

10058

Bacheloroppgåve

Dementes erfaringer med kommunikasjon med sykepleiere

Mai 2021

NTNU

Noregs teknisk-naturvitskaplege universitet.
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie

Bacheloroppgåve

2021



10058

Dementes erfaringer med kommunikasjon med sykepleiere

Bacheloroppgåve
Mai 2021

NTNU

Noregs teknisk-naturvitskaplege universitet.
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie



Kunnskap for ei betre verd

10058

Den dementes erfaringer med kommunikasjon med sykepleiere.

Bacheloroppgave i Bachelor i sykepleie

Mai 2021

10058

Den dementes erfaringer med kommunikasjon med sykepleiere.

7269

Bacheloroppgave i Fakultetet for medisin og helsevitenskap (MH), MH - Institutt for helsevitenskap i Ålesund, Engelsk: Faculty of Medicine and Health Sciences (MH) og MH - Department of Health Sciences Ålesund.

Veileder: Janne-Rita Skår

Mai 2021

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet



NTNU

Kunnskap for en bedre verden

Sammendrag

Hensikten med denne studien er å øke egen faglig kompetanse for å skape gode erfaringer for demente når det kommer til kommunikasjon. Metoden som er benyttet for å belyse problemstillingen er et systematisk litteratursøk for å finne relevante forskningsartikler som kan besvare problemstillingen.

Resultatene viser at kommunikasjon med demente mennesker ofte ikke blir prioritert som følge av tidspress og manglende kompetanse innen feltet. Betydningen av nonverbalkommunikasjon er stor for demente pasienter, og god opplæring av kommunikasjonsverktøy kan bidra til å forbedre disse pasientene sine erfaringer. Personorientert kommunikasjon bør prioriteres for å øke livskvalitet og trivsel.

Konklusjonen er at man trenger mer forskning innen demensomsorg og kommunikasjon, men at man ved hjelp av personorientert samhandling kan bidra til å skape gode erfaringer for pasientene.

Abstract

The aim of this study is to increase one's own professional competence to create good experiences for people living with dementia when it comes to communication. The method that is used is a systematic literature search to find relevant articles.

The results show that communication with people with dementia is often not prioritized due to time pressure and lack of competence in the field. The importance of nonverbal communication tools can help to improve these patients' experiences. Person-oriented communication should be prioritized to increase quality of life and well-being.

The conclusion is that there is a need for more research in dementia care and communication, but with the help of person-oriented interaction one can contribute to creating good experiences for patients.

Innhold

1	Innledning	11
1.1	Bakgrunn for valg av tema	11
1.2	Studiens hensikt og problemstilling	12
1.3	Begrepsavklaring	12
1.4	Avgrensinger/presiseringer	12
1.5	Oppgavens oppbygning	13
2	Teori	14
2.1	Hva er demens?	14
2.1.1	Alzheimer's sykdom	14
2.1.2	Vaskulær demens	14
2.1.3	Frontotemporal demens	14
2.1.4	Demens med Lewylegemer	15
2.2	Kommunikasjon	15
2.2.1	Kommunikasjon og demens	15
2.3	Den gode samtalen	15
2.4	Kari Martinsens omsorgsteori	16
2.4.1	Den relasjonelle omsorgen	16
2.4.2	Den praktiske omsorgen	16
2.4.3	Den moralske omsorgen	17
3	Metode	18
3.1	Datasamling	18
3.2	Inklusjon og eksklusjonsverdier	18
3.3	Etiske vurderinger	18
3.4	Analyse	18
4	Resultat	20
4.1	Personsentrert kommunikasjon	20
4.2	Betydningen av non-verbal kommunikasjon	20
4.3	Effekten av kommunikasjonsverktøy i praksis	21
4.4	Prioriteringer i demensomsorgen	21
5	Diskusjon	23
5.1	Metodediskusjon	23
5.2	Resultatdiskusjon	24
5.2.1	Holdninger overfor demente pasienter	24
5.2.1.1	Geriatrisk dilemma – verdighet versus produktivitet	24
5.2.1.2	Konsekvenser av sykepleien som blir gitt	25

5.2.1.3	Den utagarende pasienten	25
5.2.2	Hvem bestemmer hva pasienten forstår?	26
5.2.2.1	Sorgen over tapte minner	26
5.2.2.2	Kommunikasjon basert på minner	27
5.2.3	Når pasienten ikke lenger har språk	27
5.2.3.1	«Multisensorisk kommunikasjon»	27
5.2.3.2	Pårørende som kommunikasjonsverktøy	28
5.2.3.3	Personorientert kommunikasjon i praksis	28
6	Konklusjon	30
	Referanser	31
	Vedlegg	36

1 Innledning

Demens har blitt en utbredt sykdom blant eldre og vi vil fortsette å se en økning i antall demente ettersom gjennomsnittsalderen til befolkningen øker (Helsedirektoratet, 2019). Ifølge Aldring og Helse, som er en nasjonal kompetansetjeneste, var det i 2020 registrert 101118 personer med demens i Norge, som sannsynligvis vil øke til 192789 demente personer innen 2040 (Aldring og Helse, 2021). Med andre ord vil antall demente i Norge nesten doble seg innen 20 år, noe som betyr av kunnskap om sykdommen blir stadig viktigere.

Kommunikasjon er fundert for alle mennesker i alle livets stadiger. Et kjent symptom på demens er kommunikasjonsutfordringer som følge av den kognitive svikten. Det å skulle formidle, ta imot og prosessere informasjon kan bli gradvis vanskeligere etter hvert som sykdommen utvikler seg, og det kan oppleves som en stor belastning for den demente. Fra et sykepleiefaglig ståsted har man i utdanningen fått opplæring i kommunikasjon, både i forbindelse med pasienter og pårørende, i demensomsorgen. Likevel er det minimalt med forskning og faglig kunnskap om hvordan den demente selv erfarer kommunikasjon med omsorgspersoner. Som sykepleier møter man personer med demens i alle sektorer, både i hjemmetjeneste, sykehjem og sykehus, og det er på grunnlag av dette jeg ønsker å fordype med i temaet «demens og kommunikasjon».

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Det kan oppleves som krevende for personer som er kognitivt friske å skulle kommunisere med demente mennesker, spesielt ved langtkommen demens. Vi som har jobbet i demensomsorgen eller har vært pårørende av demente, har kjent på følelsen av frustrasjon når samtalen er fastlåst som følge av redusert hukommelse og språkutfordringer. Kanskje prøver vi å hjelpe den demente med å finne ordene, eller vi velger å ta over samtalen ved å forhindre ubehag for den demente når kommunikasjonen svikter? Kanskje vi til og med gir opp uten å la demente personen få tid og mulighet til å uttrykke seg? Dette er kjente problemstillinger og situasjoner både i helsevesenet, men også generelt i møte med demente. En mindre kjent problemstilling i demensomsorgen er den speilvendte situasjonen: Hvordan oppleves kommunikasjonen av den personer som er rammet av demens?

Som tidligere nevnt er helsevesenet godt kjent med situasjoner der vi opplever utfordringer når det gjelder å skulle kommunisere med demente mennesker. Jeg jobber selv i hjemmetjenesten der majoriteten av brukerne har fått en demensdiagnose eller er under utredning for demens. I møte med disse brukerne, spesielt ved langtkommen demens, har jeg møtt mange utfordringer der jeg selv eller kollegaer har havnet i situasjoner hvor man er i tvil om man gir omsorg på brukerens premisser. Til tross for at mange har samtykkekompetanse, kan språkutfordringer føre til at man i verste fall utfører sykepleie uten at pasienten har gitt sitt samtykke. Dette er et tema jeg brenner for og temaet er valgt på bakgrunn av dette.

1.2 Studiens hensikt og problemstilling

Hensikten med oppgaven er øke egen faglig kompetanse, ved å se gjennom den dementes øyne, for å kunne bli en sykepleier som jobber med fokus på personsentrert sykepleie. Jeg har derfor valgt å basere oppgaven fra et pasientperspektiv og har formulert problemstillingen slik:

Den dementes erfaringer med kommunikasjon med sykepleiere.

1.3 Begrepsavklaring

Demens er en såkalt paraplybetegnelse på sykdommer som rammer mange av hjernens funksjoner, og alle disse sykdommen er progredierende (Ørn & Bach-Gansmo, 2017, s. 334). Det finnes ulike typer demens, men alle disse vil påvirke personen som blir rammet på flere måter (Kirkevold et al., 2018, s. 411).

Alzheimer's sykdom er den vanligste formen for demens, mens vaskulær demens er den nest hyppigste (Ørn & Bach-Gansmo, 2017, s. 334). Mindre vanlige former for demens utgjør ca. 10 % av tilfellene, der toksiske demenstilstander og infeksjoner som årsak er blant dem (Ørn & Bach-Gansmo, 2017, s. 334).

Kommunikasjon kan betraktes som en kombinasjon av initiativ og respons mellom to eller flere personer (Eide & Eide, 2018, s. 31). Kommunikasjon mellom mennesker er likevel kompleks, og består av verbal og non-verbal samhandling. Språket vårt er den konkrete delen av kommunikasjon og forstås av alle som prater samme språk, men ord kommer sjeldent alene. Den delen av kommunikasjonen som ikke baseres på språk kalles non-verbal kommunikasjon, og dette kan f.eks. være et sukk, et smil, eller en vennlig berøring.

Sykepleier vil i denne oppgaven omhandle helsepersonell og andre omsorgspersoner som har ansvar for eller jobber med demente personer. Dette begrunnes med at det finnes et begrenset utvalg av studier fra pasientperspektiv i sykepleiefaglig sammenheng, men også fordi kommunikasjon sammen med demente ofte skjer i sammenheng med pårørende, men også fordi generalisering av denne typen kommunikasjon vil være gunstig både for sykepleiere, omsorgspersoner, og ikke minst de som er rammet av demens.

