

## **SY180H 000 Bacheloroppgave i sykepleie**

Kull: 09H	Dato: 27.04.12
Kandidatnummer: 328	Antall ord: 9273
Antall sider totalt: 42	

**Hvordan kan sykepleier kommunisere i situasjoner der brukerens evne til å kommunisere er sviktende som følge av demens?**

Det krever en stor  
lytter for å høre  
hva som faktisk sies,  
en enda større for å høre  
hva som ikke sies,  
men som kommer til  
uttrykk i talen.

Richard Palmer

Eide og Eide (2007), S. 10.

## **Innholdsfortegnelse:**

1.0:	Innledning .....	4
1.1:	Bakgrunn for valg av tema .....	4
1.2:	Problemstillingen .....	4
1.3:	Begrepsavklaring .....	4
1.4:	Avgrensning og presisering av problemstillingen .....	5
1.5:	Formålet med oppgaven .....	5
1.6:	Oppgavens oppbygging .....	6
2.0:	Metode .....	7
2.1:	Litteratur og litteratursøk .....	7
2.2:	Oversikt over søk .....	8
2.3:	Kildekritikk .....	9
3.0:	Sviktende kommunikasjon ved demens .....	12
3.1:	Kommunikasjon .....	17
3.1.1:	Kommunikasjonsprinsipper ved demens .....	20
3.2:	Sykepleieteorier .....	22
3.2.1:	Joyce Travelbee: Menneske-til-menneske-forhold .....	22
3.3.0:	Forskning .....	24
4.0:	Drøfting .....	26
5.0:	Avslutning .....	34
6.0:	Litteraturliste .....	35

## **VEDLEGG:**

Vedlegg 1:	Klassifikasjon av demens .....	38
Vedlegg 2:	De 4 hovedtypene av afasi hos personer med demens .....	39
Artikkel 3:	Artikkel 1 .....	40
Vedlegg 4:	Forskningsartikkel 1 .....	41
Vedlegg 5:	Artikkel 2 .....	42

## **1.0: Innledning**

Temaet i oppgaven er kommunikasjon. Jeg kommer til å skrive om kommunikasjon med brukere som har demens.

I dag er det rundt 71 000 personer som har demens i Norge, og man regner med at tallet nesten vil være fordoblet frem til 2040. (Helsedirektoratet)

## **1.1: Bakgrunn for valg av tema**

Jeg velger å skrive om personer med demens, fordi flere og flere eldre får denne diagnosen. En stor del av brukerne på norske sykehjem har langkommet demens og kan derfor ikke bo hjemme lenger.

Jeg velger å skrive om kommunikasjon i forhold til personer med demens fordi jeg mener det er viktig at sykepleiere er bevisst på hvordan vi er ovenfor brukere, hvordan vi samhandler og kommuniserer med dem.

En siste grunn til at jeg også velger å skrive om dette, er fordi jeg synes arbeid med personer som har demens er interessant, spennende og ikke minst utfordrende. Med utfordrende mener jeg i forhold til kommunikasjon. Demensprosessen påvirker evnen til å kommunisere hos brukeren (Wogn-Henriksen 2008), og sykepleieren må derfor tilpasse kommunikasjonen.

## **1.2: Problemstillingen**

Jeg har utarbeidet følgende problemstilling:

*Hvordan kan sykepleier kommunisere i situasjoner der brukerens evne til å kommunisere er sviktende som følge av demens?*

## **1.3: Begrepsavklaring**

I oppgaven skriver jeg *person* med demens og *bruker* med demens om hverandre. Dette er for å få et variert språk. En annen grunn til at jeg ikke bruker ordet pasient, er fordi Travelbee (1999) mener at sykepleiere ikke ser hvert enkelt menneske sitt behov for omsorg, hjelp og tjenester når vi bruker ordet *pasient*. Ordet pasient kan bli lett en stereotyp.

Jeg bruker helsepersonell om helsepersonell generelt og sykepleier om sykepleier.

#### **1.4: Avgrensing og presisering av problemstillingen**

Problemstillingen avgrenser jeg litt ved å holde meg til sykehjem. Dette fordi brukerne som bor her opplever at det er fast helsepersonell på jobb, og dermed begynner å kjenne helsepersonellet (dette er svært avhengig av hvor langkommet demens brukerne har).

Videre kan man opparbeide en god og trygg relasjon mellom sykepleier og bruker etter hvert som man blir kjent med hverandre, og det kan gi en god mulighet for å oppnå bedre kommunikasjon. Man kan også oppleve at negative sider som f.eks. at sykepleiere går seg "fast i rutiner" og dermed begynner å se brukeren som en jobb, i stede for som en person. En annen grunn til at jeg velger sykehjem, er fordi jeg har mest erfaring fra sykehjem.

Med begrepet kommunikasjon, mener jeg både verbal og nonverbal kommunikasjon. Dette fordi begge er like viktig og en stor del av kommunikasjon. Videre overlapper disse 2 hverandre, og det blir derfor vanskelig å skille dem fra hverandre.

Jeg kommer til å skrive om verbal og nonverbal kommunikasjon mellom sykepleier og bruker, og hvordan den virker gjensidig.

Ordet *demens* er et samlebegrep som omhandler mange forskjellige sykdommer og det er viktig å få fram at det språklige utfallet varierer med de ulike demenstypene. F.eks. vil det språklige utfallet ved Alzheimers sykdom være fremtredende, i motsetning til vaskulær demens som lenge kan ha tilnærmet normal språkfunksjon. (Wogn-Henriksen 2008)

I oppgaven kommer jeg til å skrive om demens generelt, da språkfunksjonen og de kognitive evnene vil bli påvirket på et eller annet tidspunkt i løpet av sykdomsforløpet.

Jeg kommer til å skrive kort om de 3 hovedgruppene av demens. Vedlegg 1 finnes en oversikt over klassifikasjon av demens.

Jeg kommer ikke til å nevne andre sykdommer eller medisiner som sykepleiere kan møte i forhold til personer som har demens.

#### **1.5: Formålet med oppgaven**

Hensikt med oppgaven er å få økt fokus på hvordan sykepleiere kan kommunisere med brukere som har sviktende evne til å kommunisere. Samtidig ønsker jeg å få økt kunnskap på dette området.

## **1.6: Oppgavens oppbygging**

Innledningsvis har jeg skrevet om valg av tema og begrunnet dette. Videre skriver jeg hva problemstillingen er, samt om avgrensninger og presisering av denne, og om formålet med oppgaven.

Metoden jeg har brukt er beskrevet i punkt 2.0, mens jeg i punkt 2.1 og 2.2 har skrevet om litteratur og litteratursøk, etterfulgt av 2.3 om kildekritikk.

I punkt 3.0 har jeg skrevet om sviktende kommunikasjon ved demens, etterfulgt av kommunikasjon (3.1) og kommunikasjonsprinsipper ved demens (3.1.1). Vedlegg 1 og 2 som tilhører punkt 3.0 kommer etter litteraturlisten.

Punkt 3.2 og 3.2.1 inneholder sykepleieteori og Travelbee's menneske-til-menneske-forhold. Artikler og forskning som jeg har brukt i oppgaven er svært kort oppsummert i punkt 3.3. I vedlegg 3, 4 og 5 er artiklene/forskningsartikkelen beskrevet mer.

Drøftingen har jeg skrevet i punkt 4.0, etterfulgt av en avslutning(5.0) som oppsummerer oppgaven. Til slutt kommer *Litteraturlisten* (6.0), etterfulgt av *Vedlegg 1, 2, 3, 4 og 5*.

## **2.0: Metode**

Jeg kommer til å bruke litteraturstudie som metode i oppgaven. Ved en litteraturstudie studerer man litteratur om virkeligheten, og den kan være teoretisk (nye teorier) eller empiriske artikler (bygd på erfaring). Når man gjør en litteraturstudie, henter man fram kunnskap som eksisterer, ved å søke i databaser. Den kunnskapen man finner i databaser er ofte den primære eller originale artikkelen fra en forfatter/forskning. (Støren 2010)

### **Fremgangsmåte**

Som mal for oppgaven fremgangsmåten har jeg brukt Dalland (2007)

Det første jeg gjorde var å bestemme meg for tema, for så å formulere en problemstilling med avgrensinger. Videre valgte jeg litteraturstudie som metode, og jeg begynte da å lete etter litteratur. Jeg skrev så en prosjektbeskrivelse, og da den var godkjent begynte jeg å skrive på selve bacheloroppgaven. I bacheloroppgaven samlet jeg teorien jeg hadde funnet, og drøftet denne. Som avslutning skrev jeg et sammendrag.

## **2.1: Litteratur og litteratursøk**

Når man gjør en studie av vitenskap, bruker forskere kvantitativ eller kvalitativ metode, eller begge fremgangsmåtene (Dalland 2007). I litteraturstudie bruker man kunnskap som andre har forsket og kommet frem til. Etter som jeg i en litteraturstudie bruker kunnskap som andre har forsket og kommet frem til, vil denne kunnskapen være basert på en eller begge fremgangsmåtene ovenfor.

Jeg har benyttet meg av både pensumlitteratur og selvvalgt litteratur som jeg finner relevant for problemstillingen min.

For å finne litteratur har jeg søkt både i skolens bibliotek og i forskjellige forskningsdatabaser. På skolen brukte jeg skolens bibliotekatalog på internett (Bibsys Ask) for å søke etter bøker, og de bøkene jeg fant der hentet jeg senere i bibliotekhyllene.

Via skolens bibliotekatalog gikk jeg inn på [www.helsebibloteket.no](http://www.helsebibloteket.no) som er et offentlig nettsted med blant annet databaser og tidsskrift. Videre gikk jeg inn på databasen Ovid Nursing og PubMed. Dette er begge databaser på engelsk, og søkene var dermed på engelsk.

