

Shabani, Shkurte
Skogstad, Karen Kristine
Stangnæs, Ingvild Marie

Demensomsorg: Betydningen av kommunikasjon

Hvordan kan sykepleier gjennom kommunikasjon bidra til god omsorg for eldre pasienter med demens?

Bacheloroppgave i BSPLH17

Veileder: Balke, Inger

Juni 2020

Shabani, Shkurte
Skogstad, Karen Kristine
Stangnæs, Ingvild Marie

Demensomsorg: Betydningen av kommunikasjon

Hvordan kan sykepleier gjennom kommunikasjon bidra til god omsorg for eldre pasienter med demens?

Bacheloroppgave i BSPLH17
Veileder: Balke, Inger
Juni 2020

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for helsevitenskap i Gjøvik



NTNU

Kunnskap for en bedre verden

SAMMENDRAG

Tittel:	Demensomsorg: Betydningen av kommunikasjon Hvordan kan sykepleier gjennom kommunikasjon bidra til god omsorg for eldre pasienter med demens?	Dato: 02.06.2020
Forfattere:	Shabani, Shkurte Skogstad, Karen Kristine Stangnæs, Ingvild Marie	
Veileder(e):	Balke, Inger	
Stikkord/nøkkelord (3-5 stk)	Kommunikasjon, sykehjem, demens, personsentrert omsorg, kompetanse.	
Antall sider/ord:	Antall vedlegg: 0	
43 / 9 015		
<p>Bakgrunn: Hvert år får rundt 10 000 mennesker i Norge diagnosen demens. Mye av helsevesenets ressurser går til omsorg for pasienter med demens. Antallet personer med demens som forventes å få sykehjemsplass er i økning, og å skape en terapeutisk atmosfære på sykehjemmene blir viktig. Derfor er sykepleier avhengig av å benytte ulike metoder som kan være med på å gi pasientene best mulig omsorg.</p> <p>Hensikt: Hensikten med oppgaven er å få økt kunnskap om betydningen av kommunikasjon med pasienter som har demens, og om det finnes muligheter for fagutvikling innen kommunikasjon i demensomsorgen på sykehjem.</p> <p>Metode: Benyttet metode er litteraturstudie. Det ble gjort systematiske søk i databasene Cinahl og SveMed+ for å finne relevante studier. Studiene er satt opp mot faglitteratur og teori.</p> <p>Resultat: Inkludert forskning viser at kommunikasjon er av betydning for omsorgen sykepleier yter. Tre hovedkategorier er identifisert; sykepleiers kompetanse, samhandling mellom sykepleiere og personsentrert omsorg.</p> <p>Konklusjon: Inkluderte studier, sykepleieteori og faglitteratur viser at kunnskap om demens er viktig i utøvelse av sykepleie. Kunnskap om utfordringer som kan oppstå rundt kommunikasjon i et pleieforhold er viktig for å avdekke metoder som kan lette utfordringene. Demensomsorgen er en tøff sektor, og sykepleiere har nytte av støtte seg imellom. Refleksjon over ens egne og andres handlinger er med på å utvikle egen sykepleieutøvelse og danne gode holdninger. Personsentrert omsorg belyser individualitet, og kan sammen med kartlegging av relasjonelle ressurser være med på å bevare pasientens identitet.</p>		

ABSTRACT

Title:	Dementia care: The importance of communication	Date: 02.06.2020
<u>How can nursing through communication contribute to good care for elderly patients with dementia?</u>		
Authors:	Shabani, Shkurte	
	Skogstad, Karen Kristine	
	Stangnæs, Ingvild Marie	
Supervisor(s)	Balke, Inger	
Keywords (3-5)	Communication, nursing home, dementia, person-centered care, competence.	
Number of pages/words: 43/ 9 015	Number of appendix: 0	
<p>Background: The amount of people living with dementia in Norway increases by around 10 000 each year, and the number is expected to increase. A vast amount of the healthcare resources are dedicated to patients with dementia. It is therefore important to develop and maintain a therapeutic ambiance in the nursing homes. Nurses are dependent on using different methods that encourage the best care for these patients.</p> <p>Aim: The aim of this study is to increase knowledge on the importance of communication with patients. Searching for opportunities of professional development in communication within dementia care in nursing homes is also included.</p> <p>Method: This study is a literature study. Systematic searches have been performed in the Cinahl and SveMed+ database. The studies have been reviewed and combined with literature and nursing theories.</p> <p>Results: Studies show that communication is significant in how nursing is performed. Three main categories have been identified; nurses' competence, interaction and cooperation with colleagues and person-centered care.</p> <p>Conclusion: Knowledge on dementia is important in how nursing is performed. Knowledge on difficulties one may encounter in communication in nursing relations is important in revealing methods that may ease challenges. Dementia care takes its toll on healthcare professionals and supporting one another is useful. Having the ability to reflect upon one's and other's actions is seen to affect the professional development positively. Person-centered care enlightens patients' individuality and can in turn help with mapping the patient's relational resources that help preserve their identity.</p>		

Innholdsfortegnelse

INNHALDSFORTEGNELSE	3
1.0 INNLEDNING	5
1.1 INTRODUKSJON.....	5
1.2 SYKEPLEIEFAGLIG RELEVANS	5
2.0 BAKGRUNN.....	7
2.1 DEMENS.....	7
2.2 KOMMUNIKASJON.....	7
2.3 ETIKK I SYKEPLEIE	8
2.4 SENTRALE SYKEPLEIETEORETIKERE.....	9
2.4.1 <i>Kommunikasjon som instrument</i>	9
2.4.2 <i>Fra Novice til Ekspert</i>	9
2.5 HENSIKT MED OPPGAVEN	10
2.6 PROBLEMSTILLING	10
3.0 METODE	11
3.1 LITTERATURSTUDIE	11
3.2 KVANTITATIV OG KVALITATIV FORSKNINGSMETODE	11
3.3 SØKESTRATEGI.....	11
3.3.1 <i>Inklusjons- og eksklusjonskriterier</i>	12
3.4 SØK AV FORSKNINGSARTIKLER.....	14
3.5 KRITISK VURDERING OG ANALYSE.....	15
3.6 FORSKNINGSETISKE OVERVEIELSER.....	16
4.0 RESULTATPRESENTASJON.....	17
4.1 FREMSTILLING AV FORSKNINGSLITTERATUR	17
4.1.1 <i>Artikkel 1</i>	17
4.1.2 <i>Artikkel 2</i>	18
4.1.3 <i>Artikkel 3</i>	19
4.1.4 <i>Artikkel 4</i>	20
4.1.5 <i>Artikkel 5</i>	21
4.2 SAMMENFATNING AV RESULTATENE	22

4.2.1 Sykepleiers kompetanse	22
4.2.2 Samhandling mellom helsepersonell.....	22
4.2.3 Personsentrert omsorg	22
5.0 DRØFTING	24
5.1 SYKEPLEIERS KOMPETANSE.....	24
5.1.1 Kunnskapens tyngde i et omsorgsforhold	24
5.1.2 Kunnskapsnivå under kontinuerlig utvikling.....	25
5.1.3 Ønske om kompetanseheving.....	25
5.2 SAMHANDLING MELLOM HELSEPERSONELL.....	26
5.2.1 Informasjonsutveksling mellom sykepleiere.....	26
5.2.2 Betydning av tillit og støtte mellom sykepleiere	27
5.3 PERSONSENTRERT OMSORG	29
5.3.1 Pasienten som et unikt individ.....	29
5.3.2 Å kartlegge behov gjennom kommunikasjon.....	29
5.3.3 Pasient og pårørende som ressurs.....	31
5.4 UTSIKTER MOT FREMTIDEN	32
6.0 OPPGAVENS BEGRENSNINGER.....	34
7.0 KONKLUSJON	36
8.0 LITTERATURLISTE	37

1.0 Innledning

1.1 Introduksjon

Under utarbeidelsen av denne oppgaven bredte koronapandemien seg ut over hele verden. Besøksforbudet treffer landets sykehjem. Det er et nødvendig tiltak for å verne om liv og helse for pasientene, men savnet på sykehjemmene beskrives som større enn før. Grizovic er sykepleier og jobber på sykehjem. Hun mener besøksforbudet går ut over livskvaliteten til pasientene. Hun sier også at hukommelsen kan bli svekket hos enkelte når de ikke får besøk av sine kjære (Bergsagel, 2020). Samtidig kan en lese om flere løsninger som innføres på sykehjemmene for at pasientene skal få opprettholdt kontakten med familie og venner. En situasjon som denne setter lys på menneskets behov for kontakt med andre.

Når kommunikasjonen mellom pasient og deres venner og familie svekkes, synliggjøres sykepleierens innsats i å opprettholde kommunikasjon mellom seg og pasienter. I denne oppgaven vil en kunne lese om hvilke metoder sykepleiere kan bruke i samhandling med pasienten og kollegaer for å møte behovet for kommunikasjon. Samtidig vil viktigheten av kommunikasjon for å avdekke behov belyses.

1.2 Sykepleiefaglig relevans

I 2015 utarbeidet helse- og omsorgsdepartementet (2015) Demensplan 2020. Det vises til den økende levealderen blant eldre i samfunnet. En av de største utfordringene med dette er at antallet personer med demens trolig vil fordobles innen de neste 50 årene. Å ha god kompetanse innen demensomsorgen vil kunne ha stor påvirkningskraft på livene til de som har demens og bor på sykehjem. De er en sårbar gruppe, og er avhengig av personalet for hvordan dagene deres utspiller seg (helse- og omsorgsdepartementet, 2015).

