



# Høgskulen på Vestlandet

## Bacheloroppgave

BVP331-H-2022-VÅR-FLOWassign

### Predefinert informasjon

Startdato:	02-05-2022 09:00	Termin:	2022 VÅR
Sluttdato:	16-05-2022 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave		
Flowkode:	203 BVP331 1 H 2022 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

### Deltaker

Kandidatnr.:	460
--------------	-----

### Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	7996
---------------	------

Egenerklæring \*: Ja

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

Jeg godkjenner autalen om publisering av bacheloroppgaven min \*

Ja

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

Nei

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

Nei



Høgskulen  
på Vestlandet

# BACHELOROPPGAVE

**Vernepleierens rolle i personsentrert  
kommunikasjon med personer med demens.**

**The social worker's role in person-centered  
communication with persons with dementia.**

**Kandidatnummer: 460**

Bachelor i vernepleie

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Institutt for velferd og deltaking

16.05.2022

Antall ord: 7996

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1

## Summary

**Background:** In Norway today, there are around 100,000 people living with dementia, and it is expected that this number will double by the year 2050. When more people develop dementia, there will also be a greater need for health and social workers with good communication skills. Therefore, it is important that social workers and other healthcare personnel have sufficient knowledge of different methods of communication if one is to be able to provide good care for persons with dementia. **Aim:** The purpose of this BA thesis is to explore how social workers can work in a person-oriented way and use communication consciously in encounters with persons with dementia. Specifically, it wants to find research-based knowledge on the topic by collecting research literature from relevant databases, and through relevant curriculum literature. **Method:** The method used in this thesis is literature study. Systematic searches were performed in the databases SweMed + and PubMed. Selected research was reviewed and combined with relevant theorists and literature from the university curriculum. **Results:** Results from research shows that person-oriented communication in the form of nonverbal and verbal communication is important in dementia care. A summary of the included studies led to the identification of three main categories: the professional's competence, nonverbal and verbal communication and person-oriented care. **Conclusion:** The conclusion is that professional communication with persons with dementia depends on the social worker's competence, experiences and knowledge, and research indicates that conscious use of person-oriented approaches will be the best possible practice. Relationships are emphasized, but the main focus is on what the individual person with dementia needs. Understanding care and communication is subjective, and individuals will have a wide range of needs. Interaction between professions can contribute to increased work ethic, and increased person-oriented communication.

# Innholdsfortegnelse

<b>Innholdsfortegnelse</b>	<b>3</b>
<b>1.0 Innledning</b>	<b>1</b>
1.1 Introduksjon	1
1.2 Vernepleierfaglig relevans	1
1.2.1 Vernepleierens kompetanse	2
<b>2.0 Bakgrunn</b>	<b>3</b>
2.1 Demens	3
2.2 Kommunikasjon og sentral teori	4
2.2.1 Den relasjonelle modellen	4
2.2.2 Tilknytningsteori - John Bowlby	5
2.2.3 Personorientert tilnærming	5
2.3 Formål og problemstilling	6
<b>3.0 Metode</b>	<b>7</b>
3.1 Litteraturstudie	7
3.2 Kvalitativ metode	7
3.3 Søkeprosessen	7
3.3.1 Inklusjon- og eksklusjonskriterier	8
3.3.1.1 Inklusjon	8
3.3.1.2 Eksklusjon	9
3.3.2 Oversikt over søk	10
3.3.3 Kritisk vurdering av kilder	11
3.4 Forskningsetiske hensyn	12
<b>4.0 Resultater</b>	<b>13</b>
4.1 Oppsummering av forskningsartikler	13
4.1.1 Artikkel 1	13
4.1.2 Artikkel 2	13
4.1.3 Artikkel 3	14
4.1.4 Artikkel 4	15
4.1.5 Artikkel 5	16

4.2 Sammenfatning av forskningslitteratur	17
4.2.1 Personsentrert omsorg	17
4.2.2 Yrkesutøverens kompetanse og samhandling	19
4.2.3 Nonverbal og verbal kommunikasjon	19
<b>5.0 Drøfting</b>	<b>21</b>
5.1 Personsentrert omsorg	21
5.1.1 Individrettet omsorg	21
5.1.2 Relasjonsbygging	21
5.2 Vernepleierens rolle i kommunikasjon med personer med demens	23
5.2.1 Profesjonell kompetanse	23
5.2.2 Samhandling	24
5.3 Nonverbal og verbal kommunikasjon	24
5.3.1 Nonverbal kommunikasjon	24
5.3.2 Verbal kommunikasjon	25
5.3.3 Kommunikasjon som funksjonshemmende barriere	26
5.4 Begrensninger ved metode	27
<b>6.0 Konklusjon</b>	<b>29</b>
<b>7.0 Referanseliste</b>	<b>30</b>

## Forord

*“When a person realizes he has been deeply heard, his eyes moisten. I think in some real sense he is weeping for joy. It is as though he were saying, ‘Thank God, somebody heard me. Someone knows what it's like to be me’”*

*- Carl R. Rogers*

# 1.0 Innledning

## 1.1 Introduksjon

Denne bacheloroppgaven har temaet personorientert kommunikasjon med personer med demens, og er forankret i relasjonsteori. Gjennom vernepleierutdanningen har jeg vært gjennom to sykehjemspraksiser, og har i tillegg erfaring fra å ha jobbet på sykehjem. Dette temaet engasjerer meg fordi jeg har troen på at vernepleiere med sin brede kompetanse innen blant annet miljøarbeid, tilrettelegging og kommunikasjon kan være en viktig brikke i demensomsorgen i Norge, nå som den norske befolkningen blir stadig eldre.

Kommunikasjon er en av de største utfordringene til personer med demens, og det er vårt kollektive ansvar som yrkesutøvere i helsesektoren å ha kompetansen, ferdighetene og kunnskapen for å kunne tilrettelegge for god kommunikasjon.

## 1.2 Vernepleierfaglig relevans

Mennesker har en medfødt evne til å kommunisere, og god profesjonell kommunikasjon i helse- og sosialfeltet har et naturlig grunnlag i relasjoner (Eide & Eide, 2017, s. 16).

Vernepleiere jobber med blant annet pasienter, brukere, pårørende og kollegaer, og relasjoner blir dermed en naturlig del av jobben. Som vernepleierstudent blir en gjennom utdanningen opplært i å “se hele mennesket”, noe som skal speiles i måten vi kommuniserer med mennesker i profesjonelle sammenhenger.

Ifølge forskrift om nasjonal retningslinje for vernepleierutdanning er utdanningen “en kunnskapsbasert og praksisrettet helse- og sosialfaglig profesjonsutdanning som kvalifiserer for utøvelse av helse-, omsorgs- og velferdstjenester i et livsløpsperspektiv” (Forskrift om nasjonal retningslinje for vernepleierutdanning, 2019, §2). Med andre ord er vernepleieren relevant igjennom tjenestemottakernes livsløp som helhet, og har til oppgave å sikre kompetanse og holdninger som danner grunnlag for likeverdige tjenestetilbud for alle grupper i samfunnet, også i demensomsorgen.

### 1.2.1 Vernepleierens kompetanse

Vernepleierens kunnskapsgrunnlag har utviklet seg fra å historisk sett være et yrke som har vært sterkt knyttet til omsorg for mennesker med utviklingshemming, til å i tillegg få samfunnsfaglig, juridisk og pedagogisk kompetanse implementert i utdanningen (Nordlund et al, 2015, s. 15). I følge regjeringens rammeplan for vernepleierutdanning (2005, s. 6) omfatter studiet nå totalt 180 studiepoeng fordelt på fire hovedemner: Samfunnsvitenskapelige og juridiske emner, psykologiske og pedagogiske emner, helsefaglige emner og miljøarbeid og habiliterings- og rehabiliteringsarbeid. Videre står det at vernepleierstudenter etter endt studium skal ha "kunnskaper, ferdigheter og holdninger som gir grunnlag for å yte tjenester til mennesker med ulike funksjonsvansker" (2005, s. 5). Videre understrekes likeverd og respekt for enkeltmenneskets integritet som kompetansegrunnlag, og evnen til å ha brukermedvirkning i fokus.

Vernepleiere skal også kunne kommunisere med pasienter og pårørende, og handle etisk forsvarlig, gi veiledning, opplæring og grunnleggende pleie og omsorg til mennesker som ønsker og har behov for det (Utdannings- og forskningsdepartementet, 2005, s. 5). En av vernepleierens kjærneroller er brobyggerrollen, som er preget av grunnleggende åpen og lyttende innstilling og evne til godt tverrprofesjonelt samarbeid (Brask et al, 2016, s. 166). Det vil si at vernepleieren i tillegg til å kommunisere med pasienter og pårørende også skal kunne samhandle med andre profesjoner, eller med profesjonelle som representerer ulike organisasjoner eller etater (Brask et al, 2016, s. 165).