1.4 Avgrensinger/presiseringer

Jeg har valgt å ikke avgrense litteratursøket til én type demens, da god kommunikasjon er viktig for alle undergruppene, men oppgaven vil først og fremst omhandle de vanligste formene. Jeg har presisert av oppgaven til pasienter over 65 år, og artiklene er fra land som har mest like omsorgskultur som Norge. Forskningsartiklene omhandler pasienter/brukere som bor i institusjon, er innlagt på sykehus, og de som bor hjemme.

1.5 Oppgavens oppbygning

I kapittel 2 vil jeg belyse relevant teori om oppgavens tema, og deretter beskrive metode for datasamlingen i kapittel 3. Den fjerde delen av oppgaven er diskusjonskapittelet som gjøre rede for metode og resultat. Til slutt vil kapittel 5 belyse en konklusjon, som vil være den avsluttende delen av oppgaven.

2 Teori

2.1 Hva er demens?

Demens er en progredierende kognitiv hjernefunksjonssvikt som opptrer hos personer som tidligere har vært kognitivt velfungerende. Den finnes ulike former for demens, og Alzheimer's sykdom er den hyppigste som utgjør ca. 70% av alle tilstandene. Så mye som 10% av alle over 65 år har tilstanden, i tillegg til at forekomsten øker ved økende alder. Vaskulær demens utgjør ca. 20% og er den nest hyppigste formen, og opptrer ofte i kombinasjon med alzheimer's sykdom (Ørn & Bach-Gansmo, 2017, s. 334). Andre demenssykdommer utgjør ca. 10% av demenstilfellene, og innebærer tilstander som frontallappdemens, demens med Lezy-legemer, og demens i forbindelse med Parkinsons sykdom (Ørn & Bach-Gansmo, 2017, s. 334). I tillegg kan demens være følgetilstand til andre lidelser som f.eks. hjernesvulster, hodeskader, vitaminmangel, ubalanse relatert til hormoner, mm. (Nasjonalforeningen, 2021).

2.1.1 Alzheimer's sykdom

Alzheimer's utvikler seg vanligvis langsomt og det kan ta lang tid før man oppdager sykdommen. Sannsynligvis er det proteinet betaamyloid i hjernen som klumper seg og danner plakk, og etter hvert skader nerveceller og fører til celledød (Engedal, 2019). Dette fører til symptomer som redusert hukommelse og konsentrasjon, slik at det å skulle utføre vanlige gjøremål, f.eks. holde avtaler, blir utfordrende, og atferdsendringer og irritabilitet og følelsesmessig labilitet er heller ikke uvanlig celledød (Engedal, 2019). Når sykdommen utvikler seg, kan man få problemer med å tolke sanseinntrykk og vanskeligheter med å kommunisere. Etter hvert vil den demente personen trenge hjelp til elementære oppgaver, og mange mister også evnen til å uttrykke seg og evnen til å forstå (Kirkevold et al., 2018, s. 413).

2.1.2 Vaskulær demens

Denne demensformen har en tendens til å debutere plutselig og kan brått forverres. Den forårsakes vanligvis av store eller mange små hjerneinfarkt, eller av sykdom i arterioler (Kirkevold et al., 2018, 414). Personer med denne typen demens kan virke passiv og treg, og de kan miste evnen til å ta initiativ. Etter hvert som det oppstår nye lesjoner vil den kognitive svekkelsen forverres (Kirkevold et al., 2018, 414).

2.1.3 Frontotemporal demens

Denne tilstanden påvirker mentale funksjoner som ofte opptrer som endring av atferd og personlighet. Noen får en uhemmet sosial atferd, men andre kan bli passiv og virke deprimeret. Språkfunksjonen vil etter hvert bli dårligere, og kan vise seg som redusert taleflyt, feil ordtale, avsporing i fortellinger eller gjentakelser av ord (Kirkevold et al., 2018, 414).

2.1.4 Demens med Lewylegemer

Denne formen er forårsaket av små samlinger av proteiner i hjernen, såkalte lewykoppene, som kan forårsake synshallusinasjoner, problemer med avstandsbedømming. Dette vil gi utfordringer i praktisk utførelse av oppgaver og orientering. De første symptomene kan virke diffuse, f.eks. urolig nattesøvn. Etter hvert vil sykdommen påvirke mental og motorisk funksjonsevne. Problemer med å finne ord og generell hukommelsessvikt er ikke like vanlig ved denne demensformen (Kirkevold et al., 2018, 414).

2.2 Kommunikasjon

Begrepet «å kommunisere» betyr å gjøre noe felles/ha forbindelse med/delaktiggjøre en annen (Eide & Eide, 2018, s. 17). Alle mennesker har en medfødt evne til å kommunisere, og er en funder egenskap for å kunne gjøre seg forstått og forstå andre (Eide & Eide, 2018, s. 16).

Det finnes ulike typer kommunikasjon, men vi kan først og fremst dele begrepet inn i to: verbal kommunikasjon og nonverbal kommunikasjon. Den verbale kommunikasjonen oppstår mellom to eller flere personer som utveksler ord. Den nonverbale kommunikasjonen avslører ofte den spontane reaksjonen og kan vise seg som et smil, en bekymret rynke, eller annen bruk av kroppsspråk. Nonverbal kommunikasjon kan ofte virke direkte enn verbal kommunikasjon, da dette styres av følelsene våre og dermed ofte opptrer ubevisst (Eide & Eide, 2018, s. 135).

2.2.1 Kommunikasjon og demens

Ved en mild form for demens kan den demente ha god nytte av å bli realitetsorientert, slik at man gjenforteller en situasjon eller orienterer personen om en aktuell situasjon (Hummelvoll, 2014, s. 412). En slik realitetsorientering vil derimot være mot sin hensikt dersom personen har alvorlig demens, og en bør heller legge vekt på å være støttende og trøstende (Hummelvoll, 2014, s. 413). Dette begrunnes med at ved moderat eller alvorlig demens er følelser og stemninger sterkere, og realiteter får mindre betydning (Hummelvoll, 2014, s. 413). Ved frontallappsdemens er det derimot viktig å sette klare grenser og gi tydelige beskjeder, slik man «starter og stopper» personer (Hummelvoll, 2014, s. 413). Det er med andre ord viktig å ta stilling til den individuelle demensgraden, slik at kommunikasjonen blir tilpasset den enkelte.

2.3 Den gode samtalen

Personorientert kommunikasjon, altså at man ser den andre som en hel person, og ikke utelukkende som pasient, er fundert for å skulle skape en god relasjon i sykepleien (Eide & Eide, 2018, s. 16). Å kunne se ressurser, muligheter, verdier, ønsker og mål er en viktig egentlig og bidrar til å forstå hele mennesket. Den sentrale er å forstå hva som er viktig for pasienten og hva pasientens helseprosjekt får ut på. Med andre ord hva som er viktig i den aktuelle situasjonen, og dette består av fire punkter:

- Å anerkjenne pasientens perspektiv
- Å forstå pasientens psykososiale kontekst

- Å finne en felles forståelse i overensstemmelse med pasientens verdier
- Å dele makt (stimulere pasienten til å utøve selvbestemmelse og ta kontroll over egen situasjon, der det er mulig (Eide & Eide, 2018 s. 16)).

God profesjonell kommunikasjon går ut på å være personorientert og faglig fundert, og innebærer å forholde seg åpent og anerkjennende, som forutsetter at man er til stede og lytter aktivt (Eide & Eide, 2018 s. 17).

2.4 Kari Martinsens omsorgsteori

På 1970-tallet oppstod det en endring i sykepleien der mange sykepleiere følte seg splittet mellom de tradisjonelle omsorgs – og pleieoppgavene og de administrative oppgavene og medisinsk-tekniske funksjoner (Gjengedal & Alvsvåg, 2000, s. 37). Martinsen kalte dette «en uforsonlig motsetning mellom helhetlig omsorg og spesialisering», i tillegg til at hun varslet mot en utvikling abstrakte kategorier og generelle definisjoner gikk på bekostning av konkret situasjonsforståelse (Gjengedal & Alvsvåg, 2000, s. 37). Hun mente at sykepleien ble rettet mot morserstatningsrolle som er basert på feminine verdier, og at denne utviklingen på sikt kan innsnevre omsorgsrollen til å kun omfatte pasienter med god prognose (Gjengedal & Alvsvåg, 2000, s. 41). Hun forutså altså en situasjon som er reell i dag: Områdene med pasienter med uhelbredelig sykdom, f.eks. demens, er mindre attraktive, til tross for at kravene til omsorg er desto større.

Kari Martinsens teori baseres deretter på tre punkter: Den relasjonelle, den praktiske og den moralske siden, som helhetlig defineres som omsorgsteorien.

2.4.1 Den relasjonelle omsorgen

Noen av filosofene som inspirerte Martinsens teori anså mennesket som grunnleggende relasjonelt, altså at man ikke trenger fellesskapet for å overleve og utvikle seg, og denne grunnleggende avhengigheten forutsetter omsorg for hverandre (Gjengedal & Alvsvåg, 2000, s. 41). Motsetningen til denne filosofien er en individualistisk menneskeforståelse, der mennesket er grunnleggende fritt, men at uavhengigheten er negativ og er en svakhet for mennesket som uttrykker hjelpeløshet (Gjengedal & Alvsvåg, 2000, s. 41). Den tredje filosofien som påvirket Martinsens teori mente at omsorg er grunnleggende for mennesket som menes med å sørge for seg selv, for ting og for andre mennesker (Gjengedal & Alvsvåg, 2000, s. 42).

