



Relasjonsbygging i demensomsorgen

*Hvordan kan sykepleiere bygge en god relasjon til hjemmeboende personer med demens?*

Kandidatnummer: 1143

VID vitenskapelig høgskole

Diakonhjemmet

Bachelorsoppgave

Videreutdanning i bachelor i sykepleie

Kull: BASYK17

Antall ord: 10 782

Dato: 19.03.2020

Opphavsrettigheter

Forfatteren har opphavsrettighetene til rapporten.

Nedlasting for privat bruk er tillatt.

## **Sammendrag**

Personer med demens utgjør en stor del av brukerne i hjemmesykepleien. Denne oppgaven har til hensikt å øke forståelsen av hvordan ulike metoder som sykepleiere benytter påvirker evne til å skape en god relasjon til hjemmeboende personer med demens. På bakgrunn av dette er følgende problemstilling valgt: Hvordan kan sykepleiere bygge en god relasjon til hjemmeboende personer med demens?

For å svare på oppgavens problemstilling er det gjennomført en litteraturstudie. Det ble anvendt både inklusjons-og eksklusjonskriterier for å finne forskning som var relevant for problemstillingen basert på søk i ulike databaser. Søket resulterte i fire forskningsartikler, og som sammen med faglitteratur danner det teoretiske grunnlaget for oppgaven.

Utviklingen av demenssykdom og dens symptomer gjør kommunikasjon til en utfordring for den rammede personen. Ulike former for kommunikasjon vil derfor kunne ha påvirkning på den demensrammede, når sykepleiers mål er å skape en god relasjon. Ved at sykepleiere ser personen bak sykdommen og lytter til hva personen prøver å formidle antas det at en god relasjon kan skapes. For å oppnå dette er det derfor sentralt at sykepleier ikke bare har solid kunnskap om sykdommen, men også innsikt og kunnskap om den demensrammende som person.

## **Abstract**

People with dementia make up a large proportion of users of home-based care. This bachelor's thesis aims to increase the understanding of different aspects that promotes the nurse's ability to create a relationship with people living at home with dementia. The following research question was asked: "How can nurses establish a good relationship with home-based people with dementia?"

The thesis is a literature review. Various databases were used, which resulted in four research articles. Inclusion and exclusion criteria were used to find research relevant to the subject.

The development of dementia makes communication a challenge for the person and good communication is assumed to contribute to a good relationship. By having a nurse look at the person behind the disease and listen to what the person is trying to convey, a good relationship can be created. It is essential that nurses not only have knowledge about the disease, but also about the person.

# Innholdsfortegnelse

1	Innledning .....	1
1.1	Problemstilling .....	2
1.2	Avgrensninger .....	2
1.3	Begrepsavklaringer .....	2
2	Teori.....	4
2.1	Hva er demens? .....	4
2.1.1	Symptomer på demens.....	5
2.2	Hva er kommunikasjon? .....	7
2.2.1	Verbal og nonverbal kommunikasjon .....	9
2.3	Personsentrert omsorg .....	10
2.4	Hjemmesykepleierens rolle .....	11
2.5	Hva er omsorg?.....	12
3	Metode .....	14
3.1	Bruk av hjelpemiddelet PICO .....	14
3.2	Søkekriterier.....	15
3.3	Kildekritikk .....	18
3.4	Etiske overveielser .....	19
4	Funn .....	20
4.1	Artikkel 1 .....	20
4.2	Artikkel 2 .....	21
4.3	Artikkel 3 .....	22
4.4	Artikkel 4 .....	24
5	Diskusjon.....	27
5.1	Å bygge relasjoner til hjemmeboende personer med demens.....	27

5.1.1	Forholdet mellom omsorg og makt .....	27
5.1.2	Den demensrammedes relasjon til hjemmet.....	28
5.1.3	Tid til veiledning og kontinuitet for å bygge relasjon.....	29
5.1.4	Sykepleierenes holdning til bruker .....	31
5.2	Kommunikasjon som relasjonsbygger .....	32
5.2.1	Effekten av flere temaer under en samtale .....	32
5.2.2	Avledning som kommunikasjonsmetode.....	33
5.2.3	Følelser som grunnlag.....	34
5.2.4	Effekten av å stille spørsmål .....	35
5.2.5	Effekten av nonverbal kommunikasjon .....	36
5.2.6	Humor som relasjonsbyggende verktøy .....	37
6	Avslutning .....	38
7	Referanseliste .....	39

# 1 Innledning

Som sykepleiestudent har jeg funnet det både spennende og svært utfordrende å arbeide med personer med demens. Det som har opptatt meg i stor grad er hvordan sykepleiere kan bidra til å bygge en relasjon og dermed skape trygghet hos den demensrammede som fortsatt bor i eget hjem.

Redusert kognitiv funksjon medfører i ulik grad svikt i persepsjon, oppmerksomhet, forståelse og evne til både verbal og nonverbal kommunikasjon. Det er mye vi ikke vet når det gjelder hvordan man best kan kommunisere med personer med demens. Sykepleieren har i tillegg et særlig relasjonsetisk ansvar og må bruke bekreftende relasjonsferdigheter for å skape en god relasjon (Eide & Eide, 2014, s. 382).

Hovedtemaet for oppgaven er kommunikasjon, og bakgrunnen for valg av dette temaet er min interesse for hvordan sykepleiere kan bruke kommunikasjon som et virkemiddel. Derfor ønsket jeg å utforske hvordan sykepleiere kan bruke profesjonell, hjelpende og personsentrert kommunikasjon for å skape en god relasjon til pasienter med demens.

Pasienter med demens er en pasientgruppe det kan være utfordrende å kommunisere med ettersom deres evne til å kommunisere er redusert. Demens er en paraplybetegnelse på en gruppe sykdommer som forårsaker forandringer av hjernes funksjoner (Skovdahl & Berentsen, 2015, s.411).

Kommunikasjon er svært relevant innenfor sykepleiefaget ettersom kommunikasjonsferdigheter er noe som alltid kan reflekteres over og forbedres. Mye kan gjøres for å forbedre vår evne til å kommunisere. Relasjonsteorier, kommunikasjonsteknikker og refleksjon av kommunikasjonsferdigheter kan være gode hjelpemidler, men for å utvikle evnene til å kommunisere godt kreves det en kombinasjon av teori og praktisk trening (Eide & Eide, 2014, s. 13).

Ifølge Helsedirektoratet (2019) finnes det per i dag ikke et gyldig estimat over hvor mange mennesker som er rammet av demens i Norge. Noe som gjør det vanskelig å planlegge riktig omfang av dagens til tjenestetilbud, samt fremtidens tjenestebehov for personer rammet av

demens. Det antas at antallet demensrammede ligger på 80 000 nordmenn (Helsedirektoratet, 2019).

## **1.1 Problemstilling**

Hvordan kan sykepleiere bygge en god relasjon til hjemmeboende personer med demens?

## **1.2 Avgrensninger**

I hjemmetjenesten vil sykepleiere møte personer med mild til moderat funksjonssvikt som en følge av demens. Det er i denne oppgaven tatt forbehold om at den demensrammende har tale og hørsel i behold. Til tross for at pårørende er en ressurs i ivaretagelsen av den demensrammede som bor hjemme, blir ikke de pårørendes relasjon diskutert i denne oppgaven ettersom problemstillingen fokuserer på relasjonen mellom sykepleier og bruker. Grovt sett kan man dele forandringene som forekommer med demens inn i tre hovedgrupper av symptomer: kognitive, atferdsmessige og motoriske (Engedal & Haugen, 2018, s. 29). På bakgrunn av oppgavens omfang er det kun kognitive symptomer som blir omtalt her.

## **1.3 Begrepsavklaringer**

Demens er en paraplybetegnelse på en gruppe sykdommer som forårsaker forandringer av hjernens funksjoner (Skovdahl & Berentsen, 2015, s. 411). Demens kan medføre ulike



symptomer som redusert hukommelse, svekket oppmerksomhet, redusert orientering – og handlingsevne, utfordringer med språk og adferdsforstyrrelser (Skovdahl & Berentsen, 2015, s. 417).

Kommunikasjon kan defineres som utveksling av meningsfylte tegn mellom to eller flere parter. Begrepet kommunikasjon betyr å delaktiggjøre en annen i, ha en forbindelse med eller å gjøre noe felles, Til daglig brukes begrepet kommunikasjon om alt fra massekommunikasjon på sosiale medier til personlige samtaler (Eide & Eide, 2014, s. 17).

Begrepet relasjon kommer fra det latinske ordet *relatio*, det betegner en gjenstand som står i forbindelse til en annen. Mer vanlig brukes begrepet om forhold eller forbindelse mellom mennesker (Eide & Eide, 2014, s. 17). Her vil begrepet bli benyttet for å beskrive forholdet mellom sykepleier og bruker.

## 2 Teori

### 2.1 Hva er demens?

Demens er en fellesbetegnelse på et syndrom som kan være forårsaket av ulike organiske sykdommer (Engedal & Haugen, 2018, s. 18). Demens kjennetegnes ved kronisk og irreversibel kognitiv svikt og med redusert evne til oppmerksomhet, hukommelse, læring, kommunikasjon og tenkning. Sykdommen kjennetegnes også ved nedsatt evne til å utføre dagligdagse aktiviteter på en tilfredsstillende måte sammenlignet med tidligere (Engedal & Haugen, 2018, s. 18). For at begrepet demens skal kunne benyttes må redusert hukommelse være tilstede hos den rammede. I tillegg må det kunne påvises eller antas at det er en organisk sykdom i hjernen som er årsaken til syndromet, og det må utelukkes at tilstanden forekommer på grunn av forgiftning, legemidler eller delirium. Den rammedes sviktende evnen til å utføre dagligdagse aktiviteter må dessuten kunne knyttes til svekket hukommelse og annen kognitiv svikt (Engedal & Haugen, 2018, s. 18). Alle demenssykdommer er progredierende og kan dermed ikke kureres. Det innebærer at personer som rammes av sykdommen gradvis vil oppleve funksjonsreduksjon og til slutt bli helt avhengig av hjelp (Skovdahl & Berentsen, 2015, s. 411). Symptomene på demens vil utvikles over tid og avhenger av hvilken sykdom som ligger til grunn (Skovdahl & Berentsen, 2015, s. 411).

Demens er ikke én sykdom, det er en diagnose og et syndrom for flere ulike symptomer som er forårsaket av en rekke sykdommer og skader. Demenssykdommene deles ofte inn i tre ulike hovedgrupper: primærdegenerative sykdommer, vaskulær demens og sekundære demenssykdommer (Skovdahl & Berentsen, 2015, s. 412).

