



Fordypningsoppgave

VAE705 Aldring og eldreomsorg

Kommunikasjonens betydning for livskvalitet til personer med demens og en utfordrende adferd

Torhild Langnes Grytten

Totalt antall sider inkludert forsiden: 46

Molde, 21.05 2012



Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.

Du/dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none">• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.	<input type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. Universitets- og høgskoleloven §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen §§14 og 15.	<input type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver	<input type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens retningslinjer for behandling av saker om fusk	<input type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider	<input type="checkbox"/>

Publiseringsavtale

Studiepoeng:

Veileder:

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven, §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

Dato:

Antall ord: 9980

Background:

80 percent of those living in Norwegian nursing homes suffer from a dementia diagnosis. Some requiring shielding in small living-units. Many have language difficulties affecting how they relate to others. How we as healthcare personnel use nonverbal and verbal communication can have great significance for persons with dementia and their quality of life.

Purpose:

To investigate the significance communication between patients and healthcare personnel can have for the quality of life of persons with dementia and challenging behavior.

Method:

Analysis of eight scientific research articles, five qualitative, two quantitative studies and one with both.

Result:

Communication problems affect quality of life. Healthcare personnel's role can be determinative for general well-being and overall satisfaction. Well-being, eye-contact, understanding underlying motives for behavior, communication techniques, as well as understanding the significance of life-stories are elements that lead to improved quality of life.

Conclusion:

In order to provide good quality of life in the daily lives of those suffering from dementia, it is important that healthcare personnel know the patient's life-story, have good communication techniques and manners of approach, in addition to showing respect and maintaining a good attitude towards the patient.

Key word:

Dementia, communication, quality of life, challenging behavior, life story

Bakgrunn:

80 prosent av de som bor i norske sykehjem har en demenslidelse. Noen vil ha behov for skjerming i små enheter. Flere har språkvansker som får betydning i samspillet med andre. Hvordan vi som helsepersonell bruker non verbal og verbalt språk kan ha stor betydning for personer med demens og deres livskvalitet.

Hensikt :

Å undersøke hvilken betydning kommunikasjon mellom pasient og helsepersonell kan ha for livskvaliteten til personer med demens som har en utfordrende adferd.

Metode:

Litteraturstudium basert på åtte forskningsartikler. Fem kvalitative, to kvantitative og en med begge deler.

Resultat:

Funnene viser at nedsatt evne til å kommunisere påvirker livskvaliteten og helsepersonellens rolle kan være avgjørende for betydningen av velvære og trivsel. Felleskap, trivsel, øyekontakt, oppmerksomhet, å forstå behovene bak atferden, avdekke behovene, kommunikasjonsteknikker og tilnæringsmåter og forstå betydningen av livshistorien er element som fører til en god livskvalitet. Mangel på aktivitet kan føre til understimulering og mistriivsel.

Konklusjon:

For helsepersonell har det betydning å kjenne livshistorien, kunne kommunikasjonsteknikker og tilnæringsmetoder samt vise verdighet, respekt og gode holdninger overfor personer med demens for at de skal kunne ha en god livskvalitet i hverdagen.

Nøkkelord:

Demens, kommunikasjon, livskvalitet, utfordrende adferd, livshistorie

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	2
1.1 Bakgrunn for valg av tema	2
1.2 Studiens hensikt	3
2.0 Teoribakgrunn	4
2.1 Demens.....	4
2.1.1 Utfordrende atferd.....	4
2.1.2 Skjermet enhet som boform	5
2.2 Livskvalitet.....	5
2.3 Kommunikasjon	6
3.0 Metodebeskrivelse	8
3.1 Datasamling.....	8
3.2 Søkeord	9
3.3 Databaser.....	10
3.3.1 Manuelt søk.....	11
3.3.2 Psyc Info.....	11
3.3.3 OVID Medline	11
3.4 Inklusjons og eksklusjonskriterier.....	12
3.5 Kvalitetsbedømming	12
3.5.1 Ekskluderte og inkluderte artikler	12
3.6 Etsiske hensyn	13
3.7 Analyse.....	13
4.0 Resultatpresentasjon	16
4.1 Tilrettelegge for livskvalitet.....	16
4.2 Tiltak for å møte kommunikasjonsvansker	17
4.3 Respekt, holdninger og verdier.	19
4.3.1 Utfordrende adferd	20
4.4 Livshistoriens betydning	20
5.0 Diskusjon	22
5.1 Tilrettelegging for livskvalitet.....	22
5.1.1. Fellesskap med andre	22
5.1.2 Velvære og trivsel	23
5.1.3 Forstå behov	24
5.1.4 Individualitet og et positivt selvbilde	25
5.2 Tiltak for å møte kommunikasjonsvansker	25
5.2.1 Kommunikasjonsvansker	26
5.2.2 Kommunikasjonsteknikker	27
5.3 Holdninger, verdier og respekt.....	29
5.4 Livshistoriens betydning	31
6.0 Konklusjon	34
Litteraturliste	35

1.0 Innledning

I denne fordypingsoppgaven er temaet kommunikasjon mellom pasient og pleier i en skjermet enhet for personer med demens som har en utfordrende atferd. Oppgaven har fokus på hvilken betydning verbal og nonverbal kommunikasjon kan ha for pasienten sin livskvalitet i hverdagen.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

I dag er det ca 66 000 personer som er rammet av demens i Norge. Forekomsten øker ved stigende alder. Innen 2040 regner en med at antallet har doblet seg til 135 000 personer med demens. Demens er en sykdom som på slutten av livet kan være sammensatt av flere lidelser og medfører store funksjonstap som krever store ressurser fra den kommunale omsorgstjenesten. Omtrent 80 prosent av de som bor i norske sykehjem har en demenslidelse og de med en utfordrende adferd har behov for små skjermete enheter for å få en best mulig hverdag (Helse og omsorgsdepartementet).

Utfordrende atferd er fellesbetegnelsen på psykiatriske og atferdsmessige symptomer. Symptomer på slik atferd kan være slåing, motorisk uro og vandring eller psykiatriske symptomer som hallusinasjoner, depresjon og angst. Utfordrende atferd viser seg å være vanlig ved alle demenssykdommene (Engedal og Haugen 2006).

Hos personer med demens vil etter hvert språket svikte og få betydning i samspillet med den som er nær pasienten. Språksvikten hos personer med demens kan utarte seg som benevningsproblemer, misforståelser, perseverasjonstendenser som stadige gjentakelser, feilsnacking og svekket evne til å holde tråden i tankerekker, sviktende flyt i talen og problem med konstruksjon av setninger. Oppmerksomhet og konsentrasjon kan være svekket på grunn av kognitiv svikt og det blir vanskelig å filtrere budskapet eller formidle verbalt tilbake (Rokstad 2005).

Temaet kommunikasjon er valgt fordi det kan ha stor betydning for pasienten hvordan vi bruker kroppsspråket vårt og hvilken tone vi har på stemmen i miljøet rundt pasienten og i samhandling med pasienten. I praksis oppleves daglig misforståelser som kan relateres til

kommunikasjonsvansker. For eksempel kan det være vansker med på eller avkledning fordi personen med demens ikke forstår informasjon som blir gitt, hva som skal skje eller hvor han er (Hammer et al.2011).

Livskvalitet er et subjektivt begrep sett fra menneskets egen situasjon og handler om individets egen opplevelse om å ha det godt eller dårlig (Rustøen 2001).

1.2 Studiens hensikt

Hensikten med litteraturstudiet var å undersøke hvilken betydning kommunikasjon mellom pasient og helsepersonell kan ha for livskvaliteten til personer med demens som har en utfordrende atferd.

2.0 Teoribakgrunn

Knyttet til sentrale begrep i oppgavens hensikt blir det i dette kapittelet belyst teori om demens med utfordrende atferd, verbal og non verbal kommunikasjon samt hva som ligger i begrepet god livskvalitet for personer med demens.

2.1 Demens

I følge ICD-10 er kriteriene for demens at hukommelsen svekkes. Spesielt for nyere data og svikt av kognitive funksjoner som dømmekraft, planlegging, tenkning og abstraksjon. Demens deles inn i tre typer eller grader av tilstand. Mild, moderat og alvorlig. Med mild mener en at demenssykdommen virker inn på evnen til å klare seg i dagliglivet. Når tilstanden betegnes som moderat vil det si at en ikke kan klare seg uten hjelp fra andre. Ved alvorlig type ser en at kontinuerlig tilsyn og pleie er nødvendig(Engedal og Haugen 2006). Ved demens er bevisstheten klar. En observerer svikt av emosjonell kontroll, motivasjon eller sosial atferd. Minst et av følgende kriterier som emosjonell labilitet, irritabilitet, apati eller unyansert sosial atferd bør være til stede. For å kunne bruke begrepet demens må det være utelukket at endringene kan skyldes delirium, forgiftning eller bivirkning av legemidler. Tilstanden skal derfor ha hatt en varighet på minst seks måneder (Engedal og Haugen 2006).

2.1.1 Utfordrende atferd.

Utfordrende atferd følger alle former for demenssykdommer. Årsakene til utfordrende atferd er komplekse og har ulike faktorer. Ved de ulike demenstypene forekommer strukturelle forandringer i hjernen og forandringer i signalsubstansene. Mulige sekundære årsaker til endret atferd kan være personlighetsforstyrrelser, delirium, manglende innsikt, sviktende samhandling, mestringsvikt, miljøfaktorer og angst. Skader i frontallappen eller

i hjernestammen kan være årsak til mangelfull impuls kontroll med en angrepsaggressiv atferd som oppstår uten noen foranledning (Kirkevold i Engedal og Haugen 2006).

