



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

# EKSAMENSINNLEVERING

---

Emnenavn: **Sjukepleie, forskning og fagutvikling -  
Bacheloroppgave**

Emnekode: **SYKHB3001**

Eksamensform: Prosjektoppgave

Leveringsfrist: 26.02.16 kl 14.00

Kandidatnr.: 1020

Antall ord: 8959

# Forstå meg rett

**Hvordan kan sykepleier skape best mulig relasjon og kommunikasjon til personer med demens?**



Hentet fra 18.02.16: [https://www.flickr.com/photos/gregor\\_v/3098819731](https://www.flickr.com/photos/gregor_v/3098819731)

*«At man, når det i sandhed skal lykkes én at  
Føre et menneske hen til et bestemt sted –  
Først og fremmest må, passe på  
At finde ham der, hvor han er  
Og begynde der*

*Dette er hemmeligheden i al hjælpekunst.*

*Enhver, der ikke kan det, han er selv en inbildning,  
Når han mener at kunde hjælpe den anden.*

*For i sandhed at kunde hjælpe en anden,  
Må jeg forstå mere end ham –  
Men dog først og fremmest forstå det, han forstår.»*

Søren Kierkegaard fra  
*Brudstykke af en ligefrem Meddelelse, 1859*

**Høgskolen Stord/Haugesund, avdeling Haugesund**

**Bachelor i sykepleie, kull 2013**

**Antall ord: 8959**

## **Sammendrag**

**Tittel:** Forstå meg rett

**Bakgrunn:** Bakgrunnen for valg av tema er at demens fører til svikt i kognisjon og kommunikasjon, noe som fører til utfordringer for sykepleiere i møte med personer med demens. Jeg er selv deltidsansatt ved en dement avdeling, og har erfart manglende kunnskap om hvordan jeg som sykepleier skal kunne gi best mulig pleie til personer med demens.

**Problemstilling:** Hvordan kan sykepleier skape best mulig relasjon og kommunikasjon til personer med demens?

**Hensikt:** Å undersøke hvilken betydning kommunikasjon har i møte med personer med demens. Jeg ønsker å finne ut hva som skal til for å skape en god relasjon til personer med demens, samt hvordan en skal møte kommunikasjonsutfordringene hos denne pasientgruppen.

**Metode:** Oppgaven er bygget opp som en litteraturstudie.

**Funn:** For å kunne oppnå en god relasjon må sykepleiere ha kunnskap om forskjellige kommunikasjonsmetoder, for å kunne forstå personer med demens. Det er viktig at sykepleierne er tilstede. Funnene viste også positive utfall ved bruk av ulike kommunikasjonsverktøy. Videre viser funnene at sykepleiere trenger økt kunnskap i hvordan en skal møte kommunikasjonsutfordringene hos denne pasientgruppen, og økt kunnskap om demens generelt. Funnene viser også viktigheten av å forstå personer med demens, både verbalt og non-verbalt.

**Oppsummering:** For at sykepleier skal skape best mulig relasjon og kommunikasjon er det viktig at hun har forståelse om hva personer med demens kommuniserer enten verbalt eller non-verbalt. Videre er det viktig at sykepleier tilegner seg god kunnskap om ulike kommunikasjonteknikker og om demens generelt. Den non-verbale kommunikasjonen er den viktigste nøkkelen for å skape en god relasjon og kommunikasjon. Dette innebærer å gjøre seg selv forstått og forstå hva beboerne prøver å formulere. Videre er det viktig å ha respekt for beboernes følelser, og viser at en er til stede

## Abstract

**Title:** Understand me right

**Background:** The background for this thesis is that dementia leads to reduced cognitive function and ability to communicate. Which again leads to challenges for the nurses when meeting people suffering from dementia. Also I am a part-time employee at a dementia care unit. Here I have experienced a lack of knowledge about how I as a nurse can provide best possible care to people suffering from dementia.

**Research question:** How can nurses create the best possible relation and communication to persons suffering from dementia?

**Purpose:** To investigate the importance of communication when meeting people suffering from dementia. I want to find out what it takes to create a good relation, as well as how one should meet the communication challenges with these patients.

**Method:** The thesis is structured as a literature study.

**Findings:** In order to achieve a good relation, nurses need knowledge of different communication methods, in order to understand people suffering from dementia. It is important that the nurses are present. The findings also showed positive outcomes using various communication tools. Nurses also need more knowledge in how to meet the communication challenges in this group of patients, and a greater knowledge of dementia in general. The findings show the importance of understanding people suffering from dementia, both verbally and non-verbally.

**Conclusion:** In order to achieve a best possible relation and communication, it is important that the nurse understands what the person suffering from dementia communicates. Furthermore, it is important that nurses acquire knowledge about the various communication techniques, and regarding dementia in general. The non-verbal communication is the main key to create good relations and communication. This includes making oneself understood, and understand what the residents are trying to communicate. Furthermore, it is important to respect the residents' feelings, and show that one is present.

## **Innhold**

<b>1.0 Innledning</b> .....	<b>6</b>
1. 1 Bakgrunn for valg av tema.....	6
1. 2 Hensikt.....	7
1. 3 Problemstilling .....	7
1. 4 Presisering og avgrensning av problemstilling .....	7
<b>2.0 Begrepsmessig rammeverk</b> .....	<b>8</b>
2. 1 Sykepleieteoretiker Joyce Travelbee .....	8
2. 2 Demens .....	9
2. 2. 1 Demens ved Alzheimers sykdom med sen debut .....	9
2. 2. 2. Demens ved Alzheimers sykdom i sen fase .....	9
2. 3 Kommunikasjon og relasjon .....	10
2. 3. 1 Kommunikasjonsprinsipper i demensomsorgen .....	12
<b>3.0 Metode</b> .....	<b>15</b>
3. 1 Kvalitativ og kvantitativ metode .....	15
3. 2 Litteraturstudie som metode.....	15
3. 3 Sterke og svake sider ved litteraturstudie .....	16
3. 4 Søkeprosessen og valg av litteratur .....	16
3. 5 Kildekritikk .....	17
3. 6 Ethiske aspekter .....	17
<b>4.0 Resultat</b> .....	<b>19</b>
4. 1 Oppsummering av hovedfunn .....	21
<b>5. 0 Hvordan kan sykepleier skape en best mulig relasjon og kommunikasjon til personer med demens?</b> .....	<b>23</b>
5. 1 Å etablere relasjoner .....	23
5. 2 Tilstedeværelse av personalet .....	25
5. 3 Bruk av ulike kommunikasjonsverktøy .....	25
5. 3. 1 Bruk av reminisens .....	25
5. 3. 2 Bruk av validering .....	26
5. 3. 3 Den non-verbale kommunikasjonen .....	26
5. 4 Bruk av sang og musikk .....	27
5. 5 Kunnskap hos helsepersonell .....	28
<b>6. 0 Avslutning</b> .....	<b>30</b>
<b>7. 0 Referanseliste</b> .....	<b>31</b>
<b>Vedlegg I: Artikkelsøk</b> .....	<b>34</b>
<b>Vedlegg II: Sjekkliste</b> .....	<b>37</b>

## 1.0 Innledning

Verdens helseorganisasjon utpekte i 2012 demens til en av vår tids største folkehelseutfordringer på verdensbasis. I Norge mener en per 2014 at det er rundt 70 000 som har demens, og ifølge Helsedirektoratet vil tallet stige til rundt 135 000 i 2040 (Rokstad, 2014, s. 10). Norge la i 2007, som første land i verden, frem en egen plan for tjenestetilbudet til mennesker som er rammet av demens. Planen er å sikre et godt og verdig tjenestetilbud gjennom tre hovedbegrep; et styrket aktivitetstilbud på dagtid, økt kunnskap og kompetanse i omsorgstjenesten og i samfunnet ellers, og utbygging av tilrettelagte omsorgsboliger og sykehjem (Regjeringen, 2011).

De fleste som har fått diagnosen aldersdemens, blir behandlet på sykehjem. Tidlig på 80-tallet ble ideen om skjermete enheter lansert som en profesjonell løsning som skulle imøtekomme pasienter med demens sine behov. Kjennetegn ved disse at de var små og oversiktlige, de hadde høyere bemanningsfaktor og de var skjermet fra ytre stimuli og uro. Her hadde personalet også økt kunnskap om utfordringene en møter med disse pasientene. En har i Norge i dag skjermede enheter på omtrent alle sykehjem (Jakobsen, 2007, s. 10).

I mellomtiden har antall aldersdemente økt, slik at det er mellom 70 og 80 % av pasienter på norske sykehjem har en mental reduksjon, som fører til at de fleste pasientene med demens på sykehjem ikke får plass på en skjermet enhet. Her blir det da manglende spesialkunnskap i forhold til behovet. De ansatte ved avdelingene gjør så godt de kan, men kunnskapsbaserte handlinger mangler ofte (Jakobsen, 2007, s. 10-11).

### 1. 1 Bakgrunn for valg av tema

Bakgrunnen for mitt valg av tema er blant annet at jeg er deltidsansatt ved en dementavdeling. Her opplever jeg at jeg har manglende kunnskap om hvordan jeg som helsepersonell skal kunne gi best mulig pleie til personer med demens. Utfordringer jeg har møtt i forhold til denne pasientgruppen er blant annet kommunikasjon. Grunnen til dette er at demens fører til svikt i kognisjon og kommunikasjon. Både sender- og mottakerfunksjonen, evnen til å forstå og til å gjøre seg forstått blir påvirket i en demensprosess (Wogn-Henriksen, 2006, s. 95). Personer med demens stiller ofte gjentatte spørsmål, har dårligere ord flyt, og leter ofte etter ordene. Kommunikasjonsvanskene kan også i større grad vise seg gjennom økt oppmerksomhetssvikt, trøttbarhet, redusert evne til å ta poenger og opprettholde fokus. Vi kan møte formelle tankeforstyrrelser som svekket realitetstesting, feilsnakkelser, tidsforskyving, paranoid tankegods, tildiktning, forvirringstendenser og vrangforestillinger og mer generelle

kognitive svikt med mangelfull abstraksjonsevne, egosentrisitet, regresjon, primitivisering (Wogn-Henriksen, 2006, s. 97).

Gjennom utdanningsforløpet har vi hatt noe undervisning om demens, men jeg personlig mener at denne undervisningen ikke har vært tilstrekkelig for at jeg som sykepleier skal kunne gi en god og helhetlig pleie til personer med demens.