Når jeg søkte etter artikler, søkte jeg innenfor de siste 5-6 årene. Jeg hadde også som krav at det skulle være tilgang til artikkelen i fulltekst. Søkeord som jeg brukte i mine søk var f. eks:

- *dementia* (demens)
- *communication* (kommunikasjon)
- *nurs* (sykepleier)
- *nursing* (sykepleie)
- *nursing home* (sykehjem)
- *caregivers* (omsorgspersoner)

For å kombinere disse søkeordene brukte jeg AND (og).

Under har jeg valgt å lage en oversikt som jeg kaller 2.3 *Oversikt over søk*, hvor jeg viser hvordan jeg har søkt for å finne artikler og forskningsartikler. Jeg har også skrevet kort om de søkemotorene jeg har brukt. Kildekritikk av pensumlitteratur og selvvalgt litteratur tar jeg for meg i punkt 2.4, mens kildekritikk av artiklene og forskningsartikkelen jeg har funnet er skrevet i punkt 3.3.

## 2.2: Oversikt over søk

Jeg har i dette punktet laget en tabell over søkene etter artikler og forskning som jeg har gjort. Dette for å lage en liten oversikt over hvor mye artikler/forskning som man kan finne. Kriteriene for hvert søk har jeg skrevet opp nedenfor. Noen artikler/forskning har jeg fått opp på flere forskjellige søk og da tatt de med i antall treff, men kun skrevet opp som brukt der de kom opp først.

Da databasene jeg har søkt i er engelsk, har jeg skrevet inn kriteriene på engelsk. Nedenfor tabellen har jeg skrevet kort om de databasene jeg brukt artikler/forskning fra.

Database	Søkeord	Tidsrom	Antall treff og kriterier	Antall artikler/ forskningsartikler brukt
Ovid Nursing	<i>Communication and dementia and nursing.</i>	2007-2012	29 (Full Text)	1
Ovid Nursing	<i>Dementia and nursing</i>	2007-2012	136 (Full text, Evidence-based Healthcare)	0 (Har brukt 1 artikkel men den er tatt med ovenfor)

Ovid Nursing	<i>Communication and nursing care</i>	2006-2012	74	1 (Har brukt 1 artikkel)
PubMed	<i>Dementia and communication and nursing and patient</i>	Siste 5 årene (Published in the last 5 years)	24 (English, Norwegian, Danish, Swedish. Link to free full text. Humans)	1

### Databaser jeg har brukt

Ovid Nursing:

Dette er en engelsk database med 276 sykepleietidsskrifter, disse er inkludert i databasen MEDLINE. Man kan logge inn i denne databasen via Helsebiblioteket. (Helsebiblioteket)

PubMed – fulltekst:

Dette er en engelsk gratisversjon av verdens største database MEDLINE. Her finner man over 20 millioner artikler fra internasjonale tidsskrifter de siste 62 årene.

Man må logge inn via Helsebiblioteket for å få tilgang til fulltekstartiklene. (Helsebiblioteket)

### 2.3: Kildekritikk

For å fastslå om kildene vi bruker er sanne, bruker vi metoder som kalles kildekritikk. De kildene som da er benyttet blir vurdert og karakterisert. Poenget med kildekritikk er at leseren skal kunne se hvilken gyldighet og relevans litteraturen som jeg har valgt, har for min problemstilling. (Dalland 2007)

I oppgaven har jeg brukt både pensumlitteratur og selvvalgt litteratur. For å skille mellom hva som er pensumlitteratur og selvvalgt litteratur i oppgaven, har jeg valgt å sette en stjerne foran selvvalgt litteratur i litteraturlisten slik: \*

Pensumlitteraturen som jeg har brukt regner jeg som holdbar fordi den er spesifikk valgt ut som lærebøker i sykepleieutdanningen.

Innenfor selvvalgt litteratur har jeg blant annet funnet fram bøker i bibliotekhyllene på universitetet ved hjelp av Bibsys Ask.

Lasse Johnsen har vært med og skrevet 1 av kapitlene i Rokstad og Smebye (red) fra 2008. Han er utdannet jurist med videreutdanning i pedagogikk, organisasjon og ledelse. Han underviser i velferdsrett, organisasjon og ledelse ved Høgskolen i Østfold. (Rokstad og Smebye (red) 2008.)

Veilederen min tipset meg om en forfatter som het Tom Kitwood, og det viste seg at han har forsket på demens i flere år. Boken ”*En revurdering af demens – personen kommer i første række*” kom ut i 1999, og selv om det er 13 år siden, har jeg valgt å bruke den. Jeg har funnet boken i faghyllen på biblioteket, og forfatteren har vært nevnt i flere av bøkene jeg har brukt, så jeg velger å bruke boken og å se på den som holdbar, til tross for alderen.

Anne Marie Mork Rokstad har skrevet 2 av kapitlene jeg har brukt fra Rokstad og Smebye (red) fra 2008. Hun er utdannet sykepleier og har videreutdanning i psykiatri, coaching, ledelse og veiledning. Rokstad har arbeidet mye med personer som har demens, og hun har bidratt ved utgivelser av faglitteratur. (Rokstad og Smebye (red) 2008)

En annen forfatter som jeg har brukt er Kirsten Sejerøe-Szatkowski. Hun har jobbet i over 20 år med demensrammede, og er demenskonsulent, musikk- og ergoterapeut. Videre har hun undervist i kommunikasjonsredskaper og er utdannet pedagog. (Sejerøe-Szatkowski 2004)

Kari Liserud Smebye har vært med og skrevet 1 av kapitlene fra Rokstad og Smebye (red) 2008. Hun er sykepleier med videreutdanning i sosiologi og pedagogikk. Smebye har jobbet mye med eldreomsorg og demens, og har vært med å gitt ut fagbøker. (Rokstad og Smebye (red) 2008.)

En av bøkene jeg fant var skrevet av Kirsti Solheim. Solheim er utdannet psykiatrisk sykepleier, og har jobbet med mange prosjekter i eldreomsorgen. Hun har undervist og vært konsulent i fagfeltet de siste 20 årene, og har hatt mange utgivelser om temaet. (Solheim 2009)

Forfatteren Kjersti Wogn-Henriksen har skrevet kapitlet som jeg har brukt fra boken til Rokstad og Smebye (red) fra 2008. Wogn-Henriksen er psykolog og har jobbet med alderspsykiatri i 25 år. Hun har også yrkeserfaring blant annet fra familievern, habilitering og

allmennpsykiatri. Wogn-Henriksen har vært med og skrevet mange lærebøker sammen med andre forfattere. (Rokstad og Smebye (red) 2008)

### **Krav til søkeartiklene**

Da jeg skulle søke på artikler og forskningsartikler, hadde jeg noen krav. For å finne den nyeste forskningen ville jeg ikke gå lenger tilbake enn 5 år i tid, men etter å ha skrevet feil årstall inn da jeg søkte, endte et av søkene på 6 år tilbake i tid. En av artiklene er derfor 6 år gammel.

Videre har jeg valgt å bruke artikler fra tidsskrift som er referibedømt. Dette vil si at artiklene er dømt av fagfeller før de ble utgitt.

### **3.0: Sviktende kommunikasjon ved demens**

I dette punktet skriver jeg om språklige funksjoner ved demens og hvordan kommunikasjon kan bli påvirket i demensforløpet.

Til slutt skriver jeg om behov som personer med demens har. Hvis sykepleier og bruker har god kommunikasjon, kan sykepleieren forstå og ivareta brukerens behov bedre.

Men først kommer jeg til å si litt om forekomsten av demens, hva demens er og kort om typer demens og klassifikasjonen av demens.

#### **Forekomsten av demens**

I følge Helsedirektoratet (2011) er det 71 000 personer med demens i Norge, og man regner med at dette tallet kan bli fordoblet fram mot 2040. Av disse personene bor 50 % hjemme (Helsedirektorater 2011)

Eldre over 70 år er de som hyppigst blir rammet av demens, såkalt aldersdemens. Etter som mange lever lengre, øker antall eldre og dermed forekomsten av demens. (Engedal 2008)

#### **Hva er demens?**

Man har flere internasjonale klassifikasjonssystemer, ICD-10 er et internasjonalt klassifikasjonssystem. Jeg kommer til å forholde meg til dette i oppgaven.

ICD-10 definerer demens slik:

En tilstand kjennetegnet som en kronisk svikt på minst to kognitive områder, og at den kognitive svikten er ledsaget av sviktende emosjonell kontroll, sviktende sosial atferd eller sviktende motivasjonsevne.

Engedal 2008, S. 217

Demens regnes som en kronisk sykdom som ikke kan kureres, men som blir forverret. Flere tilstander må være utelukket før man kan gi en diagnose på demens. Eksempler på symptomlignende tilstander er hukommelsestap, depresjon eller akutt forvirring, da disse kan føre til nedsatt kommunikasjon. Ofte vil symptomer på demens komme langsomt og snikende, og personer med demenssykdom vil forsøke å skjule den mentale reduksjonen så godt de kan.

Enkelte sykdommer som ikke blir behandlet, eller som blir sent oppdaget, kan utvikle seg til en demenstilstand som blir permanent. Eksempler på slike sykdommer er alkoholisme og vitaminmangel, og jeg kommer ikke til å gå nærmere inn på slike sykdommer.

Nedenfor skriver jeg om språklige funksjoner ved demens, etterfulgt av hvordan demens påvirker de språklige funksjonene.

### **Språklige funksjoner ved demens**

Etter hvert som demensrammedes sykdom utvikler seg, vil det skje en endring i evnen til å kommunisere. Språket er det første som vil kunne endre seg, etterfulgt av stemmeføring, kroppsspråket og mimikken. Samtidig vil en bruker med demens endre måten han/hun oppfatter kommunikasjonen vår på. (Sejerøe-Szatkowski 2004)

### **Hvordan påvirkes språklige funksjoner ved demens?**

Klassifikasjonssystemet ICD-10 inndeler sykdommene som kan forårsake demens etter årsak.