## 2.0 Bakgrunn

På verdensbasis har rundt 55 millioner mennesker demens, og ettersom andelen eldre i befolkningen øker i de fleste land forventes dette tallet å stige til 78 millioner i 2030 og til 139 millioner i 2050 (WHO, 2021). I Norge i dag er det rundt 100 000 personer som lever med demens, og det forventes at dette tallet skal dobles innen år 2050 (Folkehelseinstituttet, 2021). Når stadig flere mennesker utvikler demenssykdom blir det også et større behov for omsorg. Ifølge verdens helseorganisasjons globale handlingsplan for demens for perioden 2017-2025 (2017) er foreløpig gapet stort mellom behovet for forebygging, behandling og omsorg for demens og tilbudet av disse omsorgstjenestene. Mennesker med demens er en sårbar pasientgruppe (WHO, 2017).

Hvert femte år legger den norske regjeringen frem en femårig demensplan (2020) som har til mål å forbedre tjenestetilbudet til personer med demens og deres pårørende, og å bidra til et mer demensvennlig samfunn. I planen vektlegges den enkeltes ønsker og behov i utforming og tildeling av tjenester til personer med demens. Her blir personsentrert omsorg fremhevet som en av løsningene som skal bidra til kontinuitet, trygghet og forutsigbarhet for personer med demens, og planen trekker frem at kommunikasjonsteknikker, verdier og metoder knyttet til personsentrert omsorg er lagt til grunn for nasjonalfaglig retningslinje for demens (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020).

### 2.1 Demens

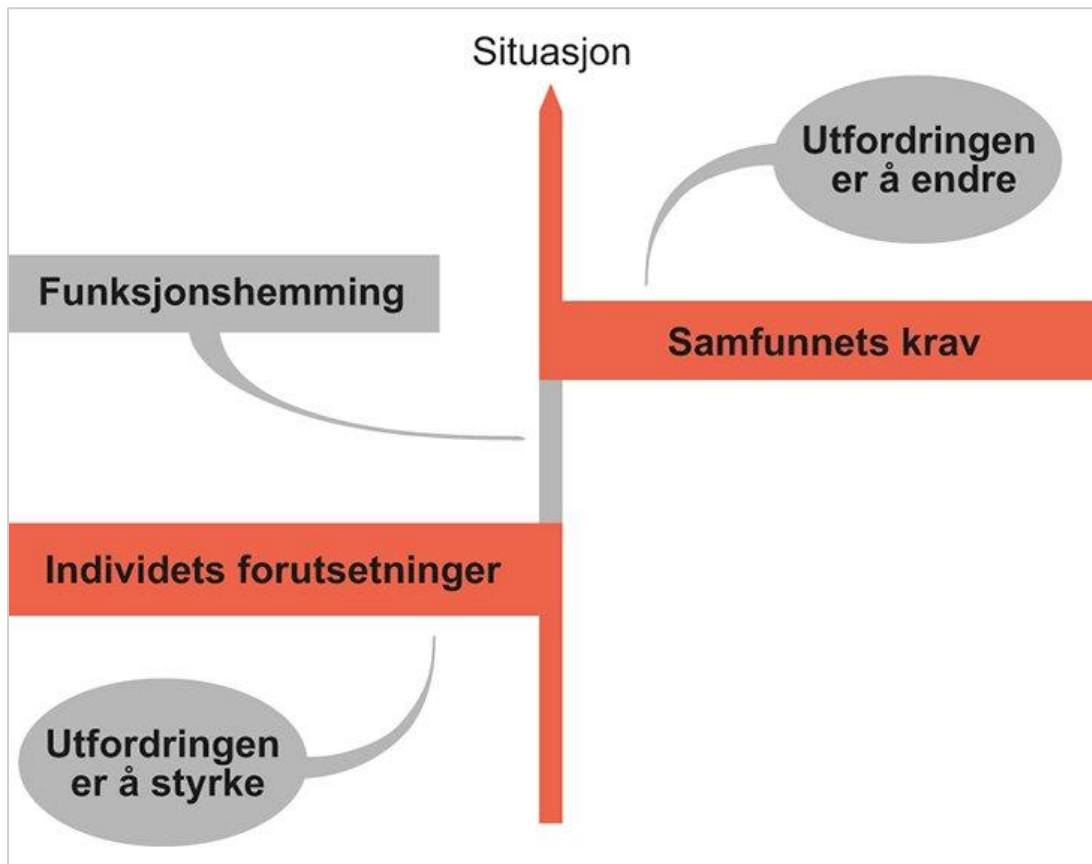
Demens er en degenerativ hjernesykdom som fører til at den kognitive funksjonen til den som rammes reduseres over tid (Håkonsen, 2014, s. 62). Demens kan påvirke blant annet hukommelse, tenkningsevne, orienteringsevne, forståelse, beregningsevne, læringskapasitet, kommunikasjonsferdigheter og dømmekraft. Tapet av kognitiv funksjon blir ofte etterfulgt av, eller innledet av, endringer i humør, emosjonell kontroll, atferd eller motivasjon (WHO, 2021). Personer med demens og pasienter er begreper som i denne oppgaven vil brukes synonymt.

## **2.2 Kommunikasjon og sentral teori**

Kommunikasjon er en naturlig del av det å være et menneske, og kan enkelt forstås som de utvekslinger av tegn eller tale av nonverbal eller verbal kommunikasjon som formidler noe mellom to eller flere parter (Eide & Eide, 2017, s. 16). Nonverbal kommunikasjon er uttrykk som må fortolkes, og innebærer blant annet alle former for kroppsspråk. Dette er eksempelvis ansiktsuttrykk, blikkontakt, kroppsholdning eller berøring (Eide & Eide, 2017, s. 136). Evnen til å uttrykke seg verbalt, altså språklig, vil variere etter hvor alvorlig rammet en person er av demenssykdom. Tidligere studier har vist at tilrettelagt, personorientert kommunikasjon utført av kompetent helsepersonell har betydning for livskvaliteten hos mennesker med demens (Eide & Eide, 2017, s. 326). Personorientert kommunikasjon er et sentralt begrep innen demensomsorg og betyr at man ikke ser på sine medmennesker som utelukkende pasient, bruker, kollega eller pårørende, men som en hel person med egne erfaringer, ressurser, ønsker og mål (Eide & Eide, 2017, s. 16).

### **2.2.1 Den relasjonelle modellen**

Demenssykdom vil svekke funksjon over tid på kognitivt og fysisk nivå, og kan dermed føre til funksjonshemming. Tradisjonelt sett var begrepet funksjonshemming sett på som en egenskap ved individet, men har i senere tid blitt forstått som de barrierer som oppstår av det menneskeskapte miljøet som ikke er tilpasset for alle (Tuntland, 2011, s. 36). Vernepleierfaglig kompetanse innebærer en forståelse for funksjonshemming, der fokuset ligger på å tilpasse samfunnet for mennesker med funksjonsnedsettelse. Den relasjonelle modellen, også kjent som GAP-modellen, viser til skillet mellom enkeltindividets forutsetninger og samfunnets forventninger i gitte situasjoner (Owren & Linde, 2020, s. 39). Modellen viser at det er samfunnets standard som fører til funksjonshemming, og avviser at funksjonshemming er en egenskap mennesker innehar. Den relasjonelle modellen fokuserer på dagligdagse situasjoner, og individuell tilrettelegging og tjenesteytere har en større rolle (Owren & Linde, 2020, s. 41).



Figur 1. (NOU 2016:17, s. 30). "GAP-modellen".

### 2.2.2 Tilknytningsteori - John Bowlby

John Bowlbys tilknytningsteori (1988) som referert til i Eide & Eide (2017, s. 369) tar utgangspunkt i at det å ha trygge og sterke relasjoner er et grunnleggende behov hos mennesker. Relasjonsbyggingen er særlig viktig for sårbare mennesker, som barn, personer i krise eller personer med demens.

### 2.2.3 Personorientert tilnærming

Carl Rogers personorienterte tilnærming til kommunikasjon (1951, 1961) gikk ut på å lytte til den man er i samtale med uten å dømme eller vurdere, og tilnærmingen har i senere tid blitt overført til blant annet helsearbeid. Tilnærmingen er sentrert rundt individet, og at man må evne å se personer som en helhetlig figur med egne inneboende ønsker, behov, følelser og meninger. I lys av relasjonsbygging vektla Rogers fire betingelser; empati,

ubetinget respekt, varme og genuinitet. Av betingelsene var det empati som ble ansett som den viktigste faktoren (Eide & Eide, 2017, s. 375). Personorientert kommunikasjon er som nevnt et sentralt begrep innen demensomsorg, og har sine røtter i blant annet Rogers humanistiske psykologi og personorienterte tilnærmingsteori. Et annet nøkkelbegrep i Rogers teori som nevnt i Håkonsen (2014, s. 73) er “selvet”, som omfatter den subjektive forståelsen for hvem vi er som individer i samfunnsmessige omgivelser.