Felles for primærdegenerative demenssykdommer er at hjerneceller dør og skades i unormalt stort omfang. Det er også typisk at sykdommen kommer smygende og kan ha pågått over lengre tid før verken den rammede selv eller omgivelsene blir oppmerksom på at noe er galt (Skovdahl & Berentsen, 2015, s. 412). Sykdommene i denne hovedgruppen er progressive og den rammede personen vil få flere og mer omfattende funksjonstap parallelt med sykdommens progresjon (Skovdahl & Berentsen, 2015, s. 412). Symptomene ved

primærdegenerative sykdommer vil variere avhengig av hvilke områder i hjernen som er skadet og derfor deles denne hovedgruppen inn i tre undergrupper: Alzheimer sykdom, frontotemporal og Lewylegemedemens, og Parkinsons sykdom med demens (Skovdahl & Berentsen, 2015, s 412).

Vaskulær demens er sykdommer i hjernens blodårer som fører til demens (Engedal & Haugen, 2018, s. 26). Ofte er årsaken til vaskulær demens mange små hjerneinfarkter, store eller strategisk plasserte infarkter i hjernen og sykdom i arterioler i hjernevevet. Denne typen demens kan debutere brått og eskalerer plutselig, gjerne i forbindelse med nye hjerneblødninger eller slag. Symptomene vil variere etter hvor i hjernen skaden er lokalisert (Skovdahl & Berentsen, 2015, s. 414).

Sekundære demenssykdommer er demens som forårsakes av andre hjernesykdommer (Engedal & Haugen, 2018, s. 26). Det finner en rekke ulike sykdommer, tilstander eller skader som kan føre til demensutvikling, som for eksempel hjerneskader, langvarig stort alkoholoverforbruk, svulster eller alvorlig ubehandlet vitamin B12-mangel (Skovdahl & Berentsen, 2015, s. 414).

### **2.1.1 Symptomer på demens**

De vanligste kognitive symptomene ved demens er svekket oppmerksomhet, læringsevne, språkevne og hukommelse, samt redusert orienteringsevne, agnosi, handlingssvikt og svekkede intellektuelle evner (Engedal & Haugen, 2018, s. 29).

For et menneske er *oppmerksomhet* er en grunnleggende kognitiv funksjon.

Oppmerksomhet har innvirkning på all mental aktivitet og dersom oppmerksomhetsevnen reduseres, kan konsekvensene være utfordringer knyttet til både hukommelse og knyttet til løsningen av hverdagslige gjøremål (Engedal & Haugen, 2018, s. 30). Andre aspekter som knytter seg til svekket oppmerksomhet kan derfor omhandle grad av tilstedeværelse

hverdagslige aktiviteter, evne til konsentrere seg om en ting eller utfordringen om å ikke la seg avlede (Engedal & Haugen, 2018, s.30).

Ved demens viser sviktende oppmerksomhet seg i form av både fokusert og delt oppmerksomhet. Evnen til å holde fokuset rettet mot en spesifikk ting over en tidsperiode, uten å la seg distrahere av mindre forstyrrelser, kalles fokusert oppmerksomhet. Evnen til å fokusere på flere ting på samme kalles delt oppmerksomhet (Engedal & Haugen, 2018, s. 30).

*Hukommelse* er en kompleks funksjon og hukommelsessvikt kan utartes på forskjellig vis (Engedal & Haugen, 2018, s.31). Hukommelse krever en innlæring av noe. Enkelte ting læres umiddelbart, samtidig som andre ting trenger flere gjennomganger over tid for å læres. En demensrammet person vil ha redusert evne til innlæring som får konsekvenser i dagliglivet. Dette merkes gjerne ved at ulike hjelpemidler i hjemmet vil være utfordrende å lære for personen (Engedal & Haugen, 2018, s. 31). En skiller gjerne mellom korttids- og langtidshukommelse. Korttidshukommelse har varighet på sekunder opp til ett par minutter, mens langtidshukommelse har en varighet på flere minutter, dager og år (Engedal & Haugen, 2018, s. 33).

Ved *orienteringsevne* menes flere ting. Det innebærer evnen til å redegjøre for tid, sted og egen situasjon (Engedal & Haugen, 2018, s. 36). Ved en demensutvikling er det gjerne orientering om tid som reduseres i første omgang. Evnen til orientering om sted er som regel intakt i den begynnende fasen av en demensutvikling, men vil reduseres i takt med sykdommens utvikling. Det samme gjelder også for evnen til å holde oversikt over egen situasjon, samt familiemedlemmers situasjon (Engedal & Haugen, 2018, s. 36). Konsekvensene for personen med demens vil da kunne være utfordringer med å finne frem, selv i kjente miljøer, og utfordringer knyttet til å kjenne igjen familiemedlemmer (Engedal & Haugen, 2018, s. 36).

*Afasi*, også kalt språkproblemer, knyttet til demens deles inn i tre kategorier. *Redusert taleflyter* er vansker med å snakke i fullstendige setninger. Dette innebærer at enkelte ord blir brukt feil eller utelatt og det preges gjerne langsom tale. *Svikt i ordforståelse* er vansker med å forstå betydningen av enkeltord og redusert evne til å forstå skrift eller hva andre sier

og meningen bak det. *Vansker med benevning* innebærer at en gjerne stopper opp midt i en setning eller at man har utfordringer med å finne ord, som gjerne resulterer i at man bruker mange ord for å beskrive ett (Engedal & Haugen, 2018, s. 37).

*Agnosi* er redusert evne til å indentifiser objekter, selv om sensoriske funksjoner er intakt (Engedal & Haugen, 2018, s. 38). Agnosi kan ramme alle sanser. Når det gjelder demens er de mest sentrale hørsels- og synsagnosi. Hørselsagnosi innebærer tapt kompetanse til å gjenkjenne lyder som kan påvirke dagliglivet i form av at man ikke kjenner igjen objekter ut fra lyd (Engedal & Haugen, 2018, s. 38). Ved synsagnosi vil den demensrammede gjenkjenne et redusert antall gjenstander som brukes i hverdagen og gjenstander vil gjerne bli brukt på feil måte (Engedal & Haugen, 2018, s. 38).

*Handlingssvikt* fører til vanskeligheter med å kunne gjennomføre og mestre vanlige aktiviteter i hverdagen og kan beskrives som å beherske det å samle forskjellige handlinger i en rekkefølge til en helhet (Engedal & Haugen, 2018, s. 39). Dette vil kunne føre til konsekvenser i økende grad fra utfordringer med å dekke på bordet til problemer med påkledning, personlig hygiene og ernæring (Engedal & Haugen, 2018, s. 39).

*Intellektuelle evner* omfatter overordne oppgaver som problemløsning, tilpasningsevne og tolkning av sanseinntrykk. En med svekkende intellektuelle evner vil ha utfordringer med å forstå den underliggende betydningen av noe som sies, som for eksempel ordtak, og vil ha utfordringer med å forstå tvetydige og ironiske utsagn (Engedal & Haugen, 2018, s. 40).

## **2.2 Hva er kommunikasjon?**

Det er flere måter å definere kommunikasjon på. Det kan påståes at en viktig faktor for begrepet kommunikasjon er at en person, en avsender, har intensjon om å gjøre noe kjent for en annen person, en mottaker. Kommunikasjon innebærer derfor «å gjøre noe felles» og et uttrykk for svikt i kommunikasjon vil være at dette ikke lykkes (Vassend, 1997, s.30).

For mennesket er kommunikasjon naturlig og vi er alle medfødt evnen til å kommunisere (Eide & Eide, 2017, s. 16). Spedbarnets blikk, fingerbevegelser og lyder vekker vår oppmerksomhet, barnet appellerer til oss uten ord, og får oss til å tenke, føle og handle (Eide & Eide, 2017, s.16). God profesjonell kommunikasjon innen helsefeltet har et naturlig grunnlag i det relasjonelle, den er faglig fundert og personsentrert (Eide & Eide, 2017, s. 16).

I profesjonell kommunikasjon, innen omsorgstjenestene, vil det sentrale være at den er faglig basert og hjelper personen (Eide & Eide, 2014, s. 12). Selv om helsepersonalet har forskjellige roller, metoder og pasientgrupper, er kjernen i profesjonell kommunikasjon fortsatt den samme. Den profesjonelle kommunikasjonen skal ha et helsefremmende formål, altså å fremme helse og forebygge sykdom (Eide & Eide, 2014, s. 18).

Personsentrert kommunikasjon vil si at en ser den andre som en *hel* person, og ikke utelukkende som pasient eller mottaker av tjenester (Eide & Eide, 2017, s. 16).

Personsentrert kommunikasjon forutsetter at man aktivt lytter og ser den andre som et unikt individ med egne verdier, prioriteringer og ønsker, med iboende ressurser, muligheter og mål når det gjelder egen livssituasjon og helse (Eide & Eide, 2017, s. 16). Personsentrert kommunikasjon har flere aspekter. Sentralt står det å forstå hva som er viktig for pasienten i gjeldene situasjon (Eide & Eide, 2017, s. 16).

Relasjonsetikk, ofte også kalt nærhetsetikk, handler om hvordan vi bør være mot hverandre og det moralske ansvaret i relasjonen til den andre personen (Eide & Eide, 2017, s. 86).

Kommunikasjon i relasjon innebærer et moralsk ansvar, som å anerkjenne den andre personen, ønske den andre vel og respektere den andres autonomi (Eide & Eide, 2017, s. 86). Fordi helsepersonell har en profesjonell hjelperolle vil dette ansvaret være primært og imperativt i møte med personer som har behov for helsehjelp og derfor er sårbare (Eide & Eide, 2017, s. 86). I kommunikasjon med eldre med kognitiv svikt er det viktig å ta utgangspunkt i det den andre er opptatt av, og å bruke bekreftende kommunikasjonsferdigheter, både verbale og nonverbale (Eide & Eide, 2017, s. 327).

### 2.2.1 Verbal og nonverbal kommunikasjon

I kommunikasjon med personer som har en demenssykdom er det viktig å tenke gjennom hvordan man formulerer seg, ved å bruke enkle ord og korte setninger (Birkeland & Flovik, 2018, s.162-163). Det er også viktig å snakke langsomt og tydelig, å gi personen tid til å forstå det som blir sagt og å komme med et svar. Det vil også være hensiktsmessig å avgrense antall temaer i løpet av en samtale. Å skifte mellom flere temaer kan være forvirrende for den demensrammede og kan føre til en stopp i samtalen (Birkeland & Flovik, 2018, s.162-163).

Nonverbal kommunikasjon kan forklares som et responderende språk som speiler følelsene våre. Utrykkene for nonverbal kommunikasjon må derfor tolkes (Eide & Eide, 2014, s. 198).