Årsakene som kan føre til demens deles inn i 3 grupper:

- Degenerative demenssykdommer
- Vaskulær demens
- Sekundær demens

Hvordan det språklige utfallet blir påvirket ved demens, varierer med tanke på hvilken demensdiagnose det er snakk om. Ved vaskulær demens affiseres ikke de språkrelaterte områdene i hjernen og dermed kan den språklige funksjonen være tilnærmet normal lenge. Språklig utfall vil være fremtredende ved for eksempel Alzheimers sykdom. (Wogn-Henriksen 2008)

I dag er forekomsten av Alzheimers sykdom hyppigst, etterfulgt av vaskulær demens (Engedal 2008). Vedlegg 1 inneholder oversikt over klassifikasjonen av demens.

*Afasi* er språklige forstyrrelser som skyldes patologiske prosesser og hjerneorganiske skader. Det kan være vanskelig å si hvilken type afasi en person med demens har. Hvilken type afasi en bruker har er avhengig av hvor i hjernen skaden er og skadeomfanget. (Wogn-Henriksen (2008) Oversikt over de 4 hovedtypene av afasi man finner hos personer med demens er skrevet kort i vedlegg 2.

## Kommunikasjon i demensforløpet

Hvilken type demenssykdom en bruker har, kan ha noe å si for de språklige og de kommunikasjonsmessige forandringene, men også for utviklingsnivået. Andre faktorer som f.eks. generell helsetilstand, humør, dagsform og situasjon spiller også inn. (Wogn-Henriksen 2008)

Wogn-Henriksen (2008) deler kommunikasjonen i demensforløpet inn i 3 faser, den *tidlige fasen*, *mellomfasen* og *seneste stadium*. Disse fasene er modeller og tar dermed ikke hensyn til individuelle forskjeller. Svekket funksjon kan være symptom på en annen sykdom eller f.eks. ensomhet eller vantrivsel.

I den *tidlige fasen* er evnen til å tolke og å forstå kommunikasjon med andre intakt. Etter hvert vil personen ha benevningsproblemer når ting eller personer skal navngis. Brukeren vil også lete etter ord og samtalen vil gå saktere etter hvert. Det er de pårørende, i tillegg til brukeren selv, som først vil bli berørt av kommunikasjonssvikten.

I *mellomfasen* er kommunikasjonsvanskene enda mer synlige. Nå begynner brukeren å gjenta spørsmål, ordflyten blir dårligere og brukeren må lete mer etter ord. De fleste klarer å uttrykke behovene og ønskene sine. Mange erstatter ordet de ikke kommer på med en forklarende setning. Det er også i denne fasen at mange brukere vegrer seg mot å være sosial som følge av kommunikasjonsvanskene.

I det *seneste stadium* har brukeren vansker med å uttrykke behovene og ønskene sine. I dette stadiet er brukeren avhengig av andres hjelp. Andre må ta ansvaret for å opprettholde kommunikasjonen, og man kan oppleve meningsfylt og god kommunikasjon med brukeren. (Wogn-Henriksen 2008)

Etter hvert som sykdommen hos demensrammede utvikler seg, vil måten de kommuniserer på og måten de oppfatter kommunikasjon, endre seg. I den siste fasen av demensutviklingen er det ikke-verbale aspektet vanligvis funksjonelt og dermed svært viktig. Dette gjelder for eksempel kroppsholdninger, mimikk, stemmebruk og blick. (Wogn-Henriksen 2008) Kroppsspråket og mimikken legger demensrammede mest vekt på, etterfulgt av stemmebruk og språk. Det er dermed viktig at sykepleiere blir bevisst på hvilket og hvordan kroppsuttrykk og mimikk vi bruker. (Sejerøe-Szatkowski 2004)

## Hva slags behov har personer med demens?

Tom Kitwood har i sin bok ”*En revurdering af demens – personen kommer i første række*” (1999) skrevet om de 5 viktigste psykologiske behov hos personer med demens.

De 5 viktigste psykologiske behov hos personer med demens:

- Trøst
- Tilknytning
- Inkludering (dansk: inklusion),
- Beskjeftigelse (dansk: beskæftigelse)
- Identitet

Kitwood 1999, S. 90

Personer som har demens har kanskje et stort behov for trøst etter som de opplever tap av noe som kan ha vært vedvarende lenge. I ordet *trøst*, legger Kitwood (1999) betydninger som lindring av sorg, varme, nærvær eller ømhet. En bruker med demens kan ha problemer med å uttrykke dette overfor sykepleieren, men det kan også være en utfordring for sykepleieren å forstå hva brukeren mener.

Mennesker tilknytter seg stadig andre mennesker, og det er med på å skape et sikkerhetsnett rundt oss. Personer med demens har kanskje et like sterkt behov for *tilknytning* som tidlig i barndommen, og en årsak til at de har en sterk tilknytningsevne kan være at de opplever konstante situasjoner som de ikke er komfortable i. (Kitwood 1999)

Behovet for *inkludering* kan komme til uttrykk via oppmerksomhetssøkende atferd. Dette kan man oppsere ved at personer med demens klamrer seg til helsepersonellet på en avdeling. (Kitwood 1999)

*Beskjeftigelse* vil si at man er opptatt av noe, enten det er arbeid eller noe på fritiden. Hvis man fratras denne muligheten, kan man miste selvrespekten fordi evnene sviner hen. Brukere med demens har som alle andre fremdeles behovet for beskjeftigelse, og det krever ferdigheter hos sykepleiere for å dekke dette behovet tilfredsstillende. (Kitwood 1999)

*Identitet* er å vite følelsesmessig og kognitivt hvem man er. Etter som personer med demens har sviktende evner, kan det være vanskelig å opprettholde den personlige identiteten. Ved hjelp av empati og å ha kunnskap om livshistorie kan vi være med på å opprettholde identiteten hos personer med demens. (Kitwood 1999) I begrepet empati ligger det at sykepleieren klarer å sette seg inn i en annens situasjon.

Ved hjelp av god kommunikasjon mellom bruker og sykepleier kan man bli kjent med brukeren og dermed kunne vise empati. Man har også muligheten til å kunne føre samtaler om brukerens livshistorie, noe som kan oppleves som meningsfylt for brukeren.

Disse fem behovene ovenfor utgjør sentralt behovet for kjærlighet, og grensene mellom disse behovene er utydelige. Etter som personer med demens er sårbare og i mindre stand til å ta initiativ, vil behovene være mer åpenlyse. Personligheten og livshistorien er med på å forme behovsmønsteret til brukeren. (Kitwood 1999)

Kommunikasjon er viktig i arbeidet med å dekke behovet til personer med demens, da brukeren må kunne gi uttrykk for hvilke behov som ikke er ivaretatt og på hvordan disse kan ivaretas. Like viktig er det at sykepleiere forstår brukeren slik at vi kan ivareta behovene på best mulig måte. Mer om kommunikasjon kommer i punktet nedenfor.

### 3.1: Kommunikasjon

I dette punktet begynner jeg med å si hvem sykepleiere ofte kommuniserer med og hva kommunikasjon er. Videre tar jeg for meg nonverbal kommunikasjon og hvordan disse kommer til uttrykk.

#### Hvem kommuniserer vi med?

I løpet av en dag på jobb vil sykepleiere hele tiden kommunisere med andre yrkesutøvere, brukere eller pårørende.

Den kommunikasjonen jeg kommer til å skrive om her er den profesjonelle kommunikasjonen som vi som yrkesutøvere bruker i jobben. Med profesjonelle kommunikasjon menes at kommunikasjonen er til hjelp for brukeren og faglig velfundert. (Eide og Eide 2008)

#### Hva er kommunikasjon?

Kommunikasjon som begrep, kommer opprinnelig fra ordet *communicare* som er latinsk og kan bety ”å gjøre noe felles”, ”ha forbindelse med” eller ”delaktiggjøre en annen i”.

Kommunikasjon er noe som skjer mellom to eller flere parter. Tegn og signaler (nonverbale eller verbale) som blir brukt i kommunikasjonen mellom disse partene, er ofte sammensatt. (Eide og Eide 2008)

I følge Eide og Eide (2008) består kommunikasjonens kunst av:

... blant annet i å oppfatte dette komplekse samspillet mellom det verbale og det nonverbale, forholde seg til helheten og respondere på det sentrale i det den andre formidler.
--

Eide og Eide 2008, S. 14

Evnen til å kommunisere med andre er noe alle har, men som man kan bli mer bevisst på. Ved å bli mer bevisst over hvordan man kommuniserer, kan man forbedre måten man kommuniserer på. (Eide og Eide 2008)

Eide og Eide (2008) sier at man kan forstå brukeren som person bedre ved å ha gode kommunikasjonsferdigheter. Ulike elementer som er med på å kunne skape god kommunikasjon er for eksempel følelser, verbale og nonverbale tegn, å være empatisk og lyttende, å se, å anerkjenne og å forstå. (Eide og Eide 2008)

Kjernen i å kunne kommunisere godt er i følge Eide og Eide (2008) at man anerkjenner den andre personen, og med dette mener forfatterne at man skal være åpen, en aktiv lytter og

direkte i kommunikasjonen. Etter som alle kommuniserer forskjellig, vil måten man oppfatter og gir uttrykk for kommunikasjon være forskjellig. Men det er viktig at man er oppmerksom på at man har en gjensidig påvirknings- og utvekslingsforhold til hverandre når man kommuniserer. (Eide og Eide 2008)

### **Nonverbal kommunikasjon**

Nonverbalt språk er kroppsspråket, og det er ofte følelser og reaksjoner som kroppen gir uttrykk for. Disse tegnene og signalene må fortolkes, da disse sjelden er entydig. Hvordan man tolker og observerer en annen parts nonverbale språk varierer, og ofte må man søke bekræftelse eller avkreftelse på at man har fortolket rett hos den andre parten. (Eide og Eide 2008)

I følge Wogn-Henriksen (2008) har vanligvis personer med demens funksjonelle aspekter ved ikke-verbal kommunikasjon, og etter hvert som sykdommen utvikler seg vil det bli viktigere og viktigere. Og selv om talespråket er svekket, kan personer med demens tenke i større grad enn de kan uttrykke.

