



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGÅVE

Kommunikasjon saman med personar som har demens.

Communication with people who have dementia.

Solgunn Reed Lote

Bachelor i sjukepleie
Høgskulen på Vestlandet

Rettleiar: Anne Marie Sandvoll
15.06.2020

Samandrag

Tittel: Kommunikasjon saman med personar som har demens.

Bakgrunn for val av tema: Eg har fokusert på kommunikasjon med personar som har demens og gått inn på kva faktorar, metodar og strategiar som kan bidra til å oppnå kommunikasjon med den enkelte. Eg har møtt mange brukarar/pasientar som har demens i løpet av studieløpet mitt, både i praksis og i jobb. Det er ein sjukdom som mange eldre har, og som sjukepleiar vil eg møte dei med kunnskap. Eg har også nær familie som har demens, og har personleg erfaring. Det er også ein stor grunn til at eg valde å fordjupe meg i kommunikasjon innan demens.

Problemstilling: Korleis kommunisere med personar som har demens?

Metode: Bacheloroppgåva mi er ein litteraturstudie. Eg har brukt forskning frå databasar som Cinahl, SveMed, Medline og Eric. Søkjeord som er nytta er «dementia», «communication», «communication strategies» og «personcentered care». Seks forskingsartiklar er presentert og drøfta i oppgåva.

Funn og konklusjon: Eg har auka kunnskapen min om kommunikasjon til personar med demens. Forsking og litteratur viser at kommunikasjonsmetodar og strategiar er gode hjelpemiddel for å oppnå kommunikasjon med personar med demens. Kommunikasjonen må tilpassast den enkelte, ut ifrå den enkelte sine behov og kognitive ferdigheitar. Det er viktig å tolke det personar med demens uttrykkjer, både verbalt og nonverbalt. For å skape kommunikasjon må ein ha kunnskap om sjukdommen, personen bak sjukdommen og kommunikasjonsstrategiar/metodar som er tilpassa personar med demens.

Nøkkelord: demens, kommunikasjon, personsentrert omsorg, strategiar og metodar.

Abstract

Title: Communication with people who have dementia.

Background for choice of topic: I have focused on communication with people who have dementia and have explored factors, methods and strategies that can help achieve communication with the individual. I have met many users / patients who have dementia during my course of study, both in practice and at work. It is a disease that many elderly people have, and as a nurse I want to meet

them with knowledge. I also have close relatives who have dementia and have personal experience. There is also a big reason why I chose to immerse myself in communication before dementia.

Research question: How to communicate with people with dementia?

Method: My bachelor thesis is a literature study. I have used research from databases such as Cinahl, SveMed, Medline and Eric. Keywords that are used are "dementia", "communication", "communication strategies" and "personcentered care". Six research articles are presented and discussed.

Findings and Conclusion: I have increased my knowledge on communication with people with dementia. Research and literature show that communication methods and strategies are good tools for achieving communication with people with dementia. Communication must be adapted to the individual, based on the individual's needs and cognitive skills. It is important to interpret what people with dementia express, both verbal and nonverbal. To create communication, one must have knowledge of the disease, the person behind the disease and communication strategies / methods that are adapted to people with dementia.

Keywords: dementia, communication, person-centered care, strategies and methods.

Innholdsfortegnelse

1.0 Innleiing	5
2.0 Problemstilling.....	6
2.1 Avgrensing og avklaring av begreip i problemstilling.....	6
3.0 Metode	6
3.1 Litteraturstudie.....	7
3.2 Litteratursøk	8
3.3 Kjeldekritikk.....	8
4.0 Teori.....	9
4.1 Kva er demens?	9
4.2 Personsentrert omsorg.....	10
4.3 Kommunikasjon.....	11
4.3.1 Personorientert kommunikasjon.....	12
4.4 Kommunikasjon med personar som har demens	12
4.5 Kommunikasjonsmetodar ved demens.....	13
5.0 Funn frå forskingsartiklar	14
5.1 Kunnskap hjå helsepersonell.....	14
5.2 Strategiar for kommunikasjon.....	14
5.3 Kjennskap til brukaren.....	16
6.0 Drøfting.....	17
6.1 Kommunikasjon med den demente pasienten	18
6.2 Kommunikasjonsferdigheitar i møte med personar som har demens	19
6.3 Å gi personsentrert omsorg til personar med demens	22
7.0 Avslutning.....	24

1.0 Innleiing

I dag er det omtrent 70 000 menneske som har demens i Norge. Den vanlegaste årsaken til at menneske ikkje lengre kan bu heime, og må på sjukeheim er demens (Fjørtoft, 2016, s.70). Sidan det er ei auking av antall eldre i befolkninga, så vil sjukdomsførekomen auke betrakteleg i åra framover (Hummelvoll, 2016, s.402). Dette betyr at det etter kvart vil bli eit større behov for institusjonar med sjukepleiarar som har kunnskap om demens.

Demensplanen 2020 er ein plan og eit tiltak frå regjeringa for å betre det kommunale helse- og omsorgstjenestetilbodet til personar med demens og pårørande. Planen er utvikla i eit tett samarbeid med personar som har demens og pårørande deira. Planen byggjer på ny kunnskap om demens og erfaringar frå Demensplanen 2015. Å ta vare på og integrere menneske med demens i fellesskapet er målet med Demensplanen 2020. Dette vil ein gjere ved å bidra til større openheit rundt demens og auke kunnskapsnivået om sjukdommen. Menneske med demenssjukdom og deira sine pårørande må få støtte, vegleiing og oppfølging. Tilbodet skal ta utgangspunkt i den enkelte sine ønsker, vanar og interesser (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, s. 7).

Pasient- og brukarrettighetslova skal bidra med å framme sosial tryggleik og ivareta respekten for den enkelte pasienten sitt liv, integritet og menneskeverd. Lova gjeld for alle i landet og skal bidra til å sikre befolkninga lik tilgang på tenesta av god kvalitet (Pasient- og brukarrettighetsloven, 1999, § 1-1). Det er den enkelte kommunen som har ansvar for å utforme eit tilpassa, nødvendig og fagleg forsvarleg helse- og omsorgstilbod til dei som bur i kommunen. Dei overordna måla er å gi alle som bur på sjukeheim kvalitativ god og individuelt tilpassa pleie og omsorg. For dei som bur i ein institusjon, skal det vere ein god stad å bu (Hauge, 2016, s.265). I helse- og omsorgstjenestelova § 4-1 står det at kommunen skal innrette tenestane sine på ein slik måte at pasient/brukar blir gitt eit forsvarleg, heilhetlig, koordinert og verdig tenestetilbod. Vidare bestemmer formålsbestemmelsen til helse- og omsorgstjenestelova § 1-1 femte ledd, at lova skal sikre at tilbodet blir tilpassa den enkelte sitt behov (Helsedirektoratet, 2019).

Eg vil fokusere på kommunikasjon med personar som har demens og gå inn på kva faktorar, metodar og strategiar som kan bidra til å oppnå kommunikasjon med den enkelte. Eg har møtt mange brukarar/pasientar som har demens i løpet av studieløpet mitt, både i praksis og i jobb. Det er ein sjukdom som mange eldre har, og som sjukepleiar vil eg møte dei med kunnskap. Eg har også nær familie som har demens, og har personleg erfaring. Det er også ein stor grunn til at eg valde å fordjupe meg i kommunikasjon innan demens.