Nonverbal kommunikasjon er avgjørende for vår evne til å etablere kontakt og trygghet i relasjoner. For sykepleiere er det en grunnleggende, profesjonelle ferdigheter som bør benytte gjennom omsorgsprosessen (Eide & Eide, 2014, s. 198-199). Non verbal kommunikasjon er et nyttig verktøy for å skape en god relasjon og motivere personen til å bruke sine egne ressurser, i den grad det er mulig. En viktig funksjon ved nonverbal kommunikasjon med personer med demens er å møte personen på en bekræftende, styrkende og oppmuntrende måte, for dermed å etablere kontakt og trygghet. Dette vil skape det rommet personen trenger for å dele tanker, følelser og behov (Eide & Eide, 2014, s. 199).

Den demensrammedes oppfatning av kommunikasjon vil være i endring, noe som gjør at kroppsspråk som kommunikasjonsform tilegnes vekt. Sykepleiere som skal kommuniserer med demensrammede må derfor være særlig bevisst bruk av kroppsspråk og mimikk (Sejerøe-Szatkoski, 2004, s. 27). Den demensrammede er umiddelbar i sin mimikk, en kan derfor ofte lese den enkeltes sinnstilstand i vedkommens ansikt (Sejerøe-Szatkoski, 2004, s. 28).

Kroppsberøring kan bidra til å knytte sykepleier og bruker nærmere hverandre, dette gjelder spesielt for personer med demens, da andre kommunikasjonsferdigheter er svekket (Eide & Eide, 2014, s. 210). Berøring har en rekke funksjoner som å formidle kontakt, sympati og omsorg. Berøring kan også bidra til å gjøre personen oppmerksom på at sykepleier ønsker å

innlede en samtale, og det kan hjelpe brukeren å holde oppmerksomheten under en samtale (Eide & Eide, 2014, s. 210).

### 2.3 Personsentrert omsorg

Personsentrert omsorg innebærer å bekrefte personens opplevelse av personverd, eller *personhood*, som er den verdien vi gir hverandre som individer i relasjonelle forhold. Metoden blir i stadig større grad fremmet som foretrukket fremgangsmåten i omsorgen for demensrammede personer (Rokstad & Røsvik, 2018, s. 300). Kjernen i denne omsorgen er at den demensrammede personen skal bli sett på som et unikt individ. Personens livshistorie, kulturelle bakgrunn, personlighet, vaner og helsetilstand skal vektlegges, i tillegg til den kognitive svikten (Rokstad & Røsvik, 2018, s. 300). Personsentrert demensomsorg bygges opp rundt flere grunnleggende sosialpsykologiske behov: identitet, tilknytning, sosial inkludering, bekreftelse, kjærlighet og trøst (Skovdahl & Berentsen, 2015, s. 422).

*Identitet* handler om hvem, ikke hva, en person er. Det innebærer en kognitiv og følelsesmessig forståelse, og en tilknytning til både fortid og nåtid som gjør at en kan gjengi og presentere sin identitet for andre (Skovdahl & Berentsen, 2015, s. 422).

Det kan være en utfordring å bevare sin identitet når en ikke husker hvem en er eller hvor en kommer fra. Grunnleggende i demensomsorgen er derfor å hjelpe personen med å holde fast ved egen identitet gjennom tilrettelegging av aktiviteter som tidligere har vært viktig for den enkelte, og å støtte opp om personens egenverdi. Et godt utgangspunkt for å oppnå dette er god kjennskap til personens livshistorie (Skovdahl & Berentsen, 2015, s. 422).

Å føle en nærhet og *tilknytning* til noen en forbinder med trygghet er grunnleggende for alle mennesker. Dette behovet kan øke parallelt med utvikling av en kognitiv svikt (Skovdahl & Berentsen, 2015, s. 422). For å møte behovet om tilknytning må sykepleier anerkjenne, støtte og akseptere den demensrammede som unik og ta hensyn til individets følelser med åpenhet og ærlighet (Rokstad & Røsvik, 2018, s. 301). Ofte kan nærhet til mor være et



symbol på trygghet. Det er vanlig at mennesker med demens gjerne vil «hjem til mamma» når de er urolige eller fortvilte. Forskning har vist at det ikke nødvendigvis er den fysiske personen en vil hjem til, men at mamma er uttrykk for behovet en har for å kjenne trygghet og trøst (Skovdahl & Berentsen, 2015, s. 422). Alle mennesker har et behov for trøst og en opplevelse av velvære. Dette behovet kan bli dekket ved å uttrykke omsorg, omtanke, varme og nærhet, og vil forebygge og lindre fortvilelse og angst (Rokstad & Røsvik, 2018, s. 301). For å kunne trøste noen krever det tillit, og ved å trøste en annen erkjenner man en situasjon slik den oppleves av andre (Skovdahl & Berentsen, 2015, s. 422).

*Sosial inkludering* er et annet grunnleggende behov. Det innebærer å føle seg inkludert, å tilhøre et felleskap, og et behov for å føle seg velkommen. En forutsetning for å kjenne seg verdifull er *bekreftelse* og aksept omkring den man er og at man er verdifull (Skovdahl & Berentsen, 2015, s. 422).

Til tross for at det er flere særtrekk og symptomer som er felles hos demensrammede vil det å ha en demenslidelse utvikles svært ulikt fra bruker til bruker. På samme måte som at individets bakgrunn, livshistorie, personlighet og miljø er unikt, vil demenssykdommen til personen også være det og vil kreve en individuell personorientert tilnærming til hver enkelt bruker (Birkeland & Flovik, 2018, s. 159).

## **2.4 Hjemmesykepleierens rolle**

Hjemmesykepleien er et paraplybegrep for alle sykepleietiltak som utføres i brukerens egne hjem, med utgangspunkt i brukerens behov og ønsker (Birkeland & Flovik, 2018, s. 13). Personer som mottar hjemmesykepleie kan i ulik grad ha behov for å sikre at grunnleggende behov blir ivaretatt, som for eksempel ved å opprettholde tilfredsstillende hygiene og ernæring, i tillegg til tekniske prosedyrer som sårstell, prøvetakning eller legemiddelhåndtering (Birkeland & Flovik, 2018, s. 15). Hjemmesykepleiens overordnede mål er å tilrettelegge for at brukeren skal kunne mestre en hverdag i eget hjem, så lenge dette er ønsket og forsvarlig (Birkeland & Flovik, 2018, s. 15).

Fordi sykepleiere følger en utformet plan for brukere som skal besøkes, med spesifikasjoner om hvor lang tid hvert besøk skal ta, påvirkes hjemmesykepleien av begrenset tid ved hvert besøk (Birkeland & Flovik, 2018, s. 162-163).

Pasientgruppen som lider av demenssykdom krever en betraktelig innsats fra helse- og omsorgstjenesten (Birkeland & Flovik, 2018, s. 158). Hjemmesykepleien er en del av den kommunale omsorgstjenesten og hvordan hjemmesykepleien organiseres som helhet variere derfor mellom landets kommuner (Birkeland & Flovik, 2018, s.94). For å motta hjemmesykepleie må det først fattes et vedtak som fattes på grunnlag av en total vurdering av personens livssituasjon og helsetilstand. Vurderingen og det påfølgende vedtaket kan gjennomføres av lederen for hjemmesykepleien, en saksbehandler eller en sykepleier i hjemmesykepleien, og vil gi grunnlag for hvilke tjenester og hvor mye helsehjelp hjemmesykepleien skal bidra med (Birkeland & Flovik, 2018, s.26).

Sykepleierne som arbeider i hjemmesykepleien må ha en helhetlig tilnærming, og må vurdere alle de ulike faktorene som kan ha innvirkning på brukerens helsetilstand. Sykepleier må ha kunnskap om ulike tilstander og funksjonsnedsettelse og om hvilke tiltak som eventuelt bør utføres for at brukeren skal kunne leve et best mulig liv i sin helsesituasjon (Birkeland & Flovik, 2018, s.15).

## **2.5 Hva er omsorg?**

Omsorg er et ord en forbundet med nestekjærlighet, å handle mot andre som en selv vil bli behandlet. Det handler om å hjelpe og å ta hånd om (Martinsen, 1989, s. 14).

Martinsen (1989,) trekker frem tre ulike sider ved omsorgsbegrepet. Først og fremst er omsorg er relasjonelt begrep (s. 14). Begrepet er basert på et kollektivt menneskesyn som bunner i at vi er avhengige av hverandre, ikke avhengighet i motsetning til selvhjulpenhet, men fordi avhengighet, på ulike måter påvirker og inngår i alle menneskelige forhold.

Begrepet bygger også på det overordne prinsippet om at vi har et ansvar for de svake (Martinsen, 1989, s. 15).

Omsorg er også et praktisk begrep. Omsorg handler om at en skal delta aktivt og praktisk i den andres lidelse og ikke stille seg utenfor og synes synd på den andre (Martinsen, 1989, s. 15-16). Den praktiske forståelsen av begrepet er gjerne situasjonsbetingede og konkrete handlinger. Det vil si at hjelpen skal gis betingelsesløst og ut fra tilstanden til den hjelpetrengende og ikke basert på forventet resultat (Martinsen, 1989, s. 16). Dette krever en god situasjonsforståelse og et personlig engasjement fra sykepleieren, for å finne balansegangen mellom at omsorgsyter påtar seg for mye ansvar for den hjelpetrengende og respekten for personens autonomi (Martinsen, 1989, s. 16).

Videre viser Martinsen (1989) til at omsorg har et tredje aspekt, en moralsk side, som omhandler hvordan vi er i relasjoner gjennom det praktisk arbeid. Her står særlig kvaliteten av relasjonen sentralt (s.17). Omsorgsmoralen har å gjøre med hvordan en lærer seg å håndtere makt. Makt inngår i alle avhengighetsrelasjoner og kan brukes moralsk ansvarlig i solidaritet med den svake (Martinsen, 1989, s. 17). Ved omsorgsmoralen beskriver Martinsen (1989) et skille. Det skilles mellom moral bygget på sentimental omsorg og formålsrasjonalitetens etikk som er bygget på individualistisk menneskesyn (s. 20). Den sentimentale omsorgen gjør omsorgen emosjonell og følelsesbetonet og ikke rasjonell. Denne formen for omsorg blir prinsipløs og situasjonsforståelsen blir borte. Moralens står i motsetning til formålsrasjonalitetens etikk, som er basert på rasjonalitet og resultatorientering, hvor er en engasjert i målet, ikke situasjonen og relasjonen (Martinsen, 1989, s. 20). Martinsen (1889) hevder omsorgsmoralen bør være både rasjonell og emosjonell, den bør være relasjonell, ansvarlig og situasjonsorientert, samtidig som en handler ut fra prinsipper og møte uventede situasjoner med rasjonalitet (s. 19).