### **2.3 Formål og problemstilling**

Formålet med denne oppgaven er å utforske hvordan vernepleiere kan jobbe personorientert og bruke kommunikasjon bevisst i møte med personer med demenssykdom. Spesifikt ønsker den å finne forskningsbasert kunnskap om temaet gjennom søk i relevante databaser, og gjennom vernepleierfaglig relevant pensumlitteratur. Ut fra oppgavens formål har følgende problemstilling blitt utformet:

*“Hvordan kan vernepleiere jobbe personsentrert med bevisst bruk av kommunikasjon med personer med demens på sykehjem?”*

Med kommunikasjon menes interaksjonen mellom pasient og yrkesutøver, herunder verbal og nonverbal kommunikasjon. Videre brukes vernepleiere som yrkesutøveren i problemstillingen, men vil spesifisere at det ikke utelukker at funnene i denne oppgaven vil være relevant for annet helsepersonell. Spesifiseringen er med på å avgrense oppgaven til et vernepleierfaglig perspektiv. Med å “jobbe personsentrert” menes det å ha en individrettet tilnærming til kommunikasjon, der fokuset er på individene med demens. Oppgaven spesifiserer ikke hvilken grad av demens som fokuseres på da bevisst bruk av kommunikasjon vil være viktig uavhengig av graden demens. Det teoretiske perspektivet som denne oppgaven vil basere seg på er et relasjonsperspektiv, og kan forstås som de brillene man ser problemstillingen ut ifra (Dalland, 2017, s. 186). Med andre ord vil oppgaven fokusere på hvordan vernepleiere kan kommunisere best mulig med personer med demens gjennom samhandling forankret i relasjonsteori.

## **3.0 Metode**

Metode kan forstås som fremgangsmåten man velger for å best mulig besvare problemstillingen i en gitt oppgave (Dalland, 2017, s. 51). Den valgte metoden for denne oppgaven er litteraturstudie. Materialet i en litteraturstudie er den allerede eksisterende kunnskapen som er presentert i artikler som man finner ved utføre søk i relevante databaser. Litteraturstudien skaper ikke ny kunnskap, men nye perspektiv og oppfatninger kan komme fram når man sammenstiller kunnskapen systematisk (Støren, 2013, s. 17).

### **3.1 Litteraturstudie**

Denne oppgaven benytter seg av litteraturstudie som metode fordi den vil sammenfatte allerede eksisterende forskning og forskningsbasert kunnskap til en helhet for å besvare den spesifikke problemstillingen. Litteraturstudien vil også kunne gi et bredt spekter av opplevelser fra både helsepersonell og pasienters perspektiv grunnet den kvalitative forskningen.

### **3.2 Kvalitativ metode**

Resultatene fra søk baserer seg på forskning utført med kvalitativ metodetilnærming. Kvalitative metoder ønsker å fange opp meninger, erfaringer og opplevelser som ellers ofte ikke er målbare. Kvalitative metoder gir ofte en nærhet til feltet, og baserer seg ofte på et mindre utvalg av deltakere enn i kvantitative undersøkelser (Dalland, 2017, s. 52).

### **3.3 Søkeprosessen**

I forkant av søkeprosessen ble det bestemt hvilke databaser som skulle benyttes ut fra hvor det var sannsynlig å finne artikler som omhandlet det valgte temaet for oppgaven. Oppgaven har benyttet studier fra hovedsakelig databasene SweMed+ og PubMed. SweMed+ er en database innenfor helsefaget og medisin, og inneholder studier som er utført i Norden, noe som vil kunne være en fordel da Norden og Skandinavia er mer sammenlignbar med Norge i utøvd praksis enn eksempelvis i Asia eller Afrika. PubMed er en

internasjonal database med referanser til tidsskriftartikler fra ca 4.800 tidsskrifter innen blant annet medisin, sykepleie, odontologi og preklinisk vitenskap (Universitetsbiblioteket, 2020). Artikkelens relevans ble først vurdert ut fra artikkelens tittel, noe som videre førte til å lese artikkelens abstrakt. Etterhvert som det dukket opp mulig relevante artikler ble de videre vurdert ut fra forhåndsbestemte inklusjons- og eksklusjonskriterier, og til slutt etter studiens innhold.

### 3.3.1 Inklusjon- og eksklusjonskriterier

Bachelorstudier har ofte et mangfold av sammensatte fag, og det kan dermed være nødvendig å avgrense området innenfor temaet man vil undersøke. En kan dermed utarbeide noen kriterier ut fra oppgavens problemstilling for å avgrense søkene (Dalland, 2017, s. 156). Inklusjon- og eksklusjonskriterier settes i forkant av søkene. De begrenser søkeresultatene og legger føringer for hva man kan forvente av artiklene, og om de burde brukes i oppgaven.

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Deltakere i studien er personer med demens på sykehjemsinstitusjon eller tilsvarende omsorgsbolig og/eller tilknyttet helsepersonell	Annet språk enn norsk, dansk, svensk eller engelsk
Kommunikasjon som tema	Artikkelen er over 10 år gammel
IMRaD struktur eller noe tilsvarende	Manglende struktur
Geografisk kontekst i Skandinavia eller Europa	Dårlig metodevalg
Kvalitetssikret, fagfellevurdert eller godkjent av etisk nemnd	

#### 3.3.1.1 Inklusjon

De første inklusjonskriteriene baserer seg på relevans til oppgavens tema og problemstilling, da studienes relevans vil være det viktigste kriteriet i valg av forskning til oppgaven.

IMRaD struktur vil si at disposisjonen i artiklene består av en innledning, metodedel, resultatdel og diskusjonsdel, og strukturen er mye brukt i forskningsartikler (Dalland, 2017, s. 163). Dette står som et inklusjonskriterie da en tydelig struktur vil kunne være vesentlig for å raskt avgjøre om artikkelen er relevant sett i lys av problemstillingen. Vitenskapelige tidsskrifter har redaksjoner og uavhengige fagpersoner som vurderer hver enkelte artikkels vitenskapelige standard, og sikrer kvaliteten på det som skal utgis (Dalland, 2017, s. 154). Dersom relevante artikler funnet gjennom søk har et kvalitetsstempel, er fagfellevurdert eller vurdert av en etisk nemnd vil det være et lystbetont insentiv for å vurdere artikkelen til å besvare problemstillingen.

Geografisk kontekst sier noe om hvor sammenlignbart undersøkelser i ulike land er mot den valgte problemstillingen grunnet samfunnsmessige forskjeller, og kan dermed brukes som en måte å avgrense søkene på (Dalland, 2017, s. 157). Målet for dette litteratursøket er å finne hovedsakelig nordiske eller skandinaviske forskningsartikler da det vil være mer relevant for problemstillingen, men dersom andre artikler viser seg å være relevante til tross for geografisk kontekst vil de kunne inkluderes.

### **3.3.1.2 Eksklusjon**

Artikler som er publisert på andre språk enn skandinavisk og engelsk bli ekskludert da den mest aktuelle litteraturen likevel vil finnes i Norden og da språkferdigheter ikke bør være en begrensning når det kommer til tolkning av innholdet i forskningen.

Det var et mål for denne oppgaven å finne oppdatert forskning, og tidsspennet ble derfor satt til studier som ble publisert innen de siste ti årene. Det kunne vært hensiktsmessig å avgrense søkene til de siste fem årene, men da demens og kommunikasjon er et tema som har blitt forsket på i flere tiår ble det bestemt at et større tidsspenn ville kunne føre til flere relevante artikler. I søkeresultatene vil nyere forskning prioriteres, men forskningsartikler inntil 10 år gamle vil ikke automatisk utelukkes. Dersom studier fraviker for mye fra IMRaD-strukturen vil de ikke videre vurderes i oppgaven.

### 3.3.2 Oversikt over søk

Database	Når ble søket gjort	Søkeord og kombinasjon	Avgrensning	Antall treff	Inkludert artikkel
SweMed+	28.03.22	"Dementia" AND "Communication"	[2017-2022]	33 treff	"Effects of care assistant communication style on communicative behaviours of residents with dementia: a systematic multiple case study" (Stanyon et al, 2018)
PubMed	28.03.22	"persons with dementia" AND "communication" OR "conversation" AND "nursing home"	[2018-2022] [Free full text]	1464 treff 477 treff 235 treff	"Person-Centered Communication for Nursing Home Residents With Dementia: Four Communication Analysis Methods" (Williams et al, 2018)
PubMed	29.03.22	"Persons with dementia" AND "conversation" AND "nursing home"	[2018-2022] [2016-2022]	117 treff 41 treff 57 treff	"Conversations between persons with dementia disease living in nursing homes and nurses – qualitative evaluation of an intervention with the validation method" (Söderlund et al, 2015)
PubMed	08.04.22	"dementia" AND "nursing home" OR "Long term care facility" AND "work environment"	[2017-2022]	14 treff 8 treff	"You can tell it works - Experiences from using the VIPS practice model in primary healthcare" (Mjørud & Røsvik, 2022)
PubMed	12.04.22	"communication" AND "dementia" AND "PCC" OR "person-centred care" AND "care workers"	[2017-2022] [Free full text]	24 treff 21 treff 9 treff	"The meaning of working in a person-centred way in nursing homes: a phenomenological-hermeneutical study" (Vassbø et al, 2019)



### 3.3.3 Kritisk vurdering av kilder

Det er viktig å være kritisk til valg av kilder for å sikre oppgavens troverdighet og faglighet, og det bør komme tydelig frem hvorfor litteraturen er valgt (Dalland, 2017, s. 152). Kildene må ha en faglig relevans og må kunne bidra til å besvare problemstillingen.

Problemstillingen om hvordan vernepleiere bevisst kan tilrettelegge for personsentrert kommunikasjon med personer med demens på sykehjem vil best besvares med kvalitative forskningsmetoder.