Forsvarsaggressivitet ses hyppigst i samhandlingssituasjoner. Årsaken kan være at intimsone overskrides, misforståelser oppstår, frustrasjon, sårbarhet, opplevelse av krenkelse eller skam. Ofte ligger angst og depresjon bak slik atferd. Repeatferd som noen har, oppleves som vanskelig å begrense eller stoppe. En tror årsaken kan være en form for kommunikasjon eller selvstimulering. Døgnrytmen endres ofte for personer med demens som sover mye på dagtid. Det igjen kan føre til dårligere søvn om natten (Kirkevold i Engedal og Haugen 2006). Årsakene til utfordrende atferd kan skyldes symptomer fra sykdommen, forhold i miljøet eller samhandling med pleieren og andre personer. Irritabilitet og aggressivitet er den formen for endret atferd som mange definerer som utfordrende atferd og oppleves som vanskelig å forholde seg til (Engedal og Haugen 2006).

2.1.2 Skjermet enhet som boform

I skjermede enheter i sykehjem møter en personer med de alvorligste gradene av demens der det i følge ICD-10 sine kriterier er nødvendig med kontinuerlig tilsyn og pleie (Engedal og Haugen 2006). Konsekvenser av forstyrrelser i atferd kan for pasienten være tidligere innleggelse i institusjon med tap av livskvalitet både for pasient og pårørende (Engedal og Haugen 2006). En optimal boform for personer med demens vil være små enheter i et oversiktlig miljø med få beboere der personalet er stabilt og har nødvendig kompetanse. Boformen bør tilrettelegge for et sosialt fellesskap med direkte tilgang til utearealer som er tilpasset for personer med demens (Helse og omsorgsdepartementet).

2.2 Livskvalitet

Studier viser at eldre personer med demens med moderat grad kan klare å besvare spørsmål via spørreskjema vedrørende deres livskvalitet. Dette er viktig fordi en får

informasjon fra pasienten selv og ikke bare fra pårørende og helsepersonell (Rustøen 2001). Psykologen Siri Næss har utviklet en norsk definisjon på livskvalitet:

En person har det godt og har høy livskvalitet i den grad personen er aktiv, har samhørighet, har selvfølelse og har en grunnstemning av glede. Alle punktene til sammen utgjør livskvalitet og ingen skal tillegges mer vekt enn andre. (Næss (1986) i Rustøen 2001:17).

Tegn helsepersonell kan se etter for å observere velvære hos personer med demens er en avslappet kroppsholdning, humor, det å vise interesse for andre, kreativ selvtutfoldelse ved for eksempel dans eller sang, selvrespekt samt evne til å uttrykke følelser og toleranse for andre. Tegn på manglende velvære kan være at personen viser bedrøvelse, vedvarende sinne, engstelse, kjedsomhet, apati og manglende evne til kontakt, fortvilelse, fysisk utilpasshet eller smerter (Rokstad 2005).

Dementia Care Mapping er en kartleggingsmetode der data samles inn detaljert av en observatør plassert i for eksempel en skjermet enhet. Pasientenes adferd nedtegnes hvert femte minutt i seks timer der en har egne koder for mistriksel eller trivsel. Observasjonene analyseres og personalet som har oppfølging av pasientenes skal ha tilbakemelding i løpet av kort tid for å kunne gjøre forbedringer. Et av hovedområdene i kartleggingsverktøyet er pasientens grad av trivsel eller velvære. Det andre hovedfokuset er pasientens atferd i handling og interaksjon med andre. Positive eller negative hendelser i interaksjonen mellom pasient og personalet blir også nedtegnet (Rokstad 2004).

2.3 Kommunikasjon

Kommunikasjonsprosessen dreier seg om å utveksle signaler mellom minst to parter for å etablere en felles mening. For å forstå og bli forstått bør den ene parten vise initiativ og den andre må respondere på initiativet. I en lineær modell er det tre grunnelement. Sender, mottaker og et budskap. I en kommunikasjonsprosess vil sender uttrykke både verbale og non verbale signaler som skaper bilder av det den andre sier og vil hos mottakeren. Partene vil således påvirkes av subjektive, ubevisste kontaktskapende element underveis i

kommunikasjonsprosessen. I dette samspillet utvikler relasjonen til den andre seg og kalles en prosessuell modell for kommunikasjon (Wogn-Henriksen i Rokstad og Smebye 2008).

Vi bruker ansiktsuttrykk, tegn og kroppsbevegelser og har både en verbal og halv verbal kommunikasjon i vårt verbalspråk. Vår atferd kan sees på som kommunikasjon. Ting vi gjør og handler signaliserer våre prioriteringer og kan være i strid med det vi faktisk sier. Atferden kan dermed være mer pålitelig som kommunikasjonsmiddel enn det vi sier gjennom ordene våre (Ken Heap 2002). Gjennom språket vårt øker vi muligheten til å uttrykke oss presist og nyansert. Vi kan snakke om fortid og fremtid. Om hypotetiske eller abstrakte temaer. Gjennom språket er vi med i fellesskapet. Tilegnelse av språk er en forutsetning for økt selvstendighet (Wogn-Henriksen i Rokstad og Smebye 2008). En positiv holdning, respekt og empati overfor personen en skal kommunisere med er grunnleggende for å kunne lykkes i samtalen. Respekt vil si å ta personen på alvor og godta han slik han er. Empati er å forstå og fornemme den andres opplevelse. Ved å lytte til hva den andre har å si med vennlighet og undring kan vi bekrefte den andre (Scibbye 2009).

Jeg tror at språkets makt ligger i ansiktet. På en eller annen måte kaller det i sin taushet på en. Ens reaksjon på ansiktet er et svar. Ikke bare et svar men et ansvar (Levinas 2002:44 i Eide 2003:51).

Kommunikasjon er sentral i alle menneskers liv. Når kommunikasjonen blir komplisert kan dette være den største trusselen i demensutviklingen. I demensomsorgen er kommunikasjon derfor en stor faglig utfordring (Wogn – Henriksen 2006). For personer med demens reduseres mulighetene for å beskrive opplevelsen av livet. De får problemer med å uttrykke tanker og følelser og får vansker med abstrakt tenking, hukommelse og språkforståing. Det er derfor viktig at helsepersonell opparbeider seg kompetanse på hva som påvirker livskvaliteten til personer med demens (Mjørud et al. 2011). Når atferden blir utfordrende kan en se på samhandling og miljøfaktorer i stedet for bare demenssykdommen. Løsningen kan ligge i forståelsen av adferden, endring i helsepersonells adferd, justere miljøfaktorer eller korrigere forhold hos personen (Kirkevold i Engedal og Haugen 2006).

3.0 Metodebeskrivelse

I følge Dalland (2007) er metodedelen i en undersøkelse der en gjør rede for hvordan en har kommet frem til den litteraturen en har valgt å bruke når en litterær oppgave basert på eksisterende kunnskap skal skrives. Avsluttende eksamen ved videreutdanningen Aldring og eldre omsorg ved Høgskolen i Molde er et litteraturstudium. Et litteraturstudium er systematisk å søke etter, granske og være kritisk når en bedømmer og sammenstiller litteratur som kan være relevant for temaet en har valgt å studere (Forsberg og Wengstrøm 2008).

3.1 Datasamling

Våren 2011 begynte jeg å tenke på hvilket tema som kunne være hensiktsmessig for praksisstedet å fordype seg i. Hva er det personalet kan for lite om og bør lære mer om? Hvordan kan personalet med enkle midler bidra til å gjøre hverdagen bedre for personer som har demens? Hvilket tema bør en fordype seg i? Hvilke verdier vil en ha i praksishverdagen? Slike spørsmål kvernet rundt i hodet. Det fantes så mye spennende en kunne fordype seg i og det var vanskelig å bestemme seg for et enkelt tema. I retningslinjene for videreutdanningen Aldring og eldre omsorg ved Høgskolen i Molde kreves det at faglig fokus og hensikt skal være rettet mot eldreomsorgen og praksisfeltet

Sommeren 2011 brukte en til å lese noe skjønnlitteratur som handlet om temaet og høsten 2011 startet en med å samle inn faglitteratur samt annet bakgrunnsmateriale for å kunne lese og sette seg inn i temaet. Retningslinjene krever at det skal være minst åtte forskningsartikler med i oppgaven. En skal videre ha evne til å finne frem til teori og anvende stoffet som skal være med og belyse oppgavens hensikt.

Forskningsartikler er funnet gjennom biblioteket ved høgskolen i Molde sine databaser og manuelle søk.

3.2 Søkeord

Det ble gjennomført søk i flere omganger fra høsten 2011 og utover uten at det ble funnet artikler som var aktuelle til tema og hensikt. At det ikke lykkes å finne forskning på et tidlig stadium kan trolig begrunnes i at temaet har vært for vidt og hensikten har vært for dårlig formulert fra begynnelsen. Etter hvert trådte tema og hensikt mer frem og det viste seg da å være lettere å finne søkeord og dermed nyere forskning som kunne svare på hensikten. Nortvedt et al. (2007) sier at spørsmålsformuleringen er grunnleggende når en skal jobbe kunnskapsbasert.

Avdelingen preges av mye uro og personalet sliter med verbal og non verbal kommunikasjon. Flere avslører dårlig kjennskap til pasientenes tidligere liv og spørsmålet om hvordan vi kan hjelpe til en bedre livskvalitet dukker opp. Jeg kom da frem til at søkeordene må omhandle utfordrende adferd i sykehjem, helsepersonell, den verbale og nonverbale kommunikasjonen, pasientens livshistorie og livskvalitet. Hovedsøkeordene jeg endte opp med for å kunne besvare hensikten i dette litteraturstudiet ble derfor :

“Demen(dementia and alszheimer),communication(verbal and nonverbal communication), quality of life, challenging behavior, nurs*(nurse and nursing home) life story”.*

PICO skjemaet skal hjelpe til med å spisse og konkretisere formuleringene i de kliniske spørsmålene ved søket, i følge Nortvedt et al.(2007).