Council of Nurses publiserte sin første versjon av yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere i 1953 og ble adaptert av Norsk Sykepleierforbund i 1983. Siden da har disse retningslinjene blitt revidert, sist i 2019, og implementert i norsk praksis (Norsk sykepleierforbund, 2019). Retningslinjene er førende for etisk vurdering av yrkesutøvelse og må til enhver tid vurderes av sykepleiere i praksis. Retningslinjene setter en standard for hvordan yrket bør utøves med henhold til blant annet pasienten og deres pårørende, arbeidssted og kollegaer. I

demensomsorgen er det stort behov for personsentrert omsorg. Punkt 2.3, som omhandler ivaretagelse av den enkelte pasient sine behov om helhetlig omsorg, er relevant for pasientene med demens på sykehjem (Norsk sykepleierforbund, 2019). Helse- og omsorgsdepartementet (2015) beskriver at demens arter seg ulikt fra person til person. Felles er hvordan demens påvirker hvordan de ser på seg selv, hvordan andre forholder seg til dem, og etter hvert hvordan de selv mestrer og håndterer livet sitt. Derfor må et godt helse- og omsorgstjenestetilbud utformes for å dekke behovene den enkelte har (helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Dette vil være viktig å ta hensyn til i hele sykdomsforløpet.

Å kunne kommunisere med andre ved å uttrykke følelser, behov, frykt eller oppfatninger er ifølge sykepleieteoretikeren Virginia Henderson (1998) et av menneskets grunnleggende behov. Ifølge Mathisen (2016) hevdet Henderson at en god sykepleier alltid tilstrebet å bli godt kjent med pasienten for å kunne bedre forstå hvilke behov vedkommende har. Å kjenne et menneske stiller krav om å lytte, observere og ha evne til å tolke det som blir sagt uten ord. For å skille hva som er av betydning, mener Henderson at sykepleieren må ha kunnskap og selvinnsikt (Mathisen, 2015).

2.0 Bakgrunn

2.1 Demens

Demens er en fellesbetegnelse på ulike sykdommer eller skader i hjernen som medfører kognitiv svikt og andre funksjonstap (Helsedirektoratet, 2018). Det kjennetegnes ved reduserte kognitive evner, endringer i følelser og personlighet, samt redusert evne til å fungere i dagliglivet (Helse- og omsorgsdepartementet 2015). Ifølge helsedirektoratet (2018) kan en anta at det er nærmere 80 000 mennesker i Norge som lever med demens. Hvert år er det rundt 10 000 som får denne diagnosen. Over 80 prosent av pasientene med langtids plass på norske sykehjem har en demenssykdom. Av disse er det ifølge Helsedirektoratet (2019) 90 prosent som i tillegg har atferdsmessige og psykiske symptomer ved demens (APSD).

Helsedirektoratet (2019) deler APSD inn i fire hovedkategorier; atferdssymptomer, psykotiske symptomer, affektive symptomer og vegetative symptomer. Disse fire kategoriene krever forskjellig behandlingstilnæringer til pasienten. Dette setter krav til personalets kompetanse om demens, og hvordan arbeidet bør foregå for å mestre den økende forekomsten på en god måte. Oppgaven vil fokusere på personer med demens på sykehjem, der personene har fremtreden kognitiv svikt som gjør at de har hjelpebehov deretter. Personer med demens vil videre i oppgaven betegnes synonymt med pasienter.

Ifølge helse- og omsorgsdepartementet (2015) er det en betydelig andel av personer i landet som har en udiagnostisert demenssykdom. Det finnes foreløpig ingen kurativ behandling. Økningen av antall eldre vil medføre at flere får demens, da forekomst av sykdommen øker med alderen. Det er derfor nødvendig å planlegge fremtidens helse- og omsorgstjenester, da dette vil prege de kommunale tjenestene på flere plan. Kapasitet, kompetanse, fysisk utforming og samspill med pårørende må tas i betraktning. Også samarbeidet med spesialisthelsetjenesten forutsees å bli påvirket (helse- og omsorgsdepartementet, 2015).

2.2 Kommunikasjon

Kommunikasjon kan enkelt forklares som utveksling av meningsfulle tegn mellom to eller flere parter. Tegn og signaler, enten de er verbale eller nonverbale, er ofte sammensatte, og må tolkes (Eide og Eide, 2017). I en demensprosess vil både evnen til å forstå og gjøre seg

forstått bli påvirket (Wogn-Henriksen, 2009). Det tyder likevel ikke på at behovet for å kommunisere med andre, som ligger så dypt i oss, blir noe mindre under demensutviklingen. I følge Wogn-Henriksen (2009) svarer de fleste personer med demens at det som er viktig for dem er samspill og kommunikasjon, å være sammen med noen, tilhøre noen, og å føle seg respektert og stimulert. På en annen side beskriver de vanskeliggjort kommunikasjon som en av de største påkjenningene ved sykdommen.

I likhet med Wogn-Henriksen (2009) finner Alsawy et al. (2019) at pasienter har et behov for å kommunisere og samhandle med andre mennesker. Forskningen deres går ut på å finne pasientenes opplevelse av hva god kommunikasjon betyr for dem. Å dele øyeblikk med emosjonell forbindelse og å myndiggjøre pasientens kommunikasjonsevner fremstår som to overordnede temaer. Emosjonelle øyeblikk kan innebære både tårer og latter, og er av større betydning dess mer pleier kjenner til personens livshistorie. Det understrekes også at tilstedeværelse emosjonelt, så vel som fysisk, i samtalen er viktig for opplevelse av myndiggjøring. Følelsen av at det en sier er viktig for mottakeren, og å ikke bli avbrutt, synes å være av stor betydning for pasientene. Dersom de følte at de ikke ble hørt, ble flyt i kommunikasjonen hindret og pasienten kunne føle avmakt (Alsawy, 2019).

2.3 Etikk i sykepleie

Slettebø (2009, som sitert i Brinchmann, 2016) definerer de fire etiske prinsippene i sykepleie etter velgjørenhet, ikke skade, autonomi og rettferdighet. Det understrekes at det ikke finnes hierarki i rangeringen av prinsippene. Likevel kommer det frem at ikke alle prinsippene alltid kan ta like stor plass i en etisk vurdering. Dette grunnet situasjoners dynamiske natur, og at ett prinsipp kan være mer relevant å ta hensyn til i en vurdering enn et annet. Grunnlaget for etisk sykepleie er at sykepleier ikke volder pasientene skade, arbeider for velgjørenhet og respekterer menneskers iboende verdighet og deres autonomi. Sykepleier skal også handle rettferdig. Brinchmann (2016) poengterer at disse prinsippene er spesielt viktige å jobbe ut fra i arbeidet med en såpass sårbar gruppe som pasienter med demens.

2.4 Sentrale sykepleieteoretikere

2.4.1 Kommunikasjon som instrument

Joyce Travelbee (1971, som nevnt i Eide og Eide, 2017) anser kommunikasjon som et verktøy for å skape et menneske-til-menneske-forhold. Disse relasjonene mener hun at er et produkt av kommunikasjon med formål om å bli kjent med pasientene. En lærer også å forstå og møte deres behov og hjelpe dem å mestre deres sykdom. For å kunne bruke kommunikasjon som et verktøy, må sykepleier ha en disiplinert og intellektuell tilnærming, og bruke seg selv terapeutisk. Hun understreker at slike ferdigheter tar lang tid å lære og at det er en livslang prosess. Eide og Eide (2017) supplerer den ovennevnte livslange prosessen med at ferdigheter innen kommunikasjon må trenes opp gjennom praksis.

2.4.2 Fra Novice til Ekspert

Sykepleieteoretiker Patricia Benner skrev i 1984 boken "Fra Novice til Ekspert". Her beskriver hun hvordan sykepleiere trinnvis opparbeider seg ekspertkompetanse. Hun mener at alle må gjennom det å være nyutdannet med liten erfaring til å bli en avansert nybegynner og videre til en kompetent utøver. Her forklarer Benner at en har evnen til å planlegge tiltak og begrunne vurderingene sine. Videre blir man en kyndig utøver, før man blir ekspert. Her har sykepleieren ifølge Benner (1984) en dyp og intuitiv forståelse for situasjoner, og gjør raske og sikre beslutninger. Videre forklarer Benner at hun med erfaring ikke kun refererer til at tiden har gått, men at en gjennom praktiske situasjoner har fått tilført nyanser til teorien en har lært. Hun skriver at teori gjerne er eksplisitt og formalisert, men at den kliniske praksisen alltid er mer kompleks, og kan vise til mange flere realiteter enn teori alene kan fange opp (Benner, 1984).

2.5 Hensikt med oppgaven

Hensikten med oppgaven er å få økt kunnskap om betydningen av kommunikasjon med pasienter som har demens, og om det finnes muligheter for fagutvikling innen kommunikasjon i demensomsorgen på sykehjem.

2.6 Problemstilling

Hvordan kan sykepleier gjennom kommunikasjon bidra til god omsorg for eldre pasienter med demens?

3.0 Metode

3.1 Litteraturstudie

Hensikten med en litteraturstudie er å finne svar på et forskningsspørsmål ved hjelp av en litteraturgjennomgang av allerede eksisterende forskningsresultater. I en litteraturstudie søker en systematisk etter og analyserer litteratur som omhandler et bestemt emne. Gjennom vurdering og evaluering av litteraturen vil en få ny innsikt som belyser tema (Aveyard, 2014).

3.2 Kvantitativ og kvalitativ forskningsmetode

Denne oppgaven har sett på forskning utført med både kvantitativ og kvalitativ metodetilnærming. Resultatene fra kvantitativ forskning fremstår harde og objektive, og sier noe om hvor utbredt et fenomen er. Utvalget består som regel av mange deltakere (Aveyard, 2014). Ved bruk av kvalitativ metodetilnærming vil en få kunnskap om de menneskelige egenskaper, opplevelser, erfaringer, holdninger og tanker for å få frem forskjellige nyanser. Det gir dybdekunnskap om virkeligheten til utvalget, som ofte ikke er så stort. Ved å bruke begge tilnærmingene får en både med den forklarende, naturvitenskapelige kunnskapstradisjonen, og den forstående, humanvitenskapelige kunnskapstradisjonen (Thidemann, 2019).

Selv om de to fremgangsmåtene er så ulike at en ikke kan foreta en eksakt sammenstilling av resultatene, er det tenkt at de sammen kan gi et større og mer sammensatt bilde av virkeligheten, og slik føre til økt forståelse av den (Thidemann, 2019). Kombinasjonen av disse to tilnærmingene vil kunne oppveie for svakheter som er forbundet med å kun benytte én metode. Når ulike metoder gir samme resultat er dette et sterkt argument for at studiens resultater er gyldige. Slik kan en få et mer nyansert perspektiv, en mer helhetlig forståelse og et sterkt kunnskapsgrunnlag (Thidemann, 2019).