Som resultat av søkeprosessen ble det valgt fem kvalitative forskningsartikler. Det ble valgt eksklusivt kvalitative studier fordi de mest relevante artiklene brukte kvalitative metoder. Oppgaven retter seg mot hvordan man kan bevisst bruke kommunikasjon i møte med personer med demens, og det falt dermed naturlig å bruke kvalitativ forskning da erfaringer og samhandling med mennesker ikke enkelt kan måles (Dalland, 2017, s. 52). Det kan være en svakhet med oppgaven at kun kvalitative artikler har blitt benyttet da kvalitative og kvantitative metoder på hver sin måte bidrar til kunnskap, og bruk av begge metodene ville kunne gitt et mer nyansert, helhetlig svar på problemstillingen (Dalland, 2017, s. 52).

Demenssykdom kan ramme hvem som helst, hvor som helst i verden, og det er derfor inkludert artikler fra forskjellige deler av verden. Fire av studiene ble gjennomført i Sverige, Norge, Storbritannia, og USA, mens den ene ble gjennomført på sykehjem i tre ulike land; Norge, Australia og Sverige. Etter å ha lest innholdet i artiklene kunne det antas at de kulturelle forskjellene i de ulike landene som artiklene representerer ikke vil være vesentlig forskjellig fra norsk helsekultur, og artiklene kunne dermed inkluderes.

Vernepleiere er per definisjon autorisert helsepersonell på lik linje med blant annet sykepleiere (Nordlund et al, 2015, s. 23). Artiklene trekker ofte frem sykepleiere eller helsepersonell som de representerte deltakerne i studiene, og blir likevel inkludert i oppgaven. Det var viktig at studiene kunne relateres til norsk vernepleierpraksis, men de trengte ikke være direkte assosiert med vernepleiere.

Kritisk vurdering av artikler krever en systematisk gjennomgang av hver enkelt artikkel for å sikre relevans og kvalitet. Dette ble vurdert individuelt ut fra helsebibliotekets sjekklister for kvalitative studier (Helsebiblioteket, 2016). Sjekklisten poengterer at etiske standarder bør bli opprettholdt i studiene, noe som ble særlig lagt vekt på siden det kan være utfordrende å forske på en sårbar gruppe som personer med demens (Den Nasjonale Forskningsetiske Komiteen, 2005).

### **3.4 Forskningsetiske hensyn**

Pasientmedvirkning og samtykke til å delta i forskning er en utfordring ved demenssykdom, da kognitiv svikt påvirker samtykkekompetansen. I følge pasient- og brukerrettighetsloven (1999, §4-3) kan samtykkekompetansen utgå delvis eller fullstendig dersom personer på grunn av fysiske eller psykiske vilkår, deriblant personer som lider av demenssykdom, ikke forstår hva samtykket innebærer. For å komme frem til ny informasjon og videreutvikle helsetilbudet som kan hjelpe mennesker med demens på sikt vil forskning være nødvendig. Forskning på særlig sårbare grupper i samfunnet vil ha spesielle hensyn, og disse står tydelig beskrevet i Helsinkideklarasjonen. Forskingen må anses å komme pasientene til gode, da mangel på kunnskap kan gjøre behandling usikker og kan utsette pasienter for unødvendig risiko. Forskning på sårbare grupper som for eksempel personer med demens forutsetter at kunnskapen ikke kan innhentes fra mindre sårbare forsøkspersoner der samtykkekompetanse foreligger (World Medical Association, 2018).

## 4.0 Resultater

### 4.1 Oppsummering av forskningsartikler

#### 4.1.1 Artikkel 1

Kilde	<i>«Effects of care assistant communication style on communicative behaviours of residents with dementia: a systematic multiple case study»</i> (Stanyon et al., 2018). Hentet fra SweMed+: DOI: <a href="https://doi.org/10.1111/scs.12622">https://doi.org/10.1111/scs.12622</a>
Hensikt	Finne ut om å oppmuntre helsepersonell til å bruke direkte instruksjoner og gi mer tid til pasienter på å svare ville påvirke den kommunikative atferden til pasientene med demens.
Metode	Denne studien brukte et multippelt systematisk casestudiedesign. Deltakerne ble tatt opp på video under morgenstell-rutine i tre kommunikasjonsforhold: vanlig kommunikasjon, direkte instruksjoner og "pacing" (å gi mer tid til pasientene på å svare).
Resultat	Helsepersonell var i stand til å bruke direkte instruksjoner etter kort opplæring. Bruk av direkte instruksjoner var positivt korrelert med positiv kommunikativ atferd fra beboere. "Pace"-betingelsen ble ikke brukt tilstrekkelig for å evaluere effektiviteten. Motstand mot omsorg var sjelden.
Kontekst	Studien fant sted på et sykehjem i East Midlands, Storbritannia.
Kommentar	Studien er godkjent av den etiske komiteen ved Institute of Work og av Health and Organizations ved University of Nottingham. Skriftlig samtykke ble innhentet fra alle deltakerne og deres konsulterte.

#### 4.1.2 Artikkel 2

Kilde	<i>«Conversations between persons with dementia disease living in nursing homes and nurses – qualitative evaluation of an intervention with the validation method»</i> (Söderlund et al., 2015). Hentet fra PubMed: DOI: <a href="https://doi.org/10.1111/scs.12219">https://doi.org/10.1111/scs.12219</a>
-------	---

Hensikt	Hensikten med studien var å belyse handlingene og reaksjonene til personer med demenssykdom som bor på sykehjem i en-til-en samtaler med helsepersonell.
Metode	Kvalitativ analyse av videoopptak. De valgte en kvalitativ beskrivende metode for å beskrive personenes kommunikasjon i samtaler med helsepersonell under valideringsmetode-opplæring. Opptakene var av samtaler mellom yrkesutøver og pasient med demens, filmet i forkant av opplæringen og fem måneder i etterkant av opplæringen.
Resultat	Studien kom frem til at pasientene fikk flere muligheter til å bruke kommunikasjonsevnene sine etter at helsepersonellet fikk opplæring i valideringsmetoden. Pasientene pratet mer fritt, innledet færre forvirrende samtaleemner og førte lengre sammenhengende samtaler enn de gjorde i forkant av undersøkelsen. Studien viser at helsepersonellet også kan ha videreutviklet sine egne kommunikasjonsferdigheter med valideringsmetoden ved å benytte aktiv lytting, veilede pasienten i samtale og å observere pasientens kroppsspråk.
Kontekst	Studien fant sted på tre sykehjems-poster i en ikke-navngitt by i Sverige.
Kommentar	Kun kvinnelige deltagere og få deltagere i studien kan være en svakhet ved studien. Studien er godkjent av Regional Ethical Review Board, Stockholm.

#### 4.1.3 Artikkel 3

Kilde	« <i>Person-Centered Communication for Nursing Home Residents With Dementia: Four Communication Analysis Methods</i> » (Williams et al., 2018). Hentet fra PubMed: DOI: <a href="https://doi.org/10.1177/0193945917697226">https://doi.org/10.1177/0193945917697226</a>
Hensikt	Formålet med denne studien var å bruke fire ulike kommunikasjonsanalyser for å evaluere endringer i sykehjems-personalets kommunikasjon med personer med demens etter kommunikasjonsopplæring.
Metode	Kvalitativ metode. Studien er en randomisert kontrollert studie som tester effekten av Changing Talk (CHAT) intervensjon for å redusere atferdssymptomer hos personer med demens. Personalet fikk opplæring i CHAT, et

	kommunikasjonsprogram som lærte personalet å øke personsentrert kommunikasjon, først og fremst gjennom å redusere “elderspeak” (nedlatende snakk som ligner babysnakk). Studien brukte atferdskoding for å demonstrere at redusert bruk av “elderspeak” førte til færre atferdssymptomer hos sykehjemsbeboerne.
Resultat	Funnene i studien tyder at kommunikasjonsatferd, psykolingvistikk, innhold og emosjonell tone alle var nyttige virkemidler for personsentrert kommunikasjon. Ettersom hver av de fire strategiene fanger opp ulike aspekter ved kommunikasjon, kan de heller ikke erstatte hverandre. Basert på en sammenligning av de fire ulike kommunikasjonsanalysene var det atferd som gav størst effekt.
Kontekst	Det var kun personer som jobbet fast på sykehjem i Kansas, USA som ble inkludert i undersøkelsen.
Kommentar	Artikkelen ble publisert i Western Journal of Nursing Research.