”P” står for hvilken type pasient eller pasientgruppe en vil forske på. I dette studiet er pasientgruppen personer med demens. En ønsker spesielt å undersøke de med demens som har en utfordrende atferd i form av aggresjon og uro. En kommer derfor frem til de engelske søkeordene dementia(alzheimer) og challenging behavior.

”I” står for Intervention og en tenker på hva det er pasienten utsettes for i klinisk praksis og hva det er en er interessert i. I studiet ønsker en å finne ut hvordan en kan bedre kommunikasjonen mellom pasient og pleier, både nonverbalt og verbalt i en skjermet

enhet i sykehjem. Søkeordene blir derfor “communication, nurse, og nursing home.” Etter hvert finner en ut at livshistorien til en person med demens er viktig for å ha et grunnlag for kommunikasjon og å forstå behovet bak atferden og en legger derfor inn søkeordet ”life story”.

”C” Står for Comparison. Dersom tiltaket skal sammenlignes med et annet tiltak, noe som ikke er aktuelt i dette studiet.

”O” Står for Outcome. Hvilket utfall er vi interessert i? Hensikten med dette studiet er at personer med demens gjennom en god kommunikasjon skal få en hverdag der de opplever å ha god livskvalitet. Søkeordet ”Quality of life” ble derfor satt inn i søket.

For å kunne begrense med AND eller utvide de ulike søkeordene med OR valgte en å bruke boolske søkeoperatører med avansert søk i fritekst. Det ble brukt MeSH termer som vil si at underrubrikker kommer opp slik en kan velge utvidete emneord. Som ”non verbal communication” når en legger inn søkeordet ”communication”. Videre ble det brukt trunkeringstegnet * på enkelte ord for å få med alle former av for eksempel demen* eller nurs*. I noen søk ble det mange treff og en la da inn ”limits” for å avgrense for år (2005-2008-2012) og språk (engelsk) (Forsberg og Wengstrøm 2003).

I følge Nortvedt (2007) er det et viktig prinsipp å søke på ett og ett ord i gangen og kombinere med OR og AND. I arbeidet med denne oppgavens søkestrategi satte jeg søkeordene direkte sammen med AND og sløyfet OR fordi jeg trodde en fant frem til de samme artiklene. I ettertid ser jeg det hadde vært mer hensiktsmessig å utvide søket med OR.

3.3 Databaser

I søk etter forskning har jeg først og fremst benyttet databasen Ovid Medline via Biblioteket ved Høgskolen i Molde fordi den i følge beskrivelsen til biblioteket sin lenke dekker sykepleie og har omtrent 5200 artikler å velge mellom. I tillegg ble Psyc Info brukt ved et søk. I alle databaser ble det søkt med hovedsøkeordene. Artiklene kommer opp med abstract, årstall og forfattere, der noen av artiklene kommer med full tekst (Nortvedt et. Al

2007). Jeg benyttet meg av muligheten til å søke eksternt, men skrev ut artiklene på skolen. Det er funnet frem til to artikler manuelt.

3.3.1 Manuelt søk

I Sykepleien forskning er det funnet frem til en artikkel som ble inkludert i utvalget. I en undervisningstime ble Jiska Cohen-Mansfield nevnt i forbindelse med agitasjon eller utfordrende adferd og det ble derfor tatt et manuelt søk på denne forfatteren og det ble funnet en aktuell artikkel.

3.3.2 Psyc Info

28.11.11 ble det foretatt et søk i Psyc Info med 259 treff. Søkeordene som ble brukt var *quality of life, alzheimer disease and dementia*. Fem artikler ble lest der fire ble ekskludert og en inkludert (Vedlegg 1)

3.3.3 OVID Medline

I ulike søk fra Januar 2011 frem til Mars 2012 er det funnet frem til tretten artikler i Ovid medline sin database. 23.01.12 er det søkt etter artikler på forfatteren Cohen-Mansfield som gav 173 treff der en artikkel er inkludert. 28.02.12 ble det søkt med søkeordene *demen*(dementia,diagnose, nursing) Communication (non verbal communication)* med AND. Søket gav 48 treff der tre artikler ble inkludert. 12.03.12 blir det foretatt et søk med søkeordene *demen*(dementia, nursing) AND life story* som gir 12 treff. To artikler blir med i utvalget der av en er funnet ved å lete på ”lignende” artikler (Vedlegg 1).

For å få full tekst kunne jeg via BIBSYS sine sider bestille artikkelen der eller biblioteket hjalp med å bestille artiklene fra andre bibliotek. Søket etter artikler til oppgaven har tatt lang tid fordi jeg har opplevd søkeprosessen som vanskelig å forstå og jeg har foretatt en del ustrukturerte søk. Samtidig har jeg brukt tid for å finne et avgrenset tema å skrive om. Jeg ser meg derfor fornøyd med de artikler jeg har funnet og innser at søket kunne vært planlagt bedre og vært mer strukturert.

Jeg ender til slutt opp med 17 artikler der åtte blir valgt ut etter de inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier som er satt.

3.4 Inklusjons og eksklusjonskriterier

Artiklene må være på norsk, engelsk eller gjerne svensk eller dansk. De må omhandle personer med demens og kunne knyttes opp til praksis. Etske hensyn må være ivaretatt og forskningsartikler skal være presentert i vitenskapelige godkjente tidskrift slik en vet de er referebedømt. Artiklene bør ikke være eldre enn fem år, men dersom jeg finner eldre, gode artikler vil de vurderes. Artiklene skal inneholde et sammendrag og være bygget opp etter prinsippet om IMRAD (Forsberg og Engstrøm 2008). Både kvalitative og kvantitative artikler vurderes. I følge retningslinjene skal review artikler utelukkes.

Kvalitativt studie er å undersøke deltagerens opplevelse av et fenomen og forstå teorien fra innsamlede data ut fra variasjoner, prosesser og strukturer. Kvantitativt studie kan telles og vurderes for statistikk og analyse på en objektiv måte. Resultatet presenteres i tabeller, figurer eller diagram (Forsberg og Wengstrøm 2008). Studiene som skal inkluderes i dette litteraturstudiet skal inneholde nøkkelord som kommunikasjon - verbal og nonverbal, livskvalitet, personer med demens, helsepersonell, livshistorie eller utfordrende adferd.

3.5 Kvalitetsbedømming

Når jeg er ferdig med søk etter forskningsartikler i databasene har jeg funnet frem til 17 artikler som skal kvalitetsbedømmes. Jeg bruker sjekklister for å vurdere de kvalitative (Nasjonalt kunnskapssenter 2006) og kvantitative artiklene (Forsberg og Wengstrøm 2003). Jeg legger vekt på om hensynet til etiske vurderinger er ivaretatt og om funnene svaret til oppgavens hensikt samt om de er relevant for praksis

3.5.1 Ekskluderte og inkluderte artikler

Fire forskningsartikler ekskluderes fordi det er fokus på pårørende og hjemmesykepleie og svarer derfor ikke til oppgavens hensikt. To artikler har uklart design og bedømmes som dårlig kvalitet. To forskningsartikler ekskluderes fordi funnene var uklare og en viser seg å være en review artikkel.

Åtte forskningsartikler ble inkludert i studiet. Fem forskningsartikler var kvalitative, to var kvantitative og en var både kvalitativ og kvantitativ. Syv artikler hadde god til høy

kvalitet. En hadde få deltagere men studiet var relevant for hensikten og jeg valgte å ta det med. Et studie hadde middels kvalitet men ble tatt med fordi det var relevant for å belyse non verbal kommunikasjon. Jeg brukte Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste sin Database for statistikk om høyere utdanning for å sikre at artiklene var refereebdømt. Etiske hensyn var ivaretatt (Vedlegg 2)

3.6 Etiske hensyn

Fem studier er beskrevet at de er godkjent etter etiske retningslinjer eller lagt frem for en etisk komite. Tre studier beskriver at deltagerne selv eller pårørende har skrevet under en samtykkeerklæring og slik godkjent at de er med i studiet.

3.7 Analyse

Datamaterialet ble videre analysert ved å bruke Evans (2000) fire faser. I fase en samlet jeg inn forskningsartikler og bestemte utvalget som er beskrevet ovenfor. Artiklene som var inkludert etter inklusjon og eksklusjonskriteriene ble grundig lest for å identifisere nøkkelfunn i hvert enkelt studie, jamfør fase to (Evans 2000). I gjennomlesningen så jeg etter funn som kunne ha betydning for å kunne svare på hensikten i denne oppgaven. Jeg ønsket å samle nøkkelfunnene fra hver enkel studie og gruppere de som hovedfunn, for igjen å kunne danne nye funn eller tema som kunne svare til hensikten i dette litteraturstudiet(Evans 2000). Jeg nummererte derfor artiklene fra en til åtte der en og en artikkel ble lest gjentatte ganger med tankene på hensikten i oppgaven. Jeg markerte teksten med forskjellige farger der nøkkelord og temaer utkrystalliserte seg. Nøkkelordene som merket seg ut var kommunikasjon, helsepersonell, livskvalitet, personer med demens og en utfordrende adferd, pårørende og livshistorien (Evans 2000).

For lettere å sortere temaene, ble det samtidig opprettet et Word dokument der de samme nøkkelordene og funnene ble skrevet inn med lik farge som de som ble markert når en leste gjennom artikkelen. Slik ble temaene fra hver artikkel plassert under en ”overskrift” fra nøkkelordene og jeg mener jeg på denne måten fikk ut essensen fra hver artikkel. Word dokumentet ble skrevet ut og jeg klippte og satte sammen temaene hver for seg for lettere å få oversikt. På denne måten fant jeg frem til fem temaer på tvers av studiene der jeg under

hvert tema har identifisert flere undertemaer som i følge Evans analyse (2000) er fase tre (Evans 2000). Temaene er livskvalitet, kommunikasjon, helsepersonell, livshistorien og personer med demens som har en utfordrende adferd.