2.0 Problemstilling

Korleis kommunisere med personar som har demens?

2.1 Avgrensing og avklaring av begreip i problemstilling

Eg har valt å avgrense problemstillinga til personar med demens som får hjelp og oppfølging i institusjon. Eg vil ta for meg mild til alvorleg demens. Det er fleire typar demens og det er vanleg å dele inn i tre hovudgrupper: primærdegenerative sjukdommar, vaskulær demens og sekundære demenssjukdommar (Skovdahl og Berentsen, 2016, s.412). Eg vil fokusere på demenssjukdom generelt, og vil ikkje gå inn på dei ulike typane.

3.0 Metode

Metoden som blir brukt i mi bacheloroppgåva er litteraturstudie. Ein metode kan definerast som ein måte å kome fram til kunnskap. Det er den systematiske framgangsmåten som ein benyttar seg av for å samle inn informasjon og kunnskap for å belyse problemstillinga, og ein skal forklare korleis ein har gått fram for å hente funna (Thidemann, 2017, s.76). Det er ikkje alltid slik at det kun er éin metodisk tilnærming som er riktig, derfor kan ein kombinere ulike metodar. Dette kallast metodetriangulering. Dette kombinerer kvalitative og kvantitative tilnærmingar slik at den eine metoden veg opp for dei svakheitene som den andre metoden har. Når kombinasjonen av dei ulike

metodane gir det same resultatet, blir argumentet for at studien sine resultat er gyldige, sterkare (Thidemann, 2017, s.79). Dalland (2017, s.52) beskriv at dei kvantitative metodane har den fordel at dei gir data i form av målbare einingar, noko som gir moglegheit til å kunne rekne med tala som ein finn under undersøkelsen. Dei kvalitative metodane tar derimot sikte på å fange opp meiningar og opplevingar som ikkje går an å måle. Begge metodane bidrar, på kvar sin måte, til ein betre forståelse av det som ein undersøkje.

Når ein tar i bruk ulike metodar så blir det stilt krav om ærlegheit og sannheit til dei som utfører forsøket. Det blir også stilt krav til å tenkje og systematisere tankar (Dalland, 2017, s.51). Metode kan beskrivast som det å følgje ein veg mot eit mål og som eit reiskap i møte med det ein vil undersøkje. Metoden hjelper til å samle inn data, altså den informasjonen som ein treng for å gjennomføre undersøkelsen (Dalland, 2017, s.52). Forskaren blir utfordra til å beskrive vegen til målet og til å leggje fram dei vala som er tatt undervegs. Forskarar må følgje godkjende reglar som er knytt til bruk av anerkjente metodar for at ein undersøkelse skal bli karakterisert som forskning (Dalland, 2017, s.54).

Metodeval er det same som val av framgangsmåte, og val av metode bør styrast av problemstillinga i oppgåva. Ein vel den metoden som antas å gi best mogleg data til å belyse problemstillinga (Dalland, 2017, s.195). Det er når undersøkelsen er gjennomført, at ein ser kor vellykka metodevalet har vort. Då kjem ein til metodekritikk. Her skal ein reflektere over metodevalet. Det handlar om å vurdere korleis metoden har fungert, sett opp mot andre metodar. Ein kan sjå svakheita og styrkar ved alle metodar, og kva for ein metode som passar best inn må vurderast både før, undervegs og etter (Dalland, 2017, s.224-225).

3.1 Litteraturstudie

I ein litteraturstudie skal ein systematisere kunnskap frå skriftlege kjelder. Å systematisere inneber å samle inn litteratur, gå kritisk igjennom den og til slutt samanfatte det heile (Thidemann, 2017, s.79). Dalland (2017, s.207) fortel at i litterære oppgåver så hentar ein data frå eksisterande

fagkunnskap, forskning og teori. I denne oppgåva har eg funne og tatt i bruk skriftelege kjelde og litteratur. I ein litteraturstudie skal ein studere litteraturen. Dette vil seie at ein ikkje skal finne ny kunnskap, men basera studien på det som andre har forska og funne fram til (Thidemann, 2017, s.79). I litteraturstudie brukar ein altså sekundærdata. Dette er data som ein blant anna finn i databasar, tidsskrifter og bøker (Thidemann, 2017, s.77). Gjennom nøyaktige og selektive søk kjem ein fram til litteratur og teori som er relevant for problemstillinga og tema i oppgåva.

3.2 Litteratursøk

For å finne litteratur til oppgåva kan ein søkje manuelt og søkje i databasar (Thidemann, 2017, s. 83). Databasane eg har brukt for å søkje etter relevant forskning for oppgåva mi er Cinahl, Cinahl with full text, SveMed, Medline, helsebiblioteket, Eric, Academic Search Elite, sykepleien.no og Google scholar. Søkjeord som eg har brukt er «dementia», «communication», «communication strategies» og «personcentered care» Eg byrja med å søke på desse søkjeorda på norsk, men for å få eit breiare utval av forskning, valte eg å fokusere på engelske søkjeord. Dette kan vere både ein svakheit og ein styrkje i oppgåva, då det kan oppstå feiltolking og feil i oversetning. Det er ein styrkje fordi det vil gi større resultat på forskning som er relevante for problemstillinga mi. Eg avgrensa søkje til forskning som er publisert dei siste sju åra, dette gjorde eg for å sikre meg at det er oppdatert forskning i artiklane.

3.3 Kjeldekritikk

For å vite kva som er sikre kjelder er det viktig med kunnskap. Forsking inneberer å søkje grundig etter klarheit og forståeleg i eit forhold eller i ein samanheng. God forskning er knytta til kva grad forskinga gir klarheit i det forholdet som blir undersøkt (Dalland, 2017, s.38).

Det stillast krav til korleis ein søkje etter kjelder, korleis ein vurderer dei, korleis ein gjer greie for dei og korleis ein brukar dei. Alt som kan bidra i ei oppgåve, kan betraktast som kjelder. Dette gjeld både litteratur frå bøker, nettsider, artiklar og erfaringar som ein sjølv har opplevd (Dalland, 2017, s.149).

Ordet kjelde kan også brukast om opphav til kunnskap. Når ein har funnet ein kjelde så må den vurderast med tanke på kvalitet og om den er relevant for oppgåva. Dette kallar ein for informasjonskompetanse. Det er evna til å søkje og finne informasjon, vurdere informasjonen som ein finn kritisk både med tanke på relevans og pålitelegheit og å kunne ta den i bruk i eiga kunnskapsutvikling (Dalland, 2017, s.150).

Eg har vurdert forskingsartiklane systematisk for å kome fram til om dei passar for temaet og problemstillinga i denne oppgåva. Når ein skal vurdere artiklane for relevans og fagleg kvalitet bør ein byrje med å lese samandraget for å finne ut om informasjonen er relevant for problemstillinga. Ein ser blant anna på kva tidsskrift artikkelen er publisert i, kva tid artikkelen var publisert, kven forfattarane er og kven artikkelen er skreve for (Thidemann, 2017, s.89). Eit godt hjelpemiddel i arbeidet av å vurdere relevante artiklar er å setje opp ein litteraturmatrise, altså ein oversikt/tabell over innhaldet i artiklane.