### **1. 2 Hensikt**

I denne oppgaven vil jeg undersøke hvilken betydning kommunikasjon har i møte med personer med demens. Jeg ønsker å finne ut hva som skal til for å skape en god relasjon til personer med demens, samt hvordan en skal møte kommunikasjonsutfordringene hos denne pasientgruppen.

### **1. 3 Problemstilling**

Hvordan kan sykepleier skape en best mulig relasjon og kommunikasjon til personer med demens?

### **1. 4 Presisering og avgrensning av problemstilling**

Gjennom denne oppgaven ønsker jeg å fremheve hvilken betydning god kunnskap om kommunikasjon har i møte med personer med demens, samt hvordan dette kan bidra til trygghet for disse pasientene. Videre har jeg valgt at oppgaven skal omhandle pasienter med Alzheimers demens i sen fase, med sen debut, i norske sykehjem. Personene jeg tar for meg er av etnisk norsk bakgrunn, uavhengig av kjønn.

## 2.0 Begrepsmessig rammeverk

### 2.1 Sykepleieteoretiker Joyce Travelbee

En kjent sykepleieteoretiker innen norsk sykepleieutdanning er Joyce Travelbee. I sin teori om sykepleie er hun opptatt av at mennesket er et unikt individ, likt, men også ulikt alle andre. Hun er opptatt av at sykepleie ikke skal ha handlinger som mål, men som et middel til å hjelpe et annet menneske. Travelbee definerer sykepleie slik:

*«Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig finne mening i disse erfaringene»* (Travelbee, 2001, s. 21).

Sykepleie dreier seg alltid direkte eller indirekte om mennesker, og en kan derfor kalle sykepleie en mellommenneskelig prosess. En sykepleier vil måtte forholde seg til alle typer mennesker. De erfaringene eller hendelsene som finner sted mellom sykepleier og mennesker som skulle ha behov for den pleien og omsorgen en sykepleier kan gi, gjør slik at sykepleie kan kalles en prosess (Travelbee, 2001, s. 30). Sykepleier kan betraktes som en endringsagent, det vil si at den foreliggende tilstanden ikke aksepteres dersom den består i sykdom, lidelse, dårlig hygiene, dårlig ernæring, fattigdom eller en rekke andre problemer. Sykepleieren arbeider for å skape forandringer, det vil si å hjelpe individet, familien eller samfunnet til bevisstgjøring om hvordan sykdom, funksjonssvikt og lidelse kan forebygges, og handle slik at høyes mulig nivå av helse kan opprettholdes (Travelbee, 2001, s. 30).

Ved et hvert møte mellom sykepleieren og den hun har omsorg for, foregår det kommunikasjon mellom dem – når de samtaler, og når de er tause. Den som trenger sykepleie kommuniserer noe til sykepleieren gjennom sitt utseende, gjennom atferd, holdning, ansiktsuttrykk, manerer og gester, og sykepleieren gjør det samme tilbake. All interaksjon med den syke gir oss som sykepleier en mulighet for å bli kjent med ham som menneske og til å bestemme og ivareta hans behov, og dermed til å etablere et menneske-til-menneske-forhold og oppnå sykepleiens mål og hensikt (Travelbee, 2001, s. 135).

Når en sykepleier kjenner den syke som individ, vil hun mye lettere kunne oppdage forandringer. Sykepleier trenger å vite når de skal kommunisere, så vel som hva som skal kommuniseres i sykepleiesituasjoner. (Travelbee, 2001, s. 141). Gjennom observasjon og kommunikasjon kan sykepleieren fastslå den sykes behov – det første nødvendige skritt ved sykepleieintervensjoner (Travelbee, 2001, s. 142). Hver enkelt sykepleier er unik, og vil



derfor finne seg bedre til rette med visse kommunikasjonsteknikker. Travelbee (2001) skriver at et styrende prinsipp for valget av kommunikasjonsteknikker er: Sykepleieren bør bruke de teknikker som gjør det mulig for henne å utforske og bringe på det rene innholdet i det den syke kommuniserer (Travelbee, 2001, s.154).

## **2. 2 Demens**

Demens er et klinisk symptombilde som karakteriseres ved gradvis forverring av kognitiv og praktisk svikt samt økende forekomst av nevropsykiatriske symptomer. Vanlige kjennetegn ved kognitiv svikt er redusert hukommelse, språk, orienteringsevne, evne til problemløsning samt abstraksjonsevne. Praktisk svikt fører til problemer med å utføre dagliglivets aktiviteter, noe som gjør det vanskelig for å leve et selvstendig liv. Nevropsykiatriske symptomer som kan oppstå er depresjon, angst, psykotiske symptomer som vrangforestillinger og hallusinasjoner, samt atferds forandringer som agitasjon og apati (Rokstad, 2014, s. 10, 11).

### **2. 2. 1 Demens ved Alzheimers sykdom med sen debut**

Demens ved Alzheimers sykdom, er den vanligste formen for demens. Sykdommen ble oppkalt etter den tyske legen Alois Alzheimer som beskrev den første gang i 1901. Demens ved Alzheimers sykdom med sen debut opptrer oftest etter 65 år. Den har færre symptomer og sykdommen og sykdomsutviklingen er mindre dramatisk. Hukommelsessvikten er det symptomer som er mest fremtredende i starten (Engedal & Haugen, 2009, s. 63).

### **2. 2. 2. Demens ved Alzheimers sykdom i sen fase**

Alzheimers demens har tre stadier, tidligfase, sen fase og slutfasen. I sen fase bor noen av personene fortsatt hjemme med ektefelle og krever kontinuerlig oppfølging 24 timer i døgnet, hvor enlige ofte har flyttet til institusjon. Disse pasientene får stadig større vansker med å finne fram i kjente omgivelser og orientering i forhold til ukedag, dato og måned blir vanskelig. Mange har problemer med å forstå klokken. Etter hvert blir det problemer med å gjenkjenne barnebarn, venner og naboer. Evnene til å fortelle om hendelser de siste måneder og år er nesten borte, men pasienten husker mye fra gamle dager selv og det også er hukommelsestap her. Even til gjenkjenning vil fortsatt være delvis intakt. Pasienten kan kjenne seg igjen i ulike rom, eller gjenkjenne personalet i sykehjemmet (Engedal & Haugen, 2009, s. 88).

Språkproblemer blir verre, her oppstår det en markert svikt i forståelsen talt og skrevet språk. Etter hvert vil flyten i talen bli borte og pasienten sier kun enkeltord og bruddstykker av setninger. Svikt språkforståelsen får store behandlingsmessige konsekvenser og den non-

verbale kommunikasjonen får en mer sentral plass i møte med pasienten. Tonefall, ansiktsuttrykk, kroppsholdning og bevegelser får større betydning enn innholdet i det som sies (Engedal & Haugen, 2009, s. 89). I dagliglivet skjer det en alvorlig svekkelse av evnen til å klare seg selv. Det er nødvendig med kontinuerlig oppfølging med mat, påkledning og personlig hygiene. Alvorlige atferdsproblemer som aggresjon, mistenksomhet og hallusinasjoner kan oppstå. Evnen til å sette seg inn i og forstå andres situasjon blir svært redusert. Sårbarhet for forvirring i forbindelse med somatisk sykdom, inntak av ulike legemidler og flytting øker. Svikt i hukommelse, innsikt i egen situasjon og selvhjulpenhet fører til økt uro og utrygghet, som gjør at god og stabil kontakt med andre er viktig. Aktivitet er av god betydning i alle fasene av demensutviklingen, men i denne fasen vil trygg og varm kontakt være mer avgjørende enn aktiviteten i seg selv (Engedal & Haugen, 2009, s. 89).

## **2. 3 Kommunikasjon og relasjon**

God kommunikasjon er kjennetegnet av en åpen og tillitsfull dialog. Samspillet gir et grunnlag for opplevelse av forståelse og felles skap med andre mennesker, og for personlig vekst. Dårlig kommunikasjon er derimot preget av usikkerhet og personen er lukket, og uklarhet med hensyn til hvilket budskap som skal formidles. Når kommunikasjonen blir uklar, øker risikoen for misforståelser, utrygghet, angst og mistenksomhet. I stedet for å skape klarhet, nærhet, trygghet og fortrolighet, vil kommunikasjonen da skape forvirring, uro og ensomhet (Wogn-Henriksen, 2008, s. 90).

En kan skille mellom verbal og non-verbal kommunikasjon. Verbal kommunikasjon vil si at en kommuniserer med ord, og språket vårt øker vår mulighet til å uttrykke oss presist og nyansert. Non-verbal kommunikasjon omfatter alt vi formidler mellom kropp, blick, stemme, gester, avstand osv., og hvordan det synkroniseres. Dette er den tidligste kommunikasjonsformen i vår utvikling (Wogn-Henriksen, 2008, s. 91).

Det kan være vanskelig å forstå hva en person med demens sier og mener. Mange personer med demens kan gjenta samme utsagn mange ganger om dagen, noe som ofte er til stor fortvilelse for hjelperen. Aldersdemente mangler evnen til å forholde seg til tidsaspektet i betydningen å kunne skille mellom fortid nåtid og fremtid. Mange forskere har vært opptatt at det aldersdemente kommuniserer har en mening, selv om det de sier er helt meningsløst for utenforstående. Å etablere kontakt med en person med demens og forstå hva hun prøver å formidle med sin atferd og sine utsagn er ikke alltid let. Det stille store krav til sykepleierens evne til empati og kommunikasjon (Eide & Eide 2007, s. 391).

Bekreftelse er et kjerneord i kommunikasjon med en person med demens. I stedet for å realitetsorientere og forholde seg til alt personen med demens forteller, kan det være viktig å gå med pasienten, og lytte og prøve å forstå der følelsesmessige budskapet som ligger i det pasienten sier eller gjør. Personer med demens har behov for at andre verner om deres autonomi og integritet. Her vil respekt være et viktig stikkord. Respekt er også viktig i forhold til pasientens følelser. Å vise respekt for personen med demens innebærer blant annet å observere og lytte godt, slik man er i stand til å oppdage hvordan pasienten faktisk har det, speile følelser og vise forståelse. Det er viktig å vise at man ser den andre, da slike tilbakemeldinger er bekreftende, styrker selvfølelsen, og hjelper pasienten til å være i kontakt med seg selv, og stimulerer til så god funksjon som mulig (Eide & Eide, 2007, s. 392).