Livskvalitet

- sosialt nettverk
- opplevelsen av velvære
- humør/interaksjon med omgivelser
- forstå de underliggende behovene
- sang/musikk gir avslapping og ord kommer frem

Kommunikasjon

- Verbal og non verbal kommunikasjon
- Øyekontakt
- Respekt
- Likeverd
- verdighet
- Forstå underliggende behov
- Samtale
- Det å miste språk og forståelse gradvis

Helsepersonell

- Vansker med kommunikasjon
- Stress og utbrenthet
- Personalet en faktor som influerer livet til personer med demens
- Forstå det underliggende eller indre behovet bak symptomene
- verdighet og respekt
- Øyekontakt
- Pleiekultur
- Refleksjon rundt omsorgsmiljøet og det kontekstuelle miljøet
- Trygg i egen fagutøvelse
- Se alle pasientene - også de passive
- Se den individuelle pasienten

Livshistorien

- kjenne til pasientens tidligere liv
- relevant informasjon

- minnealbum med tekst og bilder
- samtale om sentrale tema
- forstå behovet bak utfordrende adferd
- forsterke identiteten

Personer med demens og en utfordrende adferd.

- Apati
- Kommunikasjonsvansker
- Aggresjon
- Non verbal og verbal sinne
- Vandring
- Tilbaketrekking
- Atferdsmessige repetisjoner

Temaer som jeg har funnet frem til og har identifisert som gjennomgående er å forstå de bakenforliggende behovene ved utfordrende adferd, ha øyekontakt i kommunikasjonssituasjoner, ivareta individualiteten samt vise respekt og verdighet for å oppnå livskvalitet for personer med demens. For å kunne sammenligne temaene har jeg gruppert og kategorisert nøkkelfunnene i områder jeg mener har fellestrekke (Evans 2000). Slik har jeg funnet frem til fire hovedtemaer på tvers av studiene som jeg mener kan være med å belyse og svare på hensikten med oppgaven.

- **Tilrettelegge for livskvalitet**
- **Tiltak for å møte kommunikasjonsvansker**
- **Respekt, holdninger og verdier**
- **Livshistoriens betydning**

Studiene som er med i utvalget viser seg å ha et helsepersonellperspektiv, pasientperspektiv og et pårørendeperspektiv. Pårørende utelukkes fordi oppgavens tema foregår i skjermet enhet mellom helsepersonell og pasient. Wogn-Henriksen(2004) mener at personer med demens kan svare på spørsmål i kvalitative undersøkelser så lenge de har språket intakt. På tross av dette utelukkes pasientperspektivet fordi jeg ser behovet er størst for bevisstgjøring av sykepleiere, hjelpepleiere og ufaglærte i verbal og non verbal kommunikasjon for at personer med demens skal oppleve livskvalitet. Oppgaven blir derfor belyst fra et helsepersonellperspektiv.

4.0 Resultatpresentasjon

4.1 Tilrettelegge for livskvalitet

I fire av åtte studier finner en igjen begrepet livskvalitet og hvordan nedsatt evne til å kommunisere for personer med demens, påvirker livskvaliteten deres (Haberstroh et al. 2011, Hammer et al. 2011, Fukui et al. 2010, Hoe et al. 2009). Hammar et al.(2011) sin studie viser til at helsepersonellet sin rolle i tilnærmingen i en påkledningssituasjon kan være avgjørende for betydningen av velvære resten av dagen og dermed også påvirke livskvaliteten til personer med demens.

When the caregivers sang, the person with dementia sang along or hummed and whistled. Both partners smiled and laughed, while maintaining eye contact most of the time (Hammer et al. 2011:165).

Musikkterapi som kommunikasjonsteknikk viser seg å gi avslapping og velvære. Mens omsorgsgiveren i en vanlig påkledningssituasjon ofte gjør pasienten passiv ved å stille spørsmål og utføre påkledningen samtidig, viser studien til Hammer et al. (2011) når personalet sang under påkledning ble pasienten deltagende og aktiv. ”Jeg vil hjem” som mange repeterer daglig kan innebære en variasjon av følelser. Betydningen kan tilbakeføres til røtter og identitet, familiemiljø, venner, tidligere roller, kjærlighet, tilhørighet og relasjoner(Fukui et al.2010). Kontakten med sitt sosiale nettverk kan være essensielt for å opprettholde livskvaliteten(Haberstroh et al 2011). Personalet kan identifiseres følelsene gjennom adferd, kroppsbevegelser, tonen i røsten og ansiktsuttrykk som kan uttrykkes gjennom angst, frykt, misnøye og ensomhet (Fukui et al.2010).

The care worker learned that the residents had stories they wanted to share that where related to their experience of home (Fukui et al. 2010:45).

De omsorgsgivere som klarer å forstå behovene til personer med demens har muligheten til å forbedre livskvaliteten til denne gruppen (Fukui et al. 2010). Å beholde det gode humøret viser seg å være viktig i alle faser av demensutviklingen. Humøret påvirker

psykisk velvære, lykke, selvtillitt og en vurdering av livet i sin helhet. For å opprettholde en god livskvalitet og psykologisk velvære hos personer med demens er det deres tidligere erfaringer heller enn funksjonsnedsettelse som påvirker livskvaliteten (Hoe et al.2009).

Quality of life does not necessarily diminish as dementia progress, it is strongly influenced by the person with dementia`s mood. Improvement in cognition and mood may lead to increased Quality of life (Hoe et al. 2009:285).

Cohen-Mansfield et al. (2010) er opptatt av at personer med demens i sykehjem sitter stille det meste av dagen, uten å ha noe å gjøre. Cohen- Mainsfield et al. (2010) fant ut at de mest engasjerende stimuliene var en til en sosialisering med selv identifikasjon, en ekte baby, en livaktig dukke, avslappende film og konvolutter til å sette frimerker på. Det kognitive hadde ingen effekt for de mest effektive stimuliene. Cohen- Mainsfield et al. (2010) mener at sykehjem bør legge planer om sosialisering og interaksjon med en til en oppfølging siden det viser seg å være viktig for å forebygge utfordrende adferd.

For å opprettholde en god livskvalitet er det viktig at individualiteten og et positivt selv bilde opprettholdes samt at personen med demens har god interaksjon med sine omgivelser (Hoe et al.2009).

4.2 Tiltak for å møte kommunikasjonsvansker

Seks av åtte forskningsartikler omhandler verbal og non verbal kommunikasjon og ulike kommunikasjonsteknikker eller tilnæringsmåter en kan benytte (Haberstroh et. al. 2011, Fukui et.al. 2010, Hammar et. al. 2010, McKeown et.al.2010, macKinlay and Trevitt 2010, Cohen-Mansfield et al. 2009). Tre av artiklene trekker frem kommunikasjonsteknikker personalet kan anvende når en skal kommunisere med personer som har demens og en utfordrende adferd. Kommunikasjon og det å være i relasjon er vanskelig for personer med demens og dette endrer seg og blir verre etter hvert som utviklingen i sykdommen skrider frem (Hammar et. al.2011).

Research on communication in dementia is still given insufficient attention, although the majority of dementia syndromes show distinctive communication disorders (Haberstroh et al. 2011:405).

I studien til Haberstroh et.al. (2011) beskrives Tandem modellen som er ment å være et verktøy som kan bedre kommunikasjon mellom omsorgsgiver og pasient. Øyekontakt er viktig når en *presenterer* informasjonen og der må alltid være en mottaker. Utfordrende adferd kan være et forsøk på kommunikasjon. Dersom affekt i dette stadiet kan de følgende trinnene kompliseres fordi det er vanskeligere å tyde den underliggende oppførselen enn verbal kommunikasjon. *Oppmerksomhet* fra mottaker er nødvendig og fokus på distraherende signal som radio eller fjernsyn vil føre til at kommunikasjonen kan feile. Å *forstå* meningen eller ordene kan være problematisk fordi informasjonen kan være komplisert eller ironisk. Å *huske* informasjon som er gitt kan være vanskelig fordi setningene kan bli for lange. Det kan igjen føre til at en gjentar eller repeterer de samme spørsmålene om og om igjen (Haberstroh et al.2011).

Communication succeeds when both partners in the communication agree on the content and relationships aspects. It fails when the sender presents conflicting information as well as when the receiver interprets one of the aspects differently from what was intended by the sender (Watzlawick et al. (1967) i Haberstroh et al. 2011:407).

Hensikten med en god kommunikasjon er å styrke individuelle strategier og de gjenværende ressursene, samt gi overgang der kommunikasjonen er svak (Haberstroh et al.2011). Hammar et al. (2011) beskriver forskjellen mellom verbal og non verbal kommunikasjon i en påkledningssituasjon. Analysen av videoopptak viste at når en sang kjente sanger underveis var det lettere å holde øyekontakt og engasjement enn når informasjonen ble gitt verbalt uten ledsaging av musikk. Ved verbal informasjon uten musikk ble resultatet ofte forvirring og aggressivitet. Det er viktig at personalet viser verdighet, legger vekt på kjennskap til pasienten og forsøker å være ressursorientert slik at en kan beskytte pasienten mot svakhetene i kommunikasjonen (Haberstroh et al.2011). Personalet bør trenes til å sosialisere sammen med personen med demens gjennom daglige aktiviteter som for eksempel påkledning, bading og mating (Cohen-Mansfield et al. 2010).