3.3 Søkestrategi

Søkene startet generelt for å få oversikt over artiklene som finnes under det valgte tema. Oppgavens anvendte databaser er SveMed+ og Cinahl. SveMed+ er en nordisk database innenfor medisin og helse, og er dermed aktuell for å finne studier utført i Norden. Cinahl dekker et bredt spekter av internasjonal sykepleielitteratur, og er anbefalt blant annet av

Aveyard (2014). Søkene ble gradvis mer og mer spesifikke desto tydeligere oppgavens tema og problemstilling ble. Abstraktene til artiklene ble lest dersom de virket relevant ut fra tittelen på artikkelen. Videre ble de dømt ut ifra satte inklusjons- og eksklusjonskriterier, samt studiens hensikt, metode og resultat.

3.3.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Hensikten med inklusjons- og eksklusjonskriterier er å identifisere hva en ønsker å søke etter. Fordi det finnes så mange artikler er det nødvendig å sette opp kriterier slik at søket fører til relevante studier som kan være med på å gi svar på oppgavens problemstilling (Aveyard, 2014).

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
IMRaD eller lignende struktur	Forskningsartikkel eldre enn fem år
Fagfellevurdert	Ikke engelsk eller skandinavisk språk
Fokus på kommunikasjon	Meta-analyser
Pasienter med demens \geq 65 år	Kasusstudier
Studiens deltakere er ansatte og/eller pasienter ved sykehjem	
Godkjent av en form for etisk nemd	

Ifølge Thidemann (2019) følger oppbyggingen av vitenskapelige artikler i medisin og helsefag som oftest IMRaD-struktur. Denne strukturen er en inndeling av studier, bestående av innledning, metode, resultat og diskusjon. Denne strukturen gjør det enkelt å få et overblikk over innholdet i teksten, slik at en kan se om den virker relevant for oppgaven. Dette fungerte ikke som et absolutt kriterium, da gode og relevante studier ikke nødvendigvis har denne strukturen. Vitenskapelige tidsskrifter har uavhengige fagpersoner som skal vurdere om den enkelte artikkelen holder vitenskapelig standard (Dalland, 2017). At et tidsskrift er

fagfellevurdert vil si at de publiserte artiklene er kontrollert av en kompetent og utenforstående part. Det er dermed en kvalitetssikring (Svartdal, 2020). De resterende inklusjonskriteriene består av utvalg og tema, fordi studiene måtte ha noe å si for oppgavens problemstilling.

Det var ønskelig å bruke nyere forskning i oppgaven, og derfor ble det satt en grense på fem år bakover i tid. Videre var det ikke ønskelig å ta i bruk metaanalyser, men heller enkeltstudier. Metaanalyser er en oversikt over resultatene av mange studier, og disse blir dermed sekundærlitteratur. Store metaanalyser blir kun en oppsummering av enkeltstudiene, og elementene i studiene blir dermed mindre fremtredende. I denne oppgaven var det ønskelig å forstå og sette seg inn i de inkluderte studiene sine metoder og resultater. Kasusstudier dreier seg om studier som er rettet mot et enkeltindivid som skiller seg tydelig ut. I denne oppgaven ble slike studier valgt bort da det heller var ønskelig med studier der flere ble inkludert, og at en dermed kan vise til trender og likheter blant flere (Aveyard, 2014).

For å styrke oppgaven var det viktig at studiene hadde solid forskningsmetode. Her lå fokus på hvordan studien ble utført, hvor stort utvalg det var med i studien, og hvordan en kom frem til utvalget. Dette ble spesielt lagt vekt på i artiklene med kvantitativt forskningsdesign. Her har antall og utvalgsmetode stor betydning for studiens reliabilitet og validitet. I kvalitative studier var fokus på hvordan dataene ble samlet inn og transkribert, og hvem de inkluderte. Dette er viktig da kvalitativ metode er ment for å gi økt forståelse av fenomenet gjennom studieobjektene opplevelser og meninger, som ikke lar seg tallfeste (Dalland, 2017). Videre var det viktig at studien var relaterbar til norsk sykepleiepraksis. I tillegg til dette var det viktig at studiene var etisk godkjent, da det kan være problematisk å forske på en så sårbar gruppe som mennesker med demens (Den Nasjonale Forskningsetiske Komiteen, 2005).

3.4 Søk av forskningsartikler

Database	Søkeord og kombinasjon	Avgrensning	Antall treff	Inkludert
SveMed+	1. Dementia		1 905	
	2. Communication		7 001	
	1 AND 2		159	
	3. Nursing home		2 255	
	1 AND 2 AND 3		48	
		Peer reviewed	15	Söderlund et al. (2015)
Cinahl	1. Dementia		67 572	
	2. Nursing home OR long term care facility		60 529	
	3. PCC OR person-centered health OR person-centered care		18 893	
	1 AND 2 AND 3		301	
		2014-2020	154	Kolanowski et al. (2015)
Cinahl	1. Communication		200 451	
	2. Dementia		67 572	
	3. PCC OR person-centered health OR person-centered care		18 893	
	1 AND 2 AND 3		135	
		2014-2020 Linked full text	78 19	Riachi (2017)
Cinahl	1. Dementia		67 572	
	2. Nursing home OR long term care facility		60 529	
	3. Reminiscence therapy		692	
	1 AND 2 AND 3		83	
		2014-2020 Linked full text	40 12	Cooney et al. (2014)
Cinahl	1. Dementia		67 572	
	2. Nursing home OR long term care facility		60 529	
	3. Work environment		40 879	
	1 AND 2 AND 3		69	
		2014-2020 Linked full text	30 7	McCabe et al. (2015)

3.5 Kritisk vurdering og analyse

De valgte forskningsartiklene består av fire kvalitative studier, og én kvantitativ. Dette er fordi det var et større utvalgt blant de kvalitative enn de kvantitative i søkene. De kvalitative rettet seg mer mot oppgavens tema enn de kvantitative studiene gjorde. Det falt dermed naturlig for oppgavens hensikt og problemstilling å benytte kvalitative studier, da det er menneskeliv oppgaven omhandler. En kan lære mye av andres opplevelse og erfaring (Forsberg og Wengstrøm, 2015).

Ettersom demens er en sykdom som kan ramme mennesker uavhengig av religion, etnisitet og sosial bakgrunn er det i denne oppgaven inkludert studier fra andre land enn de i Norden. Det vises forståelse for at de ulike landene kan ha kulturelle forskjeller i forbindelse med uttrykk av grunnleggende behov. For å utarbeide oppgaven vil studier utført i land som ansees å ha samme syn på demens inkluderes. Landene studiene er gjort i er henholdsvis Australia, Irland, Sverige, Storbritannia og USA. Ut fra inntrykket litteraturen gir, oppfattes disse landene som relaterbare til norsk sykepleiepraksis og norsk helsekultur, og er derfor inkludert i denne oppgaven (Hanssen, 2014).

Ved oppstart av oppgaven ble artikler eldre en fem år satt på lista over eksklusjonskriterier. Etter en litteraturgjennomgang måtte grensen endres, siden det ble oppdaget gode artikler som var noe eldre. Demens har vært en forskningsaktuell sykdom i mange år, og det ville ikke endre evnen artiklene har til å besvare problemstillingen. Slik ble tilgangen til relevante artikler større.

Å analysere resultatene omfatter en systematisk gransking av artiklene. Dette ble gjort ved å ta utgangspunkt i Aveyards tematiske analysemodell (2019, som sitert i Thidemann, 2019). Den går ut på å finne gjennomgående tema i en eller flere artikler, for å sammenfatte og drøfte dataene. Temaene ble gransket i flere omganger for å finne likheter og ulikheter i materialet. På denne måten kan en finne ut hvordan temaene passer sammen, for å best mulig føre de gjennom oppgaven til en ender på en konklusjon (Thidemann, 2019).

3.6 Forskningsetiske overveielser

Pasientmedvirkning og samtykke er viktige prinsipper som kan være vanskelig å realisere når pasientene har kognitiv svikt. Denne svikten kan gjøre at vedkommende ikke forstår hvilke konsekvenser de forskjellige valgalternativene har (Ranhoff, 2015). I følge Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) paragraf 4-3, kan samtykkekompetansen bortfalle helt eller delvis, dersom pasienten grunnet eksempelvis demens åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter. Ifølge World Medical Association (2018) står hensynet til sårbare grupper sterkt i Helsinkideklarasjonen.

Helsinkideklarasjonen er et eksempel på etiske retningslinjer som brukes aktivt over store deler av verden. Her står det at i medisinsk forskning som omfatter mennesker skal hensynet til forsøkspersonens velferd gå foran samfunnets og vitenskapens interesser (World Medical Association, 2018). Samtidig kan en hevde at dersom mennesker blir sett på som så sårbare at de alltid vil bli ekskludert fra forskning, vil sårbarheten kun øke (Den Nasjonale Forskningsetiske Komiteen, 2005). I Helsinkideklarasjonen står det at forskning på sårbare grupper, eksempelvis pasienter med demens, kun skal gjennomføres dersom den nødvendige kunnskapen ikke kan hentes fra mindre sårbare forsøkspersoner. Forskingen må også antas å komme disse gruppene til gode. Samtykke fra forsøkspersonenes nærmeste pårørende eller formynder må også innhentes (World Medical Association, 2018).