I en samtale er det viktig å være oppmerksom på den andre parts nonverbale språk, som i denne oppgaven blir sykepleieren eller brukeren, da mye informasjon kommer til uttrykk nonverbalt. Samtidig er det viktig at man tenker på hvilket nonverbalt språk man selv uttrykker. Dette fordi man gjennom det nonverbale språket signaliserer om man er interessert i å lytte.

I samtale med en bruker er det viktig at sykepleieren viser at han/hun lytter og er interessert i å hjelpe, da det er med på å gi brukeren følelsen av trygghet og ivaretagelse. (Eide og Eide 2008)

### **Hvordan kommer nonverbale tegn og signaler til uttrykk?**

Eide og Eide (2008) har delt opp nonverbale tegn og signaler i syv forskjellige grupper:

#### **Nonverbale uttrykks kanaler:**

1. Ansikt (ansiktsuttrykk)
2. Blikk (øyekontakt, uttrykk)
3. Kropp (kroppsholdning, kroppsspråk)
4. Stemme (klang, styrke, intensitet)
5. Berøring
6. Stillhet og ikke-ord
7. Tempo (langsomhet, hurtighet)

Eide og Eide 2008, S. 202

I en samtale kan man observere den andre parts reaksjoner og følelser ut i fra ansiktsuttrykket. Men etter som ansiktsuttrykk ofte er flertydige, kan man tolke feil. Den nonverbale kommunikasjonen påvirkes av følelsene våre, men også motsatt. Videre er det viktig at man tenker over hvilke ansiktsuttrykk man selv gir uttrykk for i en samtale. (Eide og Eide 2008)

En av de viktigste nonverbale signalene er blikket. Gjennom blikket kan man uttrykke følelser, holdninger og vise oppmerksomhet mot den man kommuniserer med. (Eide og Eide 2008)

Under kroppsspråk kan man snakke om f.eks. kroppsholdning, fysisk nærhet/avstand eller bevegelser. Eide og Eide (2008) nevner fire aspekter som det er viktig å være bevisst på ved kroppsspråket. Hvordan sittestilling sykepleieren har under en samtale, er med på å signalisere om man for eksempel er interessert eller ikke. Enkelte ganger kan det være nok at sykepleieren viser med kroppsspråket at han/hun lytter, men man kan også uttrykke at brukeren kan fortsette å fortelle uten å bruke verbalt språk. Videre er det viktig at sykepleieren er naturlig rolig og avslappet under en samtale, da dette er med på å gi trygghet og skaper ro rundt samtalen. (Eide og Eide 2008)

Det er viktig at sykepleieren er bevisst på hvordan man bruker stemmen under en samtale. Dette fordi stemmen kan være for eksempel rolig, nervøs, hard eller varm. Hvordan man bruker stemmen kan dermed være med på å skape ro under samtalen. (Eide og Eide 2008)

En del av den daglige omsorgen for brukere er den kroppslige berøringen. Men hvordan brukeren opplever denne berøringen varierer fra person til person og er avhengig av hvordan situasjon det skjer i.

Berøring er med på å formidle blant annet omsorg, empati og kan brukes for å få oppmerksomhet eller å holde på oppmerksomheten. Eide og Eide (2008) skriver at mye kan tyde på at berøring blir viktigere jo mindre kognitivt personen kommuniserer.

Selv om berøring er en naturlig del av arbeidet i mange tilfeller, er det svært viktig at sykepleiere (eller annet helsepersonell) aldri missbruker berøring! Berøring kan missbrukes seksuelt og er et svært alvorlig overtramp mot den brukeren det gjelder, men også mot rollen som hjelper og brudd på yrkesetikk. (Eide og Eide 2008)

Jeg kommer ikke til å gå nærmere inn på missbruk av berøring i oppgaven.

Under en samtale vil stillhet kunne fungere som naturlige pauser. I disse pausene vil sykepleieren ha tid til å bearbeide og å reflektere over det som har blitt sagt, og hvis brukeren skulle ha behov for å hente seg inn igjen får han/hun det. Stillheten kan være med på å gi plass for følelser og andre tanker i løpet av samtalen. (Eide og Eide 2008)

Jeg har valgt å skrive om hvordan nonverbale tegn og signaler kommer til uttrykk, da jeg mener det er viktig at sykepleiere er oppmerksom på både brukeren og sitt eget nonverbale språk når man kommuniserer.

I neste punkt vil jeg skrive om kommunikasjonsprinsipper ved demens og kommunikasjon i demenshverdagen.

### **3.1.1: Kommunikasjonsprinsipper ved demens**

Wogn-Henriksen (2008) skriver om tre innfallsvinkler som det ofte blir referert til i faglitteraturen når det er snakk om demens og kommunikasjon. Ved å prøve en av disse innfallsvinklene kan sykepleieren oppnå bedre empatiske ferdigheter, og videre oppnå bedre kommunikasjon.

Den første innfallsvinkelen er *reminisens* (minnearbeid). Langtidshukommelsen hos personer med demens er ofte inntakt, mens korttidshukommelsen er svekket. Ved minnearbeid vil sykepleieren prøve å få personen med demens til å hente fram meningsfulle og personlige minner fra langtidshukommelsen. Dette kan gjøres i grupper eller individuelt, og personen med demens kan oppleve å føle tilhørighet og glede. Det er viktig å få frem at *reminisens* fokuserer på positive minner. *Reminisens* kan også være en antidepressiv behandling, da mange opplever å få depresjon når de kommer på sykehjem. (Wogn-Henriksen 2008)

Noen sentrale kjennetegn ved demens er svekket hukommelse og orienteringssvikt.

*Realitetsorientering* går ut på at sykepleieren informerer og orienterer i kommunikasjonen. Dette kan man oppnå gjennom for eksempel å ha klokker og kalendere som er lett å lese eller navneskilt på rommene. Realitetsorienteringen legger opp slik at hvis noe oppfattes feil, kan det korrigeres. (Wogn-Henriksen 2008)

*Validering* går ut på at sykepleieren fokuserer på personens opplevelse og fokus, og ikke på hva som er riktig og reel informasjon. Det viktige blir å bekrefte og å anerkjenne personens meddelelser, og at sykepleieren lytter til de emosjonelle uttrykkene som brukeren gir uttrykk for. Ved hjelp av spørsmål som f.eks. hva, hvor, når eller hvordan, åpner sykepleieren for at brukeren kan fortelle mer om en opplevelse, eller om følelsene rundt en opplevelse. (Wogn-Henriksen 2008)

Reminisens, realitetsorientering og validering blir ofte regnet som terapi. Hvis sykepleieren ønsker å utvikle sine empatiske evner kan han/hun bruke disse kommunikasjonsverktøyene for å oppnå best mulig kommunikasjon. (Wogn-Henriksen 2008)

### **Kommunikasjonen i demenshverdagen**

I den dagligdagse kommunikasjonen skiller vi mellom 4 forskjellige ”sjangre”. Den første ”sjangeren” handler om *informasjon* i hverdagen. Informasjonen handler f.eks. om hva som skjer, og det er viktig å gi informasjonen i små doser. Det er viktig å bruke informativ kommunikasjon, men også å ta hensyn til f.eks. ordvalg, timing eller at sykepleiere ikke bruker språket på en undertrykkende måte.

Den hverdagslige *småpraten* handler om alt fra været, mat, nyheter til kjendiser. Det som kjennetegner denne småpraten er at den er ufarlig, trygg og inkluderende.

Videre har man *stimuleringssamtalen* som har som mål å skape utfoldelse, glede og engasjement. Dette kan sykepleieren oppnå gjennom å fokusere på temaer som er personlig relevant for brukeren.

Den aller siste ”sjangeren” er *støtte-og refleksjonssamtalen*. Denne har en terapeutisk hensikt, og går dypere inn i temaer som kan være følelsesmessig smertefull. Med litt hjelp av sykepleieren vil brukeren kunne formulere bekymringer og eventuelle løsninger på disse, selv om han/hun har kommet langt i sykdomsforløpet. (Wogn-Henriksen 2008)

## 3.2: Sykepleieteori

I dette punktet skriver jeg kort om sykepleieteoretikeren jeg har valgt og hvorfor, men også svært kort hva den handler om.

Sykepleieteoriene deles inn i 4 forskjellige hovedgrupper. Alle teoriene har forskjellig hovedfokus på hvilke livsområde eller perspektiv på sykepleien som oppmerksomheten blir rettet mot, og kan dermed variere mellom hovedgruppene. (Kristoffersen mfl. 2011)

Etter som jeg har valgt Joyce Travelbee sin interaksjonsteori, kommer jeg ikke til å skrive noe om de andre hovedgruppene til sykepleieteoriene eller om noen annen forfatter.

Joyce Travelbee sin interaksjonsteori har hovedvekt på samhandlingen mellom sykepleier og bruker. Travelbee mente at det er viktig at sykepleier og bruker etablerer et menneske-til-menneske-forhold. Dette kan man oppnå ved kommunikasjon, å bruke seg selv terapeutisk og ved målrettet intellektuell tilnærming. (Kristoffersen mfl. 2011)

Jeg vil i neste punkt skrive mer utfyllende om Travelbee's menneske-til-menneskeforholdet.

### 3.2.1: Joyce Travelbee: Menneske-til-menneske-forhold

Teorien om sykepleiens mellommenneskelige aspekter blir presentert i boken ”*Mellommenneskelige forhold i sykepleie*” som Joyce Travelbee gav ut i 1966, og oversatt til norsk i 1999.