#### 4.1.4 Artikkel 4

Kilde	«You can tell it works - Experiences from using the VIPS practice model in primary healthcare» (Mjørud & Røsvik, 2022). Hentet fra PubMed: DOI: <a href="https://doi.org/10.1177/14713012211053979">https://doi.org/10.1177/14713012211053979</a>
Hensikt	Hensikten med intervjuundersøkelsen var å vurdere erfaringer fra å bruke VIPS-modellen i kommunikasjon med personer med demens.
Metode	Kvalitativt intervju. Deltakere ble inkludert i studien dersom deres arbeidsplass hadde implementert og brukt VIPS-praksismodellen i minimum 12 måneder. Individuelle intervjuer ble gjennomført via Facetime, Skype eller telefon og analysert med kvalitativ innholdsanalyse.
Resultat	To kategorier dukket opp i undersøkelsen:

	<p><b>Kategori 1:</b> Endring i personalets faglige resonnement med to underkategorier: (a) et forbedret faglig nivå i diskusjoner og (b) en endring i fokus, fra oppgave til person.</p> <p><b>Kategori 2:</b> Endringer i det kliniske arbeidet, med tre underkategorier: (a) effektive intervensjoner, (b) et personsentrert arbeidsmiljø og (c) endringer i samarbeid mellom interessenter.</p> <p>Regelmessig bruk av VIPS-praksismodellen virket å endre arbeidskulturen til fordel for både pasientene og personalet “på gulvet”. Det ble beskrevet økt samarbeid mellom helsepersonell, sykepleiere, leger og pårørende. Personalet var mer fokusert på behovene til pasientene, noe som resulterte i omsorgstiltak tilpasset behovene til den enkelte med demens, økt lojalitet til omsorgsplaner og færre klager fra pårørende.</p>
Kontekst	Norge. I alt ble det inkludert 20 respondenter: en leder for helse- og omsorgstjenester i kommunen, seks ledere som jobber i hjemmesykepleie eller aktivitetssenter på dagtid og 10 ledere og tre leger som jobber i sykehjem.
Kommentar	Potensiell partisk undersøkelse da undersøkelsen ble utført av personene som var med å utvikle VIPS-modellen.

#### 4.1.5 Artikkel 5

Kilde	« <i>The meaning of working in a person-centred way in nursing homes: a phenomenological-hermeneutical study</i> » (Vassbø et al, 2019). Hentet fra PubMed: DOI: <a href="https://doi.org/10.1186/s12912-019-0372-9">https://doi.org/10.1186/s12912-019-0372-9</a>
Hensikt	Hensikten var å belyse betydningen av å arbeide personsentrert slik det oppleves av ansatte i sykehjem og å få innsikt i hva å arbeide personsentrert betydde for sykehjemsansatte.
Metode	Kvalitativt intervju. Det ble utført intervjuer med 29 helsepersonell som hadde deltatt i en ettårig intervensjon med fokus på personsentrert omsorg i tre ulike sykehjem i henholdsvis Australia, Norge og Sverige.

Resultat	For sykehjemsansatte innebar det å arbeide personsentrert at de var i stand til å møte den enkelte beboers behov og preferanser i nære relasjoner, forstå beboernes rutiner og preferanser som grunnlag for de daglige arbeidsplanene og det å kunne å gjøre «det lille ekstra» for beboerne. Som helhet ble personalets opplevelser av å jobbe personsentrert i sykehjem tolket til å bety å trives på jobben som en psykologisk tilstand der individene opplevde en følelse av tiltaksløst og læring. Resultatene indikerte også at omsorg med fokus på rutiner og praktiske oppgaver istedenfor beboernes preferanser og trivsel hemmet trivsel blant pleiepersonalet, og kunne føre til misnøye på jobb.
Kontekst	Sykehjem i Australia, Norge og Sverige.
Kommentar	Fokuserer på personsentrert omsorg med personer med demens, men ikke kommunikasjon spesifikt.

## 4.2 Sammenfatning av forskningslitteratur

### 4.2.1 Personsentrert omsorg

Samtlige av studiene har en generell aksept for at personorientert omsorg er den beste tilnærmingen til praksis innen demensomsorg (Stanyon et al, 2018; Söderlund et al, 2015; Williams et al, 2018; Mjørud & Røsvik, 2022; Vassbø et al, 2019). Både Söderlund (2015) og Williams et al (2018) hadde studier som fokuserte på opplæring av ulike kommunikasjonsformer som implementerer personsentrert omsorg i helsetjenestene.

Deltakerne i studien til Söderlund et al (2015) fikk opplæring i en valideringsmetode som gikk ut på å møte pasientene med empatisk forståelse, respekt og å validere følelsene og opplevelsene deres i samtale. Studien hadde til hensikt å finne ut om opplæring av en slik valideringsmetode ville påvirke helsepersonellens måte å kommunisere med pasientene med demens, og sammenlignet videoopptak innsamlet før opplæringen med videoopptak fra 5-8 måneder etter opplæringen. Studien resulterte i at sykepleierne virket å utvikle sine kommunikasjonsferdigheter, noe som videre resulterte i at personene med demens enklere kunne uttrykke sine tanker og opplevelser da pasientene snakket mer fritt og hadde en økning i bruk av nonverbal kommunikasjon i samtale. Forskerne ønsket også å registrere

følelsene og meningene bak det som ble kommunisert av personene med demens. Personene med demens var mindre forvirret i samtale og helsepersonellet hadde lettere for å forstå budskapet som ble kommunisert (Söderlund et al, 2015, s. 42).

I studien til Williams et al (2018) fikk sertifiserte sykehjemsansatte opplæring i kommunikasjonsprogrammet CHAT. Programmet lærer personalet å øke personsentrert kommunikasjon, først og fremst gjennom å redusere det de kaller for "elder-speak", som er en nedlatende måte å snakke til eldre på som kan minne om babysnakk (Williams et al, 2018, s. 1014). Atferdsmessige og psykologiske analyser av funnene viste at etter CHAT-opplæring inneholdt kommunikasjonen til de ansatte betydelig mindre bruk av "elder-speak", noe som støtter argumentet om at det er mulig å forbedre personalets personsentrerte kommunikasjonen etter kort opplæring. Spesifikt fant studien gjennom atferdsanalyse en vesentlig reduksjon av "elder-speak" umiddelbart etter intervensjonen, men også ved oppfølging.

I studien til Mjørud & Røsvik (2022) ble i alt 20 respondenter intervjuet om bruk av VIPS-Praksismodell (VPM) på ulike arenaer, herunder representanter fra helse- og omsorgstjenester i kommunen, hjemmesykepleie, aktivitetssenter og sykehjem. Funnene i studien tyder på at VPM kan hjelpe ansatte til å øke sin kompetanse innen personsentrert omsorg, og personalet var mer fokusert på personorienterte behov, noe som resulterte i omsorgstiltak tilpasset den enkelte person med demens.

Stanyon et al (2018) fant i sin studie at bruk av direkte instruksjoner av yrkesutøvere var korrelert med en økning i den kommunikative atferden til personer med demens, og førte til en økning av å la seg veilede i situasjoner. I situasjoner der helsepersonellet ikke var direkte med instruksjonene observerte de en minkning i samtykke til veiledning. Studien sier at funnene relaterer seg tilbake til personsentrert omsorgsteori ved at direkte instruksjoner, antatt å lette tolkningen av mening og delt forståelse, så ut til å oppmuntre til et større antall positive kommunikative handlinger fra personer med demens (Stanyon et al, 2018, s. 211).



Intervjuundersøkelsen til Vassbø et al (2019) fant ut at for ansatte betydde det å jobbe personsentrert at de kunne møte den enkelte beboers behov og uttrykte preferanser i nære relasjoner og at de møtte felles mål i samarbeidsteam. Videre understreker studien at å være i nære familie-lignende relasjoner med beboere var en fordel for de ansatte da de trivdes med å jobbe med de sosiale-relasjonelle sidene ved arbeidet, og mulighetene for å forstå beboernes rutiner og preferanser ble større. For mange av deltakerne var det å jobbe med personer på sykehjem et valg som reflekterte deres verdier og tro (Vassbø et al, 2019, s. 3).

#### **4.2.2 Yrkesutøverens kompetanse og samhandling**

Flere av studiene benyttet kun deltakere som var sertifiserte sykepleiere eller annet kompetent helsepersonell. Det kom frem at opplæring i kommunikasjonsformer og kunnskap om demenssykdom var svært viktig for å kunne yte god omsorg (Williams et al, 2018; Söderlund et al, 2015). Mjørud & Røsviks VIPS-modell kan i følge studien hjelpe ansatte til å øke sin kompetanse innen personsentrert omsorg, og regelmessig bruk av modellen så ut til å endre arbeidskulturen til fordel for både tjenestebrukere og tjenesteytere. Det ble også beskrevet økt tverrprofesjonelt samarbeid mellom helsepersonell, sykepleiere og leger, og personalet var mer fokusert på personorienterte behov (Mjørud & Røsvik, 2022, s. 585). Også i studien til Vassbø et al (2019, s. 3) ble det understreket hvor viktig samværet med kollegene var, og opplevelsene av å bli sett og støttet av teamet ga dem en følelse av tilfredshet og mening i arbeidet sitt som førte til økt arbeidsmoral.

#### **4.2.3 Nonverbal og verbal kommunikasjon**

Viktigheten av både nonverbal og verbal kommunikasjon i møte med personer med demens understrekes av både Söderlund et al (2015, s. 38), Mjørud & Røsvik (2022, s. 580) og Williams et al (2018, s. 1027). Også i studien til Vassbø et al (2019, s. 4) påpekte intervjupersonene at latter, kjærlig berøring og klemmer, eller det at beboeren virket rolig og avslappet, altså den nonverbale kommunikasjonen, ble oppfattet både som en bekreftelse på forsvarlig omsorg og som en belønning for de ansatte. I følge studien til

Stanyon et al (2018, s. 211) er direkte instruksjoner, som er preget av korte, enkle og presise setninger, både lettere å forstå og fører til at pasientene oftere lar seg veilede. Studien legger til at direkte instruksjoner kan oppmuntre personer med demens til å vise mer positiv kommunikatív atferd selv, engasjere seg i oppgaver med omsorgsarbeideren, samt å oppfordre til samhandling selv.

