



# Bacheloroppgave

VPL05 Vernepleie

**Hvordan bli kjent med det nye i det gamle?**

**How to become familiar with the new in the old?**

Sæther, Tonje Kristin

Totalt antall sider inkludert forsiden: 42

Molde, 25.05.2016



## 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 checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none"><li>• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.</li><li>• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.</li><li>• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.</li><li>• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.</li><li>• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.</li></ul>	<input checked="" 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. <a href="#">Universitets- og høgskoleloven</a> §§4-7 og 4-8 og <a href="#">Forskrift om eksamen</a> §§14 og 15.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se <a href="#">Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver</a>	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens <a href="#">retningslinjer for behandling av saker om fusk</a>	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av <a href="#">kilder og referanser på biblioteket sine nettsider</a>	<input checked="" type="checkbox"/>

# Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Gøran Arne Jensen

## 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: 25.05.2016

**Antall ord: 9700**

## **Forord**

*Når jeg blir dement, et dikt om det å ha demenssykdom, lære nye ting og akseptere det nye.*

*Når jeg blir dement, skal livet mitt være enklere og overskuelig og forutsigbart. Slik at jeg gjør det samme hver dag og til samme tid, og det vil ta tid for meg å lære å akseptere det.*

*Når jeg blir dement, da må du snakke rolig til meg, ellers blir jeg utrygg og tror du er sint på meg. Du skal fortelle meg hva du gjør og hvorfor, og du skal gi meg enkle valg og respektere hva jeg velger.*

*Når jeg blir dement har jeg vanskelig for å forstå andre. Senk stemmen og se på meg, da lytter jeg best. Bruk korte ord og enkle setninger, og stopp opp og finn ut om jeg har forstått det. Spør meg ikke om mer enn en ting av gangen. Unngå lange instruksjoner, jeg kan ikke huske dem. Se på meg, rør ved meg og smil før du snakker. Og husk at jeg glemmer så fort. Så lær meg å stenge av vannet, lær meg å kose meg uten stearinlys, og ta en røyk sammen med meg.*

*Når jeg blir dement og sier at du er slem, er det fint om du svarer at du forstår at livet er vanskelig for meg i dag.*

*Når jeg blir dement og sier at jeg vil hjem, er det fint om du svarer at du forstår at jeg føler meg utrygg akkurat nå. Når jeg blir dement og skjeller deg ut, så ta et skritt tilbake, så jeg kan føle at jeg fortsatt kan gjøre inntrykk.*

Utdrag av dikt av Jessy Hjorth-Hansen.

## **Sammendrag**

## Innholdsfortegnelse

<b>1.0</b>	<b>Innledning</b> .....	<b>1</b>
1.1	Presentasjon og bakgrunn for valg av tema.....	1
1.2	Formålet med oppgaven .....	2
1.3	Hvorfor er temaet relevant for vernepleiere .....	2
1.4	Avgrensning .....	3
1.5	Problemstilling .....	3
1.6	Begrepsavklaring.....	3
1.7	Oppgavens disposisjon .....	4
<b>2.0</b>	<b>Metode</b> .....	<b>4</b>
2.1	Søkeord og utvalgelse .....	5
2.2	Validitet og reliabilitet.....	5
2.2.1	Feilkilder .....	6
2.3	Min for forståelse .....	6
2.4	Vitenskapelig forståelse .....	7
2.4.1	Hermeneutikk.....	7
2.4.2	Positivismen .....	8
<b>3.0</b>	<b>Teori og funn</b> .....	<b>8</b>
3.1	Demenssykdom og diagnosekriterier .....	8
3.1.1	Mild grad av demens .....	9
3.1.2	Moderat grad av demens .....	10
3.1.3	Alvorlig grad av demens .....	10
3.2	Utbredte demenstyper.....	10
3.3	Utredning av demens.....	11
3.4	Hukommelse.....	12
3.4.1	Oppmerksomhet .....	13
3.5	Kommunikasjon .....	13
3.5.1	Verbal og non-verbal kommunikasjon.....	14
3.6	Validering .....	15
3.7	Realitetsorientering (RO) .....	15
3.8	Reminisens .....	16
3.9	Marte Meo-metoden .....	16
3.10	Kommunikasjon med pasienter med demenssykdom.....	17
3.11	Kommunikasjon og livskvalitet .....	17
3.12	Holdninger .....	19
<b>4.0</b>	<b>Drøfting</b> .....	<b>20</b>
4.1	Hvordan legge til rette for «den gode samtalen»?.....	20
4.2	Kommunikasjonsmetoder.....	23
4.3	Kommunikasjon og holdninger .....	27
<b>5.0</b>	<b>Avslutning</b> .....	<b>28</b>
5.1	Konklusjon .....	28
5.2	Refleksjon.....	29
<b>6.0</b>	<b>Litteraturliste</b> .....	<b>31</b>
<b>7.0</b>	<b>Vedlegg 1, de fem grunnleggende psykologiske behov</b> .....	<b>35</b>