Begrepet relasjon betegner det at en gjenstand står i forbindelse med en annen. I dagligtale brukes begrepet om forhold, kontakt eller forbindelse mellom mennesker. Begrepet relasjon brukes også om den enkelte hjelpers forhold til pasienter, pårørende, kolleger og samfunnet (Eide & Eide, 2013, s.17). En hjelperelasjon vil alltid innebefatte en forståelse. Det innebærer at pleieren uttrykker et ekte og ærlig ønske om å forstå klientens følelser og kommunikasjon, og viser dette gjennom aktiv lytting (Aamodt, 2014, s. 72). Tillit er også et viktig begrep i forhold til støtte. Den norske sykepleieren og filosofen Kari Martinsen har vært mye opptatt av begrepet tillit. Hun skriver blant annet «å vise tillit betyr å utlevere seg, våge seg fram for å bli imøtekommet». Videre sier hun at: «i enhver samtale utleverer man seg. Det er en bestemt tone, som den som samtalen viser, i forhold til den andre. Med vår holdning til hverandre – gjennom blikk, stemme, hender – er vi med å gi hverandres lev dets tone» (Aamodt, 2014, s. 78).

God pleie og omsorg er basert på en velfungerende relasjon mellom pleieren og pasienten. Å skape en god relasjon til andre innebærer å ha evne til empati, tålmodighet, varme, kunnskap, fleksibilitet og et positivt menneskesyn. Relasjonskompetanse handler blant annet om å kjenne seg selv, forstå den andres opplevelse og forstå hva som skjer i samspillet med den andre (Rokstad, 2014, s. 38). Rokstad (2014) skriver at å forstå hvordan en person med demens opplever en situasjon, innebærer å være villig til å lete etter en mening bak vedkommende sin atferd så vel som ytringer. Kommunikasjon er det middelet som gir næring til relasjoner. God kommunikasjon skaper fortrolighet, beriker oss og gjør oss til bedre mennesker (Rokstad, 2014, s. 38). Rokstad (2014) skriver at det er en sjelsettende opplevelse,

å nå inn til et menneske som er blitt avskrevet som utilgjengelig på grunn av langt fremskreden demens.

### **2. 3. 1 Kommunikasjonsprinsipper i demensomsorgen**

Det er ofte referert til tre innfallsvinkler om kommunikasjon og demens: reminisens, realitetsorientering og validering. Disse kalles ofte terapi. Selv om en ikke følger prinsippene konsekvent, kan bevisst prøving av ulike kommunikasjonsverktøy være nyttig når en vil utvikle sine empatiske ferdigheter for å oppnå best mulig kommunikasjon (Wogn-Henriksen, 2008, s. 103).

#### **2. 3. 1. 1 Reminisens**

Personer med demens har svekket hukommelse for løpende forhold i hverdagen, mens langtidshukommelsen ofte er mer intakt. Reminisens, også kalt minnearbeid tar utgangspunkt i evnen til å hente frem personlige og meningsfulle hendelser fra tidligere i livet. Minner vitaliseres når en hører andre fortelle personlige historier fra sitt liv. Når flere deler minner i en vennlig og avslappet situasjon, kan personen med demens gjenfinne en følelse av identitet, av glede og tilhørighet (Wogn-Henriksen, 2008, s. 104). Wogn-Henriksen (2008) skriver at å gjenopplive nøkkelhistorier fra livet sitt kan gi ny kontinuitet og sammenheng og tydeliggjøre hvem en er. Vi kan bruke minnearbeid for å minne mennesker om deres tidligere selvtilit og kompetanse, som så kan innvirke positivt på deres selvfølelse i dag. Personalet som deltar i minnegrupper, beskriver dem ofte som svært givende. Det forutsetter at personalet har evnen til å lytte, en ikke-dømmende sensitivitet overfor personens forsøk på å kommunisere og rikt personkunnskap (Wogn-Henriksen, 2008, s. 104).

#### **2. 3. 1. 2 Realitetsorientering**

Realitetsorientering er en metode som ble utviklet i 1960-årene. Orienteringssvikt og svekket korttidshukommelse er sentrale kjennetegn ved demens. Dermed blir sannsynligheten økt for at personer med demens ikke alltid er oppdater med hensyn til tid og situasjon, og kan tidvis miste oversikten eller erstatte manglende oversikt med egne antagelser, som i noen tilfeller kan være feil. Realitetstesting er ikke lengre patent; drøm og virkelighet, nåtid og fortid, ønsketenkning og den nøkterne virkelighet kan undertiden blandes på forskjellige måter. Tidligere referanser og minner får økt gjennomslagskraft, og enkelte ganger kan vrangforestillinger eller mistenksomhet farge kommunikasjonen (Wogn-Henriksen, 2008, s. 104, 105). Det kan for noen være en god hjelp at miljøet berikes med informerende nøkler. I tillegg vil det for mange være en støtte at personalet aktivt minner dem om tid, sted og navn, eller hva som foregår. Wogn-Henriksen (2008) skriver at for mange med demens er det åpenbart en stor trygghet at personalet formidler eller er en slags garantist for den

kunnskapen de selv har vansker med å lagre og hente frem. Mange er takknemlige for oppklaring og orientering.

### **2. 3. 1. 3 Validering**

Validering er en metode som ble utviklet og beskrevet av Naomi Feil og Kler-Rubin. I motsetning til realitetsorientering er denne innfallsvinkelen ikke så opptatt av hva som er reel og sann informasjon, men hva som er pasientens fokus og opplevelse. Det viktige blir å bekrefte og anerkjenne personens meddelelser, ikke å korrigere personen eller lede vedkommende frem til korrekt data (Wogn-Henriksen, 2008, s. 105). Valideringsterapi vektlegger personens emosjonelle verden, og metoden gir noen retningslinjer for kommunikasjon ut fra følelsene og meningen bak det som sies. Metoden har en kompleks teoretisk bakgrunn, med mer fokus på uløste konflikter fra personens tidligere liv enn på nåtidige, demensrelaterte vansker (Wogn-Henriksen, 2008, s. 105, 106). Wogn-Henriksen skriver at det viktige budskapet er at en må lytte til personens emosjonelle uttrykk uten å henge seg opp i faktaopplysninger. En må prøve å forstå personen fra hans eller hennes perspektiv, og møte hver enkelt på det vedkommende er opptatt av i stedet for å korrigere. I mange situasjoner kan denne metoden åpne for forståelse og nærhet.

### **2. 3. 1. 4 Musikk som kommunikasjon**

For mange har musikk betydd mye, og kan være en katalysator for minner og stemninger. Myskja påpeker at sang og musikk synes å gi en helhetlig stimulering av hjernen, og virkningsmekanismen ved musikk i forhold til eldre antas å være en kombinasjon av positiv erindring, bearbeiding av følelser og modulering av nevrohormonelle faktorer. Musikk kan skape klare øyeblikk og gjenskape en vitalitet og kommunikativ tilstedeværelse. Det er mangelfull og sprikende forskning om musikk som terapi for eldre. En samlet vurdering kan imidlertid tilsi at det å bruke musikk terapeutisk er lite ressurskrevende, samtidig som det gir høy pasienttilfredshet, har få bivirkninger og kan ha særlige gode resultater i eldreomsorgen i form av økt velvære og reduksjon av symptomer som uro og motoriske vansker (Eide & Eide, 2007, s. 394).

Når ord ikke strekker til, er musikken et godt redskap. De fleste mennesker kan synge, og hvis man både kan synge og validere, kan man nå lang med musikk som redskap.

Musikkterapi med demensrammede kan bare gjennomføres med positive resultater hvis man anvender en validerende holdning. Musikkterapeuter forteller at de bearbeide sorg og traumer fra fortiden, og musikkterapi lindrer følelsesmessige smerter, minsker ensomhetsfølelsen, minsker angst i hverdagen og gir mer livsenergi og spontan glede. Den demensrammendes

spontane sang kan være et godt mål for vedkommende følelser (Sejerøe-Szatkowski, 2004, s. 68). Pasienter kan synge sanger de en gang har lært. Sangene huskes fortsatt og er integrert i kroppen, tankene og følelsene, til tross for at hjernen er sløvet av sykdom. En indre uro som pasienter føler, kan uttrykkes gjennom sanger som henne eller ham kan fra før av (Samuelsen, 2006, s. 93).

### 3.0 Metode

Metoden er noe som forteller oss om hvordan en bør gå frem for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap (Dalland, 2012, s. 111). Sosiologen Vilhelm Aubert blir sitert i mange sammenhenger der det er spørsmål om hva metode er, og han formulerer det slik:

*«En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i asenalet av metoder»* (Dalland, 2012, s. 111).

Vår begrunnelse for å velge en bestemt metode er at vi mener den vil gi oss gode data og belyse spørsmålet vi har stilt på en faglig interessant måte (Dalland, 2012, s. 111). En metode er altså vår redskap i møte med noe vi ønsker å undersøke. Den hjelper oss blant annet til å samle inn data (Dalland, 2012, s. 212).

#### 3. 1 Kvalitativ og kvantitativ metode

Kvalitativ forskningsmetode blir brukt for å undersøke subjektive menneskelige erfaringer, opplevelser, oppfatninger og holdninger, og en bruker ikke-statistiske metoder for analyse. Datasamlingen når en bruker kvalitative forskningsmetoder skjer hovedsakelig gjennom intervju, observasjon og gjennomlesing av dokumenter. Generelt kan en si at kvalitativ forskning karakteriseres av et utvalg med relativt få informanter, men et godt beskrivende datamateriale (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim & Reinart, 2014, s. 72).

Kvantitative data er målbare enheter, tall, såkalte harde og objektive data, det vil si eksakt faktakunnskap (Thidemann, 2015, s. 77). Designet blir mest brukt når en ønsker å beskrive forekomst og fordeling, men også når en ønsker å finne sammenheng mellom et eller flere begreper (Nortvedt et al., 2014, s. 95, 96). Når en bruker kvantitativ metode, samles data inn ved: spørreskjemaer med faste svaralternativer, systematisk observasjon og eksperiment. Kjennetegn ved metoden er breddekunnskap, det vil si at en får et lite antall opplysninger fra mange undersøkelsesenheter (Thidemann, 2015, s. 78).

#### 3. 2 Litteraturstudie som metode

En litteraturstudie er en studie som systematiserer kunnskap fra skriftlige kilder. Dette innebærer å samle inn litteratur, gå kritisk gjennom den og til slutt sette det hele sammen. En bruker systematisk tilnærming i alle trinn i prosessen. Hensikten med dette er å gi leseren en

oppdatert og god forståelse av kunnskapen på det området som problemstillingen etterspør, og hvordan en har kommet frem til kunnskapen (Thidemann, 2015, s. 79-80)

Innenfor litteraturstudier kan en skille mellom systematisk litteraturoversikt og allmenn litteraturstudie. En allmenn litteraturstudie kjennetegnes av at en her beskriver og analyserer et antall utvalgte artikler, men som sjeldent er gjennomført systematisk hva utvalget angår (Thidemann, 2015, s. 81). Dette er den formen for litteraturstudie som er mest lik på bacheloroppgaven, og er denne formen for litteraturstudie som blir brukt i denne oppgaven.