## 5.0 Drøfting

Resultatene fra litteraturstudien kom frem til tre kategorier som har til hensikt å besvare problemstillingen: *“Hvordan kan vernepleiere jobbe personsentrert med bevisst bruk av kommunikasjon med personer med demens på sykehjem?”*. Kategoriene var personsentrert omsorg, yrkesutøverens kompetanse og samhandling og til slutt nonverbal og verbal kommunikasjon. I siste del av drøftingen diskuteres begrensninger ved metoden.

### 5.1 Personsentrert omsorg

#### 5.1.1 Individrettet omsorg

Personsentrert omsorg baserer seg rundt tanken om at ethvert individ ønsker å bli sett, hørt og møtt på sine følelser. Rogers som nevnt i Håkonsen (2014, s. 73) bruker begrepet “selvet”, som omfatter den subjektive forståelsen for hvem vi er som individer. Menneskers selvforståelse vil påvirkes av eksterne miljømessige faktorer gjennom livsløpet, og personer med demens vil kunne føle at selvfølelsen trues som resultat av sykdommen. Dette støttes av Witsø (2005, s. 129) som sier at mennesker med demens sliter med å holde på sin egen identitet, noe som kan påvirke personenes opplevelse av å føle seg sett. Ifølge en pasient i studien til Söderlund et al (2015, s. 42) opplevdes det som at sykepleieren ikke respekterte ens virkelighet når tankene ikke ble validert i samtale. Dersom vernepleiere kan tydelig erkjenne at pasientene er individer med unike ønsker, behov og opplevelser har de allerede et godt grunnlag for å danne en god relasjon. Med en god relasjon kan en muligens enklere identifisere pasientens individuelle behov, og dermed ta avgjørelser som er etisk- og faglig forsvarlige, og som oppfyller omsorgens hensikt.

#### 5.1.2 Relasjonsbygging

Trygge og solide relasjoner kan være et virkemiddel for å oppnå god personorientert kommunikasjon med personer med demens. Vassbø et al (2019, s. 3) fant at å være i nære familie-lignende relasjoner med pasientene var en fordel for de ansatte, da de lettere kunne forstå beboernes rutiner og preferanser. Rogers (1951, 1961) vektla fire betingelser som grunnleggende i relasjonsbygging; empati, ubetinget respekt, varme og genuinitet. Av disse

var det empati som ble ansett som den viktigste faktoren (Eide & Eide, 2018, s. 375). Dette bekreftes av studien til Söderlund et al (2015) hvor deltakere fikk opplæring i valideringsmetoden.

Opplæringen i studien til Söderlund et al (2015) gikk ut på å møte pasientene med empatisk forståelse, respekt og å validere følelsene og opplevelsene deres i samtale. Det som skjedde i studien *før* de ansatte fikk opplæringen var at sykepleierne ble opphengt i å teste hukommelsen til pasientene, og dermed unngikk å lytte til det som ble sagt (Söderlund, 2015, s. 42). Pasientene virket å skjønne at sykepleierne ikke hadde tiltro til ens virkelighet, og ble dermed ikke møtt med ubetinget empatisk forståelse slik som Rogers (1951, 1961) understreket viktigheten av. Wogn-Henriksens teori (2008, som nevnt i Brask et al, 2016, s. 101) underbygger Rogers. Hun sier blant annet at personer med demens er i en situasjon hvor en ikke lenger kan stole på sin egen virkelighetsoppfatning, og har ekstra behov for validering av sin virkelighet. Studien til Söderlund et al viste videre at sykepleierne *før* opplæringen oftere avbrøt, og fullførte pasientenes setninger *før* de hadde fått snakket ferdig, eller endret samtaleemnet (2015, s. 42). Hadde sykepleierne brukt aktiv lytting og gitt pasientene rom til å kjenne etter, tenke seg om og respondere fullstendig kunne pasientene blitt stimulert til å fortsette å dele sine tanker og følelser (Eide & Eide, 2017, s. 150).

Söderlund et al (2015, s.42) trekker derimot også frem eksempler hvor sykepleiernes avbrytelser og endring av samtalens tema virket å være positivt, og personene med demens så ut til å bli trøstet av sykepleiernes omdirigering av samtalen, og smilte og lo sammen med dem. Dette kan tyde på at individuelle samtaler krever individuelt tilpassede løsninger, og understreker viktigheten av personorientert, individrettet kommunikasjon, slik Rogers personorienterte teori presiserer (Eide & Eide, 2017, s. 375). I kontrast kan det også kreve at yrkesutøveren klarer å holde seg selv i tøylene, og lar pasienten styre samtalen på egne premisser (Eide & Eide, 2017, s. 151). Det krever altså gode vurderingsevner og kommunikasjonsferdigheter med tålmodighet og forståelse til grunn dersom vernepleiere skal kunne bygge gode, trygge relasjoner.

Det foreligger et relasjonsetisk ansvar hos vernepleiere i samhandling med personer med demens da de er en særlig sårbar pasientgruppe (Den Nasjonale Forskningsetiske Komiteen, 2005). Bowlbys tilknytningsteori (1988, som nevnt i Eide & Eide, 2017, s. 369) tar utgangspunkt i at det å ha trygge og sterke relasjoner er et grunnleggende behov hos mennesker, særlig hos sårbare individer som trenger hjelp eller støtte. Teorien understreker signifikansen ved at helsepersonell opptrer som en stabil og trygg person i livene til personer med demens. Mjørud & Røsviks (2022) VIPS praksismodell opplærer personalet til å bruke kunnskapen de har om pasientenes demenssymptomer, nåværende helsetilstand og tidligere livshistorie i samtaler med individer med demens. Å bruke individenes livshendelser og snakke om kjente personer og hendelser kan være med på å bevare deres følelse av å være et individ, og kan fungere som en relasjonsbygger mellom vernepleieren og personen med demens. Minnet kan altså være med på å styrke følelsen av verdi, verdighet og identitet (Eide & Eide, 201, s. 329). Her kan pårørende være en viktig ressurs, da pårørende er de menneskene som kjenner pasienten best (Brask et al, 2016, s. 164).

## **5.2 Vernepleierens rolle i kommunikasjon med personer med demens**

### **5.2.1 Profesjonell kompetanse**

Ettersom den norske befolkningen blir stadig eldre, og populasjonen mennesker med demenssykdom synes å stige raskt, er det viktig at yrkesutøvere i helse- og omsorgssektoren har god faglig kompetanse. Faglig kompetanse vil videre sikre at kunnskapsgrunnlaget er til stede for å yte god omsorg til mennesker med demens. I følge helsepersonelloven (1999, §4) skal helsepersonell arbeide ut fra kravene til faglig forsvarlighet som forventes ut fra helsepersonelllets kvalifikasjoner og arbeidets karakter. Som ferdig utdannet vernepleier forventes det at en har kunnskaper og kompetanse som gir grunnlag for å bistå mennesker med ulike funksjonsvansker (Utdannings- og forskningsdepartementet, 2005, s. 5). Sentralt i vernepleierfaglig kompetanse er et helhetssyn på mennesker en møter i profesjonelle sammenhenger som er forankret i kunnskap en har om sosiale og samfunnsmessige utfordringer og endringsarbeid. Endringsarbeid til tross for ordet "endring" betyr også i vernepleierfaglig kontekst å legge til rette for at personer får leve livet sitt uten å nødvendigvis lære noe nytt eller ved å endre livsstil, som for eksempel å tilrettelegge for

god kommunikasjon for personer med demens (Nordlund et al, 2015, s. 18). Studiene viser at å tilføre kompetanse med opplæring i kommunikasjonsformer vil kunne styrke helsepersonells evne til å kommunisere med personer med demens (Söderlund et al, 2015;Williams et al 2018).

## **5.2.2 Samhandling**

Vernepleierens rolle innebærer at man skal kunne jobbe tverrprofesjonelt i samhandling med andre yrkesutøvere, og det forventes at hver yrkesutøver er inneforstått med hva ens kompetanse, erfaring, og begrensninger er i profesjonelle sammenhenger (Brask et al, 2016, s. 163). Noen av deltakerne i Vassbø et al (2019, s. 3) understreket hvor viktig samværet med kollegene var, og opplevelsene av å bli sett og støttet av teamet ga dem en følelse av tilfredshet og mening i arbeidet sitt. De mente at samhandlingen førte til økt arbeidsmoral. Vernepleieren jobber ofte i team, og det kan tyde på at samhandling med kollegaer er med på å styrke selve kvaliteten på omsorgsarbeidet (Willumsen & Ødegård, 2014, som nevnt i Brask et al, 2016, s. 163). Mjørud & Røsviks studie om VIPS-modellen viste at regelmessig bruk av modellen så ut til å endre arbeidskulturen til fordel for tjenesteytere, og det ble beskrevet økt tverrprofesjonelt samarbeid mellom helsepersonell, sykepleiere og leger, som førte til at personalet kunne være mer fokusert på personorienterte behov (Mjørud & Røsvik, 2022, s. 585). En slik modell kan altså brukes som et verktøy for å øke samhandling mellom tjenesteytere og videre styrke den faglige kompetansen, og kan være til hjelp dersom man har et mål om å jobbe personorientert med kommunikasjon.