Senere ble Kari Martinsens teori mer forankret i Løgstrups teori, som på mange måter tydeliggjorde den relasjonelle i omsorgen. Dette forankret seg i en religiøs tankegang, der man mente at livets grunnvilkår er gitt uavhengig av menneskelig innsats (Gjengedal & Alvsvåg, 2000, s. 42).

2.4.2 Den praktiske omsorgen

Martinsen mente at «skjønnheten i sykepleien er et tydningsarbeid hvor fagkunnskap og naturlig sansing arbeider sammen», og med dette menes at den praktiske skjønnet er avhengig av sansene (Gjengedal & Alvsvåg, 2000, s. 46). Det dreier seg altså ikke om en intellektuell forståelse alene, men at fenomenologiens ytelse knytter kropp og sjel,

mellom intellekt og sansing (Gjengedal & Alvsvåg, 2000, s. 46). Dette baserer seg på at man som sykepleier i møte med mange forskjellige mennesker utvikler kompetanse til å tyde ulike uttrykksformer, slik at det praktiske skjønnet er avhengig av sansene, og dreier seg ikke alene om intellektuell forståelse (Gjengedal & Alvsvåg, 2000, s. 46).

2.4.3 Den moralske omsorgen

Når et menneske blir avhengig av hjelp fra andre, innbefatter dette alltid et maktforhold. Moral spiller da en viktig rolle for hvordan maktes forvaltes. Martinsen mente at en må trekke en grense mellom ansvarlig og uansvarlig maktutøvelse for å sikre at makten forvaltes med moralske prinsipper (Gjengedal & Alvsvåg, 2000, s. 48). Kommunikasjon baseres på tillit, og brudd på tillit er moralitetens motsetning.

3 Metode

Litteraturstudien er gjennomført systematisk, og defineres som et tydelig formulert spørsmål som systematisk besvares ved å identifisere, velge, vurdere og analysere relevant forskning (Forsberg & Wengström, 2015, s. 27).

3.1 Datasamling

For å finne relevante artikler til belyser problemstillingen har jeg gjennomført systematiske litteratursøk i databasene PubMed og Cinahl Complete. Jeg brukte søkeordene «dementia», «communication» og «nurse» som utgangspunkt, og utvidet deretter søket med søkeordene «communication problems», «patient experience» «quality of life» og «caregiver».

3.2 Inklusjon og eksklusjonsverdier

Litteratursøket med basert på artikler som er skrevet på norsk, engelsk, svensk og dansk. Artiklene er fra land som har likest mulig omsorgskultur som Norge. Jeg har inkludert både kvinner og menn i studien, men ekskludert artikler som omhandler demente personer under 65 år. På grunn av et smalt utvalg av artikler fra et pasientperspektiv har jeg også brukt artikler fra eldre dato, men der innholdet er like relevant i dag.

Jeg har også valgt å ikke begrense oppgaven til én bestemt sektor, og har derfor inkludert både sykehjem og sykehus, men også de som fortsatt bor hjemme. Dette begrunnes av at mange ønsker å bo hjemme lengst mulig, og at mye av demensomsorgen skjer ved hjemmebaserte tjenester. Samtidig er det de som er svært syk og mest sårbar som bor på institusjon, og jeg ønsket også å inkludere disse personene.

3.3 Ethiske vurderinger

Alle artiklene er søkt opp i NTNUs elektroniske bibliotek og er merket som fagfellevurdert. Jeg har tatt standpunkt til at artiklene må være anonymisert, med hensyn til personvern. De 6 av artiklene er godkjent av etiske komitéer, men de som ikke er godkjent av etiske komitéer er «review-artikler». Forfatterne til disse artiklene har gjort rede for hvordan artikkelutvalget er gjort, og de har også brukt troverdige kildehenvisninger og studier som er godkjent av etiske komitéer.

3.4 Analyse

Å analysere defineres av ifølge Forsberg & Wengström å dele opp materialet i mindre deler, og deretter undersøke disse hver for seg (Forsberg & Wengström, 2015, s. 152). Jeg har valgt å bruke Evans analysemetode, der man starter med å samle relevante studier gjennom systematisk litteratursøk (Evans, 2002, s. 25). Jeg har valgt ut åtte forskningsartikler, og denne prosessen er beskrevet i kapittelet om datasamling.

Neste steg er å identifisere hovedfunnene i studiene (Evans, 2002, s. 25). Jeg startet denne prosessen lage ett sammendrag for hver artikkel. På denne måten fikk jeg satt meg godt inn i hver artikkel, som gav meg god oversikt over materialet, før jeg deretter utarbeidet litteratormatriser på alle artiklene.

I det tredje steget skal man finne likheter og ulikheter mellom hovedfunnene i studiene (Evans, 2002, s. 25). Jeg valgte da å lage et tankekart for å sortere funnene, og utarbeidet til slutt en tabell for hovedfunn, som videre i oppgaven vil fungere som kategorier i resultatdelen.

Det fjerde steget går ut på å beskrive i sin helhet ut fra de ulike kategoriene en har funnet i de forrige stegene. Kategoriene presenteres i tabellen under:

Hovedfunn	Artikkel
Personsentrert kommunikasjon	1, 2, 4, 5, 8
Betydningen av non-verbal kommunikasjon	1, 3, 4, 7
Effekten av kommunikasjonsverktøy i praksis	2, 3, 4, 6
Prioriteringer i demensomsorgen	1, 5

Studiene er nummeret etter rekkefølgen på litteratormatrisene.

4 Resultat

I dette kapittelet vil jeg gjøre rede for funnene som ble gjort i artikkelanalysen.

4.1 Personsentrert kommunikasjon

Studiene viser at personer med demens på institusjon tilbringer 10% av dagen i direkte kontakt med andre, og at bare 2,5 % var sammen med sykepleierne som hadde omsorgsansvar for dem (Ward et al., 2008). De pasientene som ikke gikk selv og trengte hjelp til forflytning fikk i mye mindre grad bestemme selv hvor de ønsket å sitte, og dermed hvem de kunne kommunisere med. De ble observert at samtaler mellom pasient og sykepleier varte gjennomsnittlig i fem sekunder, men at de fleste tilfeller av interaksjon foregikk uten verbal kommunikasjon (Ward et al., 2008). Forskningen viser likevel at det foregikk sjelden, men viktig kommunikasjon basert på det mellommenneskelige prinsippet, og at dette førte til tydelige tegn på trivsel hos pasientene (Ward et al., 2008).

Forskningen viser at når pasienter har langtkommen demensdiagnose vil en på grunn av utfordringene med kommunikasjon ha vanskeligheter med å vite når omsorgen er på pasientens premisser (Alsawy et al. 2017). De som har kognitiv svikt og i tillegg mangler språk, kan ikke resonere og gi tilbakemelding på omsorgen de mottar, og dette gir store utfordringer for den personsentrerte kommunikasjonen. Det er også en kompleks utfordring å skulle fremme livskvalitet når en ikke vet hva den demente personen mener, ønsker og setter pris på (Alsawy et al. 2017). På den andre viser også forskning at dersom man tar seg tid, ber om gjentakelser og bruker personsentrerte metoder, legger man til rette for at personer med demens i ulike stadier delta i kommunikasjon (Perry et al., 2005). På samme måte er det viktig for den demente at de har få sykepleiere å forholde seg til, da dette fører til forutsigbarhet og trygghet som er viktig i personsentrert kommunikasjon (Jensen et al., 2020).

Personene som hadde språk og fortsatt hadde fungerende hjernefunksjon gav tilbakemelding om at den betydningsfulle kommunikasjonen førte til mindre isolasjon og ensomhet. Når den friske personen prater om opplevelser, reiser, o.l., føler den demente personen en tilhørighet og tilknytning til et sosialt nettverk. Forskningen motbeviser altså bildet på at demente personer ikke kan ha meningsfulle interaksjon, og viser at personer med en demensdiagnose selv forstår når de blir avvist (Alsawy et al. 1997).

4.2 Betydningen av non-verbal kommunikasjon

Effekten av non-verbal kommunikasjon er tydelig i alle stadier av demens, og er i mange tilfeller den eneste betydningsfulle kommunikasjonsformen den demente har med andre (Ward et al., 2008). Ofte fører denne type kommunikasjon til at den demente føler seg sett og ivaretatt, og er særlig viktig i situasjonene der sykepleierne er under tidspress (Ward et al., 2008). Nonverbal kommunikasjon legger også til rette for at personer i ulike stadier av demens har mulighet til å delta i interaksjoner (Perry et al., 2005). Derfor er det desto viktigere at sykepleiere har verktøy til å kunne forstå nonverbale tegn hos personer som ikke har språk (Clare et al. 2010). Betydningen av dette er at den demente

personen både føler seg sett, ivaretatt, men at sykepleien som blir gitt er på pasientens premisser (Clare et al. 2010).

Det er viktig at sykepleieren forstår at bruken av nonverbal kommunikasjon ofte endrer seg hos den demente når han ikke lenger har språk. Det vanlige språket blir byttet ut med nonverbale tegn som må tydes og forstås, slik at pasienten får anledning til å samhandle (Lindholm, 2008). Ofte blir latter brukt i situasjoner der det oppstår problemer i kommunikasjonen, som f.eks. når det forventes et svar av den demente personen (Lindholm, 2008). Sykepleierens respons på denne reaksjonen har stor betydning for pasienten, og en god respons skaper følelse av inkludering og forståelse (Lindholm, 2008).