### **3. 3 Sterke og svake sider ved litteraturstudie**

En litteraturstudie har både sterke og svake sider. Forsberg og Wengström (2013) skriver at forutsetningen for å skrive en litteraturstudie er at det er gjort nok forskning innen området. Studiene må være av god kvalitet, og må kunne trekkes slutninger fra (Forsberg & Wengström, 2013, s. 26). Det som er positivt ved litteraturstudie er at forfatteren vanligvis har tilgang til mye litteratur om temaet. Da kan forfatteren belyse problemet fra flere sider. Dette fordi en tar i bruk eksisterende litteratur og forskning, og kan dermed få mye kunnskap på kort tid. Derimot har litteraturstudier også svake sider. I følge Forsberg og Wengström (2013) er en av de negative sidene ved en litteraturstudie at forfatteren bare har tilgang til en begrenset mengde relevant forskning. En annen negativ side er at ekspertene bare velger ut studier som støtter sine egne synspunkter (Forsberg & Wengström, 2013, s. 26). Ulike eksperter inne samme område kan også komme frem til helt ulike resultat (Forsberg & Wengström, 2013, s. 26).

### **3. 4 Søkeprosessen og valg av litteratur**

Søk er hovedsakelig gjort i Cinahl, der jeg har funnet fire relevante artikler. Jeg har i tillegg gjort søk i SveMed+ og ProQuest. Referanselistene i fag og pensumlitteratur, samt tidligere studentoppgaver er brukt for å finne gode kilder. Ved utvelgelsen av litteratur har fokuset vært rettet mot relevans, og at litteratur skal gi et grunnlag for å belyse temaet fra flere sider, for å kunne gi et helhetlig bilde i forhold til problemstillingen.

I forhold til artikkelsøk startet jeg med å bruke søkeordene: Relasjon, sykehjem, demens, Alzheimer's disease, nursing home, relations, nurse-patient relations, dementia, care og norwegian. Ved bruk av disse søkeordene fikk jeg mange treff, men det var noe som manglet i forhold til problemstillingen. Da lå jeg til søkeordene; kommunikasjon, communication, communication strategies. Ut ifra disse søkeordene ble det et større utvalg av artikler, og



bredere kunnskap som kunne belyse problemstillingen. Jeg har laget en grundigere beskrivelse av søk jeg har foretatt meg ved hjelp av en tabell, se vedlegg 1.

Da jeg skulle velge ut hvilke artikler som hadde størst relevans, leste jeg først sammendraget, og ut i fra det kunne jeg danne meg et bilde om hvilken artikkel som er mest relevant.

Gjennom søkene jeg har gjort, har jeg også lest bak i referanselisten til diverse artikler. Her har jeg sett hvilke forfattere som går igjen i forhold til temaet demens, og har ut i fra dette gjort nye søk knyttet opp til navn på forfatter.

### **3. 5 Kildekritikk**

Dalland (2012) forklarer kildekritikk som metodene som brukes for å fastslå om en kilde er sann. Det er to sider ved kildekritikk. Den første handler om hjelp til å finne frem til den litteraturen som best mulig kan belyse din problemstilling. Den andre handler om å gjøre rede for den litteraturen du har anvendt i din oppgave (Dalland, 2012, s. 68). Dalland (2012) skriver at kildekritikken skal vise at du er i stand til å forholde deg kritisk til det kildematerialet du bruker i oppgaven, og hvilke kriterier du har brukt under utvelgelsen. Hensikten er at leseren skal få del i de refleksjonene en har gjort seg om hvilken relevans og gyldighet litteraturen har når det gjelder å belyse problemstillingen (Dalland, 2012, s. 72). Målet med kildekritikk er å vise leseren den litteraturen du har hatt til rådighet, og hvilke kriterier du har benyttet under utvelgelsen (Dalland, 2012, s. 73).

Litteraturen som er valgt til denne oppgaven er hentet fra ulike bøker som er funnet ved hjelp av høgskolebibliotekets hjemmeside, BIBSYS. I tillegg er det brukt pensumlitteratur knyttet til sykepleieutdanningen. Det er også brukt noe relevant litteratur fra offentlige publikasjoner. Artikkelsøkene er basert på nyere forskning, der artiklene som blir brukt ikke er eldre enn 10 år. Videre har jeg også tatt i betraktning at artiklene kan relateres til norske forhold. Jeg har også tatt stilling til at alle artiklene er blitt sjekket ved hjelp av nasjonalt kunnskapssenter sine sjekklister, se eksempel vedlegg II.

### **3. 6 Etiske aspekter**

Dalland (2012) skriver at for å ivareta enkeltpersoners og samfunnets interesser innen forskning er det etablert en rekke forskningsetiske komiteer. Forskningsetikk er et område av etikken som har med planlegging, gjennomføring og rapportering av forskning å gjøre (Dalland, 2012, s. 96). Forsberg & Wengström (2013) legger vekt på at forskerne har et etisk ansvar om å ikke forvrenger forskningsprosessen eller kopiere andres arbeid. Når en velger

forskningsartikler burde en velge artikler som er godkjent av etisk komite eller der andre etiske overveielser er gjort (Forsberg & Wengström, 2013, s. 70). I denne oppgaven har jeg tatt hensyn til at forskningsartiklene er godkjent av etisk komite, eller hvor andre etiske overveielser er gjort.

## 4.0 Resultat

«*Patient participation' in everyday activities in special care units for persons with dementia in Norwegian nursing homes*» (Helgesen, Larsson & Athlin, 2010).

Hensikten med denne studien var å utforske brukermedvirkning i hverdagslige aktiviteter for personer med demens som bor i spesialavdeling på sykehjem. Studien har et utforskende design hvor datasamlingen er basert på observasjoner og flere samtaler med beboerne og personalet. Funnene viste at for å oppnå brukermedvirkning måtte personalet være tilstede. Brukermedvirkning var altså et spørsmål om nærvær. Funnene viste det at personalet var tilstede hadde en stor innvirkning på beboernes ønske om å delta aktivt i dagliglivets aktiviteter. Funnene viste at for at beboerne skulle være mest mulig selvhjulpen og få en økt følelse av trygghet, var det viktig at personalet var til stede både med kunnskap og kompetanse, samt at de tok initiativ i samtaler med beboerne, slik at beboerne følte seg sett og hørt. Funnene viste også at beboernes evne til å delta aktivt i å ta avgjørelser i forhold til hverdagen, ble lett påvirket av oppførselen til personalet. Funnene viste også at personalet kunne ha god kunnskap om de forskjellige beboerne, og på denne måten tok avgjørelser for dem uten å spørre hva de ønsket, dette kunne føre til at beboerne ble usynliggjort som mennesker (Helgesen, Larsson & Athlin, 2010).

«*Personlige relasjoner har betydning for pasienters tilfredshet på sykehjem*» (Kirchoff, Gjellebæk & Tangen, 2014).

Hensikten med denne studien er å undersøke hvilken betydning personlige relasjoner har for sykehjemsbeboernes tilfredshet med oppholdet på sykehjem. Det er i denne studien gjort en tverrsnittsundersøkelse som, er gjennomført ved fire sykehjem i østlandsområdet, der 114 beboere i 2011 besvarte et kvantitativt spørreskjema. Funnene i studien viser at tilfredsheten på sykehjem hadde sammenheng med sykehjemsbeboernes opplevelse av relasjonen til ansatte, medboere, og deres tilfredshet med aktivitetstilbudet sykehjemmet hadde. Funnene i studien viser at relasjonen til medboere har betydning for tilfredsheten med oppholdet på sykehjem, samt at relasjonen til de ansatte var nesten like betydningsfulle som relasjonen til medbeboere. I tillegg kommer det frem at et tilfredsstillende aktivitetstilbud er med på å påvirke relasjonen til både ansatte og medboere. I denne studien knyttet beboernes relasjon til ansatte til opplevelsen av at ansatte brukte tid på beboerne, samt at man hadde anledning til å slå av en prat med personalet. Denne studien konkludere med at beboeres tilfredshet med

relasjonen til ansatte og medboere øker pasienttilfredsheten, samt at begge typer relasjoner er av like stor betydning (Kirchoff, Gjellebæk & Tangen, 2014).

*«A systematic review of communication strategies for people with dementia in residential and nursing homes»* (Vasse, Vernooij-Dassen, Spikjer, Rikkert & Koopmans, 2010).

Denne studien er en review studie. Bakgrunnen for studien er at demens fører til svikt i verbale ferdigheter som videre skaper utfordringer innenfor kommunikasjon til personer med demens. Studien har sett på kommunikasjonsstrategier til personer med demens og deres omsorgspersoner. Funn viser at personalet trenger mer kunnskap om hvordan en skal kommunisere med personer med demens. En finner positive funn ved bruk av reminisens, der en ser at personer med demens klarer å gjenkalle minner. I studien viste funnene også at kommunikasjonen var best ved en-til-en samtaler. Funnene viste også at tiltak ved daglige aktiviteter hadde en positiv effekt på utfallet av kommunikasjonen. Funnene viste at å gi opplæring til helsepersonell i forhold til kommunikasjon bidro til at pasientene var roligere (Vasse, Vernooij-Dassen, Spikjer, Rikkert & Koopmans, 2010).

*«The effect of integrated emotion-oriented care versus usual care on elderly persons with dementia in the nursing home and on nursing assistants: a randomized clinical trial»* (Finnema, Dröes, Ettema, Ooms, Adèr, Ribbe & Tilburg, 2005).

Hensikten med studien var å utforske effekten av å bruke kommunikasjonsverktøyet validering hos sykehjemsbeboere med demens og helsepersonell. Det ble gjort en flersteds randomisert klinisk studie med tilpassede grupper, hvor det ble gjort målinger ved starten av studien, og syv måneder senere. Studien tok for seg 146 eldre med demens, og 99 av pleiepersonell. Studien undersøkte oppførselen og humøret relatert til sykdommen og det at pasientene bodde på en institusjon. Den undersøkte også forekomsten av stress og stressreaksjoner hos helsepersonell, samt følelse av kompetanse og sykdom. Funnene i studien viser at personer med demens i startfasen og sen fase hadde positiv effekt av bruk av validerings terapi. Studien viste at personer med demens hadde en emosjonell balanse ved bruk av validering, samt at personene hadde et positivt selvbilde. I gruppen med pleiepersonell viste funnene at de som viste fremskritt i bruk av valideringsterapi hadde færre stressreaksjoner (Finnema, Dröes, Ettema, Ooms, Adèr, Ribbe & Tilburg, 2005).