I teorien var Travelbee opptatt av at alle mennesker er unike individer som hele livet er i utvikling, vekst og endring. Menneskene er unike og formet av arv, miljø og livserfaring. Joyce Travelbee sin interaksjonsteori har hovedvekt på samhandlingen mellom sykepleier og bruker. Sykepleie dreier seg alltid om mennesker, og skal gjennom handling hjelpe andre mennesker. Travelbee mente at det er viktig at sykepleier og bruker etablerer et menneske-til-menneske-forhold. Dette kan man oppnå ved kommunikasjon, å bruke seg selv terapeutisk og ved målrettet intellektuell tilnærming. (Kristoffersen mfl. 2011)

Travelbee bruker ikke ordet *pasient* da dette ofte blir brukt som stereotyp. Travelbee mener vi plasserer personen i en kategori, i stede for å se hvert enkelt menneske sitt behov for omsorg, hjelp og tjenester. Videre er det lett å oppfatte en person som ”en sykdom” og en

arbeidsoppgave, i stede for å se mennesket med sykdommen. Sykepleieren bør unngå å etablere et sykepleie-pasient-forhold, og forsøke å etablere et menneske-til-menneske-forhold i stede. (Travelbee 1999)

### **Menneske-til-menneske-forhold**

Gjennom kommunikasjon kan sykepleieren etablere et menneske-til-menneske-forhold.

I sykepleie refererer menneske-til-menneske-forhold til erfaringer mellom det syke mennesket, sykepleieren eller andre mennesker som har behov for tjenester gitt av sykepleier. At personer som har behov for sykepleie får dette ivaretatt, er et kjennetegn på slik erfaring. Sykepleieren ivaretar disse behovene ved hjelp av en terapeutisk bruk av seg selv og en disiplinert intellektuell tilnæringsmåte.

Selv om sykepleier og den syke kommuniserer godt, trenger de ikke å oppnå et menneske-til-menneske-forhold. Ansvar for å etablere et menneske-til-menneske-forhold ligger i stor grad hos sykepleieren, da dette er avhengig av sykepleierens evne til å bruke seg selv terapeutisk og tilnæringsmåten. (Travelbee 1999)

Menneske-til-menneske-forholde skal fungere som et virkemiddel for å oppnå målet og hensikten i sykepleie, som går ut på å hjelpe den syke med å forebygge, mestre sykdom og lidelse, og å finne mening i sykdommen/ lidelsen. Sykepleieren må også huske på å inkludere familien til den syke i sykepleien. (Travelbee 1999)

### **Interaksjon**

Interaksjonsprosessens mål er å oppfylle hensikten og målene til sykepleieren, og sykepleieren kan gjennom kommunikasjon nå interaksjonsprosessens mål. Om interaksjonen oppnås er avhengig av mange faktorer.

Målene en ønsker å oppnå i en interaksjon:

1. *Å lære den syke å kjenne.*
2. *Å fastslå og ivareta den sykes sykepleiebehov*
3. *Å oppfylle sykepleiens mål og hensikt*

Travelbee 1999, S. 139

Ovenfor er målene i en interaksjon sitert fra Travelbee (1990). Disse målene er uforanderlig og varige, men kan ikke nås permanent. Og etter som man aldri vil kunne kjenne den syke fullt ut, så vil man ved hver interaksjon lære å kjenne den syke bedre.

Den sykes sykepleiebehov kan kun oppfylles midlertidig, da et nytt behov vil komme frem når et behov er ivaretatt. Men sykepleierens hensikt og mål vil ikke være forandret ettersom det fungerer som en rettesnor og som mål i sykepleiesituasjoner. (Travelbee 1999)

For å nå målene i interaksjonen har Travelbee (1999) skrevet om tre forutsetninger. Den første forutsetningen er at man må ha innsikt i *hva* man skal oppnå i interaksjonen, at man ønsker å etablere et menneske-til-menneske-forhold slik at man videre skal kunne oppfylle hensikten og målene til sykepleien.

Neste forutsetning er at sykepleieren skal ha innsikt i *hvorfor* man skal oppfylle sykepleiens hensikt og mål, nemlig for å kunne ivareta den sykes sykepleiebehov.

Den siste forutsetningen er *hvordan* sykepleieren skal kommunisere og samhandle for å kunne oppfylle sykepleiens hensikt og mål. Sykepleieren må ha kommunikasjonsferdigheter, evnen og kunnskapene for å kunne etablere et menneske-til-menneske-forhold. (Travelbee 1999)

### **Hva skal kommunikasjonen med den syke innholde?**

Det er viktig at det som blir fortalt under samtale med den syke, gir mening for den syke og oppfattes som meningsfylt dialog. Emnene under samtalen må være relevant i forhold til den sykes nåværende sykepleiebehov.

For å oppnå en meningsfylt dialog må sykepleieren ha kunnskaper og kunne bruke disse kunnskapene for å kunne ivareta den sykes behov. Videre må sykepleieren prøve å finne ut om budskap og informasjon som er utvekslet, er blitt forstått.

Ved å kommunisere og å samhandle, ønsker sykepleieren å gjøre det mulig å oppfylle sykepleiens hensikter og mål. (Travelbee 1999)

### **3.3: Forskning**

Her skal jeg kort oppsummere artikler og forskning som jeg har funnet og brukt i oppgaven min. I vedlegg 3, 3 og 5 har jeg skrevet mer utfyllende om artiklene og forskningsartikkelen.

Forfatterne av artikkel 1 (vedlegg 3) har utarbeidet et rammeverk for kommunikasjon som består av 4 sentrale begreper: validering (*Validation*), følelser (*Emotion*), berolige (*Reassure*) og aktivitet (*Activity*). Disse begrepene utgjør forkortelsen VERA på engelsk. (Blachall, Hawkes, Hingley og Wood 2010)

Vedlegg 4 er en forskningsartikkel og i denne kom det frem at omsorgspersoner for brukere med moderat Alzheimers sykdom hadde effekt av å lære kommunikasjonsstrategier. (Roque, Ortiz, Araújo<sup>III</sup>, Mda og Bertolucci<sup>IV</sup> 2009)

Artikkel nr. 2 (vedlegg 5) inneholder flere eksempler på situasjoner hvor kommunikasjon er viktig. Videre står det blant annet at det er viktig å tilpasse informasjonen man skal gi til brukere og pårørende (Clayton 2006).

### **Kritikk av artiklene og forskningsartikkelen**

Artikkelen som er i fra Storbritannia er nærmere kulturen vi i Norge har enn artikkelen fra USA og forskningsartikkelen fra Brasil. Kulturen kan ha noe så si for hvordan vi er ovenfor brukere, pårørende og arbeidskollegaer.

Sykepleiere i USA og Norge har forskjellige arbeidsoppgaver, men til tross for dette vil kommunikasjon være like viktig i arbeidet med brukere, pårørende og arbeidskollegaer. Jeg synes artikkelen får frem mange situasjoner hvor kommunikasjon er viktig. Videre at brukere og pårørende kan oppleve sinne og frustrasjon som følge av dårlig kommunikasjon med sykepleiere.

Brasil har en annen kultur og sykepleien kan ha en annen rolle enn her i Norge. Likevel velger jeg å ta den med da jeg synes det er viktig at omsorgspersoner for brukere med demens har god effekt av å lære kommunikasjonsstrategier.

Omsorgspersonene i denne forskningsartikkelen var alle slektninger av brukeren (6 døtre og 1 barnebarn, alle kvinner).

Selv om det er forskjell på omsorgspersoner som man er i familie med og sykepleiere med tanke på relasjon, velger jeg å ta med denne forskningsartikkelen da jeg ønsker å få frem at det er effektivt å lære kommunikasjonsstrategier.

#### **4.0: Drøfting**

*Hvordan kan sykepleier kommunisere i situasjoner der brukerens evne til å kommunisere er sviktende som følge av demens?*

I dette punktet har jeg tenkt å drøfte problemstillingen som jeg har skrevet ovenfor, samt trekke inn artikkelen og forskningen jeg har funnet.

##### **Bruk av verbalt og nonverbalt språk når brukerens evne til å kommunisere er sviktende**

Ved å ha kunnskap om demens, kan sykepleieren bedre forstå hva som skjer med brukeren og hvorfor det som skjer. Har sykepleieren f.eks. kunnskap om hvordan demens påvirker kommunikasjonen, vil sykepleieren kunne ta hensyn til det ved å tilrettelegge omgivelsene hvis mulig.

Wogn-Henriksen (2008) skriver flere råd for hva sykepleieren kan tenke på i kommunikasjon med brukere som har demens. Noen av rådene er å ha god tid, sørge for at situasjonen er god og vise engasjement. Videre kan det være viktig at sykepleieren ikke snakker fort eller utydelig, og samtidig tar hensyn til de individuelle forskjellene mellom brukerne i sin kommunikasjon.

Hvis sykepleieren har kunnskap om hvordan han/hun kan kommunisere med brukere som har demens, kan sykepleieren oppnå en god relasjon til brukeren, og dermed bli bedre kjent. Når man kjenner brukere, kan man lettere benytte seg av remisens, minearbeid.

Langtidshukommelsen hos personer med demens er ofte intakt, og det er dermed enklere for brukere å hente fram minner som har skjedd tidlig i livet. Remisens skal minne brukerne om tidligere kompetanse og selvtillit (Wogn-Henriksen 2008). Videre kan selvfølelsen bli positivt påvirket av å snakke om tidligere minner.

Ved å ha kunnskap om brukernes tidligere liv, kan sykepleieren unngå å komme inn på et sårt minne til brukeren, og i stede snakke om interesser, utdanning, arbeid, familie eller livserfaringer.