## **1.0 Innledning**

### ***1.1 Presentasjon og bakgrunn for valg av tema***

Temaet jeg skal ta for meg i min bacheloroppgave er demenssykdom og kommunikasjon. Jeg ønsker å belyse hvordan helsepersonell i demensomsorgen kan legge til rette for god kommunikasjon for mennesker med demens. I den siste fordypningspraksisen var jeg utplassert på et dagaktivitetstilbud for personer med demenssykdom, i tillegg jobber jeg på en sykehjemsavdeling hvor det er flere av pasientene som har demens.

På bakgrunn av dette har jeg derfor noe erfaring og kunnskap om temaet. Jeg har erfart at kommunikasjon har stor betydning for pasientene, og har en oppfatning av at personalet ikke alltid kommuniserer på en hensiktsmessig måte. Det kan være situasjoner hvor personalet snakker over hodet på pasientene, og ikke behandler dem med den respekt og verdighet de fortjener. Jeg har også erfart at helsepersonell kommuniserer på en god måte og sett betydningen av det.

En situasjon jeg husker godt var når en pasient spurte personalet når det var middag, og personalet reagerte med å svare de andre pleierne «åh, hvor han maser i dag!». Dette sa hun så høyt at jeg tenker at det kunne vært noe pasienten oppfattet. I denne situasjonen følte jeg ikke at pasienten ble møtt med respekt og forståelse, eller at kommunikasjonen var hensiktsmessig. I samhandling med pasienter som har demenssykdom er det viktig å vite noe om hvordan vi som helsepersonell skal kommunisere, og ha kunnskap om sykdommen og symptomer.

I en annen situasjon låste personalet den ene døra inn til kontoret slik at pasienten ikke kom seg inn. Dette var en pasient som hadde demenssykdom og ofte kunne komme innom kontoret for å spørre om ting han lurte på, noen ganger kunne han spørre om det samme flere ganger. Måten personalet håndterte situasjonen på syntes jeg var feil, og uetisk. Ved å låse døren tenker jeg at pasienten ikke møter forståelse eller respekt og kan derfor bli utrygg. Kunne denne situasjonen blitt annerledes dersom det ble fokusert på å kommunisere med pasienten på en hensiktsmessig måte?



Jeg ønsker å fordype meg i dette temaet (demens og kommunikasjon) fordi jeg vet at i Norge vil det i fremtiden være flere som får diagnosen demenssykdom. Statistikk viser at det i dag er omtrent 70 000 personer som har fått diagnosen demenssykdom. I løpet av 2030 vil det være omtrent 94 000 som har diagnosen demenssykdom og i løpet av år 2060 kan det være omtrent 200 000 som har fått demenssykdom (Statistisk sentralbyrå i Solheim 2015). Helse- og omsorgsdepartementet (2015) har utviklet *Demensplan 2020, et mer demensvennlig samfunn* hvor et av målene er å skape et samfunn som er demensvennlig, og som fokuserer på å integrere personer med demens. På bakgrunn av denne planen tenker jeg at det vil være relevant å skrive en fordypningsoppgave om demenssykdom. Jeg tenker at kommunikasjon vil være en viktig del av denne integreringen.

## ***1.2 Formålet med oppgaven***

Formålet med denne oppgaven vil være å belyse viktigheten av god kommunikasjon med pasienter som har fått en demensdiagnose. Som nevnt tidligere vil det i fremtiden være flere som får diagnosen, og derfor ønsker jeg å lære mer om hvordan det kan legges til rette for god kommunikasjon. Jeg ønsker etter endt utdanning å jobbe i demensomsorgen og vil derfor tilegne meg mer kunnskap om kommunikasjon med pasienter som har demens. For meg vil det være viktig å knytte teorien jeg finner til min yrkesutøvelse. For helsepersonell i demensomsorgen er det viktig å være bevisst på sin yrkesutøvelse, særlig kommunikasjon. Arbeidet med denne oppgaven kan bidra til at jeg utvikler min teoretiske kompetanse og mine yrkesspesifikke ferdigheter.

## ***1.3 Hvorfor er temaet relevant for vernepleiere***

Jeg tenker at temaet er relevant for vernepleiere på bakgrunn av den kompetansen en vernepleier har etter endt utdanning. Studiet bygger på en kombinasjon av både helsefaglig og sosialfaglig utdanning, en vernepleier har derfor kompetanse til å jobbe i demensomsorgen. En vernepleier har kunnskap om miljøarbeid, en relasjonell kompetanse og kunnskap om kommunikasjon, og ulike tilnæringsmetoder (Fagplan 2012). Vernepleierens kompetanse og arbeidsmetoder er relevant når det gjelder å arbeide i demensomsorgen (Witsø og Teksum 2007).