## **5.3 Nonverbal og verbal kommunikasjon**

### **5.3.1 Nonverbal kommunikasjon**

For å jobbe personsentrert i bevisst bruk av kommunikasjon med personer med demens tyder litteraturen på at både nonverbal kommunikasjon og verbal kommunikasjon vil være viktige faktorer. Hvordan en møter pasienten i en gitt situasjon vil være bestemt av en kompleks sammensetning av kommunikasjon (Eide & Eide, 2017, s. 22). Noen av handlingene våre i møte med personer med demens er bevisste, og noen er ubevisste. Det

vil være viktig å være bevisst på blant annet hvilken holdning, tonefall, ansiktsuttrykk og fysisk tilnærming til pasienten man har, da en-til-en kommunikasjon med pasienter ofte starter med det man kan observere og utstråle. Bevissthet om hvordan kommunikasjon i ulike former kan påvirke pasienters atferd og livskvalitet kan øke selvbevisstheten i kommunikasjon, og motivere personalet til å kommunisere mer effektivt (Williams et al, 2018, s. 1027).

Bevisst bruk av nonverbal kommunikasjon kan være hensiktsmessig i kommunikasjon med personer med demens, hovedsakelig nonverbale uttrykk som konnoterer empati, medfølelse og interesse. Det viktigste vil kanskje være å møte pasienten med bekreftende nonverbal kommunikasjon, som bidrar til trygghet og tillit (Eide & Eide, 2017, s. 137). Dette kan være i form av for eksempel vennlig berøring eller et medlidende ansiktsuttrykk, men det kan også være å unngå overdreven stemme-intonasjon, høy tone, roping, og overdreven tegnsetting som kan påvirke pasientens trygghetsfølelse (Williams et al, 2018, s.1017). Valideringsmetoden viser at gode relasjoner kan vokse fra fysisk berøring, og helsepersonell kan bevisst skape situasjoner hvor pasienten føler at en kan åpne seg for personalet (Söderlund et al, 2015, s. 44). Når evnene til kommunikasjon er redusert og pasienten sliter med å uttrykke seg språklig kan en ha fordel av vennlig fysisk berøring som oppmuntrer pasienten, og det kan føre pasient og helsepersonellet nærmere. Mennesker har ulike forhold til berøring, og noen har mer merkbare grenser enn andre. Vernepleieren må derfor ta skjønnsmessige vurderinger og prøve seg frem, da det ikke finnes en fasit på når berøring kan brukes som virkemiddel i kommunikasjon (Eide & Eide, 2017, s. 148). Selv om det vil være individuelt tyder teori og litteratur på at berøring kan være et hjelpsomt virkemiddel i kommunikasjon med personer med demens.

### **5.3.2 Verbal kommunikasjon**

Litteraturen så langt har poengtert viktigheten av bekreftende kommunikasjon i samtaler med personer med demens, og dette strekker seg også til den verbale kommunikasjonen. Én studie viste at pasientene så ut til å bli oppmuntret til å fortsette å snakke når sykepleiere lyttet oppmerksomt, gjentok det de sa, og stilte spørsmål relatert til emnet pasienten snakket om (Söderlund et al, 2015, s. 42). Gjentakelser av nøkkelord eller

bekreftende omformuleringer kan være et virkemiddel for å få pasienten med demens til å blant annet konkretisere budskapet, utdype eller reflektere over det som blir sagt (Eide & Eide, 2017, s. 168). Det viser også at yrkesutøveren følger med og er interessert i det pasienten prøver å formidle, som videre kan oppmuntre til positiv kommunikatív atferd. Bekreftelser må føles ekte for å bli godt tatt imot (Ivarsson & Oritz, 2016, s. 24). Det vil derfor være viktig å vise tydelig interesse gjennom kroppsspråket samtidig som man bruker bekreftende verbal kommunikasjon.

En annen studie understreket direkte instruksjoner som et tydelig verbalt virkemiddel i samtale med personer med demens (Stanyon et al, 2018, s. 211). Direkte instruksjoner beskrives som korte og presise setninger, som derfor er lettere å forstå. Presist språk kan ifølge studien oppmuntre personer med demens til å vise mer positiv kommunikatív atferd selv, engasjere seg i oppgaver med omsorgsarbeideren, samt å oppfordre til samhandling selv. I likhet med Stanyon et al (2018, s. 211) bekrefter Ivarsson & Ortiz viktigheten med korte og presise spørsmål, tydelig språk og vennlig tonefall, gjerne kombinert med vennlig berøring og fysisk kontakt (2016, s. 77). Videre påpeker forfatterne at personer med demens har behov for et trygt miljø der yrkesutøveren forsøker å sette seg inn i vedkommendes verden. Håkonsen (2014) underbygger dette, og trekker frem viktigheten av mentalisering i samhandling med personer med demens. Han sier at å prøve å forstå hvordan de forstår oss, samtidig som man også prøver å forstå dem, er grunnleggende for å kunne forstå og tolke atferd (Håkonsen, 2014, s. 211).

### **5.3.3 Kommunikasjon som funksjonshemmende barriere**

Evnen til å kommunisere og uttrykke seg språklig vil ofte reduseres hos personer med demens, og kommunikasjonen i seg selv kan dermed fungere som en funksjonshemmende barriere. Demenssykdom er ofte korrelert med andre funksjonsnedsettelse, og som litteraturen viser i blant annet Owren & Linde (2020, s. 39) og Regjeringens NOU (2016:17) er dette ikke synonymt med funksjonshemming, men noe som oppstår grunnet samfunnsmessige faktorer. Den relasjonelle modellen, eller GAP-modellen, kan anvendes for å forstå sammenhengen mellom kommunikasjon, som funksjonshemmende barriere, og helsepersonellens kompetanse. Personer med demens som sliter med å uttrykke seg språklig



kan ha problemer med å få frem budskapet i det de kommuniserer, som videre kan hemme deres grunnleggende rett til medvirkning (pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-1). Dersom personer med demens ikke får oppfylt sine ønsker og behov grunnet nedsatt evne til å kommunisere dem, etterlates spørsmålet: kan helsepersonell gjøre noe for å tette gapet?

Studiene til Söderlund et al (2015) og Williams et al (2018) viser at opplæring i kommunikasjonsformer og bevisstgjøring av hvordan en tilnærmer seg samtaler med personer med demens kan føre til flere positive resultater. Etterhvert som sykepleierne utviklet sitt kunnskapsgrunnlag og kompetanse om valideringsmetoden snakket pasientene mer fritt, og pasientenes ønsker og behov kom tydeligere frem (Söderlund et al, 2015, s. 42). Om en tar med seg begreper fra tidligere i oppgaven som personsentrert omsorg og tilrettelegging tyder det på at vernepleiere med sin grunnkompetanse skal kunne klare å snevre inn gapet mellom individets forutsetninger og samfunnets forventninger. Det overordnede målet vil være å bli kvitt den funksjonshemmende barrieren, men dette er i denne konteksten verken realistisk eller gjennomførbart. Uavhengig av kunnskapen og kompetansen til helsepersonell vil personer med demens som har utviklet utfordringer med kommunikasjon som oftest ikke kunne bli kvitt disse kommunikasjonsutfordringene, da demenssykdom er en progressiv og irreversibel sykdom (Håkonsen, 2014, s. 62). En kan derfor tilpasse kommunikasjonen etter pasientens individuelle behov. Målet for vernepleiere kan derfor være å gjøre gapet så lite som mulig, noe som sett ut i fra litteraturresultatene kan gjøres gjennom å forsterke faglig kompetanse og kommunikasjonsferdigheter. Å minske det funksjonshemmende gapet for individer med demens med nedsatt formidlingsevne med bevisst bruk av kommunikasjon vil kunne hjelpe vernepleiere å jobbe enda mer personsentrert.

#### **5.4 Begrensninger ved metode**

Litteraturstudien gir et ekte bilde av utfordringene rundt kommunikasjon med personer med demens, men det anerkjennes at dette bildet er svært avgrenset. I oppgaven blir det brukt et lite utvalg av eksklusivt kvalitative studier, og en kan dermed ikke si at besvarelsen inneholder et helhetlig syn på den omfattende problemstillingen. Studiene er plukket ut for

å best mulig besvare oppgaven, og omhandler temaene som eksisterer innad i problemstillingen. Grunnet oppgavens begrensede ordtelling var denne avgrensingen og utplukkingen nødvendig.

Konteksten problemstillingen tar utgangspunkt i er på sykehjem, og det ble derfor funnet artikler hvor deltakere var sykehjemsbeboere eller sykehjemsansatte. Selve konteksten har ikke blitt drøftet spesifikt i besvarelsen, derimot fokuserer den hovedsakelig på relasjonen mellom helsepersonell og pasient. Sykehjem som kontekst ble utelukkende brukt som et inklusjonskriterie i søkeprosessen. Drøftingen tar utgangspunkt i at besvarelsens kontekst er på sykehjem, uten at dette utdypes og undersøkes nærmere eller drøftes i sammenligning med andre helsetilbud.