### 3 Metode

Metode er et redskap man bruker i møte med noe man vil undersøke og er en fremgangsmåte til å løse problemstillinger (Dalland, 2014, s. 111-112). Denne oppgaven er en litteraturstudie. En litteraturstudie er en systematisk sammensetning av kunnskap fra ulike skriftlige kilder og for å finne frem til relevante skriftlige kilder benyttes litteratursøk. Det innebærer at man samler inn litteratur og går igjennom den med et kritisk blikk, for deretter å sammenfatte det til slutt (Thidemann, 2019, s. 77). I denne sammenheng er det samlet inn fag- og forskningslitteratur som inngår i problemstillingens tema (Grønseth & Jerpseth, 2019, s. 80). Sammenfatningen av de gjennomgåtte forskningsartiklene, og funnen i disse, samt valgt teori utgjør det materialet som skal belyse oppgavens problemstilling (Grønseth & Jerpseth, 2019, s. 80).

#### 3.1 Bruk av hjelpemiddelet PICO

For å konkretisere og tydeliggjøre problemstillingen min benyttet jeg meg av hjelpemiddelet PICO. Ved å bruke PICO får jeg også presisert informasjonsbehovet mitt og ikke minst gjøres problemstillingen søkbar (Thidemann, 2019, s. 83).

Tabell 1., under, har til hensikt å gi en samlet oversikt over de ulike søkeordene som blir brukt.

*Tabell 1. Sammenfatning av bruk av PICO-skjemaet*

<b>PATIENT/PROBLEM</b>	<b>INTERVENTION</b>	<b>COMPARISON</b>	<b>OUTCOME</b>
<b>HVEM/HVILKE</b>	<b>HVA</b>	<b>ALTERNATIVER</b>	<b>RESULTAT</b>
Pasienter med demens	Kommunikasjon/ Pasientsentrert omsorg	Ikke aktuelt	Etablering av en god relasjon
Demens / dementia, home dwelling, home care, hjemmeboende	Kommunikasjon, communication, Pasientsentrert omsorg, patient centered care		Nurse patient relationship, Relasjon

## 3.2 Søkekriterier

De ulike søkene, i tabell 1, ble gjennomført i perioden fra januar til mars i år, 2020.

Jeg begynte med et innledende søk og benyttet meg av Google Scholar og Oria for å få et overblikk over hva slags informasjon og ulike artikler som var tilgjengelig. I den innledende fasen brukte jeg søkeordene: dementia, demens, living at home, communication skills, communication, relationships, nurse-patient-relationship og home care.

Deretter systematiserte jeg søket og brukte PICO-skjemaet for å finne passende søkeord og ordkombinasjoner. For å finne relevante forskningsartikler benyttet jeg flere databaser. Jeg deltok på VID Vitenskapelige høyskole sitt søkekurs og kontaktet skolens bibliotekar for å finne databaser som passet til oppgavens tema. Databasene relevante for å belyse oppgavens problemstilling er Idunn, CINAHL, PubMed, og Medline. I tillegg ble Oria benyttet for å få tilgang til flere av forskningsartiklene som ligger til grunn for studien.

I oppgaven er det fokus på pasienter med demens og bruk av kommunikasjon mellom pasient og sykepleier. For å finne frem til relevant forskning ble litteratursøket mitt begrenset etter følgende kriterier:

- Artikkelen skal være tilgjengelig i fulltekst
- Artikkelen skal være publisert i perioden 2010 til 2020
- Artikkelen skal være tilgjengelig på skandinaviske språk eller på engelsk
- Artikkelen har relevans for oppgaven
- Artikkelens studie er utført i en kultur som er tilnærmet lik nordisk kultur

Det ble gjennomført et grundig søk, se tabell 2-5, som resulterte i 7, 1, 37 og 29 treff. For finne passende artikler leste jeg først igjennom overskriftene til alle treff i hvert søk og deretter gikk jeg gjennom sammendrag på 25 artikler basert på overskriftens relevans for oppgaven. De artiklene med sammendrag som viste seg relevante for den gitte problemstillingen ble lest i fulltekst, dette var totalt ni forskningsartikler. Til slutt ble det

valgt ut fire artikler. Disse artiklene ble valgt både på grunnlag av deres relevans, de dekket ønskende kriterier, og de bidro til å belyse problemstillingen med interessant informasjon.

Fordi det ikke fantes nyere forskning som er direkte knyttet til problemstillingen i denne oppgaven belyser de fire forskningsartiklene som benyttes problemstillingen på ulikt vis.

Tabell 2, under, fremstiller søkene som ble gjort i databasen Medline. Dette søket resulterte i forskningsartikkelen: Conversations between persons with dementia disease living in nursing homes and nurses.

*Tabell 2. Søk i databasen Medline*

Søk nr.	Søkeord og ordkombinasjoner	Antall treff
# 1	«dementia» OR Dementia	10 134
# 2	«communication»	5379
# 3	Nurse-patient-relationship	1292
# 4	#1 AND #2 AND # 3 Søket ble begrenset etter følgende kriterier: - Peer reviewed - Engelsk	7

Tabell 3, under, fremstiller søkene som ble gjort på databasen Idunn. Dette søket resulterte i forskningsartikkelen: Relasjonens betydning i psykisk helsearbeid.

*Tabell 3 Søk i databasen Idunn*

Søk nr.	Søkeord og ordkombinasjoner	Antall treff
# 1	«relasjonens betydning» «kommunikasjon» «demens» Søket ble begrenset med kriteriene: - Årgang: 2010 - 2020	21
# 2	«relasjonens betydning» «kommunikasjon» «demens» Søket ble begrenset med kriteriene: - Fagområde: Helse og sosialfag - Treff innen: Tittel, sammendrag og stikkord.	1

Tabell 4, under, fremstiller søkene som ble gjort i databasen PubMed. Søket resulterte i artikkelen: “We live as good a life as we can, in the situation we’re in”.

*Tabell 4 Søk i databasen PubMed*

Søk nr.	Søkeord og ordkombinasjoner	Antall treff
# 1	«dementia»	43 150
# 2	«home» OR «Home dwelling»	43 263
# 3	#1 AND # 2 Ulike filter som ble brukt: - 2010-2020 - Engelsk - Abstact - Full tekst	37

Tabell 5, under, fremstiller søkene som ble gjort i databasen Cinahl. Søkene resulterte i artikkelen: Person-centered communication in dementia care.

*Tabell 5 Søk i databasen Cinahl*

Søk nr.	Søkeord og ordkombinasjoner	Antall treff
# 1	«dementia +» OR «dementia care»	2 707
# 2	«Communication + » OR «communication»	24 632
# 3	«Nurse-Patient Relations» OR «nurse patient relationship»	1 044
# 4	#1 AND #2 AND #3 Søket ble begrenset med: - 2010-2020 - Engelsk - Fagfellesvurdert - Sammendrag tilgjengelig - Fulltekst tilgjengelig	29

### 3.3 Kildekritikk

Ved utførelse av kildekritikk viser man at man kan forholde seg kritisk til kildematerialet som brukes i oppgaven, og hvilke utvalgsriterier som er benyttet (Dalland, 2014, s. 72).

Kildekritikk innebærer både å vurdere og å karakterisere den litteraturen som benyttes, og kildekritikken må til enhver tid ses i sammenheng med hva kilden skal belyse (Dalland, 2014, s. 72).

Målet er, etter beste evne, å vurdere i hvilken grad de forskningsresultatene som er identifisert evner å belyse problemstillingen (Dalland, 2014, s. 73).

Teorien benyttet i oppgaven er identifisert både i og utenfor skolens pensumlistene. Den litteraturen som ikke er gitt av skolen, ble vurdert etter samme kriteriene som forskningsartiklene. Det er blitt benyttet både primær og sekundærlitteratur.

En sjekklister ble benyttet for å vurdere oppsett og strukturen til forskningsartiklene. Ofte fører vitenskapelige artikler en IMRaD-struktur, som er en forkortelse for introduksjon, metode, resultat og diskusjon (Dalland, 2014, s. 79-80). En annen kvalitetssikring som ble gjort var at alle forskningsartiklene var fagfellesvurdert. Forskningsartikkelens gyldighet og holdbarhet ble vurdert etter hvem som har skrevet teksten og når teksten er skrevet (Dalland, 2014, s. 74).

Ett av inklusjonskriteriene var at forskningsartiklene skulle ha tilnærmet lik kultur som i Norge for å unngå store kulturelle forskjeller som kan påvirke artiklenes relevans. To av studiene som ligger til grunn for oppgaven er gjennomført i Norge, en er gjennomført i England og en er gjennomført i Sverige. Inklusjonskriteriet om tilsvarende kultur tolkes derfor som ivarettatt.

Flere av forskningsartiklene er ikke direkte knyttet til kommunikasjonsmetoder i hjemmesykepleien, men etter en vurdering av anvendt metode, samt de ulike funnene i artiklene ble de fortsatt inkludert ettersom metodene kan overføres til denne studien.



### **3.4 Ethiske overveielser**

Oppgaven er i samsvar med VID vitenskapelige høyskole sine retningslinjer for akademisk oppgaveskriving og følger kildehenvisningen til APA-standarden (VID Vitenskapelige høyskole, 2019). Oppgaven er en litteraturstudie, som ikke foretar noen egen forskning, men alle forskningsartiklene som er valgt har gjort egne etiske refleksjoner, som anses som tilstrekkelige. Overordnede prinsipper for etiske overveielser er respekt, gode konsekvenser, rettferdighet og integritet (Grønseth & Jerpseth, 2019, s. 90-91).

## 4 Funn

I denne delen av oppgaven vil de utvalgte artiklene, samt deres funn bli presentert.

### 4.1 Artikkel 1

**Tittel:** Conversations between persons with dementia disease living in nursing homes and nurses – qualitative evaluation of an intervention with the validation method

**Forfattere:** Mona Sönderlund, Agneta Cronqvist, Astrid Norberg, Britt-Marie Ternestedt og Görel Hansebo

**Tidsskrift:** Scandinavian Journal of Caring Science

**Årstall:** 2016

**Hensikt:** Denne studiens hensikt er å belyse handlinger og reaksjoner til personer med demens i en-til-en samtaler med sykepleiere gjennom ett år med valideringsmetoden trening.

**Metode:** Studien har et naturalistisk design og en kvalitativt beskrivende metode benyttes for å beskrive personens kommunikasjon i samtaler med sykepleiere som brukte valideringsmetoden. Deltakerne i studien er fire personer med demenssykdom, samt fire sykepleiere. Videoopptak av samtalene, som ble gjort med minst 5 måneder mellom første og siste opptak, ble analysert og kvalitativt sammenlignet.

Valideringsmetoden (VM) er en metode med formål om å tilrettelegge for kommunikasjon med personer som har demens. VM forutsetter at alle mennesker er unike individer. Metoden går ut på å akseptere personens opplevelse av virkelighet og å respondere til deres verbale og nonverbale uttrykk. Ifølge VM skal ikke sykepleiere avlede eller distrahere personen, og heller ikke lyve eller late som man forstår om man ikke gjør det. Metoden understreker viktigheten av å prøve å forstå meningen bak hvorfor kommunikasjonen er

anstrengt. Sykepleiere skal snakke til personen som et voksent menneske og ikke underholde fantasier. Sykepleiere skal tilpasse seg samtalen og lytte til det personen sier og ikke prøve å bytte tema.