En vernepleier skal legge til rette for opplevelse av livskvalitet, mestring og deltakelse. Derfor tenker jeg at det er viktig at vernepleiere jobber i demensomsorgen. En vernepleier skal etter endt utdanning ha kunnskap om kommunikasjon, og kunne legge til rette for kommunikasjon med personer som kan ha begrensede kommunikasjonsferdigheter. Hos pasienter med demens, kan dette være tilfelle.

#### ***1.4 Avgrensning***

Fordi demenssykdom og kommunikasjon er et omfattende og stort tema, ønsker jeg å avgrense oppgaven til kommunikasjon med personer som har fått diagnosen demenssykdom. Jeg ønsker å trekke inn begreper som reminisens, validering og realitetsorientering (RO). Jeg ønsker å skrive om demens generelt og ikke en grad av sykdommen. Jeg ønsker også å samle de ulike typene under ett og ikke skrive om en bestemt demenstype, dette kan gjøre at det blir lettere å finne litteratur som er relevant.

#### ***1.5 Problemstilling***

***Hvordan legge til rette for god kommunikasjon med aldersdemente?***

#### ***1.6 Begrepsavklaring***

Personer med demens/pasienter med demens/aldersdemente: jeg har valgt å samle alle demenstypene under ett, dette gjelder da blant annet vaskulær demens, frontotemporallappdemens, Alzheimers sykdom og demens med Lewy-legemer. Dette ønsker jeg å gjøre fordi det kan være lettere å knytte teoriene jeg finner inn i oppgaven.

I oppgaven ønsker jeg å bruke begrepet helsepersonell/personalet/pleiere, i dette begrepet ligger alle som jobber i helse- og omsorgstjenesten. Dette kan være personer med ulik utdanning, for eksempel vernepleiere, sykepleiere, helsefagarbeidere, ufaglærte eller andre yrkesutøvere.

Jeg bruker også begrepet pasienter/personer om hverandre i denne oppgaven, dette ønsker jeg å gjøre fordi jeg syntes oppgaven får en bedre flyt.

## ***1.7 Oppgavens disposisjon***

Denne oppgaven følger Høyskolen i Molde sine retningslinjer for bachelorskriving. Jeg har i tillegg brukt Dalland (2012) Metode og oppgaveskriving. I kapittel 1 kommer innledning, hvor jeg presenterer og begrunner valg av tema. Her skriver jeg oppgavens problemstilling og kommer med en begrepsavklaring. I Metodekapitlet skriver jeg om hvordan jeg har funnet litteratur, samt min forforståelse og mulige feilkilder. I kapittel 3 presenterer jeg teorier og funn. Her skriver jeg om demenssykdom og kommunikasjon. Kapittel 4 består av drøfting, hvor jeg drøfter hvordan det kan legges til rette for god kommunikasjon og kommunikasjonsmetoder. I siste kapittel kommer jeg med en avslutning og en konklusjon, i tillegg til at jeg reflekterer over prosessen.

## **2.0 Metode**

Jeg har valgt å bruke litteraturstudie som metode for denne bacheloren, og oppgaven kan derfor anses som en kvalitativ metode. Jeg tenker at ved å bruke denne metoden vil mitt teoretiske utbytte være større. «*De kvalitative metodene tar i større grad sikte på å fange opp mening og opplevelse som ikke lar seg tallfeste eller måle*» (Dalland 2012:112). En metode er et redskap man kan bruke for å skaffe seg informasjon. Jeg har i forkant tilegnet meg kunnskap gjennom å lese litteratur og artikler om demenssykdom og kommunikasjon. Jeg har også erfaringskunnskap fra praksis og arbeid.

En metode forteller oss om hvordan vi skal kunne innhente informasjon og tilegne oss kunnskap. Det handler om å samle inn, organisere, bearbeide, analysere og tolke fakta på en systematisk måte (Dalland 2012). «*Metoden forteller oss noe om hvordan vi bør gå til verks for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap*» (Dalland 2012:111). Kvalitative og kvantitative datainnsamlinger er to forskningsmetoder, hvilken som velges avhenger av oppgavens formål og dens problemstilling.

## **2.1 Søkeord og utvelgelse**

For å finne relevant litteratur til denne oppgaven har jeg søkt i bibliotekets søkebasen, oria, bibsys, brage, him og norat. Jeg brukte søkeord som «demens», «kommunikasjon», «reminisens», «validering» og «livskvalitet». Etter disse søkene fikk jeg opp flere bøker som omhandler demenssykdom, Rokstad og Smebye (2008) *Personer med demens, møte og samhandling*, Solheim (2015) *Demensguiden, holdninger og handlinger i demensomsorgen* og Wogn-Henriksen (1997) *Siden blir det vel verre, nærbilder av mennesker med aldersdemens*.

