av prestasjon og funksjoner)

Relasjonskompetanse dreier seg altså om tålmodighet, empati, kvalitet, varme, kunnskap, realisme, fleksibilitet og et positivt syn på mennesket. I praksis vil relasjonskompetanse vise seg i evnen man har til å inngå i en individualisert samhandling. Å bli dyktig i kommunikasjon er en livslang prosess. Men det er en meningsfull prosess- både for selv og personen med demens (Wogn- Henriksen, 2006).

7 KONKLUSJON

Gjennom denne oppgaven har jeg besvart problemstillingen: ”*Kommunikasjonens betydning i arbeid med pasienter i en langtkommen fase av Alzheimer- hvilke krav stiller*

kommunikasjonen til sykepleiere i praksis?” Som en oppsummering kom jeg frem til at:

- Språklige forandringer samspiller blant annet med psykososiale forhold, av denne grunn er det av betydning at pasienter med Alzheimer får et miljø som er tilrettelagt den enkeltes pasients behov og ressurser. Dette for at pasientene skal få oppleve trygghet og forutsigbarhet, unngå forvirring og tilbaketrekking som igjen kan fremme kommunikasjonen.
- Vanskeliggjort kommunikasjon beskrives ofte som en av de største påkjenningene ved Alzheimer sykdom, og kan føre til økt tilbaketrekking, redusert sosial fungering og en forstyrret atferd hos pasientene. I en vitenskapelig artikkel kom det også fram at man kan ved å ta i bruk tålmodighet og god tid kan oppnå kontakt og avdekke eventuell subjektivt ubehag hos pasienter i en langtkommen fase av Alzheimer.
- Kommunikasjon er en faglig utfordring for sykepleiere, og stiller krav til at sykepleiere har kunnskap og ferdigheter, empati, respekt og etikk. Som sykepleier må man ha vilje og evne til å benytte sin sykepleiekompetanse fullt ut.
- Man blir aldri utlært i kommunikasjon, det er en livslang prosess som er meningsfull både for sykepleieren selv og for pasienter med Alzheimer sykdom.

LITTERATURLISTE

- Berentsen, D, V. (2008). *Demensboka – Lærebok for pleie og omsorgspersonell*. [Tønsberg/Oslo]: Forlaget aldring og helse.
- Aursand, K. (2006). Demens i hverdagen. I: Tuntland, H (red) *Sykdommer hos eldre*. (1.utg) (s. 184-236). [Bergen]: N.W. Damm & Søn.
- Brækhus, A, Dahl T.E, Engedal, K & Laake, K. (2009). *Hva er demens?* (4. utg). [Oslo]: Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens og Hukommelsesklinikken Oslo universitetssykehus, Ullevål.
- Dalland, O. (2007). *Metode og oppgave skriving for studenter*. (4. etg). [Oslo]: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Dramsdahl, E. (1999). *Alderspsykiatri- Alderdommens tre store D`er- delirium, depresjon, demens*. (2. utg.) [Stavanger]: Stiftelsen psykiatrisk opplysning.
- Eide, H. & Eide, T. (1999). *Kommunikasjon i relasjoner - Samhandling, konfliktløsning, etikk*. (2. utg.) [Oslo]: Ad Notam Gyldendal AS.
- Eide, H & Eide. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner samhandling, konfliktløsning, etikk*. (2. utg.). [Oslo]: Gyldendal norsk forlag A/S.
- Engedal, K & Haugen, P.K. (2005). *Lærebok demens. Fakta og utfordringer*. (4.etg) [Tønsberg]: Forlaget Aldring og helse.
- Engedal, K. (2004). Demens og demenssykdommer. I: Engedal, K & Bruun.W, T (red). *Aldring og hjernesykdommer* (1. utg.), (s. 125-148). [Oslo]: Akribe Forlag AS
- Forsberg, C & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiske litteraturstudier.*, [Stockholm]: Författerna och Bokförlaget Natur og Kultur.

Haugan, H. G. (2002). Pleier pasient relasjon i sykehjem- tilintetgjørelse eller virkeliggjørelse. *Vård i Norden*. 22 (3), (s. 21-26).

Ingebretsen, R. (2005). Kommunikasjon ved demens- en arena for samarbeid.. [Oslo]: NOVA rapport nr. 13/2005.