4.3 Effekten av kommunikasjonsverktøy i praksis

Noe av forskningen viser at effekten av slike verktøy kan ha begrenset effekt, og dette begrunnes med at man har for få tilbakemeldinger fra de demente pasientene (Alsawy et al. 2017). For å sikre at pasienten opplever kommunikasjonen som meningsfull og god, trenger man informasjon fra de det gjelder, og ved langtkommen demens er tilbakemeldinger om dette en utfordring, da verbal kommunikasjon ikke lenger beherskes (Alsawy et al. 2017). Samtidig viser annen forskning at man ved hjelp av opplæringsprogrammer kan lære sykepleiere til å tyde nonverbal kommunikasjon hos personer uten språk (Clare et al. 2010). Ved å fokusere på kommunikasjonsferdighetene den demente håndterer, i stedet for språkfunksjonen som er mistet, kan flere personer enn antatt delta i betydningsfulle interaksjoner, og dermed forbedre livskvalitet (Perry et al., 2005).

Forskningen viser også at effekten av kommunikasjonsverktøy varierer etter hvilken type verktøy man anvender. F.eks. kan minnebøker ha stor betydning for personer ved langtkommen demens, der man bruker fotografier og lignende til å vekke minne fra livet før sykdommen (Egan et al., 2010). Aktivitetsbasert kommunikasjon, f.eks. samtaler ved frokostbordet, hadde i noen tilfeller positiv effekt, men dette gjelder særlig for de som behersker verbal kommunikasjon. I andre tilfeller kunne man ikke måle forbedring, men konkluderingen var likevel at det er stadiet av demenssykdommen er av stor betydning for effekten av kommunikasjonsverktøy (Egan et al., 2010).

4.4 Prioriteringer i demensomsorgen

Forskningen tyder på tidsbegrenset omsorg når pasienter på institusjon gjennomsnittlig har 2,5 % direkte kontakt med sykepleiere i løpet av en dag (Ward et al., 2008). Forutsigbarhet for pasienter med demens viser seg også å være utfordrende ved opphold på sykehus, da de møter svært mange omsorgspersoner i løpet av en dag, og alle sykepleierne håndterer kommunikasjon ulikt (Jensen et al., 2020). Som følge av medisiner, f.eks. smertelindring, opplevde mange av pasientene hallusinasjoner, og dette førte til feiltolkning av kommunikasjonen (Jensen et al., 2020). De demente pasientene opplevde også at det gikk lang tid fra de fikk informasjon om prosedyrer som skulle gjøres, til de faktisk ble gjennomført, og dette har spesielt dårlig utfall for pasienter med dårlig korttidshukommelse (Jensen et al., 2020). Prosedyrer kunne settes i gang uten at pasienten hadde forstått hva som skulle foregå, og dette førte til forvirring og agitasjon (Jensen et al., 2020). Noen av pasientene opplevde at de ble forsøkt

distrahert mens prosedyrer ble utført, f.eks. at prosedyren ble utført under måltid, og dette førte til at pasientene ikke ble inkludert i egen behandling til tross for at de var kognitivt fungerende nok til å kunne gi tilbakemelding på sykepleien de fikk (Jensen et al., 2020).

5 Diskusjon

Dette kapittel vil starte med en metodediskusjon som belyser styrker og svakheter i oppgaven, etterfulgt av resultatdiskusjon som tar for seg resultat og funn i forskningsartiklene og setter dette opp mot relevant litteratur og teori fra kapittel 3.

5.1 Metodediskusjon

For å besvare oppgavens problemstilling har jeg brukt både kvalitative og kvantitative forskningsartikler. Ifølge Dalland trenger forskning ulike metoder både for å komme fram til ny kunnskap, men også for å etterprøve i hvilken grad påstander er sanne, gyldige og holdbare (Dalland, 2018, s. 51). En god begrunnelse til å velge én metode er dersom den bestemte metoden egner seg best til å belyse problemstillingen (Dalland, 2018, s. 51), og problemstillingen i denne oppgaven kan belyses ved hjelp av både kvalitativ og kvantitativ metode.

En av artiklene er ikke fra pasientperspektiv (Wood et al. 2010), men omhandler hvordan helsepersonell kan observere tegn fra pasienter med få eller ingen kommunikasjonsferdigheter. Det å velge en artikkel som er fra et annet perspektiv enn det problemstillingen omhandler, kan være en svakhet, men det kan likevel betraktes som en styrke i denne sammenhengen. For å forstå pasienter uten språk må en anvende andre metoder for å tyde effekten av kommunikasjonen, og ved å ekskludere denne artikkelen, hadde jeg også ekskludert muligheten til å kommunisjonen med pasienter med langtkommen demens.

På grunn av et lite utvalg forskningsartikler av nyere tid er det inkludert en artikkel fra 1997 (Alsawy, et al. 1997), og dette kan bli sett på som en svakhet i oppgaven. Innholdet i artikkelen er likevel svært relevant for problemstilling, i tillegg til at forskningsmetoden som er benyttet er god og pålitelig. Jeg har derfor valgt å bruke artikkelen, da jeg mener artikkelen er like relevant for demensomsorgens utvikling i dag som den var da den ble skrevet. Funnene i artikkelen samsvarer også med funnene i artiklene fra nyere dato.

Jeg har hovedsakelig brukt databasene Cinahl og PubMed i søkeprosessen. Det kan betraktes som en svakhet å kun bruke to databaser, men jeg begrunner dette valget med at jeg i startfasen av oppgaveskrivingen fant de samme artiklene i andre databaser (f.eks. Medline), og valgte derfor å bruke Cinahl og Pubmed som database, siden de samme artiklene gikk igjen i den andre databasene.

En styrke i oppgaven er at forskningsartiklene landene er hentet fra har relativt lik omsorgskultur som Norge. Dette gir større relevans for innholdet i oppgaven, og gir et godt grunnlag for at funnene kan benyttes i norsk helsevesen.

Det kan også diskuteres om artikkelen som omhandler pårørende som omsorgspersoner er relevant for denne oppgaven. Dette kan være både en styrke og en svakhet, der svakheten er at pårørende ikke betraktes som helsepersonell, men styrken er at pårørende ofte er en viktig del av omsorgsstrategien. Dette kan enten være fordi pasienten ikke er samtykkekompetent, eller fordi pasienten selv ønsker å inkludere pårørende. Jeg har selv observert i praksis på sykehus viktigheten av tilstedeværelse av pårørende, spesielt ved langtkommen demens, der kommunikasjonen foregår via den

pårørende. Derfor mener jeg at det er en styrke i oppgaven å bruke denne forskningsartikkelen.

5.2 Resultatdiskusjon

Slik resultatene fra forskningen viser, er det store forskjeller i demente personers erfaringer med kommunikasjon til sykepleiere. Resultatdiskusjonen vil belyse hvorfor forskjellene er så store, og hvordan man kan forbedre erfaringene på individnivå. Jeg vil derfor starte dette kapitlet med å gå dypere inn på hvilke holdninger som bidrar til å skape dårlige erfaringer, og deretter drøfte hvordan man kan skape positive erfaringer.

5.2.1 Holdninger overfor demente pasienter

I en utgave av Sykepleien i 2009 ble det publisert en studie der man ved hjelp av spørreundersøkelser ville finne ut av hvilke faktorer som kunne påvirket holdningene til demente personer. Denne studien viste at utdanningsnivå hadde mye å si, og at sykepleiere med spesialutdanning hadde bedre holdninger til demente enn sykepleiere uten etterutdanning (Sykepleien Forskning, 2009). De med høyere faglig kompetanse hadde altså i høyere grad tro på demente personers mestringsevne, men trenger man å forlange lengre utdanning for å skape en god demensomsorg?

5.2.1.1 Geriatriensk dilemma – verdighet versus produktivitet

Mangel på tid og stress hos pleierne, viser seg å føre til stress hos demente personer, som igjen kan føre til angst, rastløshet, forvirring og aggresjon (Kirkevold, 2018, s. 425). Forskningen som viser at demente pasienter som ikke kan forflytte seg på egen hånd i mye mindre grad er selvbestemt på hvem de kommuniserer med, beskriver en situasjon som setter mange pasienter i en sårbar situasjon. Behovet for å ha en god kommunikasjon med sykepleiere endrer seg ikke når man får en kognitiv svikt, og behovet for trygghet er desto viktigere. Det er en kjent sak at mange sykepleiere havner i et tidspress på arbeidsplassen, der pasientens psykososiale behov blir oversett som følge av at man prioriterer de fysiske behovene. Forskningen beskrev at kommunikasjonen som ble gjennomført, til tross for at det var i korte øyeblikk, var svært betydningsfull for pasientene. Tegnene på at pasientene trivdes i disse øyeblikkene var tydelig og kommunikasjonen krevde lite av sykepleierne, så hvorfor fant man da så få av disse øyeblikkene i denne studien?

Forskningen på dette feltet er todelt: på den ene siden blir det beskrevet at tilbakemeldinger fra personer med langtkommen demens er komplekst og utfordrende, rett og slett fordi pasientene mangler evnen til å uttrykke seg. På den andre siden av forskningen blir det anvendt poengskalaer for å kartlegge livskvalitet og trivsel. Denne poengskalaen vil være betydningsfull både for pasient og for sykepleier, da en ved hjelp av verktøy kunne kartlegge hvilke kommunikasjonsmetoder som er positiv for pasienten, og hvilke metoder som gjør pasienten utrygg. Et slikt kartleggingsverktøy er lite tidkrevende for sykepleieren, men vil ha stor betydning for pasienten, og bør derfor prioriteres.

5.2.1.2 Konsekvenser av sykepleien som blir gitt

Ifølge Kari Martinsen er relasjonen mellom sykepleier og pasient selve fundamentet for moralsk ansvar og handling i sykepleien (Nordtvedt, 2018, s. 53). God kommunikasjon er viktig i en god relasjon, og det er viktig å være klar over hvilke konsekvenser det vil gi dersom sykepleier ikke mestrer kommunikasjon med demente pasienter.