Fra praksis har jeg positiv erfaring med minnebøker om brukerne. Pårørende laget en liten bok om brukeren hvor de skrev om livet til brukeren og de limte bilder som de skrev navn på. Dette gjorde at vi som sykepleiere kunne bli fortere kjent med brukeren, og dette hjalp oss slik at vi ikke satte brukeren i situasjoner som kunne bli ubehagelig. Slike situasjoner kan være at

sykepleieren spør brukeren spørsmål som han/hun ikke lenger klarer å svare på, eller minner som ikke er fullstendige men uklar.

Hvordan kan sykepleieren samarbeide med en bruker som kanskje ikke husker sykepleieren eller som ikke kan uttrykke seg forståelig?

Det er ikke bestandig en bruker med demens husker hvem sykepleieren er, og det er dermed viktig at vi da presenterer oss med å si hvem vi er, ved f.eks. å si: ”Jeg heter Kari og jobber som sykepleier her på Bodø Sykehjem, hvor du bor.”

Gjennom realitetsorientering har jeg opplevd at brukeren blir roligere, og brukeren slipper da å spørre om hvem sykepleieren er, hvor han/hun er og hvorfor de er der. Ved å gi brukeren kort informasjon kan det bidra til at brukeren mestrer hverdagen bedre, og dermed hindre at brukeren blir forvirret ifølge Wogn-Henriksen (2008).

Det er viktig at man har et tydelig kroppsspråk og stemmebruk, men også er ærlige i kommunikasjonen med brukere som har demens, da de ellers kan bli usikre på sykepleieren. Etter hvert som sykepleieren blir kjent med brukerne og lærer hvordan han/hun kommuniserer, kan sykepleieren tilpasse kommunikasjonen etter brukernes individuelle måter å uttrykke seg både verbalt og nonverbalt.

Ifølge Wogn-Henriksen (2008) har man 4 forskjellige sjangre som man skiller mellom i hverdagen. Informasjonen er svært viktig, og er en stor del av arbeidet med brukere som har demens. Dette fordi man gjennom hele dagen sier mye som er informasjon. F.eks. under stell hvor man sier hva man *skal gjøre* og hva *man gjør*.

Både småpratene og stimuleringspratene i hverdagen er viktig, da begge er med på å skape glede og engasjement hos brukeren. Videre kan temaer som er personlige for brukeren både være med på å skape glede og samtidig være følelsesmessig smertefull. F.eks. vil det kunne glede brukeren å snakke om barndommen, foreldre og eventuelle søsken, for så og kanskje følge opp med å spørre hvor de er nå. Det er da viktig at sykepleieren tenker over at for brukeren vil en beskjed om at foreldrene gikk bort for mange år siden, være som å få et nytt dødsbudskap, og dermed sette i gang en sorgprosess. Som sykepleier er da viktig at vi tenker over hvordan vi sier det og hvilke signaler vi gir, samtidig som vi ser brukeren og det han/hun kommuniserer.

Trøst, tilknytning, inkludering, beskjeftigelse og identitet er 5 viktige psykologiske behov hos brukere med demens ifølge Kitwood (1999). Hva sykepleieren kan gjøre for å dekke disse

behovene, kan være en stor utfordring ettersom brukernes evne til å kommunisere er sviktende og dermed har problemer med å uttrykke hvordan sykepleieren kan ivareta behovene hos brukeren.

Å være sosialt tilknyttet kan skape utrygghet hos brukere med demens, samtidig som brukeren har behov for å være inkludert i en gruppe. Ved å inkludere brukeren i samtaler og samtidig snakke om noe som brukeren finner meningsfylt, kan det være med å gi brukeren en følelse av identitet.

Å finne noe som brukeren kan gjøre og samtidig finne meningsfylt kan være en utfordring. Bare det å få lov å hjelpe til med å brette handklær har jeg opplevd brukere finne meningsfylt, da dette var noe de fikk til og det at de fikk hjelpe til. Gjennom kommunikasjon med brukeren kan sykepleieren finne ut hva brukeren opplever som meningsfylt, og dermed prøve og til rette legge slik at brukeren får gjøre noe som er betydningsfullt.

Man kan finne 4 hovedtyper av afasi hos brukere med demens (Wogn-Henriksen 2008), tror jeg at hvis sykepleiere vet hvilken type afasi en bruker har, kan det være med på å tilrettelegge kommunikasjonen med brukeren. F.eks. vil sykepleieren kunne forstå bedre hvis man vet at brukeren har nedsatt evne til å snakke (*broccas afasi*). Med å forstå bedre mener jeg at sykepleiere skjønner at brukeren har språkforståelse, og at det er sykdommen som gjør at brukers evne til å snakke er nedsatt eller manglende.

Ettersom demens er et samlebegrep, tar ikke ordet hensyn til forskjeller mellom de ulike demenstypene. Dette gjelder også språklige forskjeller. I tillegg har alle brukere individuelle forskjeller, til tross for at de kan ha samme demenstype. Kan demenstype ha noe å si for den språklige funksjonen? Ved Alzheimers sykdom kan språklige utfall være fremtredende tidligere, i motsetning til vaskulær som ikke affiserer de språkrelaterte områdene i hjernen, kan vaskulær demens som kan ha den språklige funksjonen tilnærmet normal lenge (Wogn-Henriksen 2008). Dette gjør at sykepleieren må tilpasse kommunikasjonen ut i fra brukers språklige funksjon.

Noe jeg ikke har skrevet om så langt i oppgaven er bruk av tvang i demensomsorgen. Med tvang mener jeg at helsepersonell ikke har samtykke fra brukeren, ofte i forhold til daglige aktiviteter (f.eks. stell), undersøkelser eller utfordrende adferd. For å kunne bruke tvang mot personer som har demens, skal man ha lovvedtak.

I praksis har jeg møtt sykepleiere som har benyttet seg av ulovlig tvang mot brukere som har demens, men også sykepleiere som ikke har gjort det. Jeg opplevde at sykepleiere som

kommuniserte godt med brukeren, ved f.eks. å fortelle hva man skal gjøre under stell og som tok seg tid sammen med brukeren, fikk hjelpe brukeren uten å måtte overkjøre brukeren eller bruke tvang. Johnsen og Smebye (2008) skriver også at man kan unngå bruk av tvang ved å samarbeide med brukeren.

Eide og Eide (2008) skriver at brukerens nonverbale kommunikasjon kan komme til uttrykk gjennom for eksempel ansiktsuttrykk, kroppsholdning og stemmebruk. Ved å observere, fortolke og søke bekreftelse på det sykepleieren har fortolket, kan sykepleieren skape trygghet og grunnlag for en god relasjon med brukeren. Sykepleieren kan bygge videre på dette og etabler et menneske-til-menneske-forhold gjennom kommunikasjonen, og videre kunne hjelpe brukeren med å få ivaretatt sine behov for sykepleie.

Er det nok at sykepleiere kun tenker på hvordan man og brukeren kommuniserer verbalt og nonverbalt? I kommunikasjon med brukere er det viktig at de opplever dialogen som meningsfylt (Travelbee 1999), men dette kan være vanskelig hvis brukeren gir uttrykk at han/hun ikke forstår eller at de ikke klarer å gjøre seg selv forstått. Solheim (2009) skriver at brukere med demens ikke har en følelsesmessig svikt, men intellektuell svikt.

Brukeren legger mer merke til det nonverbale språket enn det verbale språket og at helsepersonell må være bevisst på kroppsspråket (Sejerøe-Szatkowski 2004). Samtidig er det viktig at sykepleiere observerer brukerens kroppsspråk, da brukeren vil uttrykke mye gjennom sitt kroppsspråk. Like viktig er sykepleierens kroppsspråk, da brukeren ofte vil se om sykepleieren ønsker å være tilstede i situasjonen eller være en annen plass. Slik dobbeltkommunikasjon kan skape utrygghet hos brukere.

Når brukeren begynner å komme i *mellomfasen* og i *seneste stadium* (Wogn-Henriksen 2008), kan det være viktig at sykepleieren ikke bare tenker på hvordan han/hun kommuniserer verbalt og nonverbalt, men også på omgivelsene. Etter hvert som sykdommen utvikler seg vil den sviktende evnen til å kommunisere bli tydeligere både for brukeren, pårørende og sykepleierne. Brukeren kan lettere bli distraherert hvis det er mye mennesker og støy rundt seg, ifølge Sejerøe-Szatkowski (2004) kan det være lurt at man ikke stimulere mange av sansene til brukeren samtidig.

Brukere med demens kan oppleve atferdsmessige symptomer som følge av demenssykdommen (Rokstad 2008a). Dette kan komme til uttrykk gjennom f.eks. aggresjon. Slik adferd er en form å kommunisere på for brukeren, og kan dermed være utfordrende for sykepleien. Årsaken til adferdsendringer kan være behov som ikke er ivaretatt. (Rokstad 2008b)

Gjennom kommunikasjon kan sykepleieren prøve å forstå og å tolke brukerens adferd, og videre tilpasse seg brukerens signaler, samtidig som sykepleieren kan bruke seg selv terapeutisk. Ved å ha en personsentrert omsorg (Kitwood 1999) kan sykepleieren se hele brukeren og dermed tilrettelegge slik at brukeren får utnyttet ressursene på best mulig måte.

### **Relasjon i et menneske-til-menneske-forhold**

Ved å ha kunnskap, evne og kommunikasjonsferdigheter kan man etablere et menneske-til-menneske-forhold.

Hvordan vi som sykepleiere tilnærmer oss brukeren, kan ha mye å si for hvordan omsorg og utdøvelse av sykepleie vi gir. Ved å se brukeren og ikke ha noen fordommer ovenfor brukere med demens, kan sykepleiere ivareta brukerens sykepleiebehov enda bedre.