Kjeldberg, T. (2002). Tiltak ved vanskelig atferd. I: Når atferd blir vanskelig (s.109-134). [Oslo]: Kommuneforlaget AS.

Lillemoen, L. (1999). *Sykepleieren som moralsk aktør. Hvilke etiske dilemmaer beskriver sykepleiere at de står overfor i relasjon til den aldersdemente pasient? Hvordan vurderer og handler de for at praksis skal være moralsk?* *Vård i Norden* 19 (3), (s. 11-17)

Lov om helsepersonell (1999) Helsepersonelloven. Lov av 7. februar 1999. Hentet 9 februar 2010 fra: <http://www.lovdata.no/all/tl-19990702-064-002.html>

Moos, I. (2005). *Livshistoriens form og betydning i demensplejen*. *Klinisk sygepleje* nr 3 August 2005 (s. 4 -10)

Norsk sykepleierforbund. (2008). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet 11 feb. 2010 fra: https://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/282884/Yrkesetiske_retningslinjer.PDF

Nygaard, H. A (2006) Er godt liv i sykehjem for gamle med demens – er det mulig? I: Krüger, E, R. M (red), *Evige utfordringer Helsetjenester og omsorg for eldre* (s.77.-90). [Tønsberg]: Forlaget Aldring og helse.

Rokstad, A.M. (2008). Hva er demens? I: Rokstad, M, A. M & L. Smebye, K (red). *Personer med demens- Møte og samhandling* (1. utg.), (s. 27-45). [Oslo]: Akribe Forlag AS.

Rokstad, M, A.M. (2008). Forståelse som grunnlag for samhandling. I: Rokstad, M, A. M & L. Smebye, K (red). *Personer med demens- Møte og samhandling* (1. utg.) (s.60-84). [Oslo]: Akribe Forlag AS.

Rokstad, M, A. M. (2008). Miljøbehandling. I: Rokstad, M, A.M & L. Smebye, K (red). *Personer med demens- Møte og samhandling* (1. utg.), (s. 152-177). [Oslo]: Akribe Forlag AS.

Sejrø - Szatkowski, K. (2004). *Demens- kommunikasjon og samarbeid* (1. utg.). [Oslo]: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Travelbee, J. (1999). *Mellomenneskelige forhold i sykepleien* (1. utg.). [Oslo]: Universitetsforlaget AS

Williams, L.C & Tappen, M.R. (1999). "Can We Create a Therapeutic Relationship With Nursing Home Residents in the Later Stages of Alzheimer's Disease?" *Journal of Psychosocial Nursing*. 37 (3), (pg, 28-35).

Wogn- Henriksen, K. (2006). Hva var det jeg skulle sagt, vedblev han med stor Omstendelighet- og tidde". Når demens gjør kommunikasjon vanskelig. I: Krüger, E, R. M (red), *Evige utfordringer- Helsetjenester og omsorg for eldre* (s.91-110). [Tønsberg]: Forlaget Aldring og helse.

Wogn - Henriksen, K. (2008). Kommunikasjon. I: M.Rokstad, A.M & L. Smebye, K (red), *Personer med demens- Møte og samhandling* (s. 87-112). [Oslo]: Akribe AS.

Bilder

[Bilde 1]. Hentet 20. jan 2010 fra: <http://www.zebralog.nl/images/alzheimer.jpg>

[Bilde 2]. Hentet 20. jan 2010 fra: <http://home.hisf.no/oyvindgl/hender.bmp>

[Bilde 3]. Hentet 27. jan 2010 fra:

<http://www.artezia.net/sante/alzheimer/alzheimer.jpeg>

[Bilde 4] side.33. Hentet 27. jan 2010 fra:

http://www.bbc.co.uk/worldservice/assets/images/2009/09/20/090920120238_sp_alz_science_526.jpg

Sitat

Dramsdahl, E. (1999). Alderspsykiatri- Alderdommens tre store D`e- delirium, depresjon, demens. Stiftelsen psykiatrisk opplysning.

Lillesveen, B. (2008). Du må ikke tåle så inderlig vel. I: Krüger, E, R. M (red). *Å leve med demens- Erfaringsbasert utvikling av tilbud* (s. 111-124). Forlaget Aldring og Helse.