Det finst fleire ulike sjekklister som ein ta i bruk som hjelpemiddel når ein skal vurdere ulike artiklar. Nokre fellestrekk i sjekklistene er om artikkelen har ein klart formulert problemstilling og om designet er egna for å svare på problemstillinga. Vidare bør ein sjå på om ein kan stole på resultatet, kva resultata er og om resultatet kan brukast i praksis (Helsebiblioteket, 2016). Det er desse retningslinjene eg har gått ut ifrå i min gjennomgang av potensielle artiklar til oppgåva.

4.0 Teori

4.1 Kva er demens?

Demens er eit samlebegrep som omfattar forskjellige sjukdommar som rammar fleire av hjernen sine funksjonar og fører til kognitiv svikt. Demens er ein progredierande sjukdom (Skovdahl & Berentsen, 2016, s.411). Symptoma vil variere etter kva type demens og kva delar av hjernen som er ramma (Fermann & Næss, 2016, s.245). Sjølv om symptoma vil variere, kan ein dele symptoma inn i tre

hovudgruppe: kognitive symptom, psykologiske og åtferdsmessige symptom og motoriske symptom (Skovdahl & Berentsen, 2016, s.416).

Det er viktig at miljøet rundt personar med demens blir strukturert på ein måte som gjer at det er enkelt å orientere seg. Dette bidrar til dageleg struktur som gjer kvardagen meir oversikteleg og forutsigbar. Ein skal sørge for at kvardagen blir stimulert, samt skjerme vedkomande for å overveldast av inntrykk. Ein skal unngå over- eller understimulering, då dette kan føre til forvirring og dårlegare funksjon (Eide & Eide, 2017, s.332). Avdelingar for personar med demens blir ofte kalla skjerma avdeling. At ei avdeling er skjerma bidrar til at ein kan tilretteleggje institusjonen slik at den styrkar personar med demens si moglegheit for å orientere seg i avdelinga, og til å bevege seg fritt utan å gå seg vekk (Hauge, 2016, s.267).

4.2 Personsentrert omsorg

Behovet for hjelp vil variere ut ifrå kva type demens det er, grad av sjukdomsutvikling og funksjonssvikt, samt den enkelte sine ressursar, preferansar og sosiale situasjon (Fermann & Næss, 2016, s.244). Personsentrert omsorg er fundamentet i all omsorg retta mot personar med demens. Viktig føresetnad for å kunne arbeide personsentrert er kunnskap om personen. Ein skal støtte og bevare personen si eiga meistring og opplevelse av å vere ein verdifull person (Skovdahl & Berentsen, 2016, s.408). I personsentrert omsorg får personen med demens tre fram til tross for sin sjukdom. Målet er å setje den enkelte i stand til å bruke sine ressursar maksimalt. Ein skal respektere identiteten som personen har på eit kvart tidspunkt i sjukdomsforløpet (Juklestad & Aarre, 2018, s 247). All kommunikasjon og åtferd skal sjåast som meiningsfull. Dersom personar med demens oppføra seg uroleg eller frustrert, må ein tolke den bakforliggende årsaka til det (Aldring og helse, u.å.). Omsorgstjenester er pålagde til å etablere rutinar for personsentrert omsorg til persona med demens (Helsedirektoratet, 2019).

Det finst ulike modellar ein kan nytte innan personsentrert omsorg. VIPS-modellen implementera og opprettheld personsentrert omsorg. Modellen gir godt grunnlag for sjukepleie til personar med demens, og kan bidra til gode dagar og augeblikk (Fjørtoft, 2016, s.75). Dementia Care Mapping

består av systematiske observasjonar av åtferd og trivselsgrad hos personar med demens. Individuelt tilrettelagde tiltak planleggast ut ifrå observasjonane. Metoden skal bevisstgjere ansatte og få dei til å reflektere rundt dei haldningane som kjem til uttrykk gjennom måten dei kommuniserar og samhandlar (Skovdahl og Berentsen, 2016, s.426-427). Marte Meo tar utgangspunkt i samspelet mellom personar med demens og helsepersonell (Sejerøe-Szatkowski, 2004, s.40). Marte Meo tar for seg prinsipp for mellommenneskeleg samhandling, der enkeltindividet sine behov for å bli sett og bekrefta er utgangspunktet. Metoden nyttar videoobservasjonar og vegleiiing med ein Marte Meo-terapeut. Helsepersonell blir oppmerksam på eigen veremåte i samspel med brukaren og gjer ein bevisst på betydninga av å tilpasse seg til den enkelte sitt funksjonsnivå. Tanken bak dette er at når helsepersonellet gjer meir av det som fungera, vil personar med demens føle seg sett og bekrefta (Skovdahl & Berentsen, 2016, s.427).

4.3 Kommunikasjon

Kommunikasjon kan definerast som ein gjensidig prosess der eit bodskap som inneheld informasjon blir overført eller formidla, enten verbalt eller nonverbalt (Heyn, 2016, s.364). Begrepet kommunikasjon kjem frå det latinske ordet «communicare», som betyr å gjere noko felles, delaktiggjere ein annan og ha forbindelse med (Eide & Eide, 2017, s.17). Alle menneske har ein medfødt evne til å kommunisere, og kommunikasjonsferdigheitar kan trenast opp (Heyn, 2016, s.367). Kommunikasjon er ein viktig føresetnad for fellesskap når det kjem til samhandling mellom menneske. Dette gjeld både når det dreiar seg om samvær, samtale og samforståelse. Når ein pratar saman kommunisera ein både meiningar, tankar, kjensler og behov. Kommunikasjon skjer mellom menneske som er ulike i føresetnadar, sinnsstemning og dagsform (Hummelvoll, 2016, s.421).

Ein stor del av kommunikasjon blir kommunisert nonverbalt. Dette kan blant anna vere gjennom augekontakt, kroppshaldning, ansiktsuttrykk og berøring. Nonverbal kommunikasjon er eit responderande språk. Nonverbale uttrykk må fortolkast og det er viktig å lytte til den nonverbale kommunikasjon (Eide & Eide, 2017, s.136). Ein skal vere bevisst på og vite kva nonverbal kommunikasjon ein skal formidle i ulike situasjonar, då dette er ein viktig føresetnad for å skape ein god kommunikasjon og utvikle relasjon til andre (Hummelvoll, 2016, s.421).

4.3.1 Personorientert kommunikasjon

Ved personorientert kommunikasjon, ser ein personen som noko meir enn ein pasient. Ein ser heile personen med sine ressursar, moglegheita, verdiar og autonomi. Personorientert kommunikasjon er eit sentralt begreip innanfor demensomsorga og innebera at ein lyttar aktivt og ser personen med demens som ein unik person. Ein skal ikkje kun lytte og vere oppmerksam til det personen seier, men også tolke det som personen ikkje seier, altså den nonverbale kommunikasjonen. Det sentrale er å forstå kva som er viktig for pasienten i den aktuelle situasjonen, noko som innebera å oppdage og gripe dei gyldne augeblikka når personen med demens uttrykkjer noko viktig, enten om det er direkte eller indirekte. Hovudfokuset er å vere aktivt lyttande og til stades på ein slik måte at den andre opplev å bli sett, høyrd og forstått (Eide & Eide, 2017, s.16-17).