4.3 Respekt, holdninger og verdier.

Fire av åtte artikler tar for seg helsepersonellens verdier, relasjoner og respekt i forhold til personen med demens som har en utfordrende adferd (Haberstroh et al. 2011, Fukui et al. 2010, McKeown et al. 2010, Jøranson og Hauge 2011). Daglig strever helsepersonell i demensomsorgen med personer som har en utfordrende adferd og det blir viktig å finne ut hvilke mekanismer som løser ut de psykiske symptomene. De underliggende behovene blir ikke dekket og Fukui et.al. (2010) mener symptomer som verbal og adferdsmessig aggresjon er indikatorer på dette. Å overse prinsipper som verdighet og respekt kan føre til at oppførselen forverres hos personen med demens. Noen pleiere har lettere for å etablere gode relasjoner hos personer med demens enn andre og en ønsket gjennom studiet å finne denne kunnskapen og føre den videre. En kom frem til fem trinn som skulle hjelpe nye arbeidere til å forstå de underliggende behovene og få til et stabilt miljø i avdelingen (Fukui et al. 2010).

(1) Listen to the voice and go with the flow of the behavior; (2) Learn about the inner experience; (3) Learn about the contextual environment of “here and now” situations; (4) Reflect on the care environment and (5) Find the keyword (Fukui et al. 2010).

Jøranson og Hauge (2011) har gjennom Dementia Care Mapping observert personalets pleiekultur for å se på forbedringsområder i holdninger og handlinger. Med pleiekultur menes et faglig fellesskap der personlige og faglige verdier samt normer er stabilt og innenfor et avgrenset fellesskap.

Deltagerne hadde erfart at små endringer ga positive effekter. Gjennom konkrete tilbakemeldinger fikk de ny forståelse for betydningen av hvor viktig det er å gjøre selv små detaljer for den enkelte (Jøransson og Haug 2011:379).

Når personalet fikk konkrete tilbakemeldinger ble de også tryggere i sine roller og så det individuelle hos pasienten. De ble også oppmerksom på de passive pasientene og tydeliggjorde viktigheten av positiv oppmerksomhet. Samholdet ble bedre. Selvtilliten økte,

arbeidet fløt fint samtidig som en ble var små hint i endring hos personen med demens. En så at endring var mulig og nye ideer fungerte (Jøransson og Haug 2011).

4.3.1 Utfordrende adferd

Seks av åtte forskningsartikler har med begrepet utfordrende adferd i beskrivelsen av symptomer ved demenslidelser (Haberstroh et al. 2011, Hammar et al. 2010, Fukui et al. 2010, McKeown et al. 2010, Jøranson og Hauge 2011, Cohen-Mainsfield et al.2010). Utfordrende adferd er gjennomgående i de fleste sykehjem og viser seg å bunne i kommunikasjonsvansker (Hammar et al. 2011). Hver enkelt person med demens har individuelle styrker og svakheter som har behov for individuell støtte til kommunikasjon (Haberstroh et al.2011). Musikkterapi som kommunikasjonsform i studiet til Hammar et al.(2011) ble forsøkt der aggressiv oppførsel og verbal roping var vanlig for personen med demens. Det viste seg at pasienten responderte med vitalitet, uttrykte positive følelser og velvære samt samarbeidet bedre. Cohen-Mainsfield et al.(2010) mener psykisk utagering kan ha direkte sammenheng med understimulering.

In long term care settings, problem behaviors were shown to increase when the person was inactive and to decrease when structured activities were offered (Cohen-Mainsfield et.al. 2010).

4.4 Livshistoriens betydning

Fire av åtte artikler mener det å kjenne livshistorien til en person med demens kan være viktig for en vellykket kommunikasjon (MacKinley and Trevitt 2010, McKeown et al.2010, Haberstroh et al. 2011 og Hammar et al. 2011). Å kjenne til livshistorien kan hjelpe til med å forstå oppførsel og behovet bak, samt forsterke identiteten og relasjoner (McKeown et al 2010). En kan gjennom å kommunisere om sentrale tema i personens liv og bli i for eksempel et minnealbum være med å bedre omsorgen (Haberstroh et al 2011). Synge sanger personen vil kjenne igjen fra fortiden og som var populære på den tiden vedkommende var ung (Hammar et al 2011). Å finne vedkommendes spirituelle dimensjon gjennom reminisens, om det er dennes forhold til Gud, naturen eller andre mennesker kan

gi muligheten til samtale om deres håp, frykt og hva som kommer etter døden (MacKinley and Trevitt 2010).

These people with dementia were willing to talk about the difficult aspects of their lives, as well as the happy memories. They were able to engage spontaneously in supporting behaviors through speech, touch, listening to each other, and reflecting (MacKinley and Trevitt 2010:399).

Å kjenne livshistorien er viktig for å kunne forstå utfordrende adferd, hvilke behov som ligger bak og for å forsterke identiteten. Et minnealbum kan hente frem minner som omskapes til ord. De blir sett og hørt av personalet som igjen ser bedre personen bak demensdiagnosen. Personligheten blir opprettholdt og personen med demens viser stolthet over det som har vært samt verdier blir tilført i livet deres(McKeown et al. 2010).

5.0 Diskusjon

5.1 Tilrettelegging for livskvalitet

Siri Næss (1986) som har forsket på livskvalitet og det gode liv setter opp fire kriterier som bør være til stede for å ha god livskvalitet. Aktivitet, samhørighet med andre, selvfølelse og en grunnstemning av glede. Hun legger vekt på det å ha det godt og være tilfreds med livet. For å kunne ha en grunnstemning av glede bør det være fravær av uro, bekymring, angst, rastløshet, nedstemthet, ubehag og smerte. Samtidig mener noen at for å kunne oppleve glede må man ha kjent på uro eller bekymringer. Livskvalitet må være knyttet til helhetlige og individuelle opplevelse hevder Næss(1986) i Rustøen (2001). Dette er vesentlige elementer i alles liv og elementer som felleskap, trivsel, avslapping og velvære, helsepersonells rolle i å forstå behovene bak, individualitet og positivt selvbilde kommer frem i funn som er gjort i nyere studier av personer med demens.

I følge studiet til Mjørud et al. (2011) er det vanskelig å vurdere livskvaliteten til personer med demens fordi de har problemer med abstrakt tenking, hukommelse og språkforståing. De får problemer med å uttrykke tanker og følelser. Mulighetene for å beskrive hvordan livet oppleves, reduseres. Derfor er det viktig at helsepersonell som arbeider i skjermet enhet har kompetanse om hva som påvirker livskvaliteten (Mjørud et al. 2011).

5.1.1. Fellesskap med andre

Haberstroh et al.(2011) hevder at livskvaliteten og det sosiale liv påvirkes av nedsatt evne til å kommunisere og for å opprettholde livskvalitet er det essensielt å beholde kontakten med det sosiale nettverket. I studiet legges det derfor vekt på at omsorgsgivere bør lære seg kommunikasjonsteknikker for å bedre livskvaliteten hos personen med demens som bor hjemme. Den nonverbale kommunikasjonen viser seg å være viktig for at personer med demens skal oppleve velvære og ha en grunnstemning av glede. Følelsen av velvære kan hos personer med demens måles i form av for eksempel ansiktsuttrykk og pasienten sitt humør (Hoe et al.2009). Aksept og samhørighet kan føre til fravær av angst, uro og ubehag som trolig vil gi en opplevelse av livskvalitet (Rokstad 2005).

I avdelingen prøver vi å forebygge uro ved å skape en trivelig og hjemlig atmosfære i et fellesskap. Det å være til stede i miljøet slik at personen med demens kan føle seg trygg er en annen viktig faktor vi legger mer og mer vekt på. I personalgruppen er det likevel stadig diskusjoner som går på at det er praktiske arbeidsoppgaver som også er vel så viktig. Det viser seg imidlertid gang på gang at det er i situasjoner når klær skal legges på plass og en er opptatt i stell på andre rom og ute av syne, at uroen oppstår.

For opplevelse av trivsel er det i følge Næss (1986) sin definisjon av livskvalitet, viktig med fellesskap og samhørighet. Mange ganger vil mental og språklig svikt imidlertid medføre at personen ikke alltid kan si fra hvordan han har det. Det at personalet lærer seg til å observere symptomene på mistriksel slik at de i tide kan avlede og berolige ser vi er viktig for å opprettholde en god livskvalitet og en grunnstemning av glede for personer med demens. I motsatt fall vil konsekvensen kunne bli roping, gråt, uro og aggressiv oppførsel. Personalet bør legge til rette for gode øyeblikk som trolig vil føre til en avslappet kroppsholdning og en grunnstemning av glede (Rokstad 2005).

5.1.2 Velvære og trivsel

Et hovedmål i Dementia Care Mapping (DCM) er å kartlegge pasientens velvære eller trivsel. Slike tegn kan være at en virker avslappet og klarer å uttrykke egne ønsker, viser følelser for andre, har humor, viser glede, hjelpsomhet og hengivenhet samtidig som en evner til å uttrykke følelseskalaen. Mistriksel kan vise seg i form av sinne, bedrøvelse, engstelse, apati eller fortvilelse (Rokstad 2004). Hammar et al. (2010) viser til i deres studie at avslapping og velvære øker når en bruker musikkterapi i for eksempel morgenstell og påkledningssituasjoner. I praksis hverdagen kan slike situasjoner være utfordrende og krevende for både personalet og pasienten. Episoder der morgenstell eller dusjesituasjoner ender med gråt og roping hender innimellom. I følge pasientrettighetsloven § 4 A har vi ikke lov til å gjennomføre slike situasjoner med tvang dersom pasienten motsetter seg helsehjelpen. En skal alltid først forsøke med tillittsskapende tiltak. Dersom helsehjelpen likevel vurderes som nødvendig, skal vedtak skrives. Personalgruppen tar derfor slike situasjoner jevnlig opp og søker etter løsninger som er det beste for begge parter. Flere av personalet forteller om situasjoner der de har

prøvd å synge seg gjennom et stell eller toalettbesøk når pasienten er urolig og motsetter seg hjelpen og erfarer at det er en metode som viser seg hensiktsmessig.