4.0 Resultatpresentasjon

4.1 Fremstilling av forskningslitteratur

4.1.1 Artikkel 1

Referanse	Söderlund, M. <i>et al.</i> (2015) Conversations between persons with dementia disease living in nursing homes and nurses – qualitative evaluation of an intervention with the validation method, <i>Scandinavian Journal of Caring Science</i> , 30 (1), s. 37-47. doi: https://doi.org/10.1111/scs.12219
Hensikt	Hensikten med studien var å undersøke handlingene og reaksjonene til pasienter med demens i en-til-en samtaler med sykepleier.
Metode	Kvalitativ studie utført i Sverige. Sykepleierne i studien fikk opplæring i valideringsmetoder. Dataen består av innspillinger av samtaler mellom sykepleier og pasient diagnostisert med demens. Det ble filmet én samtale før sykepleierne begynte med opplæringen, og senere én samtale hver måned i minst fem måneder. Utvalget består av fire sykepleiere og fire pasienter. Analysen innebar gjennomgang av videoene, både den verbale og den nonverbale kommunikasjonen.
Resultat	Studien kom frem til at pasientene fikk flere muligheter til å bruke de kommunikasjonsevnene de har etter at sykepleierne fikk opplæring i valideringsmetoder. Pasientene pratet mer fritt, genererte færre forvirrende samtaleemner og førte lengre samtaler enn før studiens oppstart. Studien viser at sykepleierne kan ha utviklet sine kommunikasjonsevner med valideringsmetoden ved å benytte aktiv lytting, veilede pasienten i samtale og observere pasientens kroppsspråk.
Egne kommentarer	Av svakheter kan en trekke frem det lave utvalget, og at det kun var kvinnelige pasienter med i studien. Studien er godkjent av the Regional Ethical Review Board in Stockholm.

4.1.2 Artikkel 2

Referanse	Kolanowski, A. <i>et al.</i> (2015) «Wish we would have known that!» Communication Breakdown Impedes Person-Centered Care, <i>The Gerontologist</i> . 55 (1), s. 50-60. doi: https://doi.org/10.1093/geront/gnv014
Hensikt	Hensikten med studien er å se på hvilke faktorer som påvirker hvorvidt personsentrert omsorg kan utøves. Den undersøker også hvordan personalet skaffer seg og formidler informasjon som er nødvendig for å iverksette personsentrert omsorg til pasienter med APSD. Barrierer for personsentrert omsorg og informasjonsutveksling ble også utforsket.
Metode	Kvalitativ metode, observasjonsstudie gjort i USA. Det ble holdt gruppesamtaler med de ansatte ved tjenestestedet. Fire sykepleiere uten kjennskap til deltakerne og én klinisk psykolog som hadde det, inntok rollen som moderatorer. Dataene består av analysering og transkribering av lydopptakene som ble gjort i gruppene.
Resultat	Gruppene identifiserte to faktorer som er essensielle for å yte personsentrert pleie til pasientene; personlig tilegnet kunnskap om pasienten som menneske, og informasjon om tilnærming til pasienten ved tilfeller hvor APSD er fremtredende. Deltakerne identifiserte også barrierer for informasjonsutveksling som støtter personsentrert pleie. Studien fant at pasientinformasjon ikke ble delt rutinemessig mellom alle ansatte.
Egne kommentarer	Ved bruk av fokusgruppe fremfor intervju med enkeltindivider, får en tilrettelagt for reaksjoner mellom deltakerne og moderatoren. Dette mente forskerne at gir et større inntrykk av virkeligheten, samtidig som at det gir større rom for de som ellers ikke ville sagt så mye på tomannshånd.

4.1.3 Artikkel 3

Referanse	Riachi, R. (2017) Person-centered communication in dementia care: a qualitative study of the use of the SPECAL method by care workers in the UK, <i>Journal of Social Work Practice</i> , 32 (18), s. 303-321. doi: https://doi.org/10.1080/02650533.2017.1381948
Hensikt	Å se hvilke metoder og strategier sykepleiere kan bruke fra SPECAL-metoden (Specialised Early Care for Alzheimer's-method) for å unngå APSD hos pasienter med demens.
Metode	Kvalitativ metode fra Storbritannia. Det ble utført semistrukturert intervju av syv sykepleiere som har fått opplæring i bruk av SPECAL-metoden. Intervjuene ble senere analysert med teoretisk koding.
Resultat	Forskerne identifiserte kjernekategoriene "vedlikeholdelse av pasientens selv". Dette innebærer forskjellige strategier. Det synes å være viktig å unngå urovekkende atferdsmessige reaksjoner hos pasienten ved å betrygge dem i samtale og styre unna følsomme temaer. Empati kommer også frem som en faktor i vedlikeholdelse av pasientens selv. Pleierne ble også mer bevisst på egne evner til å reflektere over pasientens reaksjoner på hva som ble sagt.
Egne kommentarer	Forfattere har fått godkjent studien sin fra Faculty Research Ethics Committee. Alle deltakere i studien ga samtykke.

4.1.4 Artikkel 4

Referanse	Cooney, A. <i>et al.</i> (2014) 'Seeing me through my memories': a grounded theory study on using reminiscence with people with dementia living in long-term care. <i>Journal of clinical nursing</i> , 23 (23-24), s. 3564-3574. doi: http://dx.doi.org/10.1111/jocn.12645
Hensikt	Hensikten med studien er å få en forståelse av pasientene, personalet og pårørende sitt perspektiv på reminisens. Reminisens sin innvirkning på livene deres, samt deres opplevelse av å gi og få pleie og omsorg ble undersøkt.
Metode	Kvalitativ studie fra Irland. Personalet som deltok i studien fikk tilsendt et utdanningsprogram om reminisens. Hver uke skulle sykepleierne ha tre spontane og én planlagt episode av reminisens sammen med sine tildelte pasienter. Dette foregikk i 18-22 uker. Det ble så gjort dybdeintervju med 38 deltakere fra fire sykehjem. Deltakerne besto av elleve pasienter med demens, fem pårørende, 19 helsepersonell og tre avdelingsledere. Videre ble intervjuene kodet og analysert.
Resultat	Personalet forstår lettere og setter pris på pasienten når de kjenner deres historie. Personalet bemerket seg at pasientene reagerte på en ny måte ved reminisens. De fortalte at de hadde blitt overrasket over flere av pasientenes evne til å kommunisere og samhandle gjennom reminisens. Personalet mente også at det å kjenne historiene til pasientene hjalp de med å håndtere APSD. Kommunikasjonsmetoden viste seg å ikke bare ha innvirkning på enkeltindivider, men også hele gruppen. Personalet rapporterer roligere miljø i avdelingen. Pårørende rapporterte at byrden av å bevare pasientens personlighet ble redusert ved at flere kjente til pasientens livshistorie.
Egne kommentarer	Reminisens er en tidkrevende form for kommunikasjon. Det kan være vanskelig å beholde en slik praksis med mindre ledelsen støtter og belønner det.

4.1.5 Artikkel 5

Referanse	McCabe, M. P. <i>et al.</i> (2015) Organizational factors related to the confidence of workers in working with residents with dementia or depression in aged care facilities, <i>Aging and mental health</i> , 21 (5), s. 487-493. doi: https://doi.org/10.1080/13607863.2015.1118011
Hensikt	Hensikten er å undersøke om organisatoriske faktorer er relatert til sykepleiernes følelse av trygghet i sine faglige evner i arbeid med eldre pasienter med demens.
Metode	Kvantitativ metode, spørreskjemaundersøkelse. 255 ansatte ved 21 sykehjem i Australia ble delt i to grupper. Den ene gruppen bestod av ansatte med lav ansiennitet og den andre med høyere ansiennitet. 87 prosent var kvinner. Ansattes kunnskap om depresjon hos eldre, egen kompetansetrygghet i arbeidet med eldre, mestringsevne, jobbstress og tilfredshet ble målt.
Resultat	Autonomi, tillit og støtte viste seg å være signifikante faktorer assosiert med følelse av mestringsevne i arbeidet med pasientene. Jobbstress viste negativ assosiasjon. Ingen signifikante sammenhenger mellom følelse av mestringsevne og ansiennitet eller tilfredshet. Imidlertid viser denne studien viktigheten av å føle seg støttet av sine kollegaer. Dette tyder på at kollegiale forhold påvirker tryggheten på egen kompetanse.
Egne kommentarer	Studien har fått godkjenning av Human Research Ethics Committee ved universitetet.

4.2 Sammenfatning av resultatene

4.2.1 Sykepleiers kompetanse

Kolanowski et al. (2015) fant at kunnskap om demens og APSD er svært viktig for å yte god pleie. Med dette som grunnlag kunne pleierne enklere utvikle relasjoner med pasientene og disse var med på å redusere APSD. Helsepersonellet i den samme studien uttrykte også ønske om opplæring i bruk av kroppsspråk. Både Kolanowski et al. (2015), Söderlund et al. (2015), Riachi (2017) og Cooney et al. (2014) understreker viktigheten av både den verbale og nonverbale formen for kommunikasjon.

4.2.2 Samhandling mellom helsepersonell

Kolanowski et al. (2015) gjorde funn på at pasientinformasjon ikke ble delt rutinemessig mellom de ansatte på sykehjemmet. Personalet mente at det skyldes tidspress og at de uansett ikke hadde troen på dokumentasjonssystemet, da informasjonen ikke ble skrevet videre. De fortalte også at det ofte dokumenteres irrelevant informasjon som ikke er viktig for pasientens omsorg, og at det dermed blir mye å lese gjennom. Informasjon delt på tomannshånd ble ansett som mer pålitelig og hensiktsmessig. Deltakerne erkjenner et stort kommunikasjonsgap hvor de ser mangel på tilgang til relevant pasientinformasjon på en systematisk måte (Kolanowski et al., 2015). I den samme studien fremkommer også viktigheten av at helsepersonell deler den informasjonen og kunnskapen de har med sine kollegaer for å kunne føre rettferdig praksis.

Studien til McCabe et al. (2015) fant at autonomi, tillit og støtte på arbeidsplassen er assosiert med mestringssevne i arbeidet med pasientene. Studien viser dermed viktigheten av å føle seg støttet i sine kollegiale forhold. McCabe et al. (2015) gjorde funn på at de som har jobbet lenger, og dermed har mer erfaring, rapporterte mer kunnskap om pasientenes diagnoser. Ellers viste ikke denne studien noen signifikante sammenhenger mellom ansiennitet og følelse av mestring i arbeidet med pasientene (McCabe et al., 2015).

4.2.3 Personsentrert omsorg

Helsepersonellet som deltok i studiene til Söderlund et al. (2015) og Cooney et al. (2014) fikk opplæring i to forskjellige kommunikasjonsmetoder. Dette for å kunne undersøke om det førte til endring i kommunikasjonen mellom helsepersonell og pasient. Studien til Söderlund et al.