En viktig konsekvens av dette er at man som sykepleier kan endte opp med å utføre handlinger som er i gråsonen, som f.eks. når sykepleier skal vurdere om pasienten er beslutningskompetent (Nordtvedt, 2018, s. 163). Slike vurderinger er utfordrende fordi elementene er komplekse: kanskje har man dårlig tid, pasienten er ukjent, pluss at den reelle usikkerheten om pasientens evne til å forstå (Nordtvedt, 2018, s. 163). En persons beslutningskompetanse er flytende og avhenger av dagsform, sinnsstemning og den konkrete situasjonen (Nordtvedt, 2018, s. 163).

Selv har jeg erfart å arbeide sammen med kollegaer som har gjennomført et helt stell uten å involvere pasienten i det som skal skje. Pasienten har på flere måter vist motvilje, men på grunn av tidspress blir motivasjonen å få mest mulig gjort, i stedet for at stellet er en positiv opplevelse for pasienten. Dette er et godt eksempel på hvordan de fysiske behovene kan overskygge pasientens psykososiale behov. Forskningen viser likevel at dette er en vanlig erfaring for demente pasienter. Distrahering viste seg å være et vanlig verktøy for å utføre prosedyrer, og behandlingen skjer da uten samtykke og involvering av pasienten. Det er vanskelig å kreve samhandling når sykepleien blir utført på disse premissene, og dette blir da motsvaret på Kari Martinsens teori.

5.2.1.3 Den utagerende pasienten

Jeg har observert mange situasjoner der sykepleierne diskuterer hvem som må inn til den utagerende pasienten med demens, da dette betraktes som både energi – og tidkrevende. Som forskningen viser endte pasientene som ikke ble involvert i behandlingen opp med å bli utagerende, som igjen førte til at prosedyrene ble utfordrende å gjennomføre. En viktig faktor for hvorfor noen pleiere på en god måte samhandler med pasienten, versus pleiere som synes dette er utfordrende og vanskelig, viser seg å være det personlige synet man har av demente personer (Kirkevold, 2018, s. 425). Det vil si at demensdiagnosen står i veien for pasientens verdi som menneske, dersom man skal se det fra perspektivet til de som synes dette er utfordrende. Ifølge dem hadde ikke de demente pasientene evne til å forstå, og det spilte derfor ingen rolle hva som ble sagt og gjort (Kirkevold, 2018, s. 425). Det er i disse situasjonen viktig med kritisk refleksjon sammen med kollegaer, for å finne løsninger som er til nytte for den demente pasienten (Kirkevold, 2018, s. 425).

APSD-syndromet er atferdsforstyrrelser og de psykiske symptomene ved demens, altså de ikke-kognitive symptomene (Kirkevold, 2018, s. 417). Dette er vanlige følgesymptomer på flere av demenssykdommene, og består av blant annet depresjon, angst, apati og agitasjon (Kirkevold, 2018, s. 417-418). For å forstå årsaken til denne typen atferd er det viktig å prøve å forstå bakgrunnen til det, og dette kan sykepleiere gjøre ved å observere, kartlegge reaksjonsmønstre, forekomst og situasjoner (Kirkevold, 2018, s. 424). Nøyaktig dokumentasjon mellom pleiepersonell og lege er dessuten en viktig forutsetning for kunne gi riktig behandling (Kirkevold, 2018, s. 424). Kirkevold, 2018, s. 417). Ved hjelp av observasjonsbaserte strukturerte måleskalaer og

døgnobservasjonsskjemaer kan en finne frekvens og mønster i atferden, som kan være nyttig ved evaluering av behandlingstiltak (Kirkevold, 2018, 424). Forebyggende tiltak er minst like viktig, og dette gjøre ved å kontinuerlig skape rolige, trygge og forståelige situasjoner (Kirkevold, 2018, s. 425).

5.2.2 Hvem bestemmer hva pasienten forstår?

Ifølge Pasient – og brukerrettighetsloven §4-1 kan helsehjelp, dersom pasienten er samtykkekompetent, bare gis hvis pasienten har gitt sin samtykke (Pasient – og brukerrettighetsloven, 2021, §4-1). Å skjule medisiner i mat er ulovlig (Kirkevold, 2018, s. 426), og kan ikke begrunnes med at personen er dement og ikke forstår sitt eget beste. Jeg har likevel selv observert dette flere ganger, og det sier noe om en arbeidskultur som trosser det etiske grunnlaget i sykepleiefaget.

Ifølge Yrkesetiske retningslinjer skal sykepleieren fremme pasientens mulighet til å ta egne avgjørelser ved å gi tilstrekkelig og tilpasset informasjon, og i tillegg forsikre seg om at informasjonen er forstått (Yrkesetiske retningslinjer, 2021, pkt. 2.5). Det er altså sykepleierens ansvar å sørge for disse punktene blir fulgt, men også at det fungerer i praksis.

5.2.2.1 Sorgen over tapte minner

Siden demens er en progredierende sykdom som gir tapt mot minner, identitet og en tidligere livsfase, kan sorg være en naturlig del av det å få en demensdiagnose. Begrepet «ventesorg» får en stadig viktigere plass i eldreomsorgen, og beskriver en sorgtilstand når en forbereder seg på at diagnosen forverrer seg (Aldring og Helse, 2021). Selv om sorg som oftest omtales i sammenheng med dødsfall, er dette også et begrep en bruker om tap generelt. Det kan føles som en stor sorg å miste hukommelsen, og det er viktig at sykepleiere motiverer og hjelper til med å finne en mening i livet. For å kunne støtte pasienten gjennom denne prosessen, er det viktig at sykepleier er klar over de ulike fasene av sorg.

Når en person får en demensdiagnose kan omfanget virke uoversiktlig og uforståelig, og dette kalles «sjokkfasen» (Norsk Helseinformatikk, 2019). Når man deretter får forståelse for situasjonen og hvilken betydning det har, befinner man seg i reaksjonsfasen som utspiller seg i følelser som angst, depresjon, atferdsforandringer og kroppslige symptomer (Norsk Helseinformatikk, 2019). Etter hvert som man bruker mindre tid på å gruble og man klarer å løsrive seg fra det som utløste sorgen, går man ikke i reparasjonsfasen, før man til slutt befinner seg i nyorienteringsfasen som består av å klare å se framover og lager strategier for hvordan livet skal gå videre (Norsk Helseinformatikk, 2019).

Sorgreaksjoner oppleves forskjellig for alle mennesker, og det er dessuten en variasjon i sorgen en opplever av å miste andre og sorgen av å miste seg selv. Sykepleierens oppgave går ut på å ta imot sorgen og erkjenne den sammen med pasienten (Hummelvoll, 2014, s. 196). Man må være åpen for refleksjon, i tillegg være behjelpelig med dagligdagse oppgaver som den sørgende ikke selv klarer å håndtere (Hummelvoll, 2014, s. 197).

5.2.2.2 Kommunikasjon basert på minner

Forskningen viser at bruk av minnebøker og annen minnebasert kommunikasjon kommer den demente pasienten til nytte. Tap av minner fører ofte til identitetstap, og tilbakeblikk på disse minnene kan være viktig for å styrke pasientens selvbylde og egenverd (Kristoffersen et al., 2017, s. 134). Metoden kalles blant annet «reminisens», og er basert på å stimulere og hente fram minner (Kirkevold et al., 2018, s. 430). Selv ved langtkommen demens kan en minnes øyeblikk og situasjoner fra barne – og ungdomstid (Kirkevold et al., 2017, s. 430). Ved hjelp av gjenstander, lukter, lyder eller fotografier kan en vekke minner som var glemt, som vil hjelpe pasienten til å finne en mening i livet (Kristoffersen et al., 2017, s. 134). For personer som har svekket hukommelse blir dessuten det som skjer i øyeblikket stadig viktigere og sykepleiere kan ved hjelp av denne typen aktivitet skape gode opplevelser for pasienten.

5.2.3 Når pasienten ikke lenger har språk

Språkproblemer er et kjent symptom på demens, og dette kan starte med at personen glemmer enkelte ord, eller bruker ord som ikke gir mening i sammenhengen (Helsenorge, 2019). I tillegg vil en få utfordringer med å forstå hva andre sier, som vil gjøre det vanskelig å f.eks. delta i samtaler (Helsenorge, 2019). I tillegg til at det verbale språket blir utfordrende ved en demenssykdom, vil en også etter hvert kunne få symptomer som agnosi, som betyr en manglende evne til å forstå meningen med sanseintrykk (Kirkevold, 2018, s. 417). Dette vil gi konsekvenser for den nonverbale kommunikasjonen, da man ikke klarer å plassere og forstå lyder og andre sanseintrykk.

5.2.3.1 «Multisensorisk kommunikasjon»

Når en person er rammet av kognitiv svikt, handler om å finne andre måter for å samhandle på. Dette gjelder særlig ved personer som har mistet tankekraften og man trenger andre metoder for å kommunisere. Kroppsspråk, bevegelse, musikk og lignende kan kroppen «huske», selv når tankefunksjonen ikke lenger fungerer (Kristoffersen et al., 2017, s. 134). Det finnes eksempler på situasjoner der pasienter som har svært langtkommen demens får evne til å kommunisere når en f.eks. synger til dem (Kristoffersen et al., 2017, s. 134). Dette samme viser også forskningen, f.eks. en vennlig berøring, et smil eller latter som kan være svært betydningsfull for pasienten. Det er da særlig viktig at sykepleiere klarer å lese disse tegnene, og klarer å skille når latter blir brukt i en positiv sammenheng fra når latter blir brukt i usikre situasjoner. Forskningen viser dessuten at dersom sykepleieren gir positiv respons på pasients nonverbale kommunikasjon, fører dette til mestring og inkluderingsfølelse for pasienten.