**Resultat:** Funnene studien blir presentert i fire kategorier som ble identifisert i varierende grad av alle samtaleene i begynnelsen av studien og mot slutten av studien. Første kategori er å være uinteressert i eller ikke ha mulighet til å svare på spørsmål, her førte metoden til at sykepleier ga personen mer tid til å svare på spørsmål og delta i samtalen. Andre kategori var å snakke om mer enn ett tema under en samtale, etter gjennomført valideringsmetodetrening sluttet sykepleieren å stille seg kritisk til utsagnene fra pasienten, og åpnet for at personen kunne snakke og sykepleier tilpasset seg samtalen i større grad. Den tredje kategorien er å prøve å snakke om hva en tenker på, når sykepleier aktivt lytter, er åpen til personens virkelighetsoppfatning og nøye følger med på hva som blir sagt, kunne dette tolkes som personen opplevde som bekreftende og samtalen fortsatte. Den fjerde kategorien var å snakke med fritt om hva man tenker på, som viser til at når personen får rom til å uttrykke seg, uten å bli avbrutt kunne det etableres nære og gjensidige relasjoner.

## 4.2 Artikkel 2

**Tittel:** Relasjonens betydning i psykisk helsearbeid – en kvalitativ studie

**Forfatter:** Anne Britt Eie Torbjørnsen, Jon Vidar Strømstad, Anne Margrethe Aasland og Kristine Rørtveit

**Tidsskrift:** Tidsskrift for psykisk helsearbeid

**Årstall:** 2014

**Hensikt:** Hensikten med studien er å få en større forståelse for betydningen av å vurdere pasientens symptomer som mer enn et uttrykk for sykdom. Følgende forskningsspørsmål ble

*stilt: Hvilken betydning har systematisk refleksjon over pasientens mestringsstrategier for utvikling av empati hos helsepersonell?*

**Metode:** Det ble benyttet et eksplorativt design for å undersøke helsepersonellens vurderinger og refleksjoner knyttet til praksisnære opplevelser. Data ble samlet inn ved hjelp av to fokusgruppeintervju med totalt åtte helseansatte, syv sykepleiere og en hjelpepleier, samt en kvalitativ innholdsanalyse.

Metoden som blir brukt i artikkelen går ut på at det hver uke skal settes av 2 timer til tverrfaglig refleksjon, også kalt en mestringsgjennomgang, rundt pasientens historie og hvordan den presenteres. Mestringsgjennomgangen starter med en gjennomgang av livsstolpen, som er en kronologisk oversikt over pasientens livshendelser, opplevelse av sykdom, utfordringer og mestring. Etter dette skal personalet se på pasientens tap som følge av sykdommen. Herunder både kroppslige, sjelelige og sosiale tap.

**Resultater:** Funnene i denne artikkelen viser til flere endringer i helsepersonalets holdninger etter fokuset ble flyttet fra symptom til mestring. Funn presenteres i ett hovedtema: Ønske om å forstå pasientens livsverden. Informantene viser til at systematisk refleksjon bidro til påvirke personalets ønske om å forstå pasienten, og å bli kjent med personen.

Hovedfunnenes to følgende undertema: 1) Uro over personalets språklige makt og 2) anerkjennende tilstedeværelse. Informantene var opptatt av makten i språket vårt og hvordan pasienter omtales og ikke definerer pasienten ut fra sine symptomer. For å få frem et helhetlig bilde må alle observasjoner anerkjennes, fordi alle har identifisert ulike sider av pasienten.

### **4.3 Artikkel 3**

**Tittel:** "We live as good a life as we can, in the situation we're in" - the significance of the home as perceived by persons with dementia

**Forfattere:** Stein Erik Fæø, Bettina S. Husebo, Frøydis Kristine Bruvik og Oscar Tranvåg

**Tidsskrift:** BMC Geriatrics

**Årstall:** 2019

**Hensikt:** Studien ønsker å forsterke forståelsen av opplevelser og holdninger til personer med demens relatert til å bo i eget hjem. Følgende to forskningsspørsmål ble stilt, 1) Hvordan beskriver personer med demens meningen med hjemmet? 2) Hvordan beskriver personer med demens deres oppfatning av å bo hjemme, i nåtid og i fremtiden?

**Metode:** Studien består av kvalitative intervjuer med 12 hjemmeboende personer med demensdiagnose. Seks av deltagerne bor alene, og seks bor med sin ektefelle. Tre personer bodde fortsatt i det samme huset de har levd store deler av livet, mens resten har flyttet til en mindre og mer beleilig leilighet.

Som verktøy for datasamling ble det brukt semi-strukturert intervjuer. I gjennomføring av intervjuene ble det brukt en hermeneutisk tilnærming. Intervjuene ble analysert hver for seg som enkeltstående tekster og som deler av ett sett med tekster, og som en samlet tekst.

**Resultater:** Studiens identifiserer to hovedtemaer for hvert av de to forskningsspørsmålene som ble stilt. Til det første forskningsspørsmålet ble to temaer trukket frem: 1) Hjemmet som fundament for levd liv. Hjemmet er sted for autonomi og friheten til å dvele i vaner, til å nyte små gleder i hverdagen, og å finne glede i nødvendige rutiner og rytmer i livet, var fundamentale aspekter av deltagerens hverdag. 2) Vedvarende kjærlighet. Hjemmet har et relasjonelt aspekt, barndom, ekteskap og familieliv spilte en rolle i dette. Selv de som hadde flyttet fra sitt tidligere hjem til en mindre leilighet kunne fortsatt føle ektefellens tilstedeværelse i det nye hjemmet. Det å bo hjemmet representerte en forlengelse av det som en gang var og hjemmet var fortsatt et sted for håp om hva som kan bli.

Det andre forskningsspørsmål ble belyst med to hovedtemaer. 1) Forstyrrelser i rytmen i hjemmelivet. Demenstilstanden skapte forstyrrelser i hverdagslivet, det påvirket kontinuiteten i rutinger, evnen til å følge en samtale, deres evne til å gjenkjenne og besøke tidligere kjente steder. Sykdommen påvirket deres handlingsvalg, relasjon til andre og utendørsaktiviteter. Deltagerne beskrev symptomene som trivielle, samtidig som disse

symptomene påvirket personens vaner, rytmer og relasjonen til hjemmet i stor grad. Enkelte deltagere beskrev at hjemmet også gradvis viste aspekter ved innsperking, samtidig som det var et trygt sted, i form av at de kunne ha intensjon eller ønske om å reise et sted, men av ulike grunner hadde utfordringer med å gjennomføre, og ble hjemme. 2) Håp for det fremtidige hjem. Deltagerne hadde på ulikt vis stor tilknytning til hjemmet, og ønsket å bo hjemmet så lenge det var mulig. Alle deltagerne var samtidig klar over at på et tidspunkt ville det være nødvendig å flytte til en institusjon, enkelte deltagere delte en underliggende tanke om et håp å bli spart for denne skjebnen. Deltagere uttrykket behovet for autonomi og egen rytme, som blir borte på en institusjon ettersom man må tilpasse seg andres vaner, rytmer og rutiner, og påpekte også en mangel på hjemmekos.

#### **4.4 Artikkel 4**

**Tittel:** Person-centered communication in dementia care - a qualitative study of the use of the SPECIAL method by care workers in the UK

**Forfattere:** Ronda Riachi

**Tidsskrift:** Journal of Social Work Practice

**Årstall:** 2018

**Hensikt:** Studiens hensikt er å undersøke om hvorvidt bruk av SPECIALS kommunikasjonsteknikk ved pleiepersonell opprettholder velvære hos brukere med demens. SPECIAL-kommunikasjonsteknikk er en forkortelse for Specialized Early Care for Alzheimer's, forkortelsen vil brukt videre i oppgaven.

**Metode:** I studien ble syv frivillige deltagere rekruttert. Kvalitative intervjuer ble gjennomført med de syv intervjuobjektene og semi-strukturerte intervjuemetode ble anvendt. Åpne spørsmål ble stilt for å oppmuntre omsorgsgiverne til å utforske egne erfaringer med bruk av kommunikasjonsteknikken. Intervjuene varierte med en varighet fra

40 til 70 minutter og det ble gjennomført flere intervjuer med alle deltagere, og dataen fra hvert intervju ble sammenlignet med hverandre.

SPECAL-metoden har tre hovedregler: unngå å stille spørsmål til personen med demens, lytt til personen med demens og lær fra dem, og ikke motsi personen med demens. I tillegg til disse tre reglene, oppmuntres omsorgsplanlegging og dokumentasjon, samt utvide en komponent som kalles et hovedtema. De med god kjennskap til brukeren skal konsulteres for å finne ut av hvilke ting, opplevelser og erfaringer som gjorde brukeren lykkelig i livet før demens som utgjør personens hovedtema. Det er også ulike teknikker som kan benyttes, «Silly me», eller på norsk tullete meg-teknikken fungerer som en emosjonell trygghetsverdi. Hvis sykepleieren motsa personen ved et uhell, skulle denne metoden benyttes ved å si «tullete meg» etterfulgt av en påstand som bekrefter personens utsagn.

Forklaringsteknikken ble brukt når brukeren stilte spørsmål som ikke var i samsvar med virkeligheten, teknikken er ment for å avlede fra kilden til uroen, ved å bruke fantasien til å finne et svar som passer til brukerens spørsmål. «Mind game», eller tankelek- teknikken ble brukt for å gjennomføre dagligdagse aktiviteter, som pleieren normalt kan oppleve som utfordrende. Dette er et knep som skal gjøre det mulig for sykepleier å gjennomføre disse aktivitetene ute å rette oppmerksomheten mot brukerens funksjonsnedsettelse. Teknikken er basert på en prøve-å-feilemetode, da hver person vil ha ulike behov.

**Resultater:** Kjernekategoriens undersøkelsen resulterte i var vedlikehold av *personhood*. Det var fokus på å støtte brukeren til å opprettholde sin status som individ og til å samhandle med andre for å ikke bli isolert av egen tilstand. Kjernekategoriens i funnene av artikkelen er støttet av fire underkategorier: 1) beskytte, 2) betrygge, 3) ha empati og 4) refleksjon.

Underkategori 1, innebærer å beskytte brukeren for psykologisk uro ved å unngå enkelte temaer og ikke stille brukeren spørsmål. Her vekslet omsorgsgiverne mellom å ikke stille direkte spørsmål og å ikke stille spørsmål i det hele tatt. Pleierne beskrev av det var vanskelig å lære seg å ikke stille spørsmål. Pleierne så på brukerens selvbilde som skjørt tilknyttet deres demenslidelse, og en av deres roller var å beskytte brukerens selvtilit ved å ikke undervurdere deres selvbilde.