Gjennom kommunikasjon og menneske-til-menneske-forhold kan man forebygge sykdom og hjelpe brukeren til å mestre sykdommen. Videre kan man hjelpe brukeren å finne mening i sykdommen, da brukere kan oppleve frustrasjon, sinne og en stor sorg over at deres kognitive evner er sviktende. At sykepleiere ønsker å lytte til brukeren er viktig, da sykepleieren ofte gjennom det nonverbale språket viser om han/hun er interessert i å lytte eller ikke. Brukeren kan bli utrygg på sykepleieren hvis han/hun sender ut andre signaler kroppslig enn språklig (dobbelkommunikasjon).

Etter som sykepleieren gjennom kommunikasjon kan opprette et menneske-til-menneske-forhold mellom en bruker og sykepleier, kan det være utfordrende i de situasjonene der brukeren har demens og evnen til å kommunisere er sviktende. Brukerens evne til å kommunisere kan avhenge av demenstype, dagsform, hvor langt ut i demensforløpet man er, andre tilleggssykdommer og individuelle forskjeller. Det kan da være viktig at sykepleieren tar hensyn til at brukerne er ulike individer og dermed tilpasser kommunikasjonen.

Sykepleieren vil etter hvert bli bedre kjent med brukeren, selv om brukeren kanskje ikke husker sykepleieren bestandig. Sykepleieren vil lettere kunne se om brukeren har en god eller dårlig dag, og dermed kunne prøve å gjøre dagen bedre. Videre vil sykepleieren kunne tilpasse kommunikasjonen etter hver enkelt bruker sine behov.

Blir sykepleieren kjent med brukeren vil sykepleieren lettere kunne observere brukerens sykepleiebehov og forsøke å etablere et menneske-til-menneske-forhold, for videre å kunne oppnå målene og hensikten i sykepleien slik som Travelbee (1999) skriver.

## Omgivelsenes betydning

Når brukeren begynner å komme i *mellomfasen* og i *seneste stadium* (Wogn-Henriksen 2008), kan det være viktig at man ikke bare tenker på hvordan man kommuniserer verbalt og nonverbalt, men også på omgivelsene. Etter hvert som sykdommen utvikler seg vil den sviktende evnen til å kommunisere bli tydeligere både for brukeren og pårørende.

Brukeren kan lettere bli distraherert hvis det er mye mennesker og støy rundt seg, ifølge Sejerøe-Szatkowski (2004) kan det være lurt at sykepleieren ikke stimulere mange av sansene til brukeren samtidig.

Ved en lukket demensavdeling som jeg har hatt praksis som sykepleiestudent, opplevde jeg at sykepleiere ofte fokuserer på hva brukere med demens *ikke* kan, i stede for hva brukeren kan. Ved å ha en positiv holdning til brukeren og fokusere på hva brukeren kan, kan sykepleieren opparbeide en god relasjon med brukeren eller at brukeren opplever seg som *sett* i hverdagen. Hvis man kun ser hva brukeren *ikke* kan, ser man da hele mennesket? Ved å fokusere på brukerens opplevelser og fokus (validering), kan man se brukeren bedre og dermed vil man kanskje kunne hjelpe brukeren slik at han/hun får brukt ressursene maksimalt.

At sykepleiere trives i jobben og har gode holdninger i arbeidet med brukere som har demens er viktig (Solheim 2009). Mange av sykepleierne som jobber på demensavdelingen jeg var på, hadde jobbet der i mange år og dermed kanskje gått seg fast i rutinene og hverdagen på avdelingen. Dette kan være med på å gjøre slik at sykepleierne glemmer å opparbeide og å opprettholde et menneske-til-menneske-forhold, men også at man glemmer å se brukeren.

Å fokusere på de gode møtene og øyeblikkene i arbeid med brukere med demens er noe jeg synes er svært viktig. Ikke bare for oss sykepleiere som jobber med dem, men også for brukeren selv og pårørende. Et godt møte kan være at sykepleieren har en god samtale med brukeren, hvor brukeren føler seg ivaretatt og at sykepleieren opplever å forstå brukerens behov og ønsker, men også å se hvem han/hun var før demenssykdommen.

Jeg har opplevd at sykepleiere fokuserer på det negative som skjer i hverdagen på en demensavdeling, i stede for det positive. Å komme på jobb og å få høre mye negativt som har skjedd i løpet av siste vakt, kan gjøre det vanskelig for sykepleieren ha et åpent sinn for vekten man har, og sykepleieren selv kan ende opp med å *se* det negative som skjer i løpet av

vakta. Jeg opplevde også at ved å fokusere på det positive som skjer så hadde sykepleierne en annen innstilling til arbeidet og dermed kunne møte og se brukeren på en bedre måte.

Som sykepleiestudent har jeg møtt mange som jobber i helsevesenet som ikke har noen formell helseutdanning. Dette har jeg opplevd som utfordrende blant annet i arbeidet med brukere som har demens.

Mange ufaglærte kan ha lite kunnskap om hva demens er og hvordan det påvirker hverdagen og livet til brukeren og de pårørende. Noen ufaglærte har kanskje ikke gått seg fast i rutinene eller fått et bestemt syn på gruppen mennesker man jobber med.

Ufaglærte kan ha et friskt syn i arbeidet og sykepleierne kan da veilede dem i hvordan man f.eks. kommuniserer godt med brukere som har demens.

Jeg har sett mange, både med og uten formell helseutdanning, behandle brukere som barn. Med ”barn” mener jeg at brukerne har blitt behandlet som om de ikke forstår noen ting og blitt snakket til på en barnslig måte. Dette i stede for å bli behandlet som et voksent individ som har levd lenge og har mye livserfaring, men som nå svikter kognitivt. Men jeg har også opplevd at brukere har blitt sett på som forskjellige individer, hvor årsaken til at brukeren svikter kognitivt er en sykdom.

I de tilfellene der brukere har blitt behandlet som barn, opplevde jeg at sykepleiere kanskje bare så på brukerne som en del av arbeidet, og dermed ikke så mennesket. Hjelp til stell f.eks. var bare en jobb som skulle gjøres.

Sykepleiere jeg opplevde som så brukerne som forskjellige individer, kommuniserte med brukerne og jobbet mye for at både brukerne og andre ansatte skulle ha det best mulig på jobb.

Brukerne som bodde der sykepleierne prøvde å gjøre det beste ut av arbeidsdagen, opplevde å kunne sitte sammen med sykepleierne i stua å kose seg, samtidig som arbeidet var gjort ordentlig. Sykepleiere hadde også tid til å kunne trille en liten tur rundt i bygget slik at brukerne kom seg en liten tur utenfor avdelingen hvor de bodde. Vanligvis var det svært rolig i avdelingen, men jeg opplevde at hvis en bruker ble opprørt over noe, kunne andre brukere også bli opprørt. Det var som om hver bruker hadde ”usynlige følere” som merket at noe var i forandring.

Videre virket det som hvordan vi som helsepersonell var på jobb, hadde mye å si for hvor lang tid det da eventuelt tok før det var rolig igjen på avdelingen. Hvis man snakket, strikket,

drakk kaffe eller noe annet som brukerne opplevde som hyggelig eller meningsfullt, ble det fort ro i avdelingen.

Blackhall et al. (2011) har brukt 4 sentrale begreper når de har laget et kommunikasjonsrammeverk for sykepleiere. Ved hjelp av VERA får sykepleiere veiledning i å kommunisere med personer som har demens, på en respektfull og profesjonell måte.

Kitwood (1999) skriver også om validering, at man skal respektere en annen persons følelser, men også at valideringen krever at sykepleiere har empati ovenfor brukeren.

Black et al (2011) skriver at det er viktig å legge merke til følelsene som brukeren uttrykker i kommunikasjon, og gjennom aktivitet kan brukeren få en følelse av identiteten sin.

Kitwood (1999) skriver at også om identitet, og når man vet hvem man er følelsesmessig og kognitivt har man en identitet. Det kan med andre ord være utfordrende for brukere som har demens og sviktende evner og bestandig vite hvem de er. Til tross at brukerens evner er sviktende, er primæroppgaven i arbeidet med brukere som har demens, å opprettholde brukernes identitet så lenge som mulig (Kitwood 1999).

Roque et al. (2009) kommer det frem at omsorgspersonene hadde effekt av å lære kommunikasjonsstrategier og at de dermed endret kommunikasjonsadferd. Kanskje kan sykepleiere også ha effekt av å lære kommunikasjonsstrategier.

I Clayton (2006) beskriver i sin artikkel eksempler på flere situasjoner hvor kommunikasjon er viktig, og at informasjon til brukere og pårørende må tilpasses. Kanskje kan sykepleiere som har lært kommunikasjonsstrategier og har kunnskap om hvordan man kan opprette et menneske-til-menneskeforhold, kunne gi informasjon til brukere på en god måte uavhengig av innholdet i samtalen.

Berolige (Reassure) og aktivitet (activity) er 2 hovedpunkter til Blackhall et al. (2011).

Gjennom menneske-til-menneskeforhold vil sykepleieren kunne se brukeren bedre og dermed ivareta brukerens sykepleiebehov bedre. Dette ved f.eks. å berolige brukeren i situasjoner som er vanskelig for brukeren, men også å hjelpe brukeren til å gjøre aktiviteter som er meningsfylte.

## **5.0: Avslutning**

I denne oppgaven har jeg arbeidet med følgende problemstilling:

*Hvordan kan sykepleier kommunisere i situasjoner der brukerens evne til å kommunisere er sviktende som følge av demens?*

Det kan for sykepleieren være utfordrende å kommunisere med brukere som har svekket kommunikasjonsevne. Sykepleieren bør derfor ha kunnskaper om hvordan man kan tilpasse kommunikasjonen etter hvem man forholder seg til.

Jeg har da forsøkt å få frem hvor viktig det er at sykepleiere har slike kunnskaper og ferdigheter i arbeidet med brukere som har demens.