4.4 Kommunikasjon med personar som har demens

Det å forstå korleis ein med demens kan oppleve seg sjølv og omgivnadane er grunnleggande å ha kjennskap til når ein skal kommunisere og skape relasjon til personar med demens. Kontinuitet er viktig for å etablere relasjonar mellom pasientar og helsepersonell (Fermann & Næss, 2016, s.255). Relasjon gir eit godt grunnlag for å skape kommunikasjon (Fjørtoft, 2016, s.76). Ein må ta det den demente uttrykkje på alvor, og ikkje avfeie åtferd og ytringar som uforståeleg og teikn på sjukdommen. Ofte ligg det meining bak, sjølv om ein fort kan tenkje at personen berre oppfører seg rart eller pratar tull (Fjørtoft, 2016, s.75).

Eit kjerneord i kommunikasjon med personar med demens, er bekreftelse (Eide & Eide, 2017, s.332). Bekreftande kommunikasjon kan definerast som det å formidle gjennom ord at ein har sett og forstå det sentrale i det den andre uttrykkje (Eide & Eide, 2017, s.155). Dette bidrar til å motivere til vidare samtale. Det skapar også tryggleik og tillit, på same tid som det er med på å byggje relasjon. Dersom det som den demente fortel og uttrykkjer er vanskeleg å tolke, bør ein lytte og prøve å forstå det følelsesmessige budskapet som ligg bak. Målet med kommunikasjonen burde vere å oppnå god samhandling, ikkje å avsløre svikt. Personar med demens kan ha svekka språk. Då er det viktig å finne ein kommunikasjonsmetode som gjer at pasienten kan kommunisere. Kroppsspråk, blikk-kontakt og

lett berøring kan kommunisere sterkare enn ord (Fjørtoft, 2016, s.76). Ein kan bruke avledning for å unngå uhensiktsmessige episodar og situasjonar (Hummelvoll, 2016, s.413). Avledning betyr å lede personen med demens vekk ifrå det som vedkomande gjer eller skal til å gjere (Sejerøe-Szatkowski, 2004, s.45).

I samtale med personar med demens skal ein bruke enkle, korte, klare og konsise ord og setningar. Det er viktig å ta seg god tid i samtalen og ikkje spørje om fleire ting samtidig. Ein skal unngå distraherande faktorar og mykje folk og støy i omgivnadane. Dersom personen med demens ikkje klarer å finne dei rette orda, kan ein be personen om å beskrive kva han/ho meina. Det er viktig å vise interesse, kroppsspråk kan ha større innverknad enn ord. Eit smil, berøring eller ein gest kan verke like bra som ein beskjed. Å halde personen i handa mens ein snakkar kan verke beroligande og auke konsentrasjonen hos personar med demens. Dersom ein skal gå er det lurt å forsikre den demente om at ein kjem tilbake, dette redusera engstelse og spørsmål (Nasjonalforeningen, 2020).

4.5 Kommunikasjonsmetodar ved demens

I kommunikasjon med personar som har demens, kan det vere hensiktsmessig å bruke kommunikasjonsmetodar for å få ein konstruktiv dialog (Fjørtoft, 2016, s76). Personar med mild form for demens vil ha nytte av realitetsorientering. Dette er fordi tenkjeevna er relativt godt intakt, og ønskje om å halde seg orientert er til stades. Her er det mogleg å utfordre hukommelsen med konkrete spørsmål, men ein skal ikkje leggje opp til at personen får ein nederlagskjensle (Hummelvoll, 2016, s.413).

Validering har som hensikt å erstatte den sviktande logiske tenkinga, ved å stimulere hukommelsen for følelsar. Ein skal unngå å diskutere realitetar, og heller bekrefte. Gjennom både verbal og nonverbal kommunikasjon bekreftar ein dei følelsane som personar med demens uttrykkje. Ved at ein lyttar til og støttar personen i eiga oppfatning av verkelegheita, kan personen ha moglegheit til å kanalisere og uttrykkje seg (Skovdahl & Berentsen, 2016, s.430).

Reminisens basera seg på å stimulere og lokke fram minner, det krev at ein kjenner til personen sitt tidlegare liv (Hummelvoll, 2016, s.413). Reminisens går ut på at ein startar ein samtale ved hjelp av tiggjarar som eit bilete eller fotoalbum. Metoden kan bringe fram gode minner, men også vonde minner. Reminisens skal fungere som eit verkemiddel for å gi personar med demens auka sjølvfølelse, sjølvtilitt og sterkare identitet, samt at det fører til bearbeiding av minner (Skovdahl & Berentsen, 2016, s.430).

5.0 Funn frå forskingsartiklar

Gjennomgangen av forskning viste nokre område som utmerka seg. Desse var kunnskap om sjukdommen, personen bak sjukdommen og kommunikasjonsstrategiar/metodar.

5.1 Kunnskap hjå helsepersonell

For å sikre god kommunikasjon er det viktig med gode haldningar og kunnskap om demens. I studien til Eggenberger, Heimerl og Bennet (2012) er det fokus på kommunikasjonsferdigheit og trening av kommunikasjon innan demensomsorg. Det kjem fram at mangel på kunnskap om endra oppførsel hos personar med demens fører til dårleg kommunikasjon, misforståelsar og frykt. Ulike område som blant anna verbale og nonverbale ferdigheit, oppførsel og haldningar til personar med demenssjukdom, erfaringar og kunnskap påverkar kommunikasjonsferdigheitane. Studien konkludera med at livskvaliteten, tryggleik og følelsen av velvære vart forbetra for personar med demens når sjukepleiarane hadde opplæring og trening på kommunikasjon. Dette er ein oversiktsartikkel, eller ein så kalla review, som har tatt i bruk litteratursøk i ulike databasar for å finne fram til relevant forskning.

5.2 Strategiar for kommunikasjon

Ulike strategiar for kommunikasjon er sentralt i omsorga til personar med demens. Studien til Vasse, Vernooij-Dassen, Spikjer, Rikkert & Koopmans (2010) tar føre seg kommunikasjonsstrategiar til personar med demens og deira sine omsorgspersonar. Funna i denne artikkelen viser at personalet

treng meir kunnskap om korleis ein skal kommunisere med personar med demens. Dei fann positive funn ved bruk av reminisens som metode, der personar med demens klarte å hugse og hente fram minner frå fortida. Dei kom også fram til at kommunikasjonen var best ved ein-til-ein samtalar, der det ikkje var forstyrrelser eller distraksjonar frå omgivingane eller frå andre personar. Studien kom også fram til at tiltak ved daglege aktivitetar hadde positiv effekt på kommunikasjonsresultata. Studien konkludera med at helsepersonell kan forbetre kommunikasjonen sin med personar som har demens når kommunikasjonsstrategiar og tiltak blir innebygd i daglege aktivitetar eller at det blir satt inn enkeltoppgåve til bestemte tider. Dette gir moglegheit til å forbetre kvaliteten på kommunikasjon og omsorga for personar med demens, men vil ikkje direkte redusere symptoma. Bakgrunnen for studien var at demens skapar utfordringar innanfor kommunikasjon på grunn av at demens fører til kognitiv svikt. Studien er ein oversiktsstudie der det er gjort systematisk litteratursøk i ulike databasar. Funna blei så tatt inn i to forskjellige metaanalyse for å slå saman resultata frå dei ulike studiane.