Siden forskningen viser at latter som kommunikasjonsmetode er et godt redskap innen demensomsorgen, ønsker jeg å se litt nærmere på dette. Denne egenskapen kan bidra til å gi nytt perspektiv i vanskelige situasjoner, og kan redusere spenning i situasjoner der det psykiske presset er stort (Eide & Eide, 2018, s. 184). Humor kan likevel anvendes på mange måter, også i sammenhenger der hensikten er en form for forsvar (Eide & Eide, 2018, s. 185). Freud mente også dette, at grunnlaget til humoren er fortrenge følelser, og at dette gir anledning til utslipp av impulser som vi vanligvis holder inni oss (Eide & Eide, 2018, s. 185). Denne mekanismen fungerer som et indre trykk som krever

utløsning, og det er derfor viktig at sykepleieren kan tyde signalene i humoren som den demente gir uttrykk for, for å finne ut om humoren blir brukt som forståelse for situasjonen eller som et forsvar fra forvirring. På den andre siden fungerer humor utmerket for å skape tillit og kontakt, fremme helse, motivasjon og mestring (Eide & Eide, 2018, s. 187).

Annen nonverbal kommunikasjon som kan bidra til å skape gode erfaringer for den demente er sykepleierens håndlag. En berøring når ord ikke er nok, kan ha stor betydning for pasienter generelt, men særlig ved kognitiv svikt (Kristoffersen et al., 2017, 34). Kroppen husker ting som bevisstheten har glemt, og en anerkjennende berøring kan ha beroligende effekt (Kristoffersen et al., 2017, s. 34).

5.2.3.2 Pårørende som kommunikasjonsverktøy

Når den demente ikke lenger kan uttrykke selv hvordan han vil ha det, kan pårørende være et godt verktøy. Kanskje kan en ved hjelp av de som kjenner pasienten best få beskrevet hvordan pasienten tidligere i livet likte å ha rutinene sine.

Allerede i utredningsfasen blir pårørende involvert i prosessen, og vil derfor være en viktig medspiller når en skal kartlegge og iverksette tiltak (Kirkevold, 2018, s. 433). Slik det beskrives i forskningen anvendes også pårørende i forskningen når en skal finne dementes erfaringer med omsorgspersoner, og dette kan være en stor fordel. Pasienter som bor fortsatt hjemme får ofte hjelp av pårørende til dagligdagse gjøremål, men ofte er også pårørende en stor del av pasientens liv når han etter hvert flytter på institusjon. Kjente fjes kan føles trygt for en dement person som ellers føler seg urolig.

5.2.3.3 Personorientert kommunikasjon i praksis

Personorientert kommunikasjon er en omsorgsfilosofi som omhandler det å ta hensyn til hvordan den enkelte opplever situasjonen sin og verden rundt seg (Aldring og Helse, 2021). Dette går ut på å tilrettelegge for individuell omsorg, å forstå den dementes perspektiv, skape et støttende miljø, og å tillegge alle mennesker samme verdi på tross av kognitiv funksjon (Aldring og Helse, 2021). Alle mennesker har de grunnleggende behovene for trøst, tilhørighet, inkludering og identitet (Aldring og helse, 2021), og sykepleier må på best mulig måte hjelpe pasienten med å ivareta disse når han ikke lenger er i stand til det selv. Utfordringen er likevel å få overført de teoretiske prinsippene til praktisk handling (Kirkevold, 2018, s. 426). Slik forskningen viser er det en sammenheng mellom kvaliteten av opplæringen i kommunikasjonsverktøy og effekten av verktøyene.

For at verktøyene man tar i bruk skal ha effekt i praksis, er det nødvendig at sykepleieren er til stede i øyeblikket, slik man forstår og oppdager hva som gleder pasienten og hva som skaper misnøye (Eide & Eide, 2018, s. 310). Det viktigste at det som blir sagt kommer ofte til uttrykk indirekte, og det verbale utsagnet ikke alltid sier alt (Eide & Eide, 2018, s. 310). Det er derfor viktig at man overfor den demente tar hensyn til alle uttrykksformer, også når det verbale språket ikke lenger fungerer. Det er dessuten like viktig å anerkjenne pasienten for den han er, og forstår at det mentale tempoet til den demente personen er endret fra da han var ung og kognitivt frisk (Eide & Eide, 2018, s. 311). Det å innstille seg på pasientens livsrytme vil kreve ydmykhet, respekt og ikke minst vilje til langsom lytting (Eide & Eide, 2018, s. 311). Et meningsfylt

samvær er avhengig av om sykepleieren har mulighet til å tilrettelegge på pasientens premisser, som vil innebære å bruke lang ting på stell, påkledning og andre gjøremål (Hummelvoll, 2014, s. 414). En må formidle tilhørighet, mening og sammenheng, ved å få den demente til å føle seg nyttig (Hummelvoll, 2014, s. 414). En kan med andre ord skape gode erfaringer innen kommunikasjon for demente både med og uten språk, med et godt etisk grunnlag og fokus på medmenneskelighet og forståelse.

6 Konklusjon

Demens er en samlebetegnelse for sykdommer som gir svikt i kognitive funksjoner, som vil gi konsekvenser for kommunikasjon. Forskningen viser at personorientert kommunikasjon har særlig stor betydning for demente pasienter for å redusere atferdsproblemer og angst. Nonverbal kommunikasjon har god effekt når pasienten ikke lenger har språk, da dette bidrar til å skape trygghet. Sykepleiere som arbeider i demensomsorgen trenger høy kompetanse i tydingen av nonverbal kommunikasjon, og ved hjelp av verktøy som evaluerer demente pasienters trivsel, kan en tilrettelegge for at man gir sykepleie som er på pasientens premisser, til tross for at pasienten har mistet språket. Forskningen viser også at det er en tidkrevende prosess å lære seg å kjenne pasienter med langtkommen demens, og at mange sykepleiere ikke har nok tid i løpet av arbeidsdagen til å prioritere dette. Konsekvensen av dette er at sykepleien som blir gitt ikke skjer på pasientens premisser, som kan føre til atferdsproblemer og uro for pasienten.

Forskningen viser likevel at er det mange aspekter av demensomsorgen man fortsatt vet lite om. Noen av studiene viser at man fortsatt mangler mye forskning på dette feltet, og innhenting av dette informasjonen vil være viktig i kompetanseutviklingen av demensomsorgen. Det å *forstå* kommunikasjon med pasienter med langtkommen demens vil være en viktig brikke i denne forskningen. Samtidig kan man ved hjelp av personer som har sykdommen i tidlig fase, lære mye om hvilke opplevelser de har av kommunikasjonen de har med sykepleiere. Ut ifra det man allerede vet, er personorientert kommunikasjon nøkkelen til trivsel for pasienter med en demensdiagnose.

Referanser

Aldring og helse. (2021). *Behandling og oppfølging. Personsentrert omsorg.*

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

Aldring og helse. (11. mai 2021). *Demenskartet.* <https://demenskartet.no/>

Aldring og helse. (03. mar 2017). *Ventesorg.* <https://www.aldringoghelse.no/ventesorg-en-naturlig-reaksjon/>

Alsawy, S., Mansell, W., Mcevoy, P. & Tai, S. (2017). Hva er god kommunikasjon for mennesker som lever med demens? En systematisk gjennomgang av ulike metoder. *Cambridge University Press.* DOI: <https://doi.org/10.1017/s1041610217001429>

Alsawy, S., Tai, S., Mcevoy, P. & Warren, M. (1997). "It's nice to tink somebody's listening to me instead of saying "oh shut up"". People with dementia reflect on what makes communication good and meaningful. DOI: 10.1111/jpm.12559

Clare, L., Wood, R. T., Whitaker, R., Wilson, B. A. & Downs, M. (2010). Utvikling av bevissthetsbasert intervensjon for å forbedre kommunikasjon ved alvorlig demens: en prøveplattform. *School of Psychology, Bangor University.* DOI: <https://doi.org/10.1186/1745-6215-11-73>

Dalland, O. (2018). *Metode og oppgaveskriving.* (6. utg.). Gyldendal.

Egan, M., Bérubé, D., Racine, G., Leonard, C. & Rochon, E. (2010). Enkeltpersoner med Alzheimers sykdom og deres formelle og uformelle omsorgspersoner: en systematisk gjennomgang. DOI: 10.1177/0193945917697226

Eide, H. & Eide, T. (2018). *Kommunikasjon i relasjoner*. (3. utg.) Gyldendal.

Engedal, K. (2019). *Store medisinske leksikon. Alzheimers Sykdom*. Universitet i Oslo.
https://sml.snl.no/Alzheimers_sykdom

Evans, D. (2002) *Systematiske gjennomganger av tolkningsforskning: tolkningsdata av behandlet data*. Australian Journal of Advanced Nursing.

Forsberg, C & Wengström, Y. (2015). *Å gjøre systematiske litteraturstudier*. (4. utg.) Natur & Kultur.

Galloway, S., Bottorff, J. L., Nixon, S. Sykepleier – pasientkommunikasjon ved demens: hvordan forbedre oddsen. (2005). *JOURNAL OF GERONTOLOGICAL NURSING*. DOI: 10.3928/0098-9134-20050401-10

Gjengedal, E. & Alvsvåg, H. (2000). *Omsorgstenkning*. (1. utg.) Bjørke.

Helsedirektoratet (27. november 2019). *Om demens*.
<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens/om-demens>

Hummelvoll, J, K. (2014). *Helt – ikke stykkevis og delt. Psykiatrisk sykepleie og psykiske helse*. (7. utg.) Gyldendal.

Jensen, A. M., Pedersen, B. D., Olsen, R. B., Wilson, R. L. & Hounsgaard, L. (2020). "Hvis de bare kunne forstå meg!" Sykehusopplevelser ved akuttavdeling av pasienter med Alheimers sykdom. DOI: 10.1177/1471301218820483.