*«The influence of caregiver singing and background music on vocally expressed emotions and moods in dementia care: A qualitative analysis» (Götel, Brown & Ekman, 2009).*

Bakgrunnen for studien er at musikk og sang er beregnet å ha stor innvirkning på menneskers følelser. En slik effekt har blitt demonstrert i pleie situasjoner hos personer med demens. Studien er av kvalitativ metode, med utvalg 9 personer med alvorlig demens og 5 profesjonelle pleiere i et sykehjem i Sverige. Hensikten med denne studien var å belyse verbalt uttrykket følelser og humøret i kommunikasjonen mellom helsepersonell og personer med demens i morgenstellet. Det ble brukt tre stille situasjoner, den «vanlige» måten uten musikk, en økt med bakgrunnsmusikk og en økt hvor pleieren sang til/med pasienten. Funnene viste at tilstedeværelse av bakgrunnsmusikk og at pleieren sang ga en økt gjensidighet i kommunikasjonen, sammenlignet med et stell uten musikk. Musikk skapte en relasjon mellom pleier og pasient. Ved bruk av musikk ble det uttrykket positive følelser fra pasientene. Mens bakgrunnsmusikken spilte, ble det en økt følelse av samarbeid, initiativ og humor. Pleieren som sang bidro til en følelse av oppriktighet og intimitet i samspillet (Götel, Brown & Ekman, 2009).

*«Quality care for persons experiencing dementia: The significance of relational ethics» (Sellevoid, Egede-Nissen, Jakobsen & Sørli, 2013).*

Hensikten med denne studien er å beskrive helsepersonells erfaringer med hvordan gode relasjoner og etiske utfordringer en møter med personer med demens, og innvirkningen det har på kvaliteten i pleien. Studien er bygd opp av dybde intervju med 12 helsearbeidere. Funnene i studien viser at helsearbeiderne aksepterte pasientene for den de er, og de prøver å se forbi sykdommen de har og ha fokus på pasientens ressurser, ikke deres begrensninger. Funnene viste også at kommunikasjon var en viktig nøkkel for å skape en relasjon og ha god kvalitet i pleien. Videre viste funnene at det var viktig at helsearbeiderne forstod pasientens følelsesmessige uttrykk og kroppsspråket til pasientene. Det kom også frem at personalet kunne se om kvaliteten i pleien var god ved at pasientene gjenkjente dem. I følge personalet ble nære og gode relasjoner mellom pasient og personal dannet når pasientene viste at de var trygg rundt personalet og omvendt (Sellevoid, Egede-Nissen, Jakobsen & Sørli, 2013).

#### **4. 1 Oppsummering av hovedfunn**

Hovedfunnene i de seks artiklene jeg har valgt er blant annet at for å kunne oppnå en god relasjon må helsepersonell ha kunnskap om forskjellige kommunikasjonsmetoder, for å kunne forstå personene med demens. Videre fremhever studiene viktigheten av tilstedeværelse av

personalet. Funnene i 4 av studiene tar for seg forskjellige med personer med demens, hvor de beskriver positive utfall ved bruk av de ulike kommunikasjonsverktøyene. Alle studiene viser til at helsepersonell trenger økt kunnskap i hvordan en skal møte kommunikasjonsutfordringene hos denne pasientgruppen, og økt kunnskap om demens generelt. Studiene får frem at helsepersonell har mange oppgaver som må gjøres, og pasientene ofte kan bli usynliggjort. Alle studiene får også frem viktigheten av å forstå personer med demens, både verbalt og non-verbalt. En av studiene hadde mer fokus på relasjon, funnene her viser at forståelse er viktig for å kunne etablere en relasjon, både forstå beboeren, og gjøre seg selv forstått.

## **5. 0 Hvordan kan sykepleier skape en best mulig relasjon og kommunikasjon til personer med demens?**

Å skape en best mulig relasjon og kommunikasjon til personer med demens er et omfattende emne. I en nøye gjennomgang av litteratur og forskning, har jeg kommet frem til noen tema som skal bidra til å belyse problemstillingen. Videre vil jeg drøfte hvordan en etablerer relasjoner, viktigheten av tilstedeværelse av personalet, bruk av ulike kommunikasjonsverktøy, bruk av sang og musikk, og kunnskap hos helsepersonell.

### **5. 1 Å etablere relasjoner**

Sellevold et al. (2013) skriver i sin studie at for å skape en relasjon til en person med demens er det viktig at en anerkjenner personen. Dette innebærer at sykepleier prøver å forstå hva personen formidler, og responderer på det som blir formidlet. Videre innebærer det også at sykepleieren ser forbi sykdommen, og har fokus på beboerens ressurser og ikke dens begrensninger. Å forstå hvordan en person med demens opplever en situasjon, innebærer at sykepleier er villig til å lete etter en mening bak vedkommende sin atferd, skriver Rokstad (2014). Aamodt (2014) skriver at en hjelperelasjon alltid vil ha fokus på forståelse. Dette beskriver også Travelbee (2001) når hun skriver at for å kunne bistå syke mennesker til å mestre sykdom og lidelse, må sykepleier etablere en tilknytning til den syke, som formidler at han blir forstått, og at han ikke er alene. Studien av Sellevold et al. (2013) forteller at åpenhet til personen med demens er viktig for å kunne forstå hver enkelt person sine ønsker og behov. Aamodt (2014) skriver at dette innebærer at sykepleieren uttrykker et ekte og ærlig ønske om å forstå beboerens følelser og kommunikasjon. Derimot skriver Helgesen et al. (2010) i sin studie at ved at sykepleiere har god forståelse og kunnskap om beboerne kan være et hinder for beboerens evne til å bidra i å ta egne avgjørelser. Et eksempel på dette er at sykepleier kjenner til beboerens rutiner og vaner, og på denne måten tar de avgjørelser for beboeren. En slik oppførsel kan beskrives som at beboeren blir usynliggjort. Dette er noe jeg selv erfarer at jeg gjør i arbeidssammenheng. Et eksempel er at en dame drikker surmelk til maten hver dag, hvor jeg som helsepersonell da automatisk serverer henne surmelk, uten å spørre henne hva hun ønsker å drikke, og dermed lar jeg ikke henne ta en egen avgjørelse.

Travelbee (2001) skriver at den som trenger sykepleie kommuniserer noe gjennom sin væremåte, enten om det er verbalt eller non-verbalt, og det samme gjør sykepleieren tilbake. Sellevold et al. (2013) beskriver at en god relasjon mellom sykepleier og pasient er karakterisert av den non-verbale kommunikasjonen. Dette innebærer at sykepleier

kommuniserer med kroppsspråk, blant annet omhandlet dette ansiktsuttrykk, og å legge en hånd på skulderen til pasienten, som førte til at sykepleier fikk blikk kontakt med pasienten. På lik linje hadde forståelsen av pasientenes non-verbale kommunikasjon like stor betydning for relasjonen mellom sykepleier og pasient. Dette støtter Travelbee (2001) når hun skriver at et meningsinnhold kan overføres nonverbalt gjennom berøring eller lukt. Rokstad (2014) skriver at det er en sjelsettende opplevelse, å nå inn til et menneske som er blitt avskrevet som utilgjengelig på grunn av langt fremskreden demens. Det samme skriver Sellevold et al. (2013) når sykepleier opplever at pasientene gjenkjenner dem. De forteller videre at nære og gode relasjoner er skapt når pasientene viser at de bryr seg om sykepleieren. Et eksempel som kan støtte opp om dette var noe jeg opplevde i arbeidssammenheng. Det var en pasient som vanligvis er skeptisk til nytt personale, men etter hvert som hun fikk snakket og ble kjent begynte hun å spørre om hvor jeg kom fra. Noen uker senere var jeg på jobb igjen, og denne gangen beskrev hun til meg hvor hun bodde, og at hvis jeg noen gang var i nærheten, måtte jeg komme inn å få en kopp kaffe. På denne måten forstod jeg at hun hadde fått en form for tillit til meg, og en relasjon var etablert.

I en studie av Kirchhoff et al. (2014) kommer det frem at personlige relasjoner er viktig for at beboere skal trives i sykehjem. Dette innebærer både relasjon til medboere og personalet. Eide & Eide (2007) beskriver relasjon som forhold, kontakt eller forbindelse mellom mennesker. En ser dermed at det er naturlig å etablere en relasjon til medboere. Travelbee (2001) beskriver at gjensidig forståelse og kontakt, bidrar til å skape et menneske-til-menneske-forhold, og er det overordnede målet for all sykepleie. Kirchhoff et al. (2014) kom frem til at aktiviteter mellom beboere og sykepleier var en gylden mulighet til å skape relasjon beboere imellom og relasjon til sykepleier. Aktiviteten kunne være så lett som måltider eller kaste ball i stuen. Studien fremhevet også at relasjonen mellom medboere var minst like viktig som relasjonen til sykepleierne for at beboerne skulle trives. Personalet er ofte oppgave orientert, som igjen fører til at beboerne blir glemte, og kan føre til mistriivsel, fremhever studien til Helgesen et al. (2010). Gjennom arbeid har jeg selv erfart hvor lett det kan være å glemme beboerne, da en ofte har mange oppgaver som skal utføres før vekten er over. Det er da godt å se beboerne sitte enten under måltid eller i stuen å snakke sammen, å se at det er en relasjon mellom beboerne i sykehjemmet. Dette kan da bidra til økt trivsel, noe som Kirchhoff et al. (2014) også får frem i sin studie. Videre skriver Kirchhoff et al. (2014) at sykepleiere har en særskilt oppgave å legge til rette for at beboerne skal trives på sykehjemmet. Hauge (2014) skriver at sykepleieren har et spesielt ansvar for det samlede tjenestetilbudet. Dette innebærer



at sykepleier tilrettelegger aktiviteter som gir positive opplevelser, og som i tillegg kan bidra til å styrke relasjonene mellom beboere og sykepleiere.