Funnene fra studiene og erfaringer fra praksis samsvarer med det som Rokstad (2005) hevder, at personer med alvorlig demens er avhengig av at andre legger til rette for at livssituasjonen skal bli god og at personalet derfor må kunne fange opp signalene som gis gjennom adferd og kroppsspråk.

5.1.3 Forstå behov

Fukui et al.(2010) mener at helsepersonell bør prøve å forstå behovene bak den utfordrende adferden for å kunne forbedre livskvaliteten til personer med demens. Fukui et al.(2010) sitt studie fra Japan har sett på den repeterende appellen om å returnere hjem. Studiet kan like godt overføres til norske forhold på tross av forskjeller i kultur. Det kommer frem at appellen viser seg oftest på ettermiddagen når personen med demens er sliten og pasienten kjenner det i kroppen at det er på tide å komme seg hjem. Noe som også oppleves daglig i praksishverdagen:

Nei, no e det på tide å komme seg heim; Når går bussen, tru? Nei, kan no ikkje gi mej til her i kveld... Nei! No må e sjå til ho mor og han far, ja! Kveldsmat, her? Nei, må no e heim att, ja, men du skal ha takk! Kan du ikkje fortelje kor tid bussen går? E kan no ikkje ligge over her i natt? (Sitat hentet fra praksis 2011-2012).

Forklaringer om at vedkommende har en seng og et rom blir møtt med mistro, sinne og noen ganger beskyldninger om løgn. En annen ting er at de gjerne påvirker hverandre slik det kan være flere på en gang som vil hjem. Fukui et al.(2010) mener appellen om ”Å ville hjem” nødvendigvis ikke betyr det hjemmet en har forlatt, men kan like gjerne være en leting etter trygghet og behov for en indre ro. I praksishverdagen erfarer vi at det kan være grunnleggende årsaker til at noen ønsker å dra hjem. Når vi tar oss tid til å finne årsaken bak kan det være så enkelt som ønske om et toalettbesøk eller følelsen av sult.

Arbeidsgruppen i studiet identifiserte følelser som angst, frykt, misnøye og ensomhet gjennom adferd, ansiktsuttrykk, tonen i røsten og kroppsbevegelser. Fukui et al. (2010) hevder at de underliggende behovene ikke blir dekket og det kan dermed utløse verbal og adferdsmessig aggresjon (Fukui et al. 2010).

5.1.4 Individualitet og et positivt selvbilde

Hoe et al.(2009) har brukt selvrapporteringskjemaet Quality of life –AD for å kartlegge ulike områder i livet som fysisk helse, humør og livet i sin helhet. Når personalet har avdekket behovene kan det være viktig å opprettholde individualiteten og hente frem tidligere erfaringer som kan være en resurs til å forebygge depresjon og angst. At en beholder et godt humør viser seg å være viktig ved alle former og stadier for demens (Hoe et al. 2009). Det kan imidlertid være vanskelig å vurdere livskvaliteten til en person som har demens når demensen har alvorlig grad, hevder Cohen et al.(1993) i Rokstad (2005). Wogn Henriksen (1997) i Rokstad (2005) mener derimot at kvalitative undersøkelser med vekt på god tid til samtaler gjør det mulig å få informasjon fra personer med alvorlig grad av demens dersom de har språket intakt(Rokstad 2005).

5.2 Tiltak for å møte kommunikasjonsvansker

I demensutviklingen kan kommunikasjonsvansker være den største trusselen fordi kommunikasjon med andre er så sentralt i alle menneskers liv. I omsorgen for personer med demens viser det seg at kommunikasjon er en stor faglig utfordring(Wogn-Henriksen i Rokstad og Smebye 2008). Kommunikasjonsteknikker og tilnæringsmåter for personalet er funn fra studiene som kan være med å støtte opp om kommunikasjonen mellom personen med demens og omsorgsiveren. Den som gir informasjon bør derfor styrke de individuelle strategiene og de gjenværende ressursene slik at en kan støtte i overganger der kommunikasjonen er svak, hevder Haberstroh et al. (2011). Mangel på aktiviteter i sykehjem er funn som viser områder en kan forbedre for å skape gode rammer for kommunikasjon(Cohen-Mansfield 2009).

5.2.1 Kommunikasjonsvansker

Majoriteten av kommunikasjonsutfordringene i demensomsorgen er særegne for hver enkelt person. For personen med demens kan det å snakke være et ineffektivt verktøy selv om de har et vidt repertoar av verbal og non verbal kommunikasjon. På den annen side kan helsepersonell som kjenner hver enkelt godt klare å holde personen lenger i den sosiale verden (Haberstroh et al. 2011). Levinas prøver å sette ord på det ”usigelige” når han skal møte den andres ansikt eller svare et annet menneske. Han hevder vi får en umiddelbar trang til å gjenopprette balansen når vi møter et annet menneske og kaller det jeg-du forhold og en etisk respons. Kommunikasjon skaper et behov for å gi et svar. Selv om en ikke svarer, er det en måte å respondere på som likevel har en etisk betydning. ”Å møte den andre slik hun er, som noe annerledes, og dermed uforståelig kan bare gjøres etisk, med tillit, respekt, åpenhet og ansvar.”(Levinas i Eide 2003).

I praksishverdagen vår er likevel en del av utfordringen medarbeidere som er fremmedspråklige og som ikke alltid fanger opp dialektord eller formidlinger via kroppsspråket til pasienten. Det oppstår ofte misforståelser, frustrasjon og unødvendig forvirring for pasienten. Sett fra pasientens ståsted er det trolig lite optimalt at helsepersonell snakker dårlig norsk når en vet at personer med demens i utgangspunktet har vanskeligheter med språkforståelse og kommunikasjon. De fleste er på den annen side dyktige medarbeidere som vi svært gjerne vil beholde, samtidig som en i fremtiden trolig vil være avhengig av utenlandsk arbeidskraft i helsevesenet. Jeg mener derfor at en i fremtiden må satse internt på god opplæring i demensomsorgen for denne gruppen. Samtidig må det være viktig at de får god opplæring i aktuelle dialektord og vår kultur. Det viktigste vil imidlertid være formelle krav til at en snakker og forstår godt norsk før fremmedspråklige ansettes i demensomsorgen.

5.2.2 Kommunikasjonsteknikker

Tandem modellen, verbal og non verbal kommunikasjon gjennom sang og De fem stegs guiding er kommunikasjonsteknikker som ble funnet i resultatdelen (Haberstroh et al. 2011, Hammar et al 2011 og Fukui et al. 2010). De kan alle anvendes i ulike situasjoner av personalet når de kommuniserer med personer som har demens og en utfordrende adferd.

Tandem modellen er en modell som er tenkt å bedre kommunikasjonen mellom pasient og pleier og er delt i fire trinn. Presentasjon, oppmerksomhet, forståelse og huske informasjon. En ser på styrker og svakheter samt strategier personalet kan bruke for en vellykket kommunikasjon.

Ved *presentasjon* av gammel erfaring blir det opplevd som en styrke for pasienten mens det nye som blir presentert blir svakhet. Strategier personalet kan bruke for å støtte det styrkende, kan være samtaler om sentrale temaer fra personens liv, se i minnealbum, prøve å forstå underliggende behov, kanskje lese mellom linjene og la være å korrigere når noe blir sagt feil. (Haberstroh et al. 2011). Rokstad(2005) foreslår fysisk berøring, stå på samme nivå og være rolig samtidig som en gjør seg tilgjengelig for pasienten når en skal kommunisere.

Fokusert *oppmerksomhet* kan være en styrke mens fokus på distraherende signal slik som fjernsyn eller radio vil være en svakhet og føre til at kommunikasjonen trolig feiler. Eksempler på strategier som kan virke støttende for oppmerksomhet kan være at en er til stede og er oppmerksom på ansiktsuttrykk som skifter. Nærme seg pasienten sakte og være foran personen, samtidig som en bør sørge for etablering av øyekontakt(Haberstroh 2011). Rokstad (2005) sier også at omgivelsene må tilpasses for kommunikasjon slik det er en rolig atmosfære, uten støy og dialogen bør ikke distraheres eller forstyrres (Rokstad 2005).

Forståelse av gitt informasjon, relasjoner og aspekt kan bli komplisert for en person med demens grunnet strukturelle forandringer i hjernen og signalsubstansene(Engedal og Haugen 2006). Personen kan ha problem med å forstå ordene fordi informasjonen kan være ironisk eller komplisert med dobbel mening(Haberstroh 2011). Strategier kan være å stille et spørsmål eller instruks om gangen, korte setninger og ikke prate mens man går

(Haberstroh 2011). Gi vedkommende tid til respons og det kan være nyttig å understreke ord med handlinger som for eksempel å vise til det dekkede bordet når en inviterer til kaffe (Rokstad 2005).

Å huske informasjon som er gitt kan være vanskelig når setningene blir lange. Styrken er at en kanskje husker gamle erfaringer mens svakheten blir å huske det som er nytt. Strategier for helsepersonell blir å opptre med verdighet og ikke lage et poeng av at vedkommende har stilt det samme spørsmålet tidligere. Hjelp til med å koble ny informasjon med gammel informasjon eller en kan repetere beskeden om igjen. Hjelp til i overganger der svakheten er størst.(Haberstroh 2011).