(2015) gikk ut på å gi sykepleierne opplæring i bruk av valideringsmetoden. Metoden handler om å vise aksept og respekt for andres opplevelse av virkeligheten. Her ønsket de også å øke oppmerksomhet rundt den andre personens kommunikasjon. Poenget var å forstå meningen bak det som blir kommunisert, og å fange opp følelsene som ligger bak (Söderlund et al., 2015). Studien viser at sykepleierne utviklet sine kommunikasjonsevner, og dermed ga pasientene muligheten til å få kommunisert det de ønsket å uttrykke. Samtalene ble mindre forvirrende, og sykepleier kunne følge med enklere. Pasientene fikk rom til å snakke fritt om det de selv ville, og de brukte mer nonverbal kommunikasjon i samtale.

I studien til Cooney et al. (2014) ble helsepersonell gitt opplæring i bruk av reminisens ved pleie av pasienter med demens. Pasientene ble mer snakkesalige, og det åpnet opp for nye samtaleemner. Pleierens evne til å reflektere rundt pasientens reaksjoner på kommunikasjon og atferd var ifølge studien til Riachi (2017) viktig for sykepleierens utvikling. De så på reaksjonene til pasientene og reflekterte deretter rundt tiltakene som passet best, og hvilke tiltak som kunne benyttes videre (Riachi, 2017).

Både Cooney et al. (2014), Kolanowski et al. (2015) og Riachi (2017) fant at kunnskap om pasientenes liv og fortid er en essensiell faktor for å kunne yte god personsentrert omsorg. Helsepersonellet i studiene indikerte at kjennskap til pasientens preferanser, hva som fører til misnøye, og familiehistorikk er viktig da dette ga sykepleieren innpass. Cooney et al. (2014) og Kolanowski et al. (2015) understreket også at helsepersonellet så på pasientenes pårørende som en viktig rolle i samlingen av slik data. Kjennskap til pasientens livshistorie viste seg å være viktig for å benytte metoder som reminisens, hvor sykepleier kunne forstå pasienten gjennom deres minner (Cooney et al., 2014). Söderlund et al. (2015) finner at pasientene opplevde å bli stilt i et dårlig lys dersom sykepleieren ikke validerte deres tanker og følelser.

5.0 Drøfting

5.1 Sykepleiers kompetanse

5.1.1 Kunnskapens tyngde i et omsorgsforhold

Ettersom antallet personer med demens vil stige og det ikke finnes noen kurativ behandling er det viktig at helsepersonell i demensomsorgen har god kompetanse. Med slik kompetanse vil pleien og omsorgen som ytes være kvalitetssikret og forankret i kunnskap. Ifølge Helse- og omsorgsdepartementet (2015) er det behov for at kunnskapsgrunnlaget bedres slik at tilpassede og tilrettelagte tjenestetilbud kan utvikles til pasientene og deres pårørende. Om lag en tredjedel av de avtalte årsverkene i omsorgstjenestene består av personell uten helse- og sosialfaglig utdanning. Med dette i betraktning, er det stor sannsynlighet for at pasienter og deres pårørende vil møte ansatte uten relevant utdanning eller opplæring. Selv om det er utviklet tiltak for å bedre personalets kompetanse, uttrykker pasientene og deres pårørende bekymring for manglende kompetanse og kunnskap om demens blant helsepersonell. Manglende kompetanse kan føre til at personer med demens ikke får det tilbudet de har krav på eller den hjelp de har behov for (Helse- og omsorgsdepartementet 2015).

En er i dag avhengige av assistenter og ufaglærte på helseinstitusjoner grunnet mangel på faglært personell. Disse kan være dyktige innenfor fagfeltet og gjøre en god jobb ut fra de forutsetninger som foreligger. Helsepersonellovens paragraf fire (1999) forklarer at forsvarlighet i yrket skal baseres på de kvalifikasjoner pleieren har. En ufaglært pleier vil ikke ha de samme formelle kvalifikasjonene som en sykepleier. Dermed vil sykepleierens kompetanse være til større fordel for pasientene enn hva som kan tilbys uten, sett fra et fremtidsrettet perspektiv. Kolanowski et al. (2015) fant at kunnskap om demens og APSD, som mange av disse pasientene lider av, har betydning for å yte god pleie. For å yte slik omsorg var det nødvendig med personlig tilegnet kunnskap om pasienten som et unikt individ. Staben indikerte at kjennskap til pasientens preferanser, hva som kunne føre til misnøye, hvilke daglige rutiner pasienten hadde før innleggelse var viktig for videre pleie. Med dette som grunnlag kunne pleierne enklere utvikle relasjoner med pasientene som igjen førte til god kommunikasjon, og som reduserte APSD. Som nevnt har ikke ufaglært helsepersonell nødvendigvis den samme kunnskapen og erfaringen som sykepleiere. Når

pasienter har fremtredende APSD kan det tenkes at mangelen på kompetanse kan stå til hinder for forebygging av disse symptomene. Skovdahl og Berentsen (2014) trekker sammenhenger mellom slike stressende situasjoner for helsepersonell og overført stress til pasientene som et resultat av mangel på kompetanse.

5.1.2 Kunnskapsnivå under kontinuerlig utvikling

Sykepleiefaget er et fag som alltid er under utvikling og stadig forskes på.

Kunnskapsutviklingen som omtalt av Benner (1984) er aktuell innen demensomsorgen. Som nyutdannet sykepleier kommer en med den nyeste lærdommen. Slik kan man være en god ressurs for arbeidssteder for å implementere ny lærdom. Erfarne og rutinerte pleiere har mye erfaringsbasert kunnskap som de kan dele med nyere sykepleiere innen faget. Slik vil et samspill mellom mindre erfarne sykepleiere og mer erfarne sykepleiere danne et grunnlag for å øke kunnskapen på arbeidstedet. McCabe et al. (2015) har sett på hvordan sykepleierne selv rapporterer kunnskapsnivået sitt. Sykepleierne med høy ansiennitet rapporterer høyere kunnskap om pasientenes diagnoser og symptomer. Travelbee (1971, som nevnt i Eide og Eide, 2017) mener også at kommunikasjonsferdigheter læres over tid, men aldri læres ferdig ettersom det er en modningsprosess. Eide og Eide (2017) supplerer med at praktisk trening er nødvendig for å opparbeide seg gode kommunikasjonsferdigheter og at teoribasert læring ikke er tilstrekkelig.

5.1.3 Ønske om kompetanseheving

I de etiske retningslinjer for sykepleiere står det at sykepleie skal bygge på forskning, erfaringsbasert kompetanse og brukerkunnskap (Norsk sykepleierforbund, 2019). Sykepleiere er pliktig til å holde seg oppdatert på ny kunnskap som kommer. En vil aldri være ferdig utlært, ettersom det alltid vil komme ny og oppdatert informasjon.

Ledelse utgjør en forskjell når det gjelder sykepleiers egen opplevelse av kompetanse i arbeidet med pasienter som har demens. I Kolanowski et al. (2015) kom det ønsker fra personalet om å få muligheter til å heve kompetansenivået sitt. De ønsket økt kunnskap om nonverbal kommunikasjon og om hvordan de skal handle i akutte situasjoner. Dette viser at sykepleiere overholder de etiske retningslinjene ved å aktivt søke ny kunnskap (Norsk sykepleierforbund, 2019). De så behovet for opplæring og etterspurte det. Pleierne hadde også tilbakemeldinger på hvordan de mente læringsutbytte ville være størst. De mente de var mer

mottakelige for visuell læring i form av videoer og demonstrasjoner, fremfor læring gjennom teori (Kolanowski et al., 2015). Dette underbygger Eide og Eide (2017) sitt utsagn om at teoribasert læring ikke er tilstrekkelig for å utvikle de ferdigheter som kreves. Det ansees også gunstig både for sykepleieren og for pasienten å få praktisk undervisning utenom reelle situasjoner. Sykepleier får mulighet til å få tilbakemeldinger gjennom undervisningen, og pasienten blir ikke brukt som en forsøksperson (Eide og Eide, 2017).

På en annen side krever undervisning og kompetanseheving på arbeidsplassen økonomiske ressurser som ikke alle sykehjem har tilgang til. I Norge er de fleste sykehjem forbundet i kommuner. Kommunens frie inntekter fungerer som grunnlaget for deres økonomi. Mesteparten av frie inntekter består av skattepenger. På den måten vil kommunene med de mest økonomisk ressurssterke skattebetalere stå for større andeler av kommunens økonomi. Kommuner som ikke har innbyggere med store økonomiske ressurser vil dermed ha dårligere råd enn kommunene som har dem (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2019).

5.2 Samhandling mellom helsepersonell

5.2.1 Informasjonsutveksling mellom sykepleiere

Samhandling mellom helsepersonell er svært viktig for at pasientene skal få best mulig behandling og pleie (Heyn, 2015). Den som yter helsehjelp har ifølge Helsepersonelloven (1999) dokumentasjonsplikt. Paragraf 39 og 40 viser til plikten til å registrere relevante og nødvendige opplysninger, både om pasienten og hjelpen som er gitt. Slik skal personalet være sikret tilgang på informasjonen også ved et senere tidspunkt. Helsepersonellet i studien til Kolanowski et al. (2015) delte ikke pasientinformasjon rutinemessig, og forsvarte det med at den skriftlige dokumentasjonen ikke fungerte optimalt. Mangel på tid var blant annet en av faktorene som hemmet elektronisk dokumentasjon.

Hauge (2014) viser til flere studier med samme resultat, nemlig at sykepleiedokumentasjon mangler helhet og struktur. Det har altså vist seg vanskelig å få til en oversiktlig og effektiv dokumentasjon av sykepleie. Hellesø (2015) skriver at kvalitet og kontinuitet i helsehjelpen avhenger av kvaliteten på dokumentasjon i pasientjournalen. Pasientene er dermed avhengig av god dokumentasjon for faglig forsvarlig helsehjelp. Helsepersonellet i studien til Kolanowski et al. (2015) anså informasjon delt på tomannshånd som mer pålitelig og

hensiktsmessig enn skriftlig dokumentasjon. På en annen side erkjente de mangel på tilgang til relevant pasientinformasjon på en systematisk måte.