Kada, S., Nygaard, H. H., Mukesh, B, N., Geitung, J.T. (2009). Holdninger blant personalet mot demente personer på institusjon. *J Clin Nurs*, 2009;18:2383-92. 10.4220/sykepleief.2009.0116

Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, A. H. (2018). *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*. (5. utg.) Gyldendal.

Kristoffersen, N, J., Nortvedt, F., Skaug, E. A. & Grimsbø, G, H. (2017). *Grunnleggende sykepleie. Grunnleggende behov*. (3.utg). Gyldendal.

Kristoffersen, N, J., Nortvedt, F., Skaug, E. A. & Grimsbø, G, H. (2017). *Grunnleggende sykepleie. Pasientfenomener, samfunn og mestring*. (3.utg). Gyldendal.

Lindholm, C. (2008). Latter, kommunikasjonsproblemer og demens. *University of Helsinki, Finland*. DOI: 10.1558/cam.v5i1.3

Nasjonalforeningen (2021). *Ulike typer demens*.
<https://nasjonalforeningen.no/demens/ulike-typer-demens/>

Norsk Helseinformatikk. (20.05.2019). *Forløpet. Sorgreaksjonen*. <https://nhi.no/psykisk-helse/psykiske-lidelser/sorgreaksjon/?hp=true>

Nortvedt, P. (2017). *Omtanke. En innføring i sykepleiens etikk*. (2. utg.) Gyldendal.

Pasient – og brukerrettighetsloven. (2021). *Hovedregel om samtykke*. Lovdata
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Ward, R., Vass, A. A., Aggarwal, N., Garfield, C. & Cybyk, B. (2008). En annen historie: utforsking av kommunikasjonsmønstre i demensomsorgen. *Cambridge University Press*. DOI: 10.1017/S0144686X07006927

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. (2021). *Pasienten og sykepleieren*. Norsk sykepleierforbund. <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>

Ørn, S. & Bach-Gansmo, E. (2017). *Sykdom og behandling*. (2. utg.) Gyldendal.

Vedlegg

Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstracter (antall)	Leste artikler (antall)	Inkluderte artikler (forfatter, årstall)
Nurse, communication, dementia	09.11.20	Cinahl	78	19	7	2
Nursing, nurse, dementia, communication	09.12.20	Cinahl	53	20	1	1
Dementia, communication, nursing home patients	11.12.20	Cinahl	55	34	2	2
Dementia, communication, patient experience	08.02.21	PubMed	21	21	4	1
Dementia, communication, quality of life	16. 04. 21	Pubmed	34	19	15	2

Referanse	Hensikt	Nøkkelbegrep	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans
<p>Ward, R., Vass, A. A., Aggarwal, N., Garfield, C. & Cybyk, B. (2008). A different story: exploring patterns of communication in residential dementia care. <i>Cambridge University Press</i></p> <p>DOI: 10.1017/S0144686X07006927</p>	<p>Hensikten med artikkelen er å skape oversikt over hva som skjer innen demensomsorgen, og hvordan omsorgen blir oppfattet av demente pasienter er å avdekke hvilke prioriteringer som styrer tilbudet av omsorg til personer med demens, og hvilke aspekter som bør forbedres.</p>	<p>Dementia, alzheimer's disease, care homes, communication, care work, disability, person-centred care.</p>	<p>Kvalitativ studie som er utført både i institusjon, dagsenter og hos pasienter som bor hjemme. Etter intervjuopprosess og samtykke var gitt, deltok 123 ansatte og 17 personer med demens. Personene med demens ble filmet i fire og en halv dag mellom 07.00-19.00 (med unntak ved stollo), og minimum en forsker var tilstede. Det ble også ført dagbok med observasjoner, og i tillegg korte intervju med deltagerne. Forskerne fikk også tilgang på dokumentasjon en som var gjort av de deltagende pasientene. For å analysere videoene brukte de Quality of Interactions Schedule.</p>	<p>Videoanalysene avdekte at personer med demens tilbrakte 10% av dagen i direkte kommunikasjon med andre, og de som trengte hjelp til forflytning i mindre grad var selvbestemt på hvor de satt, og dermed hvem de kunne kommunisere med. Direkte kontakt med mellom demente og omsorgsarbeidere foregikk i gjennomsnitt 2,5% av dagen. En samtale varte gjennomsnittlig i fem sekunder, men de fleste interaksjoner var uten verbal kommunikasjon mellom pleier og pasient/bruker.</p> <p>Til tross for at dette er hovedfunnene i studien, viser også videoene sjelden, men viktig kommunikasjon basert på godhet og omtanke (både verbal og ikke-verbal) mellom pleier og pasient/bruker, som førte til tydelige tegn på trivsel for beboeren.</p>	<p>Studien er relevant da den viser viktigheten av god kommunikasjon for mennesker med kognitiv svikt. Studien er troverdig og gir en nøytral analyse av forskning der personer har deltatt frivillig.</p>

Referanse	Hensikt	Nøkkelbegrep	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans
<p>Alsawy, S., Mansell, W., Mcevoy, P. & Tai, S. (2017) What is good communication for people living with dementia? A mixed-method systematic review. Cambridge University Press. DOI: https://doi.org/10.1017/s1041610217001429</p>	<p>Målet med studien er å kunne benytte seg av eksisterende artikler om kommunikasjon hos demente, for å finne ut om hvilke kommunikasjonsstrategier som er til fordel for demente personer, slik man bevarer kommunikasjonsferdighetene lengst mulig.</p>	<p>Dementia, carers, outpatient, inpatient.</p>	<p>Studien har inkludert både kvalitatativ og kvantitativ forskning, og det ble brukt systematisk metodikk med hensyn til identifisering, analyse, tolkning og vurdering av relevant forskning. Veiledning for forskningen ble gitt av Joanna Briggs Institute.</p>	<p>Artikkelen viser at det er utfordrende å få tilstrekkelig tilbakemelding om hvordan kommunikasjon oppfattes blant personer med langkommendemens. På grunn av lite forskning kan opplæringsprogrammene for sykepleiere ha begrenset effekt, siden man faktisk ikke har nok tilbakemelding fra personene det angår. Det å vite hva personer med demens mener er meningsfull kommunikasjon og hvordan den oppfattes, er nødvendig for å sikre personsentrert omsorg, fremme sosiale relasjoner og forbedre den dementes livskvalitet, og viktigheten av å forskning er derfor stor.</p>	<p>Denne artikkelen er relevant da den viser hvorfor kommunikasjon med demente er viktig, hvilken forskning som mangler, og hvordan man kan oppnå bedre forskningsmateriale.</p>

Referanse	Hensikt	Nøkkelt begrep	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans
<p>Clare, L., Wood, R. T., Whitaker, R., Wilson, B. A. & Downs, M.</p> <p>Development of an awareness-based intervention to enhance quality of life in severe dementia: trial platform (2010).</p> <p><i>School of Psychology, Bangor University.</i></p> <p>DOI: https://doi.org/10.1186/1745-6215-11-73</p>	<p>Denne studien har som mål å hjelpe helsepersonell i å oppfatte og svare på subtile tegn fra demente pasienter med svært nedsatte kommunikasjonsferdigheter.</p>	<p>Communication barriers, dementia, psychosocial factors, therapy, quality of life</p>	<p>I trinn 1 av studien velges to fokusgrupper og et ekspertpanel. I trinn 2 brukes observasjonsdata til å utvikle tiltakene. 40 personer med alvorlig demens, som enten har svært begrenset, eller ingen kommunikasjonsferdigheter deltar. En poengskala brukes for å vurdere trivsel og atferd, noe som kan gi en indikasjon på pasientens livskvalitet og trygghet.</p> <p>I trinn 3 deltar 80 nye personer med alvorlig demens, der tiltakene blir tatt i bruk. Resultatene blir</p>	<p>Resultatet av denne studien viser at man ved hjelp av verktøy kan observere tegn hos pasienter som har svært nedsatt eller ingen kommunikasjonsferdighet, slik at sykepleien pasient får er på pasients premisser, til tross for kognitiv svikt. Ved å utvikle tiltakene i én fokusgruppe, og deretter anvende disse tiltakene i en ny fokusgruppe, understreker at tiltakene som er gjort fungerer generelt for pasienter med langtkommen</p>	<p>Denne studien er gunstig for problemstillingen vår, da den viser hvor viktig non-verbal kommunikasjon er, spesielt når verbal kommunikasjon ikke er mulig.</p>

Referanse	Hensikt	Nøkkelord	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans
<p>Perry, J., Galloway, S., Bottorff, J. L., Nixon, S.</p> <p>Nurse-patient communication in dementia, improving the odds (2005).</p> <p><i>JOURNAL OF GERONTOLOGICAL NURSING.</i></p> <p>DOI: 10.3928/0098-9134-20050401-10</p>	<p>Denne artikkelen tar for seg hvilke samtalestrategier som er mest effektive og mentalt positive for personer med demens, og hvordan man går fram for å ha en samtale på de ulike stadiene av demens.</p>	<p>Communication skills, dementia, nurse-patient relations</p>	<p>Dette er en kvalitativ studie som innebærer samtaleanalyse i en sosialiseringssgrupper med beboerne med demensdiagnose på eldrehjemmet. Gruppene ble arrangert ukentlig i 10 uker, og ble ledet av to av artikkelforfatterne. Øktene varte i 30-50 minutter, og fokuset på samtaler var sosiale temaer, i stedet for samtaler som omhandlet omsorg. Deltagerne ble oppmuntret til å snakke om seg selv og egne opplevelser, og temaer som f.eks. reiser, været og aktiviteter. I tillegg til dette, ble det lagt vekt på å opprettholde øyekontakt, å henvende seg med navn til de man pratet med, og utforskende spørsmål for å utfordre og forbedre samtalen</p>	<p>Resultatet viser at ved riktige strategier og tilnærminger til pasientene med demens, er man i stand til å samhandle i en samtale. Dette forbedret sykepleien som ble gitt, og ikke minst, trivselen til beboerne. Ved å avklare, utforske, be om gjentakelser, assistere, og fokusere på non-verbal kommunikasjon, viste forskerne at personer med demens i ulike stadier, kan være i stand til å delta i samtaler.</p>	<p>Denne artikkelen er relevant på den måten at den viser at man ved hjelp av strategier kan forbedre livskvaliteten til personer med demens, ved hjelp av teknikker som brukes med kommunikasjon. Det sosiale samspillet er viktig for god psykososial fungering, og det å bli inkludert i samtalen er viktig for trivsel og velvære.</p>