Conway og Chenery (2020) tar i sin studie for seg «MESSAGE» strategiar som omfattar strategiske måtar for å kompensere for kognitiv og språkleg svikt som oppstår ved demens. Strategiane framhevar også måtar å tilretteleggje for mellommenneskelege eller relasjonelle aspekt av kommunikasjon og tar inn samtale som ein del av omsorgen. Bokstavane i «MESSAGE» står for ulike strategiar. Bokstaven «M» står for maks oppmerksomheit og under det punktet gjeld det å tiltrekke oppmerksomheit, unngå distraksjonar og at det er ein person om gongen. «E» står for å vere bevisst over sitt eget uttrykk og kroppsspråk. Ein skal vere avslappa og roleg, samt vise interesse til personen med demens. «S» står for å halde det enkelt. Det ein seier skal vere kort, enkelt og kjendt for den demente. Den andre «S» - bokstaven står for at ein skal støtte samtalen. Ein må gi tid til den ein er i samtalen med og la dei finne ordet. Ein skal også repetere før ein eventuelt omformulerar det ein seier og gi påminnelse om temaet som samtalen omhandlar. «A» står for å assistere med visuelle hjelpemiddel som for eksempel objekt eller bilde. «G» står for å forstå det personen med demens seier. Ein skal lytte, sjå og finne ut kva dei meina. Ein skal sjå på oppførselen deira og det dei kommuniserer med den non-verbale kommunikasjonen. «E» står for at ein skal oppfordre og engasjere i kommunikasjonen ved å ha interessante og kjente tema og opne opp for moglegheita til å prate.

Studien konkludera med at dei ansatte som deltok var positive til «MESSAGE» strategiane. Øvinga blei godt tatt imot og dei forbedra dei ansatte sin kunnskap av måtar å støtte opp kommunikasjon og deira evne til å kommunisere med personar med demens. Studien var ein randomisert kontrollert studie og den vart gjennomført i 12 storbyar i Australia. Omsorgssentera blei randomisert enten for å motta augeblikkelig «MESSAGE» opplæring, eller å fortsette med vanlig omsorg. Siste nemnte blei då kontrollgruppe. Studien brukar eit multimedia format for å gi dei ansatte praktiske kommunikasjonsstrategiar. Deltakarane i studien var ansatte i samfunnet som arbeida med personar med demens.

5.3 Kjennskap til brukaren

Det er sentralt å sjå personen bak sjukdommen. Thorvik, Helleberg & Hauge (2020) viser i sin studie viktigeita ved å kjenne brukarane og korleis dei er i kvardagen. Kjennskap til brukarane sine veremåtar og vaner var vesentlig for om dei ansatte lukkast i å hjelpe brukarane. Studien viser også viktigeita av å ha kunnskap om demenssjukdom når ein skal gi omsorg og helsehjelp til personar med demens. For å bli kjent med brukarane og få ein god tone med dei, så er ein avhengig av at kommunikasjonen er til stades. I fleire av situasjonane som er med i artikkelen, kjem det fram at dersom ein brukar er uroleg eller vanskeleg, så bytar dei strategi for å kommunisere og kome i kontakt med brukaren på ein annan måte. I studien er det benytta eit kvalitativt design med deltakande observasjon som datainnsamlingsmetode. Deltakarane i studien var ansatte i to skjerma avdelingar. Notata blei analysert i hermeneutisk fortolkande tradisjon.

Studien til Terkelsen, Petersen og Kristensen (2019) har undersøkt erfaringar og opplevsjar av Kitwood sitt rammeverk for personsentrert omsorg innan demensomsorga. Kitwood si tilnærming til personsentrert omsorg er kjend og implementert i demensomsorga dei siste tiåra. Sidan teorien til Kitwood tar utgangspunkt i personsentrert omsorg hos personar med demens som bur i institusjon, tok denne studien utgangspunkt i det same. Det vart samla studiar frå vitskapelege databasar, der dei ende opp med å ta for seg 19 studiar som var publisert frå 1998 til 2016. Alle studiane blei utført i vestlege land. Resultata viste positive erfaringar ved bruk av personsentrerte tilnærmingar i praksis

som tok utgangspunkt i Kitwood sitt teoretiske rammeverk. Dei fleste studiane vurderte personsentrert omsorg som nyttig i praksis.

Dooley og Walshe (2019) tar for seg moglege kommunikasjonsvurderingar som skal passe til alle personar med demens. Artikkelen konkludera med at det er mangel på tilgjengelege kommunikasjonsvurderingsverktøy som passar for alle personar med demens og alle fasane innan demens, då dei kom fram til at det kun var ein som var i stand til å kunne brukast til forskjellige typar demens. Studien tok for seg ein omfattande undersøkelse av eigenskapane til dei ulike vurderingane med tanke på nøkkelområda for vurdering av kommunikasjonsevne ved demens.

Dooley og Walshe (2019) viser i sin studie at ved å tilpasse samtalepartneren til personen med demens, og vegleie dei til god kommunikasjonsevner vil det hjelpe personar som har demens til å oppretthalde sjølvutviklinga og å handtere meiningsfull kommunikasjon med andre lengre. Vidare framhevar dei viktigheita av ein språk-tale terapeut for å gi støtte og strategiar som vil bidra til at personar med demens kan styrkje bevarte kommunikasjonsevner. Målet med intervensjon av ein språk-tale terapeut er å forbetre og oppretthalde kommunikasjonskompetansen til tross for den gradvise nedgangen i kognitiv kommunikasjonsevne. For at dette skal vere mogleg må ein ha omfattande vurdering av kognitive kommunikasjonsevner som dannar grunnlaget for intervensjonen. Kognitive kommunikasjonsvurderingar skal vegleie fagpersonar til å bestemme kva intervensjonen skal innhalda for å tilpasse kommunikasjonsstrategiar for den enkelte. Dette er ein oversiktsartikkel som har brukt litteratursøk som metode i ulike databasar ved hjelp av ein etablert søkingsmodell.

6.0 Drøfting

I drøftinga vil eg vurdere og drøfte problemstillinga mi opp mot forskning, litteratur og egne erfaringar.

6.1 Kommunikasjon med den demente pasienten

Å kommunisere er å skape mening saman. For å kunne skape mening saman med ein person som har demens, må ein begi seg inn i den demente si verden og vise interesse for den. Kunsten er å finne ein veg inn i denne verda (Eide & Eide, 2017, s.330). Når eg var i praksis i heimbygda mi, blei eg oppmerksom på kor mange som opna seg opp for meg etter at eg sa eg var derifrå. Dette blei på ein måte ein veg inn i verda deira. Det å ha noko til felles med dei, at vi vaks opp på same staden eller om eg kjende barnebarna deira, merka eg gjorde at dei blei opne og tryggje på meg. Dette bidrog til å skape relasjonar med brukarane, og relasjon er viktig for å skape kommunikasjon (Fjærtøft, 2016, s.76).