Underkategori 2, innebærer å betrygge brukeren ved verbale og nonverbale teknikker for å kommunisere en opplevelse av trygghet, komfort og familiaritet. I denne kategorien var humør, holdning og fleksibilitet viktig. En nøkkelteknikk for å betrygge brukeren i denne SPECAL-metoden var å ikke motsi eller være uenig brukers utsagn.

Underkategori 3, innebærer å bruke empati inneholder å bygge nære relasjoner med brukeren. SPECAL-metoden gjorde at deltagerne etablerte en nær relasjon med, og fikk mulighet til å komme nærmere, brukeren, og å bygge tillit. En-til-en situasjoner, samt tilstrekkelig uavbrutt tid med brukeren, ble trukket frem som hovedelementer her.

Underkategori 4, refleksjon, ble beskrevet som observasjon av brukers reaksjoner og atferd i kommunikasjon. Jevnlige veiledende møter, med en veileder som er trent i SPECAL-kommunikasjonsteknikker, hjalp deltagerne til å reflektere rundt brukers og egen kommunikasjon, og å øve på kommunikasjonsteknikker for å kunne møte brukeren der han er.



## 5 Diskusjon

I denne delen av oppgaven vil funnene i forskningsartiklene og faglig litteratur bli drøftet. Det er flere aspekter ved å bygge relasjon med en person med demens som bor i eget hjem. Det innebærer ulike kommunikasjonsmetoder, relasjonen til hjemmet, veiledning, kontinuitet, tid og holdninger.

### 5.1 Å bygge relasjoner til hjemmeboende personer med demens

#### 5.1.1 Forholdet mellom omsorg og makt

Martinsen (1989) viser til at omsorg har en moralsk side, som handler om hvordan sykepleieren lærer seg å håndtere makt. Makt er en del alle av avhengighetsrelasjoner, men dersom makt brukes i solidaritet med brukeren handler man moralsk ansvarlig (s. 17). I artikkelen Relasjonens betydning i psykisk helsearbeid, presentert i kapittel 4.2, hevdes det at gjennomføring av mestringsgjennomgang gjør sykepleiere mer bevisst på makten i språket vårt og hvordan brukeren omtales. Ifølge Torbjørnsen, Strømstad, Aasland & Rørtveit (2014) har dette sammenheng med at mange opplever symptomer som et negativt ord og mestring som et positivt ord. Det å bli mer bevisst språkets begreper og hva det uttrykker har gjort at sykepleiere har fått en ny forståelse for brukeren og derav sluttet å definere pasienten ut fra kun symptomer vedkommende har (Torbjørnsen, Strømstad, Aasland & Rørtveit, 2014). Det anses her som viktig at sykepleieren i hjemmesykepleien er klar over måten hun eller han omtaler brukeren, både til personen og sammen med kollegaer, disse bemerkningen og fortolkningen sykepleier gjør skaper en oppfatning om hvem den andre er.

Funnene gjort i studien Relasjonenes betydning i psykisk helsearbeid (2014) viser til at en mestringsgjennomgang fører til endringer av holdninger. Sykepleiere reflekterer i større grad over verdien til hvert menneske og en nysgjerrighet rundt hva individet prøver å formidle som resultat av mestringsgjennomgangen. Til tross for at en slik holdningsendring blant

sykepleiere er tett knyttet til personsentrert omsorg, og støtter opp under at man skal se mennesket bak sykdommen, er også observasjon av symptomer nødvendig for å kunne vurdere det kliniske aspektet av sykdommen. Å se hele mennesket bak sykdommen innebærer også å se konsekvensene av sykdommen.

### **5.1.2 Den demensrammedes relasjon til hjemmet**

Ifølge artikkelen “We live as good a life as we can, in the situation we’re in” (2019), presentert i kapittel 4.3, er identitet i stor grad knyttet til hjemmet. Hjemmet er et sted som er preget av personlige minner og verdier, samt et sted for autonomi. Dette støttes av litteraturen som sier at hjemmet er relatert til en persons identitet, da det inneholder historie og minner (Birkeland & Flovik, 2018, s. 51). For en person som lider av demenssykdom kan det, grunnet kognitiv svikt, være utfordrende å bevare sin identitet. Identitet handler om hvem personen er og det har tilknytning til både fortid og nåtid. Grunnleggende i omsorgen for personer med demens er derfor å hjelpe personen med å holde fast ved egen identitet, gjerne gjennom kjente aktiviteter eller familiært miljø (Skovdahl & Berentsen, 2015, s. 422). Forskningsartikkelen «We live as good a life as we can, in the situation we’re in» (2019) illustrerer viktigheten av at personer med demens kan opprettholde sin egen rytme for daglige aktiviteter, som matlagning eller stelle i hagen. Videre viser Fæø, Husebo, Bruvik og Tranvåg (2019) til hjemmets eksistensielle viktighet for personen med demens. Hjemmet er et fundament i deres liv og deres levde liv er fundamentet for hjemmet. Til tross for at rytmen i deres liv ble forstyrret av demensutviklingen, var det det blant intervjuobjektene ønskelig å bo hjemme så lenge dette var mulig (Fæø et al., 2019). Hjemmesykepleiens hverdagslige funksjon er å hjelpe brukeren med å oppnå dette. Blant annet ved å tilrettelegge for at brukeren skal kunne mestre hverdagen og livet i eget hjem så lenge dette er ønsket og forsvarlig (Birkeland & Flovik, 2018, s. 15). Fæø, Husebo, Bruvik og Tranvåg (2019) fortsetter med å forklare at det ikke nødvendigvis var hjemmet i seg selv som var viktig, men den rollen hjemmet spilte som et eksistensielt grunnlag for minner, vaner og relasjoner. Studien viste at det er ulike faktorene

som gjør hjemmet viktig fra individ til individ. Dette understøtter teorien ettersom brukerne har ulike systemer, rytmer og rutiner kan det derfor ta tid å få kjennskap til hvordan hver enkelt bruker ønsker å ha det i sitt eget hjem (Birkeland & Flovik, 2018, s. 51). For at sykepleien i hjemmesykepleien skal kunne gi god omsorg og knytte et bånd til bruker er det viktig å få en forståelse for oppsettet av brukerens hjem og hvilken betydning hjemmet har for denne personen og dens identitet. Denne innsikten kan sykepleiere få både gjennom samtaler med bruker og i dialog med kollegaer som har god kjennskap til brukeren.

### **5.1.3 Tid til veiledning og kontinuitet for å bygge relasjon**

Funnene i artikkelen *Person-centered communication in dementia care* (2018), presentert i kapittel 4.4, viser at SPECAL kommunikasjons-teknikker fremmer personsentrert omsorg, men det er fire kriterier som må være tilstede for at metoden skal være effektiv. En av disse kriteriene er uavbrutt tid med brukeren ettersom avbrytelser av tiden tilbrakt sammen med bruker vil kunne skape forstyrrelser. Det andre kriteriet er å ha tid til å bli kjent med brukeren. Funnene i artikkelen viser at en – til – en situasjoner gir sykepleiere mulighet til å komme nærmere brukeren (Riachi, 2018). Fordi en oversikt over alle sykepleiernes besøkstider allerede er ferdigstilt, vil hjemmesykepleien i stor grad preges av begrenset med tid ved hvert besøk (Birkeland & Flovik, 2018, s. 162-163). Brukerens situasjon kan endres raskt og derfor må sykepleiere i hjemmesykepleien informere om eventuelle endringer som fører til revurdering av vedtaket slik at brukeren får tilstrekkelig helsehjelp (Birkeland & Flovik, 2018, s. 27). Sykepleiere jobber hovedsakelig selvstendig og kommer derfor gjerne alene på besøk til brukeren, noe som gjør at en – til – en situasjoner er settingen som i stor grad blir praktisert i hjemmesykepleien. Fordi sykepleiere er begrenset av den ferdigstilte planen kan muligheten for sammenhengende og uavbrutt tid med brukeren bli redusert. Det kan derfor være hensiktsmessig å sette av lengere tid til disse. Dette er imidlertid en vurdering sykepleiere kontinuerlig må gjøre.

De to resterende kriteriene for å forsikre effekten av SPECAL-teknikken er at sykepleiere deler arbeidsoppgaver med andre som også benytter seg av metoden og får veiledning av en som er trent i metoden. Riachi (2018) fremhever at jevnlig veiledningsmøter, for eksempel en time hver måned, er viktig for å støtte sykepleiere som i møtene kan reflektere rundt endringer i atferden til brukeren, samt selv øve på hvordan tilpasse kommunikasjonsferdigheter til å møte brukeren der han eller hun er. Dette underbygges i studien *Relasjonens betydning i psykiatrisk helsearbeid* (2014) som viser at systematisk refleksjon rundt personen bidrar til å påvirke sykepleierens ønske om å forstå brukeren bedre og å bli kjent med personen. Det ble satt av to timer per uke til tverrfaglig refleksjon og resulterte i en nysgjerrighet til å få tak i personens historie og hva personen prøvde å formidle gjennom ord og handlinger. Sykepleiere ser stykkevis og delt, og er derfor avhengig av andres observasjoner for å i større grad kunne få et helhetlig bilde av brukeren som person (Torbjørnsen et al., 2014). I personsentret omsorg er det viktig å støtte opp om personens egenverdi. Et godt utgangspunkt for å oppnå dette er god kjennskap til personens livshistorie (Skovdahl & Berentsen, 2015, s. 422). I mestringsgjennomgangen vil det være en gjennomgang av personens livsstolpe som er en kilde til å forstå en persons liv, helse og utvikling av sykdom. Personen oppfattes ikke lenger som en karakter sykepleiere distanserer seg fra, men som et helt menneske med egne livsutfordringer (Torbjørnsen et al., 2014). Hjemmesykepleiens organisering innebærer at sykepleiere bruker mest mulig tid ute hos hver enkelt bruker. Derfor vil hyppige refleksjonsgrupper kunne ta verdifull tid fra sykepleieres tid med brukere. Til tross for dette er veiledning viktig, både for at sykepleier skal kunne forstå brukere bedre og for å øve seg på kommunikasjonsteknikker og metoder. I tillegg åpner det for at sykepleiere kan få støtte i sitt arbeid. Det er mulig å gjennomføre jevnlig refleksjonsmøter med for de sykepleiere det er hensiktsmessig for å delta, men det krevet imidlertid planlegging og dialog på avdelingen. I hjemmesykepleien er det ofte felles lunsj som blir brukt til møter og oppdatering på avdelingens brukere. Å sette av en time i måneden til refleksjon er ikke urimelig til tross for knapt tidskjema.

God omsorg og helsehjelp preges av at brukere møter et begrenset antall personer som er kvalifisert for oppgavene som skal utføres hos hver enkelt bruker (Birkeland & Flovik, 2018, s.94). En studie viser at personer med demens som bor i eget hjem i gjennomsnitt fikk besøk av åtte ulike personer i løpet av en uke (Lystrup, Lillesveen, Nygård & Engedal, 2006, s.