## **5. 2 Tilstedeværelse av personalet**

At sykepleier er til stede, bidrar til at beboerne opplever en økt følelse av trygghet, og de er i stand til å utføre flere oppgaver på egenhånd, skriver Helgesen et al. (2010). Videre skriver de at det er viktig å møte beboerne med respekt, for å kunne skape en god kommunikasjon, samt at sykepleier stiller med kunnskap og kompetanse. Her skriver Helgesen et al. (2010) også at sykepleiere må være tilgjengelig for samtale med pasientene, da kommunikasjon er det som gir næring til relasjoner. Studien til Kirchhoff et al. (2014) beskriver en sykepleier-pasient relasjon, som at beboerne skal ha en mulighet for å samtale med personalet, dersom dette skulle være et behov. Travelbee (2001) skriver derimot at det er viktig at en går vekk fra sykepleier-pasient relasjonen, og heller prøver å etablere et menneske-til-menneske-forhold da dette skal bidra gjensidighet i kontakten, og sykepleier og pasient skal møtes som likeverdige. Eide & Eide (2007) skriver at en må møte personer med demens med respekt, vise at en er til stede og observere og lytte godt. Slike tilbakemeldinger er bekreftende, styrker selvfølelsen og hjelper pasienten med å være i kontakt med seg selv, og stimulerer til at personen kan fungere på best mulig på egenhånd. Samtidig som studien til Helgesen et al. (2010) skriver at de fleste av personalet fortalte at de hadde fokus på å være tilstede for beboerne, å møte hvert enkelt individ med respekt, ble det gjort observasjoner i miljøet som viste det motsatte. Det var ofte beboerne ikke ble tatt på alvor når de kom med spørsmål om sin egen pleie. Dette stritter imot det Travelbee (2001) prøver å formidle med et menneske-til-menneske-forhold. I eksempelet i Helgesen et al. (2010) sin studie, møter ikke sykepleier pasienten som et menneske, men som en pasient. Dette fører til at det ikke blir opprettet en reel kontakt mellom sykepleier og pasient.

## **5. 3 Bruk av ulike kommunikasjonsverktøy**

### **5. 3. 1 Bruk av reminisens**

Vasse et al. (2010) fant i sin studie at bruk av kommunikasjonsmetoden reminisens hadde en positiv innvirkning på personer med demens. Studien skriver videre at ved bruk av reminisens ble hukommelsen til personen med demens forbedret. Wogn-Henriksen (2008) skriver at langtidshukommelsen ofte er mer intakt enn korttidshukommelsen. Videre skriver hun at reminisens tar utgangspunkt i å hente frem minner fra tidligere i livet, som igjen kan føre til at personen med demens kan gjenfinne en følelse identitet, av glede og tilhørighet. Vasse et. al (2010) skriver også at reminisens er et enkelt verktøy for å skape en bedre kommunikasjon

mellom beboere og pleier. Wogn-Henriksen (2008) støtter opp om at reminisens er et godt kommunikasjonsverktøy, men at det forutsetter at sykepleier har evne til å lytte, har en ikke-dømmende sensitivitet for hva personen prøver å kommunisere, og har god kunnskap om personen. Finnema et al. (2005) beskriver også at reminisens er et kommunikasjonsverktøy som er viktig for å hente frem følelser. I arbeidssammenheng snakket jeg med en beboer som var noe urolig, jeg satte meg ned og snakket med henne om hva hun tenkte. Da jeg ikke klarte å finne essensen i det hun prøvde å fortelle, ledet jeg henne over på et annet samtaleemne, hvor vi snakket om hennes tidligere arbeid. Dette førte til at beboeren ble mer rolig, og humøret hennes lettet. En forutsetning for at jeg kunne skifte samtaleemne var at jeg hadde en relasjon til beboeren.

### **5. 3. 2 Bruk av validering**

Finnema et al. (2005) fant i sin studie ut at ved å bruke valideringsterapi til personer med demens i sykehjem, ble det mindre utrygghet blant beboerne og at beboerne hadde et mer positivt selvbilde. Wogn-Henriksen (2008) forklarer valideringsterapi som det motsatte av realitetsorientering. Hun skriver at valideringsterapi legger vekt på personens emosjonelle verden, og at en prøver å finne en mening bak det som sies. Sellevold et al. (2013) får dette frem i sin studie, hvor de skriver at det var viktig at en så forbi beboernes diagnose, og i stedet prøve å forstå hva hver enkelt beboer prøvde å formulere. Her skriver også Eide & Eide (2007) at i stedet for å realitets orientere beboere, kan det være til hjelp å lytte til essensen i det følelsesmessige budskapet som ligger i det personen med demens sier eller gjør. Finnema et al. (2005) skriver videre at ved å bruke valideringsterapi ble det en bedret relasjon mellom beboer og sykepleier. Eide & Eide (2007) skriver at sykepleier ofte blir fortvilet av at personer med demens gjentar samme utsagn mange ganger om dagen. Studien til Finnema et al. (2005) får frem at bruk av valideringsterapi bidrar til å minske fortvilelse og stress blant sykepleiere. I egen praksis har jeg erfart at hvis en konstant prøver å realitets orientere personer med demens, kan det lett føre til stress, som igjen fører til irritabilitet. Derimot hvis en møter beboerne der de befinner seg, kan en unngå gjentagelse av forskjellige utsagn, å beboerne kan finne trygghet i å henvende seg til deg.

### **5. 3. 3 Den non-verbale kommunikasjonen**

Sellevold et al. (2013) skriver at hovednøkkelen for god pleie og omsorg ligger i måten sykepleier kommuniserer på. Her beskriver sykepleier, at i møte med beboerne hadde kroppsspråket til pleieren en større betydning enn det som ble sagt. Engedal & Haugen (2009) skriver at demens fører til svikt i forståelsen av talt og skrevet språk, og at den non-verbale

kommunikasjonen får en mer sentral plass i møte med pasienten. Videre skriver de at tonefall, ansiktsuttrykk, kroppsholdning og bevegelser får større betydning enn innholdet i det som sies. Studien til Helgesen et al. (2010) støtter opp mot de overnevnte, da et av funnene i studien viser at humøret og oppførselen til sykepleier hadde innvirkning på hvilken grad beboerne klarte å være selvstendig. Finnema et al. (2005) nevner også at humøret til sykepleier har innvirkning i møte med pasientene. I arbeidssammenheng har jeg erfart det som blir beskrevet i studiene. Hvis en har et smil når en kommer på jobb, og viser seg med et åpent kroppsspråk, påvirker dette humøret til beboerne, som igjen fører til ro i avdelingen. På den andre siden skriver Sellevold et al. (2013) at det ikke bare er sykepleier sin oppførsel og kroppsspråk som har betydning. Det er også viktig at sykepleier prøver å forstå beboerens sitt kroppsspråk, for å kunne oppnå en god og betydningsfull kommunikasjon. Studien får frem at en relasjon mellom sykepleier og personen med demens, er karakterisert av den non-verbale kommunikasjonen, det å forstå personens kroppsspråk, men også å gjøre seg selv forstått. Travelbee (2001) fremhever også dette ved at hun skriver at den som trenger sykepleie kommuniserer noe til sykepleieren gjennom sitt utseende, sin atferd, holdning, ansiktsuttrykk, manerer og gester, og sykepleieren gjør det samme tilbake. Hun skriver at det å prøve å forstå den som trenger sykepleie, kan bidra til å skape en relasjon mellom dem.

#### **5. 4 Bruk av sang og musikk**

Et «vanlig» stell uten noe form for musikk, hvor pleieren var hyggelig og kom med klare beskjeder, førte ofte til aggressivitet og mistillit hos beboerne skriver Götel et al. (2009). Wogn-Henriksen (2008) beskriver dette som at kommunikasjonen kan ha vært preget av usikkerhet, som igjen kan ha gjort at budskapet sykepleier prøvde å formidle, har blitt uklart. Samtidig skriver Götel et al. (2009) at ved tilstedeværelse av bakgrunnsmusikk i morgenstellet ble budskapet sykepleierne prøvde å formulere mer klart, som igjen førte til økt trygghet hos beboerne. Videre skriver Götel et al. (2009) at bakgrunnsmusikken i pleien førte til at beboerne var mer positiv i møte med sykepleieren, men også at samspillet ble bedre mellom dem. Eide & Eide (2007) skriver at musikk kan være en katalysator for minner og stemninger. Videre skriver de at å bruke musikk er lite ressurskrevende og kan føre til økt velvære og reduksjon av symptomer som uro og motoriske vansker. Dette fremhevet Götel et al. (2009) også i sin studie, hvor de skriver at beboerne ble mer samarbeidsvillig, og forstod hva som skulle gjøres under stellet. Her kom de også frem at tilstedeværelse av bakgrunnsmusikk førte til at sykepleier og personen med demens var mer på samme følelsesmessige bølgelengde, og beboerne følte seg tryggere og ivaretatt.

Ved at sykepleier sang opplevde beboerne stellet som mer helhjertet enn ved lett bakgrunnsmusikk skriver Götel et al. (2009). Videre skriver de at ved at sykepleieren sang i stellet førte til en økt åpenhet, intimitet og sårbarhet mellom beboere og pleiere. Myskja påpeker at sang og musikk kan føre til positiv erindring og bearbeiding av følelser. Musikk kan også skape klare øyeblikk og gjenskape en vitalitet og kommunikativ tilstedeværelse (Eide & Eide, 2007, s. 394). Dette beskriver også Götel et al. (2009) i sin studie, da de skriver at beboerne ble mer positiv i humøret, men også at de takket sykepleierne for stellet som var utført. Videre forteller studien at beboerne sang sammen med pleierne etter litt tid. Samuelson (2006) skriver at personer med demens kan synge sanger de en gang har lært. Og at en indre uro som personen føler, kan uttrykkes gjennom sanger de kan fra før av. Et eksempel fra studien av Götel et al. (2009) var at pleier og beboer utfylte hverandre sine setninger hvor de sang. Når pleierne sang virket det som beboerne forstod hva budskapet var. Videre beskrev studien at ved at beboerne bidro i sang og musikk, konsentrerte beboerne seg både følelsesmessig og fysisk på hva sykepleieren gjorde og sa, som igjen førte til en åpenhet mellom dem. På denne måten foregikk det ifølge Wogn-Henriksen (2008) en god kommunikasjon. Rokstad (2014) skriver at kommunikasjon er det middelet som gi næring til relasjoner. Travelbee (2001) beskriver sang og musikk som en måte å bringe frem et budskap. Hun beskriver musikk som en form for non-verbal kommunikasjon, noe som tilfører innholdet i det som blir sagt. Götel et al. (2009) får frem at sang og musikk er en god måte å kommunisere med personer med demens, som bidrar til positive opplevelser mellom beboeren og sykepleieren. Både Götel et al. (2009) og Sejerøe-Szatkowski (2004) skriver at sang og musikk bidrar til å lindre følelsesmessige smerter, kan føre til mindre ensomhet, minske uro i hverdagen og gi et mer positivt humør.