Det kan betraktast som ein meningsfylt kommunikasjon frå personar med demens når dei er urolege. Tolkingsarbeidet består i å finne ut av kva som forårsakar uroa (Hummelvoll, 2016, s.412; Aldring og helse u.å.). Gjennom samtale kan ein tolke det den demente uttrykkjer, både verbalt og nonverbalt, for å finne ut kva som gjer at dei er urolege (Eide & Eide, 2017, s.136; Fjærtøft, 2016, s.75). I praksis har eg erfart fleire urolege og forvirra pasientar med demens, spesielt på sjukehuset. Personar med demens har behov for forutsigbarheit ved at det er faste og kjende helsepersonell som tar vare på dei (Fjærtøft, 2016, s.76). Personar med demens blir også lettare forvirra og får dårlegare funksjon dersom dei blir over- eller understimulert. Det å kome frå institusjon til sjukehus, kan opplevast som overveldanes for personar med demens då det er nye og mange inntrykk (Eide & Eide, 2017, s.332).

Eg har opplevd fleire gongar å ha demente pasientar med brot. Dei gløymer fort at dei har brote seg, og skjønner ikkje kva som er gale og kvifor dei har vondt. Eg har ofte erfart at pasientar med demens kan ha vanskar med å uttrykkje seg verbalt, spesielt når det kjem til smerter. Her er det viktig å lytte til og tolke den nonverbale kommunikasjonen. Eg har erfart at det er viktig å vere der for dei, og setje seg ned for å forklare situasjonen og forsikre dei om at det går bra. Dette kan bidra til at dei klarar å roe seg ned og føle seg trygge. Det er tilfelle der personalet ikkje har tid, då har eg opplevd at dei ofte kommunisera på ein måte som ikkje har positiv verknad for pasienten. Kommunikasjon saman med personar som har demens bære preg av å vere forklarande, støttande og trøystande

(Hummelvoll, 2016, s.412-413). I desse situasjonane har eg også erfart at å halde dei i handa eller stryke dei på armen, òg er med på å bidra til at dei føler seg tryggare og rolegare. Beroligande berøring kan dempe uro og sinne, samt lede til opplevelse av ro og positive kjensla (Eide & Eide, 2017, s.326; Nasjonalforeningen, 2020).

For personar med demens kan det vere vanskeleg å uttrykkje seg på grunn av kognitiv svikt (Fjørtoft, 2016, s.71). Ein stor del av kommunikasjon er nonverbal, og denne må fortolkast (Eide & Eide, 2017, s.136). I byrjinga av min praksis på skjerma avdeling skulle eg hjelpe ein brukar med å ta på buksa. Når eg bøygde meg ned for å ta den på, blei brukaren uroleg og tok vekk beina sine. Eg prøvde å spørje og finne ut kvifor vedkomande ikkje ville ha på buksa, men brukaren hadde vanskar for å uttrykkje seg verbalt. Etter litt fram og tilbake i forsøk på å forstå kva brukaren ville, tok eg fram andre alternativ. I det eg tok fram ei dongeribukse med selar, såg eg på både kroppsspråket og ansiktsuttrykket til brukaren at den var godkjend. I slike situasjonar kan det vere lett å tenkje at vedkomande er vanskeleg, og gløyme å tenkje at det kan vere ein meining bak åtferda. Ein må ta det som personar med demens uttrykkje på alvor, og ikkje avfeie åtferda som uforståeleg eller teikn på sjukdommen. Det er viktig å forstå den følelsemessige budskapet bak oppførselen (Fjørtoft, 2016, s.75). Dette er også sentralt i personsentrerte omsorg (Aldring og helse, u.å.). I praksis og jobb har eg fleire gongar erfart at det ligg noko bak oppførselen. Personorientert kommunikasjon innebera noko meir enn å lytte til kva personen med demens seier, og ein må tolke det som personen ikkje seier. Ein må prøve å forstå kva som er viktig for brukaren i den aktuelle situasjonen (Eide & Eide, 2017, s.16).

6.2 Kommunikasjonsferdigheitar i møte med personar som har demens

For konstruktiv dialog med personar med demens, kan vere hensiktsmessig å benytte seg av kommunikasjonsmetodar (Fjørtoft, 2016, s.76). For å ta i bruk reminisens, er det gunstig å gi personsentrert omsorg og ha kunnskap om personen. Kunnskap om brukaren sitt liv før sjukdommen vil bidra til å utføre metoden på ein god måte (Hummelvoll, 2016, s.413). Reminisens er effektivt for å stimulere og lokke fram minner (Skovdahl & Berentsen, 2016, s.430). Dette er i tråd med Vasse et al., (2010) som i sin studie fant positive funn ved bruk av reminisens, og konkludert med at det er effektivt for å lokke fram minner og bidra til gode augeblikk i kvardagen.

Eg har erfart at reminisens har ført til fleire gode samtalar, der personar med demens opplev situasjonen som noko positivt. Hensikta med metoden er å gi personar med demens auka sjølvfølelse, sjølvtilitt og styrkje identiteten (Skovdahl & Berentsen, 2016, s.430). Bruk av reminisens kan føre til at personen med demens får opp vonde minner (Hummelvoll, 2016, s.413). Dette opplevde eg i praksis då eg såg i album saman med ein brukar. Brukaren mista tidleg mannen sin til sjølv mord, dette var noko eg visste var tungt for ho å snakke om. Derfor var dette ikkje noko som eg hadde tatt opp med ho. Etter kvart som vi såg i gjennom albumet med bilete av mannen, byrja ho å gråte. I denne situasjonen lærte eg at ein må vere forberedt på at vonde minner kan dukke opp og at ein må trøyste (Hummelvoll, 2016, s.413). Personar med demens er sårbare for signal på at dei ikkje strekk til, og behovet for å bli sett og vist respekt er stort (Hummelvoll, 2016, s.415). I denne situasjonen erfarte eg at det var ein fordel at eg kjende brukaren, eg viste respekt for situasjonen og viste at eg såg og høyrde brukaren.

Hensikta med validering er å bekrefte det som personen med demens uttrykkjer. Dette bidrar til at vedkomande føler seg sett og høyrd (Skovdahl og Berentsen, 2016, s.430). Å få bekreftelse opplevast godt, styrkar sjølvfølelsen og fyllar eit psykologisk behov for tilknytning og tillit. Bekreftande kommunikasjon bidrar også til å skape tillit og tryggleik (Eide & Eide, 2017, s.155). Ein skal vere bekreftande både gjennom verbal og nonverbal kommunikasjon. Nonverbal kommunikasjon er viktig i arbeid med personar som har demens, då det nonverbale kan ha sterkare gjennomslag enn det verbale (Eide & Eide, 2017, 137).

Eg har opplevd å vere i ein samtale der personen var forvirra og hadde problem med å uttrykkje seg. Under samtalen var eg roleg og interessert, samt gav vedkomande tid til å finne orda. Eg lata at døra for å stenge ut støy frå omgivingane. Eg bekrefta det vedkomande sa, både verbalt og nonverbalt. Utover i samtalen blei personen meir roleg og klarte å uttrykkje seg lettare. Eg merka at vedkomande blei tryggare på meg gjennom denne samtalen, og dermed gjekk også samtalen lettare. Desse metodane som eg tok i bruk under samtalen er i tråd med Nasjonalforeningen (2020) sine råd om korleis ein skal vere i ein samtale med personar med demens. Det er også i tråd med Eggenberger et al., (2012) som i sin studie viser at gode verbale og nonverbale ferdigheitar, samt korrekt oppførsel

og haldningar til personar med demens påverkar samtalen positivt. Fleire av desse strategiane var eg bedt om å leggje vekt på i samtale og kommunikasjon med brukarane i praksis, og vi lærte også dette i undervisning. Desse strategiane/metodane og råda er også i tråd med Conway og Chenery (2020) som i sin studie tok for seg «MESSAGE» strategiar som omfattar strategiske måtar for å kompensere for kognitiv og språkleg svikt som oppstår ved demens. Vasse et al., (2010) viser i sin studie at kommunikasjon er best ved ein-til-ein samtalar, der det ikkje er forstyrrelser eller distraksjonar frå omgivnadane eller frå andre personar.