## 6.0: Litteraturliste

Jeg har merket selvvalgt pensum med stjerne først i henvislingen, slik \*

\* Blachall, A., Hawkes, D., Hingley, D. og Wood., S. (2011) "*VERA framework: Communicating with people who have dementia*". S. 35-39 I: Nursing Standard VOL. 26, no. 10  
Hentet 1.april 2012: <http://ovidsp.uk.ovid.com.proxy.helsebiblioteket.no/sp-3.5.1a/ovidweb.cgi?&S=MKOHPDIMIPHFHIBFFNALHEPFGJPPAA00&Complete+Reference=S.sh.48|1|1> Antall sider brukt: 5

\* Clayton. M.F. (2006) "*Communication; An Important Part of Nursing Care*" Ss. 70-72 I: American Journal of Nursing VOL. 106, no. 11  
Hentet 16.04.12: [http://ovidsp.uk.ovid.com/sp-3.5.1a/ovidweb.cgi?&S=FEHDPDNCMDMHFEHBBFNALPCJHFBGGAA00&Link+Set=S.sh.39|62|sl\\_10](http://ovidsp.uk.ovid.com/sp-3.5.1a/ovidweb.cgi?&S=FEHDPDNCMDMHFEHBBFNALPCJHFBGGAA00&Link+Set=S.sh.39|62|sl_10) Antall sider brukt: 3

Dalland, O., (2007) "*Metode og oppgaveskriving for studenter*". Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Eide, H. og Eide, T. (2008) "*Kommunikasjon i relasjoner – Samhandling, konfliktløsning, etikk*" 2. Utg. Oslo: Gyldendal Akademisk

Engedal, K. (2008) "*Lærebok alderspsykiatri i praksis*" 2. Utg. Tønsberg: Aldring og Helse Forlaget

\* Helsebiblioteket (u.å.) "*Databaser*"  
Hentet: 31.mars 2012: <http://www.helsebiblioteket.no/Databaser>

\* Helsedirektoratet (2011) "*Demens*"

Hentet: 18. januar 2012: <http://www.helsedirektoratet.no/helse-og-omsorgstjenester/omsorgstjenester/demens/Sider/default.aspx>

- \* Johnsen, L. og Smebye, K.L. (2008) Bruk av tvang i demensomsorgen. I: Rokstad, A.M.M. Smebye, K.L.(red.)(2008) ”Personer med demens – Møte og samhandling”. ss. 207-231 Oslo: Akribe AS Antall sider brukt: 25
- \* Kitwood, T. (1999) ”En revurdering af demens –personen kommer i første række” København: Munksgaard Danmark Antall sider brukt: 49
- Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F. og Skau, E.A.(red.)(2011) ”Grunnleggende sykepleie, bind 1: Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar.” 2. Utg. Oslo: Gyldendal Norske Forlag
- \*Rokstad, A.M.M. (2008a) Hva er demens? I: I: Rokstad, A.M.M. Smebye, K.L.(red.)(2008) ”Personer med demens – Møte og samhandling”. ss. 27-45 Oslo: Akribe AS Antall sider brukt: 19
- \*Rokstad, A.M.M (2008b) Utfordrende atferd. I: I: Rokstad, A.M.M. Smebye, K.L.(red.)(2008) ”Personer med demens – Møte og samhandling”. ss. 180-206 Oslo: Akribe AS Antall sider brukt: 27
- \* Roque, F.P., Ortiz, K.Z., Araújo<sup>III</sup>, Mda C. og Bertolucci<sup>IV</sup>, P.H.F. (2009) *Communicative strategies training effectiveness to caregivers of patients with dementia.*  
Hentet 25. januar 2012:  
[www.ncbi.nlm.nih.gov.proxy.helsebiblioteket.no/pubmed/19838569](http://www.ncbi.nlm.nih.gov.proxy.helsebiblioteket.no/pubmed/19838569)  
Antall sider brukt: 6
- \* Wogn-Henriksen, K. (2008) Kommunikasjon. I: Rokstad, A.M.M. og Smebye, K.L.(red.)(2008) ”Personer med demens – Møte og samhandling”. ss. 87-113 Oslo: Akribe AS Antall sider brukt: 27
- \* Sejerøe-Szatkowski, K. (2004) ”Demens – Kommunikasjon og samarbeid” Oslo: Gyldendal Akademisk Antall sider brukt: 49



## Vedlegg 1:

Jeg har valgt å legge med klassifikasjonen av demens, fordi jeg synes det er viktig å vise hvor mange forskjellige demensdiagnoser som finnes.

### Klassifikasjon av demens – modifisert ICD-10

#### 1. *Degenerative demenssykdommer*

1. Demens ved Alzheimers sykdom med tidlig debut  
Demens ved Alzheimers sykdom med sen debut
2. Frontotemporal demens - Picks sykdom  
Frontotemporal demens - Non Pick
3. Demens med Lewy-legeme
4. Demens ved Prakingsons sykdom
5. Demens ved Hungtingtons sykdom
6. Demens ved andre degenerative hjernesykdommer

#### 2. *Vaskulær demens*

1. Småkar sykdom - Status lacunaris  
Småkar sykdom – Binswangers sykdom
2. Enkelt-infarkt demens  
Mulit-infarkt demens
3. Hypoksi demens
4. Andre vaskulære sykdommer og demens
5. Blanding av vaskulær demens og Alzheimers sykdom

#### 3. *Sekundær demens*

1. Alkoholisert betinget demens (Vit B1 mangel)
2. Encephalitt og demens  
Herpes, Lues, AIDS, Borrelia
3. Creutzfeldt-Jacobs sykdom
4. Hjernesvulst og demens
5. Hodetraumer og demens (boksers demens)
6. Hæmatomer i hjernen og demens
7. Normatrykkshydrocephalus og demens
8. Andre sykdommer

Engedal 2008, S. 242

## **Vedlegg 2: De 4 hovedtypene av afasi hos personer med demens**

Oversikt over de 4 hovedtypene av afasi man finner hos personer med demens er skrevet nedenfor.

- Anomisk afasi: Vansker med å gi uttrykk for tanker og meninger muntlig, og benevningsvansker. (Wogn-Henriksen 2008)
- Broccas afasi: Evnen til å snakke er nedsatt eller manglende, men personen har vanligvis god språkforståelse. (Wogn-Henriksen 2008)
- Wernickes afasi: Språkforståelsen er nedsatt eller manglende, og sjelden er personen klar over det. (Wogn-Henriksen 2008)
- Global afasi: Personen har vansker med å forstå andre, og å uttrykke seg, og personen kan bytte om på små lette ord som for eksempel ja og nei. (Wogn-Henriksen 2008)

### **Vedlegg 3: Artikkel 1**

Tidsskrift: Nursing Standard. VOI 26, 10.

Årstall: 2011

Forfattere: Blachall, A., Hawkes, D., Hingley, D., Wood., S.

Land: Storbritannia

Tittel: VERA framework: Communicating with people who have dementia.

Innhold: Forfatterne av denne artikkelen har utarbeidet et rammeverk for kommunikasjon med personer som har demens. Rammeverket er bygd på fire sentrale begreper: validering (*Validation*), følelser (*Emotion*), berolige (*Reassure*) og aktivitet (*Activity*). Disse utgjør forkortelsen VERA på engelsk.

- Validering går ut på at man forsøker å nå følelsene og prøver å forstå den underliggende betydningen av handlinger hos brukere som har demens. Rammeverket går også ut i fra at brukerens adferd har betydning.
- I kommunikasjon med brukere som har demens er det viktig å legge merke til følelser som kommer til uttrykk. Gjennom observering, erfaring og at man bryr seg om brukeren, kan man skape en forståelse av brukerens emosjonelle kommunikasjon.
- For å berolige brukeren og å skape trygghet kan man bruke verbal eller nonverbal kommunikasjon, samtidig som man viser vennlighet og optimisme.
- Gjennom å hjelpe brukeren til å være i aktivitet og til å gjøre noe som føles meningsfylt ut, er med på å gi brukeren en følelse av identiteten sin.

Rammeverket er ment å fungere som en veiledning på hvordan man kan kommunisere og å vise empati ovenfor personer som har en demensdiagnose. (Blachall, Hawkes, Hingley og Wood 2010)

## **Vedlegg 4: Forskningsartikkel 1**

- Tidsskrift: PRO-FONO: Revista de Actualizacao Cientifica
- Årstall: 2009
- Forfattere: Roque, F.P., Ortiz, K.Z., Araújo<sup>III</sup>, Mda C., Bertolucci<sup>IV</sup>, P.H.F.
- Land: Brasil
- Tittel: Communication strategies training effectiveness to caregivers of patients with dementia. (Forskningsartikkel)
- Hensikt: Hensikten med forsøket var å evaluere om omsorgspersoner for personer med moderat Alzheimers sykdom, hadde effekt av å lære seg kommunikasjonsstrategier.
- Metode: Studien identifiserte bruken av kommunikasjonsstrategier før og etter at omsorgspersonene hadde fått trening. Dette ble gjort gjennom videoopptak og spørreskjemaer som senere ble analysert.
- Hovedfunn: Studien fant ut at treningsprogrammet var effektivt når det kom til å endre omsorgspersonenes kommunikasjonsadferd, da omsorgspersonene hadde en økning i bruken av kommunikasjonsstrategiene.  
(Roque, Ortiz, Araújo<sup>III</sup>, Mda og Bertolucci<sup>IV</sup> 2009)

## **Vedlegg 5: Artikkel 2**

Tidsskrift: American Journal of Nursing

Årstall: 2006

Forfatter: Clayton, M.F.

Land: USA

Tittel: Communication: An Important Part of Nursing (Artikkel)

Innhold: Sykepleiere snakker hele tiden med brukere, pårørende eller arbeidskollegaer og artikkelen kommer det frem flere eksempler på situasjoner hvor kommunikasjon er viktig.

Det er viktig å lytte til brukeren og pårørende, men også å respektere deres ønsker og avgjørelser. Samtidig er det viktig at man tilpasser informasjon man skal gi til brukere og pårørende. (Clayton 2006)