Solvang (2009) er sykepleier, og har gjennomført et prosjekt der hun har sett på forskjellen mellom skriftlig og muntlig rapport. Studien viser at stille rapport fører til mindre overtid og bedre skriftlig dokumentasjon. Dette er fordi de tidligere holdt lange muntlige rapporter, og i tillegg måtte bruke tid på å dokumentere skriftlig. Ved kun skriftlig rapport ble det brukt mer tid på å skrive de relevante og nødvendige opplysningene enn tidligere. Likevel ble overtid i forbindelse med vaktskiftet i løpet av prosjektet mer enn halvert uten den muntlige rapporten. Deltakerne i studien til Solvang (2009) var skeptiske til å gå over til stille rapport.

Hovedgrunnen til dette var frykt for at viktige diskusjoner mellom kollegaer ville bli borte, da dette ofte foregikk under rapporten. De var redde for å miste muligheten for å få tilbakemeldinger, gode råd og tips fra sine kollegaer. Denne sosiale og støttende tiden i løpet av vekten ble også satt pris på av deltakerne i studien til Kolanowski et al. (2015). Løsningen Solvang (2009) kom frem til var å innføre fagmøter, der de fikk satt disse konstruktive samtalene i system. Evalueringen av forskningsprosjektet viste en klar positiv utvikling av rapportsystemet. Sykepleierne var også tilfreds, og ønsket å fortsette med denne rapportformen etter prosjektiden var over.

5.2.2 Betydning av tillit og støtte mellom sykepleiere

Studien til McCabe et al. (2015) så på hvilke faktorer som ligger til grunn for at sykepleiere skal kjenne trygghet i sine sykepleiefaglige evner. Tillit og støtte mellom kollegaer viste seg å være signifikante faktorer assosiert med mestringsfølelse og trygghet i egne evner. Dette har mye å si for pleien og omsorgen en kan yte. Sykepleien (2011) skriver at støtte og diskusjoner med kollegaer er viktig for stressmestring. Å kunne diskutere jobbsituasjoner med noen som forstår blir hevdet å være avgjørende for stressmestring. Eide og Eide (2007) finner flere undersøkelser hvor belastningen av å jobbe med pasienter som ikke blir bedre er stor. Når behovet for hjelp er større enn sykepleier kan tilby, vil også sykepleieren ha behov for støtte (Honkavuo og Lindström, 2014, som nevnt i Eide og Eide, 2017). Det trekkes også frem hvor viktig det er å ha en synlig og tilstedeværende leder. I andre yrker kan en diskutere opplevde situasjoner med familie og venner når en kommer hjem. Dette gir ikke taushetsplikten helsepersonell rom for å gjøre etter Helsepersonellovens paragraf 21 (1999). Dermed blir kollegaer enda viktigere (Sykepleien, 2011).

Å pleie for pasienter med APSD og kommunikasjonsutfordringer kan være svært krevende. I studien til Riachi (2017) kommer det frem at helsepersonell kan bli emosjonelt utslitt av arbeidet. Travelbee (1971, som nevnt i Eide og Eide, 2017) beskriver empati som evnen til å forstå og ta del i et annet menneskes aktuelle psykologiske tilstand. Hun mener at sykepleier kan empatisere med pasienten, uten å kjenne på de vonde følelsene selv. På denne måten fremstår sykepleier forstående og støttende. Heyn (2015) skriver at sykepleiere lettere blir utbrent dersom de lever seg inn i pasientenes situasjon og blir der. Hun skriver videre at et godt tips vil være å bry seg fullt og helt mens en er på jobb, og legge det fra seg når en går hjem. Sneltvedt (2016) skriver at distanse er en positiv faktor som setter den profesjonelle hjelperen i stand til å nyttiggjøre sin fagkunnskap. Generelt kan en si at det gjelder å finne en balansegang mellom det å kjenne og føle pasientens situasjon, og det å legge det fra seg. Denne balansegangen har vist seg å være vanskelig å oppnå for mange (Heyn, 2015).

De yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere handler om både det kollegiale samarbeidet og ledelsens ansvar for fagutvikling. Det fremkommer at sykepleieren skal være til støtte for medarbeidere i vanskelige situasjoner, fremme åpenhet og gode tverrfaglige samarbeidsforhold. Det avklares også at ledere av sykepleietjenester har et særskilt ansvar for å skape rom for fagutvikling og etisk refleksjon (Norsk sykepleierforbund, 2019). Kritisk refleksjon av vanskelige situasjoner i demensomsorgen kan hjelpe til å finne løsninger. Det er viktig å reflektere og vurdere om det er pasientens behov og trivsel som står i sentrum, eller pleierens eget behov for å føle en har gjort en god jobb. Mangel på kritisk refleksjon kan føre til at pleiere ikke innser at de har handlet uhensiktsmessig (Skovdahl og Berentsen, 2014). Her kan studien til Solvang (2009) trekkes frem som et godt eksempel. Ved å innføre fagmøter fikk sykepleierne en plattform der de kunne dele erfaringer, reflektere over disse sammen med kollegaer og støtte hverandre. I Forskrift om nasjonale retningslinjer for sykepleierutdanning (2019) fremstår dannelsen av holdninger sentralt. Holdningene som kultiveres skal sikre et likeverdig tjenestetilbud for alle. Holdningene til sykepleier vil alltid være påvirkelige av andre sykepleiere gjennom kunnskap og erfaring. Refleksjoner rundt sine egne holdninger og verdier med kollegaer vil kunne være med på å danne og ivareta gode holdninger. Slik kan det tenkes at sykepleierens forutsetning for å gi god, helhetlig og personsentrert omsorg bedres (Forskrift om nasjonale retningslinjer for sykepleierutdanning, 2019).

5.3 Personsentrert omsorg

5.3.1 Pasienten som et unikt individ

Personsentrert omsorg tar utgangspunkt i identiteten, behovene, helseutfordringene og verdiene hos et individ (Eriksen, 2015). Skovdahl og Berentsen (2014) beskriver personsentrert omsorg som et behov hos alle mennesker. Disse behovene er både sosialpsykologiske og fysiske. Travelbee (Eide og Eide, 2017) legger vekt på at måten kommunikasjon utspiller seg avgjør sykepleien som kan ytes. Dersom sykepleierne i et kommunikasjonsforhold kan anerkjenne pasienten som et unikt og uerstattelig individ kan de også utvikle et mellommenneskelig forhold mellom dem. På den måten har sykepleier større mulighet for å identifisere pasientens behov slik at de da kan oppfylle sykepleiens hensikt.

5.3.2 Å kartlegge behov gjennom kommunikasjon

Söderlund et al. (2015) sin studie understreker viktigheten av Travelbees sine idéer. Reaksjonene til pasientene var vanskelige å tyde da sykepleieren fokuserte mer på å teste hukommelsen deres, enn å lytte til hva som ble sagt. Pasientene oppfattet at sykepleierne ikke hadde tro på at de kunne gjøre rede for sin virkelighet eller føre dypere samtaler. Dermed ble ikke pasientenes tanker eller følelser validert, og behovet for å kommunisere ikke møtt. Ifølge en pasient i studien kan avkrefte av ens følelser og tanker oppleves som at sykepleieren ikke har respekt for ens virkelighet (Söderlund, et al. 2015). Da pasientene ikke kunne svare på sykepleierens kontrollspørsmål, ble pasientenes reaksjon tolket som et tegn på ydmykelse (Söderlund et al., 2015). Dersom sykepleieren oppdaget dette ble det forsøkt å skifte tema, slik at samtalen kunne fortsette i en retning med mål om å ikke opprøre pasienten. Dette tyder på at sykepleierne hadde en tendens til å skyve problemene vekk, fremfor å fremme trygghet rundt situasjoner som kan oppleves ubehagelige. Dette strider imot Travelbees utsagn om å veilede pasienten gjennom erkjennelse av sine lidelser. Hun mener at en slik kan hjelpe dem å mestre sykdommen (1971, som nevnt i Eide og Eide, 2017).

Ida Orlando (Eide og Eide, 2017) beskriver sykepleieprosessen i en kommunikativ forstand. Prosessen arter seg gjennom tre elementer; pasientens utsagn, sykepleierens reaksjoner og sykepleiehandlinger til pasientens fordel. Dette oppstår ved samhandling mellom sykepleier og pasient, slik som Söderlund et al. (2015) viser. En ser at sykepleieren har en tendens til å fullføre pasientens setninger. Sykepleierens handling er trolig ment i

velgjørenhet, men kan i stedet føre til at pasientens mulighet til å uttrykke seg fritt blir borte (Brinchmann, 2016). Dersom sykepleierens tendens til å fullføre setningene til pasienten går på bekostning av deres mulighet til å tale fritt, vanskeliggjøres relasjonsbyggingen.

Brinchmann (2016) beskriver forholdet mellom pasient og sykepleier som et maktforhold. Forholdet blir skjevere dess mer hjelpetrengende pasienten er. Følelsen av å være til bry for andre, og at andre enkelt kan utøve makt og vise krenkende og uønsket atferd er ofte uartikulert (Grov, 2015). Uten aktive tiltak vil det alltid være en samtale mellom en som leder og en som følger. Det tyder på at den såkalte lederen i samtalen bør være bevisst maktforholdet, og aktivt forsøke å utjevne denne ved å innta en lyttende rolle i samtalen. På denne måten kan pasienten sine tanker enklere verbaliseres og behov komme til uttrykk (Söderlund et al., 2015).