Å bruke musikkterapi i for eksempel påkledningssituasjon eller stellesituasjon viser seg å ha effekt i praksisverdagen. Vi erfarer at pasienten blir i godt humør dersom en synger sanger som var kjente før i tiden og samarbeider går bedre i morgenstellet. Tidligere kunne det bli mye strutting og motarbeiding fordi pasienten ikke skjønnte hva som skjedde. Ved sang blir atmosfæren med en gang mer avslappende og pasienten traller med og får dermed en god start på dagen. Erfaringene våre samsvarer med studiet til Hammar et.al (2011) der analyse av videoopptak viste at når en sang kjente sanger underveis var det lettere å holde øyekontakt og være engasjert.

Fukui et al.(2010) har kommet frem til en fem stegs guide der en av hensiktene var å lære opp helsepersonell i demensomsorgen. Tidligere var det i følge studiet, mye ”prøve og feile” og skjult kunnskap. Studiet klarte å hente frem og dokumentere kunnskapen slik fremtidige nyansatte kan benytte seg av kunnskap som erfarne ansatte allerede har ervervet.

En fant ut at ved å høre på stemmen og tonen i røsten vil det gi essensiell informasjon til omsorgsgiveren. Forskjellige kommunikasjonsmetoder som empati, kontakt, øyekontakt og speilende kroppsbevegelse blir brukt og det blir understreket at det er like viktig som verbal kommunikasjon (Fukui et al. 2010). I praksisverdagen ser vi hvor viktig det er å finne ut hvorfor pasienten sier de vil hjem og som i studiet, finne ut hva som ligger bak adferden. Mange ganger viser det seg å være behov som ligger gjemt i fortiden der en har tatt seg av barn, gamle foreldre eller en syk partner.

Arbeidsgruppen i studiet erfarte at ved å lytte til den eldre kom historien bak appellen fram. Det fantes en historie pasienten ville dele. Eller appellen kan være søken etter kameratskap eller forsøk på å eliminere ensomhet(Fukui et al. 2010). Ved å lære om ” Den indre erfaringen” identifiserte arbeidsgruppen angst, frykt, misnøye og ensomhet gjennom å se på kroppspråk, ord og ansikstuttrykk. Ved å lære om ”Det kontekstuelle miljøet” og ”Her og nå situasjonen” søker en å forstå livshistorien. Psykisk og fysisk stress tolkes gjennom tidligere personlighet, oppførsel og følelsesmønstre(Fukui et.al 2010)

Det viser seg også i praksis at tidligere livsmønstre kan ha innflytelse på for eksempel døgnrytmen. Personer med demens sover mye på dagtid som igjen kan føre til dårligere søvn om natten(Kirkevold i Engen og Haugen 2006). ”Refleksjon rundt omsorgsmiljøet” kan føre til at personalet reflekter rundt hva som skaper konflikter i miljøet. I praksishverdagen ser vi det er lite aktiviteter for personer med demens men at mange gjerne vil delta i stell av planter eller matlaging. Fukui et al (2010). sier de eldre med demens ser etter et sted å være, der de kan få være som de er. Cohen – Mansfield et al. (2009) er også opptatt av at det er for lite aktiviteter for personer med demens i sykehjem og mener aktiviteter kan redusere aggresjon og konflikter og stimulere kognitive funksjoner.

I det femte steget ble det sett etter nøkkelord for å sette alle stegene sammen. En kom frem til at å skape et familiemiljø der det er følelse av komfort og en omsorg som ligner på det en føler i eget hjem kan være med å forebygge for en utfordrende adferd og samtidig være en god ramme for kommunikasjon.

5.3 Holdninger, verdier og respekt

Kirkevold i Engedal og Haugen(2006) hevder at den utfordrende adferden hos personer med demens kan skyldes forhold i samhandling og miljøfaktorer vel så mye som demenssykdommen. Han mener at løsningen kan ligge i forståelsen av adferden, helsepersonellens holdninger, justeringer i miljøet og det å korrigere forhold hos personen. God samhandling virker tilfredsstillende og er styrkende for jeget, mens jeg funksjonene svekkes når personen blir møtt på en måte som ikke samsvarer med de uttrykte behov sier Røkenes og Hanssen (2006). Funn fra Haberstroh et al. (2011), McKeown et al. (2010),

Fukui et al. (2010) og Jøranson og Hauge (2011) sier noe om helsepersonellens rolle, verdier og holdninger i relasjonen til personer med demens.

Til tross for at vår skjermete enhet har få plasser, er ny og tilpasset for personer med demens opplever vi utfordrende adferd i større eller mindre grad. Det kan være ropeadferd, søvnforstyrrelser, motstand i stell, sinne og generell uro. Erfaring viser at adferden ofte utløses i forskjellige samhandlingssituasjoner der pasienten blir frustrert, engstelig eller føler seg krenket og vil forsvare seg. Eller som en sa til meg når denne roet seg såpass at jeg kunne spørre om årsaken til utageringen.” Ej vart so lyn forbanna når ho prøvde å holde mej igjen!”. Vedkommende hadde ønsket å gå ut i sansehagen i regnet da en vikar forsøkte å hindre dette. McKeown et al. mener livshistoriearbeid kan hjelpe personalet til å se personen bak aggresjonen og utageringen. I denne situasjonen kunne en muligens avverget en krevende oppfølging av pasienten dersom vedkommende hadde visst at pasienten skal følges ut, uansett vær.

Wogn - Henriksen (2006) sier at tålmodighet og god tid er den viktigste enkeltfaktoren i demensomsorgen. Det dreier seg om kunsten å være langsom når en møter pasienten. Ved hastverk og travelhet oppnår vi bare at pasienten blir frustrert, redd og kniper seg fast eller i verste fall, slår. Vi har som Wogn - Henriksen også erfart at det mest effektive og besparende faktisk er å ta seg god tid i stellesituasjoner slik en oppnår tilfredshet.

Grunnstemningen av glede som Næss (1986) har med i sin definisjon av livskvalitet, ser vi da kan vare i mange timer.

Jøranson og Hauge (2011) har gjennom Dementia Care Mapping bevisstgjort personalet på deres holdninger og handlinger overfor personer med demens. Når personalet fikk positiv oppmerksomhet ble de tryggere i sine roller og så bedre det individuelle hos pasienten. De la også bedre merke til de passive pasientene og så at det nyttet å hjelpe dem med småting. Fukui et al. (2010) er opptatt av at prinsippene om verdighet og respekt blir ivaretatt for å forebygge aggresjon og uro. Å ta personen på alvor, se han og godta han slik han er og fornemme den andres opplevelse (Schibbye 2009). I studiet fant de ut at noen pleiere oppnådde bedre kontakt enn andre og målet var å føre videre faktorene som skaper de gode relasjonene. I praksis ser vi også dette fenomenet. Vi diskuterer derfor i gruppemøter hva det er den andre gjør som kan være en bedre måte å løse den utfordrende adferden på. Slik løste vi for eksempel utfordringen hos en pasient som motsetter seg dusj og stell.

Morgenstellene endte ofte med høglytte diskusjoner fordi pasienten mente stellet var unødvendig og at han nettopp hadde utført dette selv. Pasienten ble trolig krenket fordi vi insinuerte at han trengte hjelp og forsvarte seg verbalt så godt han kunne. Flere i personalgruppen forsvarte ”støyen” med at stellet var svært nødvendig fordi pasienten var inkontinent og ofte svært våt om morgenen. Ett personale som ikke opplevde dette som et problem fortalte at hun heller tok anledningen når den bød seg. Hun sa aldri ”Nå skal du stå opp og ut på badet for å stelle deg” fordi hun erfarte at pasienten da ville motsette seg det. Derimot visste hun at denne pasienten som regel og etter litt småprat på morgenen, sa ” I e so pissetrengt i, kan du hjelpe me tru? ”Da hjalp hun ham på badet og spurte først der om de ikke skulle ta en liten morgenvask med det samme og slik fortsatte de til de var ferdig. Etterpå fikk pasienten ofte hvile seg litt på sengen og kom som regel ut til frokost, strålende blid og fornøyd.

Dette samsvarer med det som Wogn-Henriksen(2006) og Haberstroh (2011) beskriver om språklig-tekniske innspill som å nærme seg personen forsiktig og forfra, etablere blikkontakt, gi ett spørsmål eller instruks i gangen, bruke korte enkle setninger, snakke langsomt og forenkle. Fukui et al.(2010) sier en skal følge strømmen og lytte til stemmen samt lære om det kontekstuelle i ”her og nå” situasjonen. Haberstroh et al.(2011) hevder at hver enkelt person med demens har individuelle styrker og svakheter og vil ha behov for individuell støtte til kommunikasjonen. Denne gjennomføringen av et morgenstell ble etter min mening gjort i pakt med funnene i studiene, utført med respekt og gav pasienten en grunnstemning av glede.

5.4 Livshistoriens betydning

Funn fra studiene til McKinley and Trevitt (2010) Mckeown et al. 2010, Haberstroh et al. (2011) og Hammer et al. (2011) viser at det er viktig å kjenne til livshistorien og bruke reminisens eller erindring for å bli bedre kjent med personen bak demenssykdommen og kunne samtale om emner som engasjerer. Reminisens bidrar til opplevelse av egenverd, identitet, tillit, mestringsevne samt å se sammenhengen mellom hendelser i eget liv (Heap 1994).

MacKinley and Trevitt (2010) sin lille samtalegruppe for personer med demens tok opp spirituelle temaer som nærhet til natur, poesi, musikk, dans eller essensielle temaer som religion eller at døden nærmer seg. Dette var temaer som engasjerte personlig. En slik prosess kan bringe frem anger og skyldfølelse eller tilgivelse men forfatterne mener det

også kan frembringe ny mening og hensikt med deres liv. I overføring til praksishverdagen bruker vi ofte poesi og musikk ut fra hvilken pasient vi sitter sammen med. Vi erfarer at høgtlesing av dikt engasjerer også hos dem som er uten språk. De smiler og ler. En som vanligvis er urolig og farter rundt, kommer alltid bort og hører etter ved høgtlesing av dikt. Derimot temaer om liv og død som kanskje er nærliggende for noen å snakke om, blir sjelden tatt opp som et samtaleemne.