## **5. 5 Kunnskap hos helsepersonell**

Sellevold et al. (2013) og Vasse et al. (2010) omtaler begge i sin studie viktigheten av at helsepersonell har kunnskap om ulike kommunikasjonsteknikker i møte med personer med demens. Som Jakobsen (2007) skriver, øker antallet aldersdement, som igjen gjør at antallet med personer med demens øker i sykehjem. Her blir det manglende kunnskap i forhold til behovet, de ansatte gjør så godt de kan, men kunnskapsbaserte handlinger mangler ofte. Kunnskapssenteret definerer kunnskapsbasert praksis som «Å ta faglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens ønsker og behov i en gitt situasjon» (Mekki & Holter, 2011, s. 36). Vasse et al. (2010) fant i sin studie ut at treningsgrupper for helsepersonell, hvor fokuset er rettet mot å lære ulike

kommunikasjonsteknikker var med på å redusere stress hos sykepleiere. Det samme forteller studien til Finnema et al. (2005), når de skriver at ved at helsepersonell fikk opplæring i bruk av valideringsterapi bidro dette til redusert stress og irritabilitet hos sykepleierne. Jakobsen (2007) skriver at å tilrettelegge for kunnskapsutvikling er en god investering. Videre skriver hun at ifølge Agyris er dette en betingelse for å kunne skape endringer. Her skriver Jakobsen (2007) at dette er avgjørende for demensomsorgen, da personer med demens har en lidelse som er vanskelig å forholde seg til. Kompleksiteten i symptombildet, den enkeltes opplevelse av sykdommen, kommunikasjonsutfordringer og håndtering av dette, krever et økt kunnskapsnivå dersom pasientenes behov skal møtes på en faglig og etisk forsvarlig måte.

De overnevnte studiene viser til at god kunnskap om ulike kommunikasjonsteknikker kan bidra til økt trygghet og bedret pleie for personer med demens. Vasse et al. (2010) forteller at bruk av reminisens kunne bidra til at beboerne klarte å gjenkalle minner. Götel et al. (2009) fremhever bruken av musikk som en god nøkkel til kommunikasjon. Finnema et al. (2005) beskrev at ved at helsepersonell fikk opplæring i valideringsterapi førte dette til en bedre hverdag for beboerne, samt redusert stress hos helsepersonellet. Sellevold et al. (2013) kom frem til at det var viktig at helsepersonell hadde en relasjon til beboerne for at beboerne skulle føle seg trygg. De trakk i sin studie frem viktigheten av forståelse i kommunikasjonen for at relasjonen skulle etableres. Dette forteller Rokstad (2014) også når hun skriver at relasjonskompetanse handler om å kunne kjenne seg selv, forstå den andres opplevelse, og ha forståelse for hva som skjer i samspillet med den andre. Travelbee (2001) drar frem at kommunikasjon er viktig for å skape en relasjon, og på denne måten kartlegge den sykes behov. Holter (2011) skriver for å kunne hjelpe pasienten å ivareta sine grunnleggende behov må sykepleieren ha gode kunnskaper i fysiologi, patofysiologi, pasientens medisinske symptomer og diagnose og behandling. Samtidig skriver hun at sykepleieren må en individuell forståelse for den enkelte pasient og den sosiale sammenhengen pasienten inngår i, noe som støtter det Rokstad (2014) skriver. Videre skriver Holter (2011) at sykepleiere har et ansvar for sin egen og fagets kunnskapsutvikling.

## **6. 0 Avslutning**

For at sykepleier skal kunne skape en best mulig relasjon og kommunikasjon er det viktig at hun har forståelse for hva personen med demens kommuniserer, både verbalt og non-verbalt. Videre er det viktig at sykepleier tilegner seg kunnskap om ulike kommunikasjonsteknikker i møte med personer med demens, og om demens generelt. Bruk av reminisens og validering viser seg å være gode kommunikasjonsteknikker, da dette bidrar til bedret hukommelse og økt selvbilde hos beboerne. Videre viser funnene i denne litteraturstudien at den non-verbale kommunikasjonen er den viktigste nøkkelen for å skape en god relasjon og kommunikasjon. Dette innebærer å gjøre seg selv forstått, og forstå hva beboerne prøver å kommunisere. Sang og musikk er en del av den non-verbale kommunikasjonen, og bidrar til økt forståelse hos beboerne, samt en åpenhet og intimitet i samhandlingen som foregår. Det er også viktig at sykepleier prøver å etablere et menneske-til-menneske-forhold, fremfor en sykepleier-pasient relasjon. Avslutningsvis kom studien frem til at det er viktig å ha respekt for personer med demens sine følelser, samt vise at en hele tiden er til stede, for å kunne skape en best mulig relasjon og kommunikasjon til personer med demens.

## 7. 0 Referanseliste

- Aamodt, L. G. (2014). *Den gode relasjonen*. Oslo: Gyldendal Norsk forlag AS.
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal norsk forlag AS.
- Eide, H., & Eide, T. (2013). *Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal norsk forlag AS.
- Engedal, K., & Haugen, P. K. (2009). *Demens: Fakta og utfordringer*. Tønsberg: Forlaget aldring og helse.
- Finnema, E., Dröes, R., Ettema, T., Ooms, M., Adèr, H., Ribbe, M., & Tilburg, W. V. (2005). The effect of integrated emotion-oriented care versus usual care on elderly persons with dementia in the nursing home and on nursing assistans: a randomized clinical trial. *International journal of geriatric psychiatry* 20(4): 330-343. Hentet fra: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=106214398&site=ehost-live>
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Författarna och Bokförlaget Natur & Kultur.
- Götel, E., Brown, S., & Ekman, S. (2009) The influence of caregiver singing and background music on vocally expressed emotions and moods in dementia care: A qualitative analysis. *International journal of nursing studies* 46(4): 422-430. Hentet fra: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=105512728&site=ehost-live>
- Hauge, S. (2014). Sykepleie i sykehjem. I M. Kirkevold., K. Brodtkorb., & A. H. Ranhoff. (red.) *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. Utg., s. 265-280). Oslo: Gyldendal norsk forlag AS.
- Helgesen, A. K., Larsson, M., & Athlin, E. (2010). 'Patient participation' in everyday activities in special care units for persons with dementia in Norwegian nursing homes. *International Journal Of Older People Nursing* 5(2): 169-178. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1748-3743.2010.00223>. Hentet fra: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=105202155&site=ehost-live>

- Holter, I. M. (2011). Sykepleieprofesjonens kjernekompetanse. I I. M. Holter., & T. E. Mekki (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 1* (4. Utg., s. 139-147). Oslo: Akribe.
- Jakobsen, R. (2007). *Ikke alle vil spille bingo: Om teori og praksis i demensomsorgen på sykehjem*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Kirchoff, J. W., Gjellebeck, C., & Tangen, M. (2014). Personlige relasjoner har betydning for pasienters tilfredshet på sykehjem. *Sykepleien forskning* 9(3): 226-233. DOI: 10.4220/sykepleienf.2014.0130 Hentet fra: <https://sykepleien.no/forskning/2014/10/personlige-relasjoner-har-betydning-pasienters-tilfredshet-pa-sykehjem>
- Kunnskapssenteret. (2015, 24. november). *Sjekklistor for vurdering av forskningsartikler*. Hentet 3. februar 2016 fra: <http://www.kunnskapssenteret.no/verktoy/sjekklistor-for-vurdering-av-forskningsartikler>
- Mekki, T. E., & Holter, I. M. (2011). Hvem er pasientene og hvor befinner de seg? I I. M. Holter., & T. E. Mekki (red.). *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 1* (4. Utg., s. 27-37). Oslo: Akribe.
- Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V., & Reinart, L. M. (2014). *Jobb kunnskapsbasert: En arbeidsbok*. Oslo: Akribe AS.
- Regjeringen. (2011, 17. november). *Demensplan 2015 «den gode dagen»*. Hentet 14. januar 2016 fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/demensplan-2015-den-gode-dagen/id663429/>
- Rokstad, A. M. M. (2008). Forståelse som grunnlag for samhandling. I A. M. M. Rokstad., & K. L. Smebye (red.). *Personer med demens: Møte og samhandling* (1. utg. s. 60-86). Oslo: Akribe.
- Rokstad, A. M. M. (2014). *Se hvem jeg er!: Personsentrert omsorg ved demens*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Samuelsen, A. G. (2006). *Kunsten i samspill: Fra ord til handling*. Oslo: Kommuneforlaget AS.
- Sejerøe-Szatkowski, K. (2004). *Demens: Kommunikasjon og samarbeid*. Oslo: Gyldendal norsk forlag AS.



Sellevoid, G. S., Egede-Nissen, V., Jakobsen, R., & Sørli, V. (2013). Quality care for persons with dementia: The significance of relational ethics. *Nursing ethics* 20(3): 263-272. Hentet fra:  
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=104286006&site=ehost-live>

Thidemann, I. M. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforlaget.

Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal norsk forlag AS.

Vasse, E., Vernooij-Dassen, M., Spikjer, A., Rikkert, M. O., & Koopmans, R. (2010). A systematic review of communication strategies for people with dementia in residential and nursing homes. *International Psychogeriatrics* 22(2): 189-200. Hentet fra:  
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=105313134&site=ehost-live>

Wogn-Henriksen, K. (2006). «Hva var det jeg skulle sagt – vedblev han med stor Omstendelighet – og tidde.1». I R. M. E. Krüger, (red.). *Evige utfordringer: Helsetjenester og omsorg for eldre* (1. utg., s. 91-110). Tønsberg: Forlaget aldring og helse.

Wogn-Henriksen, K. (2008). Kommunikasjon. I A. M. M. Rokstad., & K. L. Smebye (red.). *Personer med demens: Møte og samhandling* (1. utg., s. 87-113). Oslo: Akribe AS.

## Vedlegg I: Artikkelsøk

**Tabell 1: Artikkel 1 søk i Cinahl**

	<b>Søkeord</b>	<b>Treff</b>	<b>Avgrensning</b>
Søk 1	Dementia or Alzheimers	42 035	
Søk 2	Dementia or Alzheimers AND relations	3 565	
Søk 3	Dementia or Alzheimers AND relations AND nursing home	724	
Søk 4	Dementia or Alzheimers AND relations AND nursing home AND care	217	2010-2015
Søk 5	Dementia or Alzheimers AND relations AND nursing home AND care AND norwegian	7	2010-2015

«*‘Patient participation’ in everyday activities in special care units for persons with dementia in Norwegian nursing homes*» av Helgesen, Larsson & Athlin (2010).