1919). På den andre siden er personalets behov også viktig å ta med i betraktningen, ved å skjerme sykepleierne mot for store belastninger over en lengere tidsperiode (Birkeland & Flovik, 2018, s. 94). Artikkelen Relasjonens betydning i psykisk helsearbeid (2014), viser til at mestringsgjennomgang bidrar til å holde engasjementet for pasienter oppe blant sykepleiere, ettersom refleksjon fører til motivasjon for å stå i utfordrende relasjoner over tid (Torbjørnsen et al., 2014). Det er viktig at sykepleieren ikke blir overbelastet samtidig som det er lite hensiktsmessig for relasjonsbygging at brukeren møter mange ulike sykepleiere hver uke. Her har sykepleiere et ansvar for å tilrettelegge for brukeren. Dette krever god dialog mellom de ansatte på avdelingen for at de skal kunne samarbeide om å ivareta sine egne behov samtidig som de forsikrer seg om at brukerens behov blir ivaretatt.

#### **5.1.4 Sykepleierenes holdning til bruker**

Mange som jobber i hjemmesykepleien arbeider målrettet mot fysiske gjøremål og arbeidsoppgaver. Dette kommer frem i forskningsartikkelen Conversations between persons with dementia disease living in nursing homes and nurses (2016), presentert i kapittel 4.1. Målrettet arbeid mot fysiske gjøremål gjør at sykepleier og bruker kan oppleve samtaleaktiviteten, som valideringsmetoden oppfordrer til, som ukjent og fremmed. Studien trekker frem at personer med demens har få muligheter til samtale og til å dekke deres emosjonelle behov. I tillegg blir deres behov for sosial og intellektuell stimulering ofte ignorert ettersom sykepleiere heller er opptatt av å dekke deres fysiske behov (Söderlund, Cronqvist, Norberg, Ternestedt & Hansebo, 2016). Grunnleggende behov omhandler ikke bare de fysiske, men også psykososiale behov (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2012, s. 226). Martinsen (1989) påpeker at omsorg innebærer at sykepleiere aktivt skal delta i den andres lidelse. Dette er gjerne situasjonsbetingede og konkrete handlinger, men det sentrale er at hjelpen skal være rettet mot pasientens behov og ikke basert på antatt forventet resultat (s. 16). Sykepleiere må her finne en balanse mellom det å innta en aktiv hjelperrolle og det å overbelaste brukerens kapasitet (Kristoffersen et al., 2012, s. 27). Sykepleiere må vurdere om de vedtakene som er gjort i forhold til bruker er tilstrekkelig for å dekke både de

psykososiale behovene og de fysiske behovene til personen. Sykepleierens oppgave er også å vurdere om behovet har endret seg og eventuelt iverksette nye vedtak og besøk (Birkeland & Flovik, 2018, s. 27). Selv om tidsbegrensing kan være en stor utfordring i hjemmesykepleien må sykepleier og hjemmetjenesten være fleksible i sine løsninger og gi brukeren tid for på denne måte sikre at deres behov blir møtt på en tilstrekkelig måte.

## **5.2 Kommunikasjon som relasjonsbygger**

### **5.2.1 Effekten av flere temaer under en samtale**

En sentral del av valideringsmetoden som beskrevet i artikkelen *Conversations between persons with dementia disease living in nursing homes and nurses* (2016), presentert i kapittel 4.1, er at sykepleier skal la personen snakke om det vedkommende tenker på selv om det betyr å bytte mellom flere og ulike temaer i en samtale. Sykepleiere må tilpasse seg situasjonen til tross for at samtalen ikke nødvendigvis er sammenhengende eller i samsvar med virkeligheten. Litteraturen beskriver i kontrast at det er hensiktsmessig å avgrense antall temaer i en samtale ettersom det kan være forvirrende for personen med demens å snakke om flere ting på en gang og at dette kan medføre at samtalen kommer til et stopp (Birkeland & Flovik, 2018, s.162). Studien viser videre at når en person med demens ikke ble avbrutt eller distraheret under en samtale snakket vedkommende mer fritt. Det vil si at når sykepleieren aktivt lyttet til personen, og gjentok og stilte spørsmål relatert til temaet, virket det oppmuntrende for personen som fikk anledning til å snakke om sensitive temaer, som for eksempel tap av slektninger. Temaene i samtaler kunne skifte gjentatte ganger. Den demensrammede personen snakket om en ting, for så å skifte tema og for så å gå tilbake til det forrige temaet (Söderlund et al., 2016). I kommunikasjon med eldre med kognitiv svikt er det viktig å ta utgangspunkt i det den andre er opptatt av og å bruke bekreftende kommunikasjonsferdigheter (Eide & Eide, 2017, s. 327). Det er hensiktsmessig for

sykepleiere og pasienten å holde seg til et begrenset antall temaer gjennom en samtale så godt det lar seg gjøre, men samtidig er det viktig å la personen følge sin egen tankegang. Det innebærer at sykepleiere må tilpasse seg samtalen for å understøtte det personen er opptatt av å snakke om.

### **5.2.2 Avledning som kommunikasjonsmetode**

Avledning handler om å flytte oppmerksomheten til personen med demens og bort fra det den i utgangspunktet er orientert seg mot (Sejerøe-Szatkoski, 2004, s. 45). *Conversations between persons with dementia disease living in nursing homes and nurses* (2016), presentert i kapittel 4.1, viser at avledning av personen med demens kan føre til forvirring og fortvilelse for personen, som igjen kan føre til en lite konstruktiv eller relasjonsbyggende samtale. Funnen i denne studien viser at når personen med demens ble avbrutt av sykepleieren, i et forsøk på å avlede, ble de distraheret og forvirret, men da de ble gitt tid til å fortsette å snakke ble det etterhvert klart hva de prøvde å formidle (Söderlund et al., 2016). Til tross for dette viser litteraturen til at avledning kan være et effektivt hjelpemiddel i omsorgen for personer med demens når det gjelder å unngå lite hensiktsmessige handlinger eller atferd (Sejerøe-Szatkoski, 2004, s. 45). Dette understøttes av funnen ved bruk av SPECIAL-metoden som viser til ulike metoder som blir benyttet for å avlede personen, som forklaringsmetoden og mind-game teknikken. Sykepleiere oppfordres her til å bruke fantasien og ulike knep for å distrahere brukeren fra kilden til eventuell uro. Metodene benyttes også for å få gjennomført dagligdagse aktiviteter som sykepleier tidligere har opplevd som utfordrende (Riachi, 2018). Uro og urolig atferd kan også tolkes som meningsfylt kommunikasjon fra personens side. Det krever et tolkningsarbeid for å utforske hva den underliggende årsaken til uroen er. Om det for eksempel er utrykk for smerte, forvirring eller sulthetsfølelse (Hummelvoll, 2012, s. 412). I slike situasjoner må sykepleiere bruke faglig skjønn og situasjonsorientering for å vurdere om det er hensiktsmessig av personen å bruke tiden sin for å resonere tankene sine eller om personen blir urolig av ulike temaer, og at det derfor er i pasientens beste interesse å bli avledet for å unngå fortvilelse

hos personen. Det er essensielt at denne vurderingen baseres på brukeres velvære og ikke baseres på sykepleieres tidspress eller opplevelse av hvor mye lettere det er å få gjennomført visse handlinger hvis sykepleiere tillater seg å anvende avledning. Det er sentralt at sykepleiere ikke overkjører brukeren.

### **5.2.3 Følelser som grunnlag**

Artikkelen *Conversations between persons with dementia disease living in nursing homes and nurses* (2016), presentert i kapittel 4.1 viser at når personer med demens snakker om mangler og skuffelser i livet og sykepleier ble usikker på hvordan best å respondere, og avbrøt personen, ble samtalen stille. Utilstrekkelig eksistensiell støtte kan for personens oppleves som degraderende. Resultatet av å handle etter valideringsmetoden tolkes som at personen med demens opplevde det bekræftende når sykepleier handlet i tråd med sin trening i valideringsmetoden som innebærer å aktivt lytte, være åpen for personens virkelighetsoppfatning, og følge nøye med på hva som blir sagt (Söderlund et al., 2016). Artikkelen *Person-centered communication in dementia care* (2018), presentert i kapittel 4.4, viser til at sykepleieren kan bygge relasjon til brukeren ved å validere personens følelser, men at følelsene ikke skal utforskes videre. Videre hevdes det at dersom det skal være hensiktsmessig å utforske følelsene til brukeren må det være en veletablert terapeutisk setting, noe som hjemmesykepleien ikke er (Riachi, 2018). Ofte medfører demens omfattende emosjonelle belastninger for personen som gjerne veksler mellom innsikt i egen situasjon og redusert innsikt eget sykdomsbilde. Innsikten i at de kognitive ferdighetene gradvis forsvinner kan forårsake sorg (Hummelvoll, 2012, s. 380). Sykepleiere må i situasjoner som omhandler følelser bruke sin kunnskap og situasjonsforståelse for å vurdere om det er hensiktsmessig å utforske brukerens følelser akkurat her og nå. Dersom brukeren har behov for å uttrykke emosjonelle temaer, må sykepleier tilpasse seg situasjonen og lytte bekræftende til personen. Det kan være ønskelig med en veletablert terapeutisk setting for at brukeren skal bli ivaretatt, men følelsesmessig tanker kan gjerne være spontane og ikke planlagte. Da må sykepleiere tilpasse seg situasjonen og støtte brukeren på best mulig måte. Ved å konsekvent avlede personen når det er snakk om følelser kan brukeren oppleve dette



som å ikke bli sett og å ikke bli tatt på alvor. I hjemmesykepleien er man hjemme hos brukeren. Et sted personen ofte opplever som et trygt sted og dermed gjerne et sted som gjør det naturlig å snakke om følelser. Sykepleiere må tilpasse oppdraget som er beskrevet i arbeidsplanen og kommunisere med andre sykepleiere avhengig av tidsbegrensingen. Men dette er også grunnleggende behov som sykepleier må ivareta hos brukeren.