Studiene brukt i denne oppgaven har hatt deltakere med ulik grad av demenssykdom og funksjon. Søkene ble avgrenset til pasienter på sykehjem eller lignende omsorgsbolig der omsorg var døgnbasert, for å sikre at deltakerne hadde relasjonsbaserte interaksjoner med helsepersonell. Kommunikasjonsferdigheter vil hos personer med demens variere sterkt fra person til person. Dette er ikke tatt særlig høyde for, og studiene valgt i oppgaven har benyttet kommunikasjonsformer som krever en viss evne til å kommunisere godt språklig. Slik ekskluderes pasienter med demens som har kommet så langt i sykdomsbildet at de ikke lenger har mulighet til å kommunisere etter denne standarden.

Selv om oppgaven har hatt en viss avgrensning innen geografisk kontekst er det ikke tatt i betraktning hvordan kjønn, etnisk bakgrunn eller kulturell bakgrunn kan påvirke resultatene. Studiene inkluderer flest kvinnelige deltakere som representerer pasientgruppen, men dette blir heller ikke diskutert eller vurdert. Studiene oppgir ikke hvorvidt språklige forskjeller som går på forskjellig morsmål kan påvirke kommunikasjonen mellom helsepersonell og pasient.

## 6.0 Konklusjon

Hvordan kan vernepleiere jobbe personsentrert med bevisst bruk av kommunikasjon med personer med demens på sykehjem? God faglig kompetanse, samhandling og en grunnleggende forståelse for demenssykdom og kommunikasjonsvansker virker å være en forutsetning for at vernepleiere skal kunne jobbe personsentrert med bevisst bruk av kommunikasjon. Med en god relasjon kan man enklere identifisere pasientens individuelle behov, og relasjonsbygging kan være et virkemiddel for vernepleiere for å oppnå god personsentrert kommunikasjon. Videre tyder litteraturen på at for å jobbe personsentrert i bevisst bruk av kommunikasjon med personer med demens vil både nonverbal og verbal kommunikasjon være vesentlig. Bevisst bruk av nonverbal kommunikasjon kan være spesielt hensiktsmessig i kommunikasjon med personer med demens, da nonverbale uttrykk som konnoterer empati, medfølelse og en personlig interesse oppfyller det grunnleggende behovet for bekreftelse.

Personer med demens ønsker som regel å bli sett, hørt og møtt på sine følelser. Kunnskapsbaserte metoder og kommunikasjonsformer som valideringsmetoden, VIPS-praksismodell og CHAT-intervensjon kan gi vernepleiere en målrettet tilnærming til kommunikasjon som kan benyttes for å avdekke pasientenes ønsker, behov og følelser. Personsentrert omsorg er imidlertid et kompleks tema som byr på flere utfordringer med tanke på evaluering og overførbarhet. For å kunne sammenligne nytten av ulike tilnærminger og metoder for kommunikasjon er det behov for ytterligere forskning.

Med dette kan forfatteren konkludere med at god profesjonell kommunikasjon med personer med demens avhenger av vernepleierens kompetanse, erfaringer og kunnskap, og forskningen tyder på at bevisst bruk av personorienterte tilnærminger vil være best mulig praksis. Relasjoner vektlegges, men hovedfokuset ligger på hva den individuelle personen med demens har behov for. Hva som er god omsorg og god kommunikasjon er subjektivt, og vil ha ulike betydninger fra person til person. Om vernepleieren alltid går inn i samhandling med den bakgrunnsforståelsen at hvert individ er unikt, og at hvert individ ønsker å bli anerkjent som et menneske først og fremst, så kommer en langt i kommunikasjon med personer med demens.

## 7.0 Referanseliste

Brask, O. D., Østby, M., Ødegård, A. (2016). *Vernepleierens kjerneroller: En refleksjonsmodell*. Fagbokforlaget.

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

Den Nasjonale Forskningsetiske Komiteen. (2005). *Retningslinjer for inklusjon av voksne personer med manglende eller redusert samtykkekompetanse i helsefaglig forskning*.

<https://www.forskningsetikk.no/globalassets/dokumenter/2-bladet-forskningsetikk/alle-utgaver/forskningsetikk-2005-3.pdf>

Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner - personorientering, samhandling, etikk* (3.utg.). Gyldendal.

Figur 1. NOU 2016:17. (2016). *På lik linje – Åtte løft for å realisere grunnleggende rettigheter for personer med utviklingshemming*. Regjeringen.

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2016-17/id2513222/?ch=3>

Folkehelseinstituttet. (2021.02.23). *Demens*. I: Folkehelse rapporten - Helsetilstanden i Norge. [lest 25.03.2022].

<https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/demens/>

Forskrift om nasjonal retningslinje for vernepleierutdanning. (2019). *Forskrift om nasjonal retningslinje for vernepleierutdanning* (FOR-2019-03-15-411). Lovdata.

<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2019-03-15-411>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2020). *Demensplan 2025: Handlingsplan*. [lest 14.03.22].

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/demensplan-2025/id2788070/>

Helsebiblioteket. (2016). *Sjekklistor: Kvalitativ studie*.

<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>

Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata.

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

Håkonsen, K. M. (2014). *Psykologi og psykiske lidelser*. (5.utg.). Gyldendal.

Ivarsson, B. H. & Ortiz, L. (2016). *MI: Motiverende samtaler - En praktisk håndbok for eldreomsorgen*. Gyldendal akademisk.

Utdannings- og forskningsdepartementet. (2005). *Rammeplan for vernepleierutdanning*. Regjeringen.

[https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/kd/pla/2006/0002/ddd/pdfv/269377-rammeplan\\_for\\_vernepleierutdanning\\_05.pdf](https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/kd/pla/2006/0002/ddd/pdfv/269377-rammeplan_for_vernepleierutdanning_05.pdf)

Mjørud, M., & Røsvik, J. (2022). You can tell it works – Experiences from using the VIPS practice model in primary healthcare. *Dementia*, 21(2), 579–594.

<https://doi.org/10.1177/14713012211053979>

Nordlund, I., Thronsen, A., Linde, S. (2015). *Innføring i vernepleie: Kunnskapsbasert praksis grunnleggende arbeidsmodell*. Universitetsforlaget.

Owren, T. & Linde, S. (2011). *Vernepleiefaglig teori og praksis - sosialfaglige perspektiver* (2.utg.). Universitetsforlaget.

Pasient og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata.

<https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63/§4-3>

Støren, Ingeborg. (2013). *Bare søk! Praktisk veiledning i å gjennomføre en litteraturstudie* (2.utg.). Cappelen Damm Akademisk.

Stanyon, M., Thomas, S., Gordon, A., Griffiths, A. (2018). Effects of care assistant communication style on communicative behaviours of residents with dementia: a systematic multiple case study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 33 (1), s. 207-214.  
<https://doi.org/10.1111/scs.12622>

Söderlund, M., Cronqvist, A., Norberg, A., Ternestedt B. M., Hansebo, G. (2015) Conversations between persons with dementia disease living in nursing homes and nurses – qualitative evaluation of an intervention with the validation method. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 30 (1), s. 37-47.  
<https://doi.org/10.1111/scs.12219>

Tuntland, H. (2011). *En innføring i ADL: Teori og intervensjon*. (2.utg.). Høyskoleforlaget.

Universitetsbiblioteket. (2020). *PubMed: Søkeveiledning*. [Lest 01.04.2022].  
[https://norskbibliotekforening.no/wp-content/uploads/2020/04/PubMed\\_generisk\\_2020\\_smh\\_270120.pdf](https://norskbibliotekforening.no/wp-content/uploads/2020/04/PubMed_generisk_2020_smh_270120.pdf)

Vassbø, T.K., Kirkevold, M., Edvardsson, D., Sjögren, K., Lood, Q., Bergland, Å. (2019). The meaning of working in a person-centered way in nursing homes: a phenomenological-hermeneutical study. *BMC Nurs*, 18, 45.  
<https://doi.org/10.1186/s12912-019-0372-9>

Williams, K. N., Perkhounkova, Y., Jao, Y.-L., Bossen, A., Hein, M., Chung, S., Starykowicz, A., & Turk, M. (2018). Person-Centered Communication for Nursing Home Residents With Dementia: Four Communication Analysis Methods. *Western Journal of Nursing Research*, 40 (7), s. 1012–1031.  
<https://doi.org/10.1177/0193945917697226>

Witzø, A. E. (2005). Kapittel 5: Kognitiv svikt og vansker med selvbildet. I Selboe, A., Bollingmo, L., Ellingsen, K. E. (Red.), *Selvbestemmelse: for tjenestenytere* (1. utg., s. 127-150). Gyldendal akademisk.

World Health Organization. (2021.02.09). *Dementia*. [lest 23.03.2022].  
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>

World Health Organization. (2017.08.12). *Global action plan on the public health response to dementia 2017–2025*. [lest 24.03.2022].  
<https://www.who.int/publications/i/item/9789241513487>

World Medical Association. (2018). *WMA declaration of Helsinki - ethical principles for medical research involving human subjects*.  
<https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>