Riachi (2017) og SPECAL-metoden utspiller seg på metoder hvor sykepleier leder pasienten vekk fra ubehagelige opplevelser for å unngå APSD. Dette begrunnes med at sykepleiers oppgave blant annet er å beskytte pasientene. I studien gjøres dette ved å ikke stille dem i situasjoner hvor negative følelser kan oppstå. Helsepersonellet oppnådde suksess ved å ikke stille direkte spørsmål og ved å avlede pasienter fra samtaleemner med negative assosiasjoner. Trolig mistet sykepleierne mye informasjon om savn, mangler, misnøye og andre behov som ikke var dekket. Disse behovene kunne trolig vært synlige dersom sykepleierne hadde stilt direkte spørsmål om hvordan pasienten hadde det eller hvordan de følte seg. Söderlund et al. (2015) diskuterer om dette er med på å gjøre at pasientene ikke føler seg respektert eller verdsatt. American Alzheimer's society (2012, som nevnt i Riachi, 2017) hevder at å unngå motsetninger konstituerer løgn. Likevel, så opplever sykepleierne at hvite løgner eller å skyld på seg selv ved oppståtte misforståelser kommer pasienten til gode. De opplevde at pasientene uttrykte mer ro og tilfredshet. Sykepleierne ønsket å handle på en måte som ikke ville påføre pasienten ubehag.

I sykepleiernes handlinger beskrevet i studien til Riachi (2017) kan en trekke tråder med de fire etiske prinsipper. Spesielt kan en se prinsippene som omhandler velgjørenhet og ikke skade (Brinchmann, 2016). Ved at sykepleierne leder pasienten bort fra følsomme temaer eller unngår handlinger som de erfarte at kunne lede til APSD, kunne pasientene skånes for påkjenninger. Dette kan gi pasientene en mer psykologisk avflatet hverdag. Denne

tilnærmingen kan risikere å frarøve pasienten de store gledene i forsøket på å skåne dem fra de store skuffelsene. En kan verdsette sykepleierens gode tro i bruk av de etiske prinsippene, men det oppstår tvil om tilnærmingen faktisk er det beste for pasienten. Dessuten hemmer tilnærmingen utløp for savn, skuffelser eller behov pasienten ellers kunne kommunisert (Brinchmann, 2016).

5.3.3 Pasient og pårørende som ressurs

Cooney et al. (2014), Riachi (2017) og Kolanowski et al. (2015) belyser betydningen av kjennskap til pasientens livshistorie. Å kjenne til pasientens livshistorie kan komme til nytte ved utforming av sykepleietiltak. Pasienter og pårørende sitter inne med verdifull informasjon om pasientens fortid, hvilke preferanser og vanskeligheter de har hatt eller fremdeles har. Hvordan sykepleier blir kjent med pasientens livshistorie avhenger derfor ofte av pasientens pårørende. Å ha et godt forhold til pårørende vil legge forutsetninger for å bygge relasjoner mellom sykepleier og pasient. Dette kan være med på å bevare pasientens individualitet.

Kolanowski et al. (2015) oppgir at informasjon hentet fra pårørende er en nøkkelfaktor for å tilegne seg kunnskap om pasientens livshistorie. Dette skaper større rom for å tilby personsentrert omsorg. Praktisk erfaring viser at pårørende gjerne ønsker å hjelpe der de kan slik at deres kjære kan få det fint på sykehjem. For pasienten er dette positivt ettersom informasjon som blir gitt om dem kommer fra noen de kjenner og stoler på. Informasjonen er troverdig for personalet av samme grunn (Kolanowski et al., 2015).

I studien til Cooney et al. (2014) blir reminisens brukt som metode for å bedre kjennskap til pasientene. Kjennskap til pasientens livshistorie før sykdommen inntraff gjorde at sykepleierne kunne holde samtaler i gang. Pasientene uttrykte glede over å bli hørt og sett i et annet lys enn det av sykdommen. I studien til Cooney et al. (2014) gjorde dette at pasientenes unikheter ble tydeligere. Personalet kunne lettere se og verdsette pasientene, noe som tyder på at denne kunnskapen påvirker omsorgsnivået som tilbys. Verdsetting av pasientens livshistorie understøttes av Grov (2015). Hun omtaler dette som en metodisk tilnærming for å ivareta enkeltpersoners perspektiv på deres helse, sykdom og relasjoner i livet.

Pårørendes deltakelse i realisering av reminisens tydeliggjør viktigheten av samarbeidet mellom dem og sykepleier. Cooney et al. (2014) beskriver at informasjon som ikke kunne

skaffes umiddelbart fra pasientene gjerne kom fra pårørende. Dette er informasjon som det kan tenkes at kunne kommet frem gjennom validering i samtale med pasienten selv. Likevel tjener dette et godt formål i forbindelse med å dele og fremme gode øyeblikk med pasienten. Det bør poengteres at minner er subjektive og at erindringer om samme hendelse ikke nødvendigvis er like. Likevel oppfattes det slik at bruk av begge metoder vil kunne gi et tilstrekkelig bilde av pasientens historie. Det gir innblikk i deres liv både gjennom minner fra personene rundt dem og pasientene selv. Söderlund et al. (2015) nevner også at pårørende blir betrygget av å vite at deres kjære blir ivaretatt på samme informasjonsgrunnlag som de selv innehar.

5.4 Utsikter mot fremtiden

En ser viktigheten av kommunikasjon i oppgaven etter et bredt litteratursøk. I fremtiden antas det at flere digitale hjelpemidler vil bli tatt i bruk for å gjøre kommunikasjon mer tilgjengelig.

I pilotstudien til Alnes et al. (2019) tok de i bruk videokommunikasjon på sykehjem. Hensikten var å legge til rette for at pårørende og beboere kunne ha kontakt gjennom alternativ kommunikasjon på nettbrett. Det er blitt en vanlig måte å holde kontakten på mellom folk flest, men er i liten grad blitt brukt på sykehjem. Pilotstudien fokuserte på hvordan pårørende erfarte videokommunikasjon med sine kjære og hvordan ansatte erfarte videokommunikasjonen. Bruken av videokommunikasjon viste seg som et nyttig verktøy for å styrke kommunikasjonen mellom pasientene og deres pårørende. Møtene kunne skape økt gjenkjennelse og glede.

Bilder og videoer ga viktig støtte for samtalen. Ved svekkelser i hukommelse og evne til å oppfatte ord, gir bildene og videoene stor hjelp til forståelse. Det var spesielt viktig for pasientene med kognitiv svekkelse som kunne ha problemer med å forstå innholdet i samtalen gjennom telefon. Videokommunikasjonen ble begrenset siden de ansatte måtte ha muligheten til å være til stede for å legge til rette for oppkobling. Slik kunne de også forsikre at alt fungerte som det skulle med henhold til lyd og bilde. Det er viktig at sykepleier er bevisst slike samtaler sin personlige natur og viser respekt for dette (Alnes et al. 2019).

En så at sykehjemmene under pandemien raskt tok i bruk digitale verktøy som ikke var hyppig brukt tidligere. En ser også mangel på forskningsartikler som er relaterbare til norsk

praksis i forbindelse med hvordan pasientene, sykepleierne eller pårørende mener slik kommunikasjon fungerer. Det vil bli spennende å se den digitale utviklingen som trolig vil oppstå grunnet covid-19. I Alnes et al. (2019) blir det nevnt at det er viktig å anta at implementering av nye tekniske løsninger ikke er enkelt. Slike tilbud i avdelingen krever både organisering og opplæring, en ressurs ikke alle har tilgang til.

Slik verdensbildet er i dag, med pandemi tatt i betraktning, kan det være teknologien utvikler seg raskere enn tidligere. Trolig vil pleierne strekke seg lenger for å lære og implementere det ved sine arbeidsplasser. På denne måten kan de dekke pasientens behov for kommunikasjon med deres familier. Det er dessuten et stort samfunnsmessig press for å finne gode løsninger for å takle krisen. Det blir spennende å se om teknologien kommer for å bli, eller om det ikke klarer å måle seg med kommunikasjonen direkte mellom mennesker.

6.0 Oppgavens begrensninger

Gjennom søkeprosessen måtte forfatterne av oppgaven forene seg med at oppgaven gir et virkelighetsbilde av problematikken rundt kommunikasjon, men at bildet er svært snevert. Dette ettersom kun et lite utvalg av tilgjengelig litteratur er overveid i besvarelsen på problemstillingen. De valgte artiklene er nøye gjennomgått og evaluert, men samtidig kan en ikke si at det gir et helhetlig bilde av virkeligheten.

Det tas i betraktning at pasientgruppen oppgaven omhandler har svært forskjellig grad av kognitiv svikt og funksjonsnedsettelse. Derfor ble søkingen blant annet avgrenset til sykehjemspasienter. Dette gjør at pasientene er så langt i sykdomsforløpet at de ikke lenger klarer seg med hjelp hjemme. Likevel er det svært stor forskjell på pasientenes evne til å kommunisere. En begrensning i oppgaven er at det er undersøkt kommunikasjonsmetoder som forutsetter at pasienten til en viss grad har mulighet til å kommunisere. Dette vil dermed utelukke pasientgruppen som ikke har denne muligheten.

En faktor som ikke er beregnet i konklusjonen av denne oppgaven er forskjeller i kultur og etnisitet. Norsk helsevesen tilbyr hjelp til alle landets innbyggere og dermed er det naturlig at sykehjemspasienter har forskjellig bakgrunn. De valgte artiklene oppgir ikke opplysninger om hvordan utfordrende situasjoner utspiller seg mellom pleier og pasient ved store avvik i morsmål eller kultur. Pasienter i etniske minoriteter kan ha andre forventninger og behov, og kan vise annen atferd enn hva norske sykepleiere er vant til å møte (Hanssen, 2014). Denne gruppen pasienter er dermed underrepresentert.

Pårørende er satt høyt i prosessen ved bruk av reminisens. Ikke alle pasienter på sykehjem har pårørende som kan være tilgjengelig for dem, eller i det hele tatt. Ingen informasjon er oppgitt om utfordringer ved å benytte pårørende som ressurs. Denne gruppen er også underrepresentert i denne oppgaven.

Som Helse- og omsorgsdepartementet (2015) poengterer er dessverre eldreomsorgen forbundet med lite prestisje, både i forskningsmiljøet, men også for helsepersonell. Det kan være en medvirkende faktor i at kommunikasjon blant pasienter med demens ikke blir prioritert innen forskning. Slettebø (2014) trekker frem at sykepleierstudenter poengterer økt

bemanning og bedre mulighet for kompetanse- og fagutvikling som viktig for at de velger jobb innen eldreomsorgen.