**Tabell 2: Artikkel 2 søk i SveMed+**

	<b>Søkeord</b>	<b>Treff</b>	<b>Avgrensning</b>
Søk 1	Relasjon	5957	
Søk 2	Relasjon AND sykehjem	30	
Søk 3	Relasjon AND sykehjem	17	2010-2015
Søk 4	Relasjon AND sykehjem	2	2010-2015 + Sykepleien forskning

«*Personlige relasjoner har betydning for pasienters tilfredshet på sykehjem*» Av Kirchoff, Gjellebæk & Tangen, 2014.

**Tabell 3: søk i Cinahl**

	<b>Søkeord</b>	<b>Treff</b>	<b>Avgrensning</b>
Søk1	Vasse	15	AU author
Søk 2	Vasse AND communication	2	AU author
Søk 3	Vasse AND communication AND dementia	1	AU author

*«A systematic review of communication strategies for people with dementia in residential and nursing homes» Av Vasse, Vernooij-Dassen, Spikjer, Rikkert & Koopmans (2010)*

**Tabell 4: søk i Cinahl**

	<b>Søkeord</b>	<b>Treff</b>	<b>Avgrensning</b>
Søk 1	Dementia Therapy	2775	
Søk 2	Dementia Therapy AND Validation therapy	36	Full text, 2005-2016
Søk 3	Dementia Therapy AND Validation therapy AND Nursing Home	5	Full text, 2005-2016, Abstract available

*«The effect of integrated emotion-oriented care versus usual care on elderly persons with dementia in the nursing home and on nursing assistants: a randomized clinical trial» Av Finnema, Dröes, Ettema, Ooms, Adèr, Ribbe & Tilburg (2005).*

**Tabell 5: Søk i Cinahl**

	<b>Søkeord</b>	<b>Treff</b>	<b>Avgrensning</b>
Søk 1	Dementia AND Music	403	
Søk 2	Dementia AND Music as communication	42	
Søk 2	Dementia AND Music as communication AND nurse-patient relations	3	
Søk 4	Dementia AND Music as communication AND nurse-patient relations	3	Including abstract

*«The influence of caregiver singing and background music on vocally expressed emotions and moods in dementia care: A qualitative analysis» Av Götel, Brown & Ekman (2009).*

**Tabell 6: Søk i Cinahl**

	<b>Søkeord</b>	<b>Treff</b>	<b>Avgrensning</b>
Søk 1	Dementia AND Nurse-patient relations	433	
Søk 2	Dementia AND Nurse-patient relations AND care	313	
Søk 3	Dementia AND Nurse-patient relations AND care AND Healthcare providers	0	
Søk 4	Dementia AND Healthcare providers AND Care AND Relation	3	2010-2015, full text

*«Quality care for persons experiencing dementia: The significance of relational ethics» Av Sellevold, Egede-Nissen, Jakobsen & Sørli (2013).*

## Vedlegg II: Sjekkliste

«‘Patient participation’ in everyday activities in special care units for persons with dementia in Norwegian nursing homes» av Helgesen, Larsson & Athlin (2010).

Kritisk vurdering - kvalitativ forskning, undervisningsbruk

### INNLEDENDE SPØRSMÅL

<b>1. Er formålet med studien klart formulert?</b> <i>TIPS:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Er det oppgitt en problemstilling for studien?</li> </ul>	<b>Ja</b> <b>Ø</b>	<b>Uklart</b> <b>O</b>	<b>Nei</b> <b>O</b>
<b>2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?</b> <i>TIPS:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Har studien som mål å forstå og belyse, eller beskrive fenomen, erfaringer eller opplevelser?</li> </ul>	<b>Ja</b> <b>Ø</b>	<b>Uklart</b> <b>O</b>	<b>Nei</b> <b>O</b>

### KAN DU STOLE PÅ RESULTATENE?

<b>3. Er studiedesignet hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?</b> <i>TIPS:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Er utvalg, måte å samle inn data på og måte å analysere data på beskrevet og begrunnet?</li> </ul>	<b>Ja</b> <b>Ø</b>	<b>Uklart</b> <b>O</b>	<b>Nei</b> <b>O</b>
	<b>Kommentar:</b>		
<b>4. Er utvalget hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?</b> <i>TIPS:</i> <p>I strategiske utvalg er målet å dekke antatt relevante sosiale roller og perspektiver. De enhetene som skal kaste lys over disse perspektivene er vanligvis mennesker, men kan også være begivenheter, sosiale situasjoner eller dokumenter. Enhetene kan bli valgt fordi de er typiske eller atypiske, fordi de har bestemte forbindelser med hverandre, eller i noen tilfeller rett og slett fordi de er tilgjengelige.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Er det gjort rede for hvem/ hva som ble valgt ut og hvorfor? Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (rekrutteringsstrategi)?</li> <li>• Er det gjort rede for hvorfor noen valgte ikke å delta?</li> <li>• Er karakteristika ved utvalget beskrevet (f.eks. kjønn, alder, osv.)?</li> </ul>	<b>Ja</b> <b>Ø</b>	<b>Uklart</b> <b>O</b>	<b>Nei</b> <b>O</b>
	<b>Kommentar:</b>		
<b>5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?</b> <i>TIPS:</i> <p>Datainnsamlingen må være omfattende nok både i bredden (typen observasjoner) og i dybden (graden av observasjoner) om den skal kunne støtte og generere fortolkninger.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Er metoden som ble valgt god for å belyse</li> </ul>	<b>Ja</b> <b>Ø</b>	<b>Uklart</b> <b>O</b>	<b>Nei</b> <b>O</b>
	<b>Kommentar:</b>		

2

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2014.

## Kritisk vurdering - kvalitativ forskning, undervisningsbruk

<p><i>problemstillingen?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Går det klart fram hvilke metoder som ble valgt for å samle data? For eksempel feltstudier (deltagende eller ikke-deltagende observasjon), intervjuer (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), dokumentanalyse.</li> <li>• Er måten data ble samlet inn på beskrevet (f.eks. beskrivelse av intervjuguide)?</li> <li>• Ble valg av setting for datainnsamlingen begrunnet?</li> </ul>										
<p><b>6. Går det klart fram hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?</b></p> <p><i>TIPS:</i> En vanlig tilnæringsmåte ved analyse av kvalitative data er såkalt innholdsanalyse, hvor mønstre i data blir identifisert og kategorisert.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Er det redegjort for hvilken type analyse som er brukt (for eks. grounded theory, fenomenologisk analyse etc.).</li> <li>• Er det tydelig redegjort for hvordan analysen ble gjennomført (f. eks. de ulike trinnene i analysen)?</li> <li>• Er motstridende data tatt med i analysen?</li> <li>• Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data (f.eks. sitater) og kategoriene som forskeren har kommet fram til?</li> </ul>	<table border="1"> <tr> <td><b>Ja</b></td> <td><b>Uklart</b></td> <td><b>Nei</b></td> </tr> <tr> <td>Ø</td> <td>O</td> <td>O</td> </tr> <tr> <td colspan="3"><b>Kommentar:</b></td> </tr> </table>	<b>Ja</b>	<b>Uklart</b>	<b>Nei</b>	Ø	O	O	<b>Kommentar:</b>		
<b>Ja</b>	<b>Uklart</b>	<b>Nei</b>								
Ø	O	O								
<b>Kommentar:</b>										
<p><b>7. Ble det redegjort for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?</b></p> <p><i>TIPS:</i> Forskningsresultatene blir nødvendigvis påvirket av perspektivet til forskeren. I tillegg vil konteksten som datainnsamlingen foregår innenfor påvirke resultatene.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Har forskeren gjort rede for konteksten som datainnsamlingen foregikk innenfor?</li> <li>• Har forskeren gjort rede for sitt teoretiske ståsted og sin faglige bakgrunn?</li> </ul>	<table border="1"> <tr> <td><b>Ja</b></td> <td><b>Uklart</b></td> <td><b>Nei</b></td> </tr> <tr> <td>Ø</td> <td>O</td> <td>O</td> </tr> <tr> <td colspan="3"><b>Kommentar:</b></td> </tr> </table>	<b>Ja</b>	<b>Uklart</b>	<b>Nei</b>	Ø	O	O	<b>Kommentar:</b>		
<b>Ja</b>	<b>Uklart</b>	<b>Nei</b>								
Ø	O	O								
<b>Kommentar:</b>										
<p><b>8. Er det gjort forsøk på å underbygge funnene?</b></p> <p><i>TIPS:</i> Kategoriene eller mønstrene som ble identifisert i løpet av analysen kan styrkes ved å se om lignende mønstre blir identifisert gjennom andre kilder. For eksempel ved å diskutere foreløpige slutninger med studieobjektene, be en annen forsker gjennomgå materialet, eller å få lignende inntrykk fra andre kilder. Det er sjeldent at forskjellige kilde gir helt likt uttrykk. Imidlertid bør slike forskjeller forklares</p>	<table border="1"> <tr> <td><b>Ja</b></td> <td><b>Uklart</b></td> <td><b>Nei</b></td> </tr> <tr> <td>Ø</td> <td>O</td> <td>O</td> </tr> <tr> <td colspan="3"><b>Kommentar:</b></td> </tr> </table>	<b>Ja</b>	<b>Uklart</b>	<b>Nei</b>	Ø	O	O	<b>Kommentar:</b>		
<b>Ja</b>	<b>Uklart</b>	<b>Nei</b>								
Ø	O	O								
<b>Kommentar:</b>										

Kritisk vurdering - kvalitativ forskning, undervisningsbruk

<p><i>tilfredsstillende.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge funnene?</i></li> </ul>			
<p><b>9. Er etiske forhold vurdert?</b></p> <p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Ble studien forklart for deltagerne (f.eks. gjennom informert samtykke)?</i></li> <li>• <i>Dersom relevant, ble studien forelagt Etisk komite?</i></li> </ul>	<p><b>Ja</b></p> <p>Ø</p> <p><b>Kommentar:</b></p>	<p><b>Uklart</b></p> <p>O</p>	<p><b>Nei</b></p> <p>O</p>

HVA ER RESULTATENE?

<p><b>8. Kommer det klart fram hva som er hovedfunnene i undersøkelsen?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Kan du oppsummere hovedfunnene?</i></li> <li>• <i>Ble funnene diskutert i lys av det opprinnelige formålet med studien?</i></li> </ul>	<p><b>Ja</b></p> <p>Ø</p> <p><b>Kommentar:</b></p>	<p><b>Uklart</b></p> <p>O</p>	<p><b>Nei</b></p> <p>O</p>
--	--	-------------------------------	----------------------------