Referanse	Hensikt	Nøkkelord	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans
<p>Jensen, A. M., Pedersen, B. D., Olsen, R. B., Wilson, R. L. & Hounsgaard, L. «If only they could understand me!» Acute hospital care experiences of patients with Alzheimer's disease (2020):</p> <p>DOI: 10.1177/1471301218820483.</p>	<p>Hensikten er å undersøke observerte erfaringer fra pasienter med Alzheimer's som mottar akutthjelp ved sykehus, for å finne metoder som kan begrense konsekvensene det gir demente pasienter å være innlagt på sykehus.</p>	<p>Alzheimer's, hospital, demens, dementia, acute care, hip fracture</p>	<p>Det blir brukt en deltakerobservasjonsmetode, etterfulgt av fenomenologisk hermeneutisk analyse. Studien er designet for å følge opp få pasienter, for å ha mulighet til å følge hver pasient gjennom hele innleggelsen. Enheten ved det danske akutt sykehuset hadde 13 sengeplasser, og 3 pasienter deltok. Alle deltakerne hadde Alzheimer's diagnose, og deltok uavhengig om de til vanlig bodde hjemme eller på sykehjem. Forskeren deltok i observasjonene ved samtykke fra pasienten, og det ble skrevet rapporter av sykepleierne fra både dag, kveld og natt. Til datasamlingen ble det anvendt Spradleys metode.</p>	<p>De tre pasientene hadde mange likhetstrekk i sine erfaringer. Til tross for at rapportene tilsa at antall personer som gav pleie til de demente pasientene skulle begrenses, ble det likevel observert at mange pleiere var innom pasientene i løpet av innleggelsen. Pasientene erfarte hallusinasjoner, som førte til feilkommunikasjon med personalet. Kommunikasjon svansker var et gjennomgående tema for pasientens erfaringer. Det kunne også gå lang tid fra sykepleier gav informasjon om prosedyrer fram til prosedyren faktisk skjedde, noe som skapte uro og usikkerhet for pasientene. Ofte fortsatte også prosedyren til tross for pasientens manglende</p>	<p>Denne artikkelen tar for seg pasientgruppen med demente personer som har forhøyet risiko for å bli innlagt på sykehus. Studien viser hvilke metoder som ikke fungerer, hvorfor de ikke fungerer, og hvilke ønsker pasientene har.</p>

Referanse	Hensikt	Nøkkelord	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans
<p>Egan, M., Bérubé, D., Racine, G., Leonard, C. & Rochon, E. Individuals with Alzheimer's disease and their formal and informal caregivers: A systematic review (2010).</p> <p>DOI: 10.1177/0193945917697226</p>	<p>Hensikten er å gjennomgå effektiviteten av metoder for å forbedre kommunikasjonen mellom individer med Alzheimer's diagnose og deres omsorgspersoner, for å motvirke negative effekter av dårlig kommunikasjon som f.eks. konflikter, isolasjon eller depresjon.</p>	<p>Dementia, Alzheimer's disease, communication</p>	<p>Pga et begrenset antall kontrollerte studier innom dette teamet, er alle relevante studier inkludert, uavhengig av den eksperimentelle metoden som ble brukt. Resultatene er kvantitative, og minst 50% av personene som var med i studien hadde bekreftet Alzheimer's diagnose. I de tilfelle en spesifikk diagnose ikke var gitt, skulle deltagerne være kvinner, siden Alzheimer's er den vanligste demensdiagnosen blant kvinner. Artiklene som er brukt er hentet fra PsychINFO, CINAHL, EMBASE, MEDLINE, REHABDATA og COMDIS. Artiklene ble valgt ut av spesifikke kriterier, og deretter ble</p>	<p>For de fleste deltakerne viste det forbedring i kommunikasjon ved bruk av minnebøker. I resultatdelen om treningsprogrammene fant de ingen forbedringer av kommunikasjonen. Studiene som var anvendt i denne delen hadde dessuten for lite kandidater til å kunne si noe spesifikt om resultatene. I den siste delen av studien som tar for seg aktivitetsbaserte programmer viste den ene artikkelen at en samtale under frokost hadde en viss forbedrende effekt, men dette ble likevel slått ned av en annen artikkel som mente at det ikke gir forbedret effekt om kommunikasjon foregår mens en går tur eller sitter sammen. Til tross for at denne studien har inkludert 13 troverdige artikler, har ingen av disse inkludert hvilke</p>	<p>Denne artikkelen er relevant siden den tar for seg flere metoder og setter dem opp mot hverandre, for å finne den mest hensiktsmessige metoden. Det gir et godt grunnlag til å kunne sammenligne hvilke metoder som faktisk fungerer, opp mot artiklene som diskuterer hvordan personer med demens oppfatter metodene.</p>

Referanse	Hensikt	Nøkkelor d	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans
<p>Lindholm, C. <i>Laugther, communication problems and dementia (2008).</i> <i>University of Helsinki, Finland.</i></p> <p>DOI: 10.1558/cam.v5i1.3</p>	<p>Hensikten med artikkelen er å finne ut om latter benyttes av demente som en kompensasjon for den reduserte verbale kommunikasjonsevnen. Forfatter ønsker å finne ut hvordan mennesker med demens bruker latter til å håndtere kommunikasjonssproblemer, og om hvordan denne kommunikasjonsmetoden fungerer i en interaksjon mellom en demensperson og en kognitiv frisk person.</p>	<p>Laughter, communication problems, dementia, elderly, conservation analysis</p>	<p>Data som er samlet i denne studien er en del av en større studie. 30 timer med video av samtaler mellom to personer med demens, flere personer med demens, eller samtaler mellom den demente og sykepleier. Deltakerne hadde enten Alzheimer's eller vaskulær demens. To av samtalen ble plukket ut og ble detaljert analysert. Disse samtalen foregikk under et spill som innholdt kjente ordtak, som utfordret den dementes kognitive funksjon.</p>	<p>Resultatene viser at latter ble brukt av den demente når det oppstår problemer i kommunikasjonen, og ofte når det forventes at den demente skal respondere på kommunikasjonen han mottar. I tillegg hadde sykepleierens respons stor betydning for hvordan den demente reagerte. Dette viser at demente bruker ikke verbal-kommunikasjon til å erstatte den verbale kommunikasjonen de ikke lenger håndterer. Studien viser også at latter som ikke-verbal kommunikasjon fungerer godt for den demente, så lenge sykepleieren håndterer å respondere riktig i tidspunktet som gjelder. Riktig respons på latteren skaper følelse av inkludering og forståelse av den demente.</p>	<p>Siden denne artikkelen baseres på non-verbal kommunikasjon hos demente, kan dette være til nytte for å finne ut av hvordan demente personer oppfatter kommunikasjonen fra andre mennesker. Dersom demente personer bruker latter som verbal-kommunikasjon, kan det være viktig å bevare kommunikasjonensferdigheten lengst mulig.</p>

Referanse	Hensikt	Nøkkelord	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans
<p>Alsawy, S., Tai, S., Mcevoy, P. & Warren, M. "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 (1997).</p> <p>DOI: 10.1111/jpm.12559</p>	<p>Hensikten med studien var å finne hvilken kommunikasjon som er meningsfull for den demente, fra den dementes perspektiv.</p>	<p>Communication with family member, film of interaction, interview, perspective of people with dementia</p>	<p>En kvalitativ studie med videoopptak av semistrukturerte intervju. Et av kriteriene var at de som deltok i studien hadde demensdiagnose, men hadde evne til å gi samtykke og delta i en samtale. Intervjuene foregikk hjemme hos deltakerne sammen med en pårørende. Samtalen startet med en frivillig aktivitet valgt av deltakeren, f.eks. se i album. Deltakeren fikk deretter se opptaket av samtalen deres og analysere hvilke deler av kommunikasjonen som fungerte og var betydningsfull. 4 uker senere ble prosessen gjentatt,.....åtte av ni deltakere deltok i denne fasen.</p>	<p>Tre temaer ble til fra analysen: øyeblikk med følelsesmessig forbindelse, elementer som styrker ens evne til å kommunisere og hemmere til kommunikasjonen. Studien viser at følelsen å dele emosjonelle opplevelser skapte kommunikasjonen som var meningsfull. Den demente kunne da føle seg knyttet til den andres sosiale nettverk som reduserer isolasjon. Demente personer er som andre klar over når andre er avvisende. Studien motbeviser bildet som skildrer en person som er uvitende og ikke i stand til å ha meningsfulle interaksjoner. Positiv kommunikasjon kan redusere angst, depresjon og isolasjon og er</p>	<p>Denne artikkelen er relevant da den tar for seg et viktig element til en troverdig oppgave om demens: forskningsmateriale rett fra kilden. Forskningsmetoden er nøyaktig, og innebærer de etiske prinsippene som trengs for å konkludere et troverdig svar. Til tross for at helsepersonell ikke er inkludert i artikkelen, gir den likevel viktig informasjon om den dementes tanker om kommunikasjonen. Pårørende er ofte sammen med den demente pasienten på f.eks. sykehus eller sykehjem og vil derfor spille en stor rolle, da det vil bidra til trygghet for den demente.</p>