Gamle sanger kjenner de igjen og traller eller synger med på teksten og det er som Hammer et al. (2010) hevder, vellykket som innledning til kommunikasjon når vi kjenner til hvilke sanger vedkommende liker. Haberstroh et al. (2011) mener at personer med demens som bor i en skjermet enhet ofte ekskluderes fra det sosiale liv. Da kan en i stedet ved hjelp av et minnealbum kommunisere om sentrale tema fra personens liv (McKeown et al. 2010). Cohen – Mansfield et al.(2009) spurte pårørende om tidligere interesser og prøvde seg frem til hva som engasjerte ved å forsøke en og en aktivitet. Et livshistoriearbeid består i å samarbeide med familien og personen det gjelder, for å finne ut om deres liv slik at informasjonen kan brukes i omsorgen til pasienten.

En livshistoriebok er en summering av livshistorien som kan bestå av bilder, tekst og annet som er minneverdig og relevant for personens liv(McKeown et al. 2010). I følge Fosslund og Thorsen(2010) kan slike bøker være virkemidler for å støtte personens selvilde og utfylle andre personers bilde av hvem vedkommende er. Noe som svarer til funnene i studiet til McKeown et al.(2010) som hevder personligheten og identiteten da blir opprettholdt. Minner fra en livshistoriebok kan kalle frem ord når en sitter sammen og blar i boken. Boken kan lede til samtaleemner og vise personalet at hver enkelt har egen identitet og egenverd.

I avdelingen har noen pasienter album som viser bilder fra fortiden og andre igjen har ingenting. Ved innkomst blir alle pasientene sine personopplysninger nedfelt, noe som vi mener er viktig med tanke på å kjenne til livshistorien. På den annen side ser en at det er lite hensiktsmessig å plassere disse opplysningene i en perm på kontoret fordi det blir vanskelig for personalet å bruke dem aktivt i for eksempel samtaler. En bør arbeide videre sammen med pårørende slik at alle pasientene har hvert sitt minnealbum der opplysninger og bilder fra tidligere liv er nedfelt. Studiet til McKeown et al. (2010) viser hvor viktig en livshistoriebok kan være for pasientenes behov for samtaleemner og kunne vise stolthet

over tidligere liv. Gjennom reminisens og samtaler i små grupper kan en finne frem til temaer som har mening i et trygt miljø. Det kan være en mulighet for personer med demens til å snakke om deres frykt, håp og hva de ser frem til nå når livet har kommet frem til enden av deres liv MacKinlay og Trevitt (2010).

Å ta opp slike temaer bør imidlertid gjøres med respekt og verdighet og det bør etter min mening ikke være tilfeldig hvem som leder en slik gruppesamtale.

6.0 Konklusjon

Hensikten med studiet var å undersøke kommunikasjonens betydning for en bedre livskvalitet for personer med demens og en utfordrende adferd som bor i sykehjem. Funnene fra studiene i oppgaven viser at et rolig miljø, øyekontakt, oppmerksomhet, finne årsaken bak adferden, være til stede, tilrettelegge for aktivitet samt vise respekt og ha gode holdninger og verdier i relasjonen mellom personen med demens og helsepersonell har betydning for en vellykket kommunikasjon. Helsepersonell bør kjenne til flere hensiktsmessige kommunikasjonsteknikker og tilnæringsmetoder overfor personer med demens og bruke dem i praksis. Studiene viser at det har betydning at en kjenner til livshistorien for å ha grunnlag for den gode samtalen og skape trivsel for hvert enkelt individ.

Forslag til videre forskning bør være på hvilke aktiviteter som kan være stimulerende for personer med demens i sykehjem og livshistoriearbeid. Egen erfaring og studier viser at dette området bør prioriteres mer i sykehjemsavdelinger.

Dersom helsepersonell bidrar gjennom tilnæringsmetoder og kommunikasjonsteknikker på en respektfull og verdig måte vil trolig personen med demens i hverdagen oppleve en grunnstemning av glede. Virker personen i tillegg avslappet, tilfreds og har et godt humør kan en trolig si at vedkommende har en god livskvalitet.

Litteraturliste

Cohen-Mansfield, Jiska, Marcia S. Marx, Maha Dakheel-Ali, Natalie G. Regier and Khin Thein. 2010. Can Persons With dementia Be Engaged With Stimuli? *Am.J.Geriatr Psychiatry* Vol.18(4)351-362)

Dalland, Olav. 2007. *Metode og oppgaveskriving for studenter*. 4.utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Eide, Solveig Botnen, Hans Herlof Grelland, Aslaug Kristiansen, Hans Inge Sævareid og dag G. Aasland. 2003. *Fordi vi er mennesker. En bok om samarbeidets etikk*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS

Evans, David.2002. Systematic reviews of interpretive research. Interpretive data syntehesis of processed data. *Australian J of Advanced nursing*; 20(2), 22-25.

Helse og omsorgsdepartementet. Delplan til Omsorgsplan 2015. *Demensplanen 2015. Den gode dagen*. Revidert handlingsplan for perioden 2012-2015. www.regjeringen.no (Lastet ned : 18.03.12)

Forsberg, Christina og Yvonne Wengstrøm.2008. *Att göra systematiska litteraturstudier. Vardering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. 2.utgave.Stockholm: Forfatterna och Bokforlaget Natur och Kultur.

Engedal, Knut og Per Kristian Haugen. 2006. *Demens. Fakta og utfordringer* 4.utgave. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse

Fossland, Trine og KirstenThorsen.2010. *Livshistorier i teori og praksis*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad& Bjørke AS.

Fukui, Sadaaki, Shinichi Okada, Yukio Nishimoto, Holly B, Nelson-Becker. 2011. The repeated appeal to return home in older adults with dementia: Developing a modell for practise. *J.Cross Cult Gerontol* 26:39-54.

Haberstroh, Julia, Katharina Neumeyer, Katharina Krause, Judith Franzman, Johannes Pantel. 2011. TANDEM: Communication training for informal caregivers of people with dementia. *Aging &Mental Health*. Vol.15(3) 405-413.

Hammer, Lena Marmstål, Azita Emami, Gabriella Engstøm and Eva Gøteli. 2010. Communicating through Caregiver singing during morning care situations in dementia care. *Scandinavian Journal of caring sciences*. J.25;160-168.

Heap, Ken. 2002. *Samtalen i eldreomsorgen, kommunikasjon – minner - kriser - sorg*. 3.utgave.Oslo: Kommuneforlaget AS

Hoe, Juanita, Geraldine Hancock, Gill Livingstone, Bob Woods, David Challis and Martin Orrell. 2009. Changes in the Quality of life of People With dementia Living in care Homes. *Alzheimer Dis Assoc Disord*; vol. 23(3) 285-290

Jøranson, Nina og Solveig Hauge. 2011. Hvordan Dementia Care Mapping kan påvirke pleiekulturen i en sykehjemsavdeling. *Sykepleien forskning* 6 (4)376-382.

Kirkevold, Øyvind i Knut Engedal og Per Kristian Haugen. 2006. *Demens. Fakta og utfordringer* Tønsberg: Forlaget Aldring og helse

MacKinley, Elisabeth and Corinne Trevitt. 2010. Living in aged care: Using spirituall reminiscence to enhance meaning in life for those with dementia. *International Journal of mental Health Nursing*. 19.394-401.

McKeovn, Jane, Amanda Clarce, Christine Ingleton, Tony Ryan and Julie Repper. 2010. The use of life story work with people with dementia to enhance person-centred care. *International Journal of Older People Nursing* 5, 148-158.

Mjørud, Marit, Knut Engedal, Maria Lage Barca, Siri Ytrehus.2011. Livskvalitet, depressive symptomer og funksjonsvikt hos personer med demens. *Sykepleien Forskning* 6 (2)178-186.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.2006. www.kunnskapssenteret.no (Lastet ned 28.01.2012).

Nortvedt, Monika W., Gro Jamtvedt, Birgitte Graverholt, Liv Merete Reinar.2007. *Å Arbeide og undervise kunnskapsbasert - en arbeidsbok for sykepleiere*. Norsk sykepleierforbund. Bryne offset AS

Pasientrettighetsloven.1999. *Pasrl. kap 4A.2009. Helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen*. www.lovdatab.no (Lest 10.05.2012).

Rokstad, Anne Marie Mork. 2004. Dementia Care Mapping (DCM) En metode for kvalitetssikring av omsorgen for personer med demens. *Demens* 8(2)7-9

Rokstad, Anne Marie Mork. 2005. *Kommunikasjon på kollisjonskurs. Når atferd blir vanskelig å mestre*. 2.utgave. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.

Rokstad, Anne Marie M. og Kari Lislerud Smebye (red.) 2008. *Personer med demens - Møte og samhandling*. Oslo: Akribe AS

Rustøen, Tone. 2001. *Håp og livskvalitet En utfordring for sykepleieren?* Oslo: Gyldendal Akademisk.

Røkenes, Odd Harald og Per-Halvard Hanssen. 2006. *Bære eller bryte. Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*. 2.utgave. Bergen. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke

Schibbye, Anne Lise Løvlie. 2009. *Relasjoner Et dialektisk perspektiv på eksistensiell og psykodynamisk psykoterapi*. 2.utgave. Oslo: Universitetsforlaget AS

Wogn Henriksen, Kjersti i Anne Marie M. Rokstad og Kari Lislerud Smebye (red). 2008. *Personer med demens- Møte og samhandling*. Forlag Akribe AS

Vedlegg 1 Forslag på struktur for en oversiktstabell i forhold til litteratursøk

Vedlegg 2 Forslag på struktur for en oversiktstabell i forhold til innhold og kvalitet