I følge Hummelvoll (2016, s.413) vil personar som har ei mild form for demens ha god nytte av realitetsorientering. Derimot vil personar med alvorleg grad av sjukdommen oppleve seg overkøyrtd, fordi dei ikkje er i stand til å svare på spørsmål. Eg har opplevd å spørje personar med demens konkrete spørsmål, og har sett korleis det påverkar dei når ikkje klarar å svare. I nokre tilfelle kjenner ein ikkje vedkomande, for eksempel om dei er innlagd på sjukehus, og då er det viktig å lese situasjonen undervegs. Sjølv om ein veit på førehand at pasienten har demens, veit ein ofte ikkje kva stadiet i sjukdommen dei er. Etter min erfaring, er det viktig å lese situasjonen i samspel med pasienten, og tolke både det verbale og det nonverbale som personen uttrykkje. Eg har ofte tatt i bruk realitetsorientering på sjukehus, når pasientar med demens er forvirra, og eg opplev at dei fleste pasientane blir rolegare av at eg fortel kvar dei er og forklarar situasjonen. Ein kvar pasientsituasjon er unik, og ein må endre tilnærming frå pasient til pasient. Det kan også vere nødvendig å endre tilnærming ut ifrå ulike stadiar i sjukdomsforløpet hos same pasienten (Heyn, 2016, s.363). Som ved all kommunikasjon med pasientar, må kommunikasjon med demente pasientar tilpassast (Heyn, 2016, s.393). Eg har erfart at det er viktig å tilpasse kommunikasjonen til den enkelte med tanke på kor påverka personen er av sjukdommen, og gjennom samtale vil ein få eit inntrykk av personen sine kognitive ferdigheitar.

I praksis på skjerma avdeling opplevde eg fleire gongar at ein av brukarane pakka kledda sine fordi ho skulle heim til mannen sin. Tidlegare lærte helsepersonell at ein skulle korrigere personar med demens når det dei sa ikkje var korrekt og ikkje stemde med verkelegheita (Eide & Eide, 2017, s.330). Realitetsorientering kan ha negativ verknad for personar med demens, der vedkomande er komne langt i sjukdomsforløpet (Hummelvoll, 2016, s.413). Personar med alvorleg grad av demens får det

betre av å bli lytta til framfor å bli realitetsorientert (Eide & Eide, 2017, s.330). Derfor avleda eg brukaren ved å spørje om ho kunne fortelje om mannen sin, i staden for å forklare ho at mannen var død. Ved å be ho fortelje om mannen sin så fekk ho behalde sin «verkelegheit», altså hennas verkelegheit av minner og følelsar. I denne situasjonen opplevde eg at ved å validere og bekrefte det brukaren uttrykte, unngjekk eg ein situasjon som brukaren kunne opplevd som trist og forvirrande (Hummelvoll, 2016, s.413).

I følgje Eggenberger et al., (2012) er det viktig at helsepersonell gjennomgår opplæring og trening i kommunikasjon retta mot demenssjukdom. Undersøkinga som dei har gjennomført viser kor viktig det er med gode haldningar og kunnskap om demens for å sikre god kommunikasjon. Dette er i tråd med Conway og Chenery (2020) sin studie, som tok for seg strategiar som omfattar strategiske måtar for å kompensere for kognitiv svikt. Studien konkludera med at strategiane hadde god effekt, og gjorde helsepersonell bevisst på korleis ein kan tilpasse kommunikasjonen til personar med demens. I følgje Heyn (2016, s.367-368) må helsepersonell utfordrast på eigne haldningar og sjå konsekvensar for å forbetre kommunikasjonsferdigheiter. Det er fleire måtar å trene opp kommunikasjonsferdigheitar på. Ein av dei er rollespel, og dersom rollespelet filmast og ein kan analysere i etterkant, vil det auke effekten av læringa. Marte Meo gjer helsepersonell bevisst på kva som skjer i ulike situasjonar i samspel med personar med demens gjennom videoobservasjonar, og bidrar også på å forbetre kommunikasjonsferdigheiter (Skovdahl og Berentsen, 2016, s.427). Til tross for at det er måtar å forbetre kommunikasjonsferdigheitene hjå helsepersonell, er det ifølgje Dooley og Walshe (2019) mangel på kommunikasjonsverktøy som kan vurdere den demente innan kommunikasjon. Vasse et al., (2010) fortel i sin studie at helsepersonell treng meir kunnskap om kommunikasjonsferdigheitar og strategiar for å kommunisere optimalt med personar med demens.

6.3 Å gi personsentrert omsorg til personar med demens

I mi problemstilling, korleis skape kommunikasjon til personar med demens, har eg valt å avgrense til personar som har hjelp og oppfølging i institusjon. Dette betyr at dei som arbeidar med brukarane har god tid til å lære seg å kjenne dei individuelt. Dette er viktig for fleire grunnar, blant anna når ein skal gi personsentrert omsorg, som er grunnleggande for å skape kommunikasjon. Skovdahl og

Berentsen (2016, s.408) fortel at ein del av fundamentet i omsorg til personar med demens er personsentrert omsorg, og for å kunne gi personsentrert omsorg må ein ha kunnskap om kven brukaren er. Det er sentralt å kjenne til personen si livshistorie og noverande situasjon, dette er for å forstå personen med demens. Ein skal leggje til rette for at personar med demens får bruke sine ressursar og at dei får tre fram i kvardagen. Her må ein tilpasse kommunikasjonen til den enkelte, ut ifrå den enkelte sine ressursar og kognitive ferdigheitar. All kommunikasjon og åtferd skal sjåast som meningsfull (Aldring og helse, u.å.). Helsepersonell må understøtte og bekrefte det som personar med demens kommuniserer og uttrykkjer. Det å ha kjennskap til brukarane, og dei positive effektane det har i kvardagen, samstemmer med Thorvik et al., (2020) sin studie som viser at kjennskap til brukarane sine veremåtar og vanar kan bidra til å hjelpe den demente i ein vanskeleg situasjon. Terkelsen et al., (2019) sin studie trekk fram den positive effekten personsentrert omsorg har i kvardagen for personar med demens.