7.0 Konklusjon

Å ha kunnskap om demenssykdommer er en forutsetning for å kunne forstå pasientens atferd og kommunikasjonsvansker. Gjennom bruk av denne kunnskapen og metoder innen kommunikasjon kan sykepleier oppnå bedre omsorg for pasienter med demens i sykehjem. Metoder som validering, reminisens og SPECAL gir et bredere utvalg av verktøy sykepleier kan benytte for å avdekke pasientens behov. Samtidig er disse med på å danne et relasjonelt forhold mellom pleier, pasient og deres pårørende.

Det kommer frem utfordringer i forbindelse med arbeid med denne pasientgruppen. For å mestre uforutsigbare arbeidshverdager støtter sykepleiere seg til sine kollegaer. Refleksjoner med kollegaer og gode holdninger blant dem gir bedre forutsetninger for at sykepleiere benytter ovennevnte metoder. Økt refleksjon og gode holdninger blant sykepleiere kommer pasienten til gode ved at egen sykepleieutøvelse vurderes kontinuerlig.

Med dette kan en konkludere at kommunikasjon bidrar til å skape bedre forutsetninger for god omsorg for eldre pasienter med demens. Oppgaven har fått frem viktigheten av relasjonelle forhold mellom parter i et pleieforhold, samt satt pasienten som den mest sentrale i omsorgsutøvelsen. Ved å utøve personsentrert pleie legger sykepleier fokus på den individuelle pasientens forståelse av hva god omsorg betyr for dem. Med denne tilnærmingen vil pasienten kunne styre sykepleiers implementering og evaluering av tiltak ved at innspill og uttrykte ønsker tas i betraktning. Det understrekes at god omsorg er subjektivt for den enkelte pasient. Pasientens mulighet til å ha innvirkning på omsorgen og pleien som utøves ansees å være svært viktig.

8.0 Litteraturliste

- Alnes, R. E. *et al.* (2019) "Du har på en måte hatt besøk, vet du!" En kvalitativ studie om videokommunikasjon mellom beboere og pårørende i sykehjem, *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 5 (2), s. 1-9. doi: <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2019-02-02>.
- Alsawy, S. *et al.* (2019) 'It's nice to think somebody's listening to me instead of saying "oh shut up"'. People with dementia reflect on what makes communication good and meaningful. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 27 (2), s. 151-161. doi: <https://doi.org/10.1111/jpm.12559>.
- Aveyard, H. (2014) *Doing a literature review in health and social care - a practical guide*. 3. utg. New York: Open university press.
- Benner, P. (1984) *From Novice to Expert*. California, Addison-Wesley Publishing Company.
- Bergsagel, I. (2020) *Demper pasienters og pårørendes savn med videosamtaler*. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/2020/04/demper-pasienters-og-parorendes-savn-med-videosamtaler> (Hentet: 10. mai 2020).
- Brinchmann, B. S. (2016) De fire prinsippers etikk - velgjørenhet, ikke skade, autonomi og rettferdighet, i Brinchmann, B. S. (red.) i *Etikk i sykepleien*, 4. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, s. 81-96.

Cooney, A. *et al.* (2014) Seeing me through my memories': a grounded theory study on using reminiscence with people with dementia living in long-term care. *Journal of clinical nursing*, 23 (23-24), s. 3564-3574. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/jocn.12645>.

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*. Tilgjengelig fra: <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Medisin-og-helse/Redusert-samtykkekompetanse/> (Hentet: 20. april 2020).

Eide, H. og Eide, T. (2017) Kommunikasjon i relasjoner. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Eriksen, S. (2015) Menneskets psykososiale behov, i Grov, E. K. og Holter, I. M. (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. 5. utg. Oslo: Cappelen Damm AS, s. 887-907.

Forsberg, C. og Wengström, Y. (2015) Att göra systematiska litteraturstudier. *Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. 4. utg. Stockholm: Natur & Kultur.

Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning (2019) *Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning*. Tilgjengelig fra: https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2019-03-15-412#KAPITTEL_3 (Hentet: 13.05.2020).

Grov, E. K. (2015) Å bli pasient og hjelpetrengende, i Grov, E. K. og Holter, I. M. (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. 5. utg. Oslo: Cappelen Damm AS, s. 37-55.

Hanssen, I. (2014) Etniske minoriteter, i Kirkevold, M., Brodtkorb, K. og Ranhoff, A. H. (red.) *Geriatrisk sykepleie*. 2. utg. Oslo: Gyldendal norsk forlag AS, s. 39-51.

Hauge, S. (2014) Sykepleie i sykehjem, i Kirkevold, M., Brodtkorb, K. og Ranhoff, A. H. (red.) *Geriatrisk sykepleie*. 2. utg. Oslo: Gyldendal norsk forlag AS, s. 265-283.

Hellesø, R. (2015) Pasientjournalen og prinsipper i journalføring, i Grov, E. K. og Holter, I. M. (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. 5. utgave. Oslo: Cappelen Damm AS, s. 209-243.

Helsedirektoratet (2018) *Alzheimers og andre demenssykdommer*. Tilgjengelig fra: <https://helsenorge.no/sykdom/hjerne-og-nerver/demens/demenssykdommer> (Hentet: 07. mai 2020).

Helsedirektoratet (2019) *Om demens*. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/Content/1371443/Hvordan%20ta%20vare%20p%C3%A5%20verdigheten.pdf> (Hentet: 17. april 2020).

Helse- og omsorgsdepartementet (2015) *Demensplan 2020*. Tilgjengelig fra:

https://www.regjeringen.no/contentassets/3bbec72c19a04af88fa78ffb02a203da/demensplan_2020.pdf (Hentet: 03. mars 2020).

Helsepersonelloven (1999) *Lov om helsepersonell*. Tilgjengelig fra:

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64> (Hentet: 25. mai 2020).

Henderson, V. A. (1998) *Sykepleiens Natur. En definisjon og dens konsekvenser for praksis, forskning og utdanning. Refleksjoner etter 25 år*. Oversatt fra *The Nature of Nursing, Reflections after 25 Years* av Mellbye, S. Oslo: Universitetsforlaget.

Heyn, L. (2015) Kommunikasjon - menneskets grunnleggende behov for å forstå og å bli forstått, i Grov, E. K. og Holter, I. M. (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. 5. utg. Oslo: Cappelen Damm AS, s. 363-398.

Kolanowski, A. *et al.* (2015) «Wish we would have known that!» Communication Breakdown Impedes Person-Centered Care, *The Gerontologist*. 55 (1), s. 50-60.
doi: <https://doi.org/10.1093/geront/gnv014>.

Kommunal- og moderniseringsdepartementet (2019) *Frie inntekter*. Tilgjengelig fra:

<https://www.regjeringen.no/no/tema/kommuner-og-regioner/kommuneokonomi/inntektssystemet-for-kommuner-og-fylkeskommuner/frie-inntekter/id2353954/> (Hentet: 26. mai 2020).

Mathisen, J. (2015) Hva er sykepleie? Virginia Hendersons svar, i Grov, E. K. og Holter, I.

M. (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. 5. utgave. Oslo: Cappelen Damm AS, s. 119-141.

McCabe, M. P. *et al.* (2015) Organizational factors related to the confidence of workers in working with residents with dementia or depression in aged care facilities, *Aging and mental health*, vol. 21 (5), s. 487-493.

doi: <https://doi.org/10.1080/13607863.2015.1118011>.

Norsk Sykepleierforbund (2019) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer> (Hentet 6. mai 2020).

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) *Lov om pasient- og brukerrettigheter*.

Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63> (Hentet: 30. mars 2020).

Ranhoff, A. H. (2015) Den akutt syke gamle, i Kirkevold, M., Brodtkorb, K. og Ranhoff, A.

H. (red.) *Geriatrisk sykepleie*. 2. utg. Oslo: Gyldendal norsk forlag AS, s. 225-237.

Riachi, R. (2017) Person-centered communication in dementia care: a qualitative study of the use of the SPECAL method by care workers in the UK, *Journal of Social Work Practice*, 32 (18), s. 303-321. doi: <https://doi.org/10.1080/02650533.2017.1381948>.

Skovdahl, K. og Berentsen, V. D. (2014) Kognitiv svikt og demens, i Kirkevold, M.,

Brodtkorb, K. og Ranhoff, A. H. (red.) *Geriatrisk sykepleie god omsorg til den gamle pasienten*. 2. utg. Oslo: Gyldendal norsk forlag AS, s. 408-437.

Slettebø, S. (2014) Juridiske rammer og etiske utfordringer, i Kirkevold, M., Brodtkorb, K. og

Ranhoff, A. H. (red.) *Geriatrisk sykepleie god omsorg til den gamle pasienten*. 2. utg. Oslo: Gyldendal norsk forlag AS, s. 212-224.

Sneltvedt, T. (2016) Hva innebærer det være en profesjonell sykepleier?, i Brinchmann, B. S.

(red.) i *Etikk i sykepleien*, 3. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, s. 147-161.

Solvang, A. (2009) Stille rapport. Tilgjengelig fra:

<https://sykepleien.no/forskning/2009/03/stille-rapport> (Hentet: 27. mai 2020).

Svartdal, F. (2020) Fagfelleevaluering. Tilgjengelig fra: <https://snl.no/fagfelleevaluering>

(Hentet: 29. april 2020).

Sykepleien (2011) Støtte fra kolleger minsker stress. Tilgjengelig fra:

<https://sykepleien.no/2011/06/stotte-fra-kolleger-minsker-stress> (Hentet: 28. mai 2020).

Söderlund, M. *et al.* (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 Science*, 30 (1), s. 37-47. doi:

<https://doi.org/10.1111/scs.12219>.

Thidemann, I.-J. (2019) *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter 2.* utg. Oslo:
Universitetsforlaget.

Wogn-Henriksen, K. (2009) Kommunikasjon, i Rokstad, A. M. M. og Smebye, K. L. (red.)
Personer med demens. Møte og samhandling. Oslo: Akribe, s. 87-114.

World Medical Association (2018) *WMA declaration of Helsinki - ethical principles for
medical research involving human subjects.* Tilgjengelig fra:
[https://www.wma.net/policies-post/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/) (Hentet: 20. april 2020).