#### **5.2.4 Effekten av å stille spørsmål**

Et viktig aspekt av valideringsmetoden, som beskrevet i artikkelen *Conversations between persons with dementia disease living in nursing homes and nurses* (2016) er rette mot å akseptere personens uttrykk for egen opplevelse av virkelighet, sykepleieren skal ikke lyve eller late som. Sykepleier må finne en balansegang mellom å ikke avbryte med spørsmål, men heller ikke spille med å late som man forstår om man ikke gjør det, det er imidlertid oppfordret til å ikke stille direkte spørsmål, som krever faktabaserte svar (Söderlund et al., 2016). Dette støttes av litteraturen som sier at å stille åpne spørsmål kan stimulere brukeren til å utdype eller utforske ut fra egne følelser og opplevelser (Eide & Eide, 2014, s.276). En av SPECAL-metodens hovedregler er å etter beste evne unngå å stille spørsmål til personen med demens. Dette har ifølge studien til hensikt å beskytte brukeren for psykologisk uro, da brukers selvbilde kan være skjørt i forbindelse med sin demensdiagnose. Pleierne som deltok i studien vekslet mellom å ikke stille spørsmål i det hele tatt og ikke stille direkte spørsmål. Når det var ønskelig at brukeren skulle bli mer delaktig i samtalen brukte pleieren kroppsråket for å oppnå dette (Riachi, 2018). Det kreves en god situasjonsforståelse og et personlig engasjement fra sykepleieren, for å kunne oppnå denne balansegangen mellom å påta seg for mye ansvar for den hjelpetrequende og respekten for personens autonomi (Martinsen, 1989, s. 16).

### 5.2.5 Effekten av nonverbal kommunikasjon

Valideringsmetoden viser til at nære gjensidige relasjoner kan etableres ved bruk av fysisk berøring og øyekontakt. Dette er knyttet til når sykepleiere oppnår en forståelse for personens kommunikasjon og som skaper en situasjon hvor personen kan uttrykke seg og bli lyttet til (Söderlund et al., 2016). Berøring kan føre pleier og pasient nærmere hverandre. Dette gjelder særlig for personer med demens. Når evnen til kommunikasjon er redusert kan det være naturlig med berøring under en samtale (Eide & Eide, 2014, s. 210). Berøring har en rekke ulike funksjoner som å formidle kontakt, sympati og omsorg. I tillegg kan berøring bidra til å holde oppmerksomheten under en samtale og det kan gjøre personen oppmerksom på at noen vil innlede til en samtale (Eide & Eide, 2014, s. 210). Sentralt i bruk av SPECAL-metoden er å betrygge brukeren. Det gjøres ved en rekke nonverbale teknikker som blir brukt av sykepleiere for å kommunisere en opplevelse av trygghet, komfort og familiaritet. Sykepleierne som deltok i prosjektet beskrev at de påtok seg en holdning og et humør som de viste at brukeren foretrakk. For eksempel kunne dette være å være blid og sprudlende (Riachi, 2018). Den demensrammedes oppfatning av kommunikasjon endres over tid, noe som gjør at kroppsspråket gjerne tilegnes mer vekt. Det gjør at sykepleiere som skal kommuniserer med den demensrammede må være mer bevisst bruk av kroppsspråk og mimikk (Sejerøe-Szatkoski, 2004, s. 27). Ved å aktivt lytte fikk sykepleieren mulighet til å utvikle et bruker-vokabular, med intensjonen om å skape spesifikke fraser som brukeren er kjent med, og på den måten bygge en bro over eventuelle mangler i kommunikasjonen til personen (Riachi, 2018). Kroppsberøring kan også benyttes som maktstrategi, og kan misbrukes ved at sykepleier stiller seg over brukeren og opptre nedlatende. Dette kan forekomme i form av subtile handlinger som ofte kan være ubevisst (Eide & Eide, 2014, s. 211). Det anses på bakgrunn av dette at det er viktig at sykepleiere er bevisst sitt eget kroppsspråk i møte med brukeren slik at de ikke misbrukt eller tolket på feil måte. Sykepleiere må i samspill med sine kollegaer trene på og reflektere rundt signalene som uttrykkes gjennom kroppsspråk og holdninger. Fordi sykepleiere arbeider selvstendig vil det ikke nødvendigvis være andre tilstede for å observere sykepleierens interaksjon med bruker og derfor må sykepleier selv oppmuntre til dialog om dette.

### 5.2.6 Humor som relasjonsbyggende verktøy

Å føle nærhet og tilknytning er grunnleggende for alle mennesker. Dette behovet kan også øke i takt med en kognitiv svikt (Skovdahl & Berentsen, 2015, s. 422). Artikkelen Person-centered communication in dementia care (2018) viser til at når sykepleiere bruker en humoristisk og leken tone i kommunikasjonen kan det være lettere å etablere en relasjon til brukeren. I studien ble det beskrevet at en leken tilnærming gjorde situasjonen mer uformell og at dette ga rom for kjærlige og tillitsfulle relasjoner mellom sykepleier og bruker (Riachi, 2018). At bruk av humor kan være et positivt relasjonsbyggende verktøy støttes også av teorien ettersom humor er et viktig aspekt av menneskelig atferd og hverdagsliv. Humor inviterer til interaksjon, virker beroligende på den andre, og hjelper oss til å håndtere stress og frykt (Riley, 2008, s. 172). Bruk av humor som kommunikasjonsform kan derfor være nyttig når sykepleiere forsøker å bygge en relasjon til brukeren. Det er også viktig å være bevisst både egen og brukers situasjon, da det er en tid og et sted for alt, men ikke alt må skje til enhver tid (Riley, 2008, s. 172). Det oppfordres her til at sykepleiere bruke sine ferdigheter til å vurdere hver enkelt situasjon om hvorvidt det er passende og hensiktsmessig å benytte humor som virkemiddel eller om det kan oppleves krenkende for brukeren. Det er imidlertid sentralt at humor ikke går på brukers bekostning.

## 6 Avslutning

Sykepleiere har gode muligheter til å bygge en relasjon med hjemmeboende personer som har demens. Muligheten til å oppnå dette vil imidlertid preges av ulike aspekter. Sykepleiere som jobber med hjemmeboende demensrammede personer må være bevisst over den maktposisjon vedkommende står i, i relasjon til brukeren, samt makten som ligger i bruk av språket. Ord, uttrykk og begreper kan være beskrivende og hjelpende for sykepleiere, men det kan også tilegne brukeren personlige egenskaper de selv ikke kjenner seg igjen i. Veiledning og refleksjonsgrupper kan føre til en holdningsendring blant sykepleiere. Dette kan fremme personsentret omsorg ved å flytte fokuset fra symptomer og kategoriesende uttrykk til brukerens mestring og personlighet.

For å oppnå dette må sykepleiere gjøre seg kjent med brukerens relasjon til eget hjem og identitet. For mange er identitet knyttet til hjemmet. Det er et sted fylt med minner og relasjoner og det kan sykepleier utforske for å hjelpe brukeren å opprettholde sin sans for identitet. Alle har ulike vaner og rytmer som påvirker hverdagen derfor bør sykepleiere bli kjent med brukerens.

For å kunne bygge en relasjon med en person med demens kreves det kontinuitet og tid, noe som kan være utfordrende i hjemmesykepleien som i stor grad kan være preget av liten tid. Det er viktig at både sykepleierens og brukerens behov blir ivaretatt, men det er imidlertid hensiktsmessig for relasjonsbygging at det er et mindre antall sykepleiere som er på besøk hos brukeren, og at de som er på besøk har god kjennskap til personen.

Ulike kommunikasjonsmetoder kan benyttes for å bygge en god relasjon til brukere. Det mest sentrale er at sykepleiere har god kjennskap til personen, sykdommen og konsekvensene av den. For å skape en god relasjon ved bruk av kommunikasjon må sykepleier ha kunnskap om kommunikasjonsteknikker, samt ha en god situasjonsforståelse. Fordi personsentrert omsorg for personer med demens er basert på individuell tilnærming vil ikke alle kommunikasjonsmetodene være hensiktsmessig for enhver bruker til enhver tid. Det er sykepleieres ansvar å vurdere dette kontinuerlig.

## 7 Referanseliste

Birkeland, A. & Flovik, A. M. (2018). *Sykepleie i hjemmet* (3. utg.). Oslo: Cappelen Damm.

Dalland, O. (2014). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (5. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Eide, H. & Eide, T. (2014). *Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner: personorientering, samhandling og etikk*. (3. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Engedal, K. & Haugen, P. K. (2018). Demens. I E. Engedal & P. K. Haugen (Red.), *Demens: sykdommer, diagnostikk og behandling* (s. 14-28). Tønsberg: Forlaget aldring og helse akademisk.

Fæø, S. E., Husebo, B. S., Bruvik, F. K. & Tranvåg, O. (2019). «We live as good a life as we can, in the situation we're in» - the significance of the home as perceived by persons with dementia. *BMC Geriatrics*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s12877-019-1171-6>

Grønseth, R. & Jerpseth, H. (2019). *Bacheloroppgaven i sykepleie: Praktiske råd i skriveprosessen*. Bergen: Fagbokforlaget.

Helsedirektoratet. (2019, 27 november). Forekomst av demens. Hentet 19 februar 2020 fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens/om-demens>

Hummelvoll, J. K. (2012). *Helt - ikke stykkevis og delt: Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse* (7. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. & Skaug, E.-A. (2012). *Grunnleggende sykepleie 1: Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Lystrup, L. S., Lillesveen, B., Nygård, A.-M. & Engedal, K. (2006). Omsorgstilbud til hjemmeboende personer med demens. *Tidsskrift for Den Norske Legeforening*, 126(15), 1917-1920.

Martinsen, K. (1989). *Omsorg, sykepleie og medisin: Historisk-filosofiske essays*. Oslo: TANO.

Riachi, R. (2018). Person-centred 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(3), 303-321. <http://doi.org/10.1080/02650533.2017.1381948>

Riley, J. B. (2008). *Communication in nursing* (6. utg.). St. Louis, USA: Mosby Elsevier.

Rokstad, A. M. M. & Røsvik, J. (2018). Personsentrert omsorg. I E. Engedal & P. K. Haugen (Red.), *Demens: sykdommer, diagnostikk og behandling* (s. 300-313). Tønsberg: Forlaget aldring og helse akademisk.

Sejerøe-Szatkowski, K. (2004) *Demens: kommunikasjon og samarbeid*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Skovdahl, K. & Berentsen, V. D. (2015). Kognitiv svikt og demens. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2 utg., s. 408 – 434). Oslo: Gyldendal Akademisk .

Söderlund, M., Cronqvist, A., Norberg, A., Ternestedt, B.-M. & Hansebo, G. (2016). Conversations between persons with dementia disease living in nursing homes and nurses –

qualitative evaluation of an intervention with the validation method. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 30(1), 37-47. <http://doi.org/10.1111/scs.12219>

Thidemann, I. -J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2.utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

Torbjørnsen, A. B. E., Strømstad, J. V., Aasland, A. M. K. & Rørtveit, K. (2014). Relasjonens betydning i psykiatrisk helsearbeid - en kvalitativ studie. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 11(4), 328-338.

Vassend, O. (1997). *Kommunikasjon og pasientbehandling: Praktisk psykologi for helsepersonell med eksempler fra odontologi*. Oslo: Spartacus.

VID Vitenskapelige høyskole (2019, august) Retningslinjer for akademisk oppgaveskriving på bachelor-, videreutdanning- og masternivå -APA. Hentet 5 februar fra <https://www.vid.no/filer/retningslinjer-for-oppgaveskriving-apa-norsk/>