I praksis på skjerma avdeling, var det lagt til rette for at dei som budde der skulle få behalde sine interesser og vanar. Det var fleire av brukarane som var kristne, og som var vande med å høyre gudsteneste på radioen på søndagsmorgnane. Kvar søndagsmorgon blei radioen skrudd på for dei som ville høye på. Nokre hadde stor interesse for hundar, derfor var det lagt opp til at det kom hundar på besøk nokre gongar i månaden. Andre var vande med å kose seg med eit glas raudvin på laurdagskvelden, derfor hadde dei ansatte sørga for at dei skulle få fortsette med det på institusjonen. Dette er nokre småting som eg hugsar godt frå praksis, fordi eg synst det var så godt å sjå at det vart lagt opp til at brukarane skulle få behalde identiteten sin. Ein må tilretteleggje personsentrert omsorg på ein slik måte at den enkelte får bruke sine ressursar på ein sjølvstendig måte (Juklestad & Aarre, 2018, s 247). På avdelinga var det spesielt ein brukarar som likte å lage mat, dekkje bordet og rydde opp etter måltid. Derfor spurte vi henne om hjelp, og ho tok ofte initiativ til det sjølv i måltidsituasjonar. Dette gjorde at ho fekk behalde ein del av sine rutinar som ho var vand med før ho kom til avdelinga, på same tid som ho får bruke resursane sine. Å kjenne til slike vanar er sentralt for å kommunisere med brukaren.

Dementia Care Mapping byggjer på teorien om personsentrert omsorg. Skovdahl og Berentsen (2016, s.426-427) fortel at denne modellen kan brukast som eit verktøy til å bevisstgjere

helsepersonell og få dei til å reflektere rundt observasjonane. Marte Meo og VIPS-modellen bidrar også på gjere helsepersonell bevisst på eigen kommunikasjon og oppførsel. Dette er i tråd med Terskelen et al., (2019) sin studie som tar for seg personsentrert omsorg i institusjonar for personar med demens. Studien trekk fram fleire positive faktorar ved å bruke DCM som eit verktøy.

7.0 Avslutning

Eg ønskte å få svar på korleis ein skal kommunisere med personar med demens. Eg har tilegna meg meir kunnskap om kommunikasjon med personar med demens, ved å setje meg inn i forskning og teori i denne oppgåva. Eg har fått svar på mykje av det eg ville, men dette er eit stort tema å ta for seg. Gjennom arbeid med denne oppgåva har eg funne forskning og teori som eg har satt meg inn i, men det er meir om dette temaet som eg ikkje har tatt føre meg i denne oppgåva.

Kommunikasjonsmetodar og strategiar er gode hjelpemiddel for å oppnå kommunikasjon med personar med demens. Kommunikasjonen må tilpassast den enkelte, ut ifrå den enkelte sine behov og kognitive ferdigheitar. Det er viktig å tolke det personar med demens uttrykkjer, både verbalt og nonverbalt. For å oppnå god kommunikasjon må ein ha kunnskap om sjukdommen, personen bak sjukdommen og kommunikasjonsstrategiar og metodar som er tilpassa personar med demens.

Litteraturliste

Aldring og Helse (u.å.). Personsentrert omsorg. Henta 26.Mai 2020 frå

<https://www.aldringoghelse.no/demens/behandling/personsentrert-omsorg/>

Conway, E., & Chenery, H. (2020). Evaluating the MESSAGE Communication strategies in Dementia training for use with community-based aged care staff working with people with dementia: a controlled pretest- post test study. *Journal of Clinical Nursing*. 25(7-8), 1145-1155.

<http://dx.doi.org.galanga.hvl.no/10.1111/jocn.13134>

Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving*. (6.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Dooley, S. & Walshe, M. (2019). Review Assessing cognitive communication skills in dementia: a scoping review. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 54(5): 729-

741. <http://dx.doi.org.galanga.hvl.no/10.1111/1460-6984.12485>

Eggenberger, E., Heimerl, K. & Bennet, M. I. (2012). Communication skills training in dementia care: a systematic review of effectiveness, training content, and didactic methods in different care settings. *International Psychogeriatrics*. 25(3):1-14.

<https://doi.org/10.1017/S1041610212001664>

Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner*. (3.utgåve). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Fermann, T. & Næss, G. (2016). Sykepleie til eldre i hjemmesykepleien. I Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, A., H. (Red). *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten*. (utg.2, s.238-261). Oslo: Gyldendal akademisk.

- Fjørtoft, Ann-Kristin. (2016). *Hjemmesykepleie: ansvar, utfordringer og muligheter* (3.utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Hauge, S. (2016). Sykepleie i sykehjem. I Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, A., H. (Red). *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten*. (utg.2, s.265-280). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Helsebiblioteket. (2016, 3.juni). Sjekklistor. Henta frå <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>
- Helsedirektoratet. (2019, 27.november). Personsentrert omsorg og behandling ved demens. Henta frå <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens/personsentrert-omsorg-og-behandling-ved-demens>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2020). Demensplan 2020. Henta frå https://www.regjeringen.no/contentassets/3bbec72c19a04af88fa78ffb02a203da/demensplan_2020.pdf
- Heyn, L. (2016). I Grov, E. K. & Holter, I. M. (Red). *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. (5.utg., s. 363-395) Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Hummelvoll, J. K. (2016). *Helt- ikke stykkevis og delt: Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse* (7. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Juklestad, S., I. & Aarre, T., F. (2018). I Aarre, T., F. (Red). *Psykiatri for helsefag* (2.utgåve, s.241-256). Bergen: fagbokforlaget.

Nasjonalforeningen. (2020,9. januar). Kommunisere med en som har demens. Henta frå

<https://nasjonalforeningen.no/demens/parende-og-demens/kommunisere/>

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-

63). Henta frå <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02->

[63?q=pasient%20og%20brukerrettighetsloven](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient%20og%20brukerrettighetsloven)

Sejerøe-Szatkowski, K. (2004). *Demens: Kommunikasjon og samarbeid*. (1.utg.) Oslo: Gyldendal

Akademisk

Skovdahl, K. & Berentsen, V. D. (2016). Kognitiv svikt og demens. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H.

Ranhoff. (Red). *Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten*. (utg. 2, s.408-434).

Oslo: Gyldendal Akademisk.

Terkelsen, A. S., Petersen, J. V. & Kristensen, H. K. (2019). Mapping empirical experiences of Tom

Kitwood's framework of person-centred care for persons with dementia in institutional settings. A scoping review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 34(1): 6-22.

<http://dx.doi.org.galanga.hvl.no/10.1111/scs.12709>

Thidemann, I-J. (2017). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter* (2. opplag). Oslo:

Universitetsforlaget.

Thorvik, K.E., Helleberg, K. & Hauge, S. (2020). God omsorg for urolige personer med demens.

Sykepleien, 236-242. doi: 10.4220/sykepleienf.2014.0140 .

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.

<https://doi.org/10.1017/S1041610209990615>



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave i sykepleie

SK152

Predefinert informasjon

Startdato:	14-06-2020 09:00	Termin:	2020 VÅR
Sluttdato:	15-06-2020 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave i sjukepleie		
SIS-kode:	203 SK152 1 O 2020 VÅR		
Intern sensor:	Anne Marie Sanduoll		

Deltaker

Naun:	Solgunn Reed Lote
Kandidatnr.:	304
HVL-id:	573464@hvl.no

Informasjon fra deltaker

Sideantall *:	28		
Antall ord *:	7198		
Sett hake dersom besvarelsen kan brukes som eksempel i undervisning?:	Ja	Egenerklæring *:	Ja
Jeg bekrefter at jeg har registrert oppgavetittelen på norsk og engelsk i StudentWeb og vet at denne vil stå på utnemålet mitt *:	Ja	Jeg bekrefter innlevering til biblioteket *:	Ja

Jeg godkjenner autalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

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

Nei