I tillegg til å søke i bibliotekets databaser har jeg også gjort usystematiske søk hvor jeg har søkt inne på Aldring og helse, nasjonal kompetansetjeneste. Jeg fant flere rapporter som omhandler demens, blant annet Rokstad (2012) *Bedre hverdag for personer med demens*. Jeg har i tillegg til å innhente litteratur selv, fått tips av veileder i fordypningspraksis om boken *Ikke alle vil spille bingo* skrevet av Jacobsen (2007) og Engedal og Haugen (2009) *Lærebok demens, fakta og utfordringer*. Jeg har også snakket med medstudenter og veileder for bachelor om litteratur som kan være relevant i forhold til min fordypningsoppgave.

Jeg har underveis vurdert om kildene var egnet til min problemstilling, og om de var objektive eller partiske. Jeg fant ut at det var overensstemmelser mellom litteraturen jeg brukte. «*Sett kilden opp mot andre kilder. Hvis det er overensstemmelser mellom flere, uavhengige kilder... ja da styrker det troverdigheten*» (Kjelstadli 1992:180).

## **2.2 Validitet og relabilitet**

Når jeg leser litteratur må det tas hensyn til validitet og relabilitet. Validitet betyr at litteraturen må anses som relevant og gyldig. Relabilitet handler om at litteraturens pålitelighet (Dalland 2012). Jeg anser litteraturen jeg har valgt å bruke som relevant og pålitelig. Selv om jeg tenker at litteraturen er pålitelig må jeg hele tiden være kritisk til det jeg leser. For meg som student kan det være utfordrende å vurdere om litteraturen er gyldig og pålitelig, derfor har jeg valgt å se på utgivelsesår, dersom noe er gitt ut for lenge siden tenker jeg at det kan settes opp mot noe som er gitt i nyere tid.

### 2.2.1 Feilkilder

«*Bevissthet om egen påvirkning på data kan bidra til å redusere feilkilder knyttet til påvirkningen*» (Linde og Nordlund 2012:113). I arbeidet med denne oppgaven kan det være vanskelig å legge mine erfaringer, min forforståelse og minne meninger til side. Jeg kommer til å lete etter teorier som støtter min forforståelse og dette kan være feilkilder i mine litteratursøk. I arbeidet med denne oppgaven har jeg funnet kilder som har gitt meg svar på min problemstilling og reflektert over troverdigheten og påliteligheten til disse.

Fossum og Meyer (2008) skriver at det kan skilles mellom primære og sekundære kilder. Primærkilder er kilder som står nærmest den historiske virkeligheten, mens sekundærkilder kan være kilder eller fremstillinger som bygger på primærkilder. I denne oppgaven har jeg i hovedsak forsøkt å bruke primærkilder, dersom jeg har brukt sekundærkilder har jeg vært kritisk når det gjelder feiltolkninger og unøyaktigheter.

### 2.3 *Min forforståelse*

Vi kan forstå andre mennesker ut i fra våre egne erfaringer og følelser. Dette defineres som forforståelse og den bringer vi med oss i møtet med andre mennesker. Gjennom erfaring og samhandling med andre kan vi endre vår egen forståelse, og få en ny forforståelse. Dette kan også kjennetegnes som den hermeneutiske spiralen (Røkenes og Hanssen 2012). *Hermeneutikk handler om å tolke og forstå grunnlaget for menneskelig eksistens* (Dalland 2012:58).

Før jeg begynte å jobbe i eldreomsorgen hadde jeg en forforståelse som innebar at jeg tenkte de eldre hadde mistet flere av sine ressurser og var derfor avhengig av mye bistand, etter praksis på sykehjem fikk jeg en ny forståelse og innså fort at det ikke er alle eldre som trenger like mye hjelp, noen kan fint mestre hverdagen med litt veiledning. Dette tenker jeg også kan gjelde personer med demenssykdom. Etter fordypningspraksis på et dagaktivitetstilbud innså jeg raskt at jeg undervurderte flere av pasientene som var der. De mestret mye selv, hadde fortsatt mange ressurser.

Jeg fikk i denne praksisen også se viktigheten av god kommunikasjon. Jeg opplevde flere ganger at det var utfordrende å legge til rette for «den gode samtalen», da jeg ikke kjente pasientene like godt som de som jobbet der. Etter fordypningspraksisen endret jeg min forforståelse om personer som har demens. Selv om en person har fått en demenssykdom kan det fortsatt være mulig å ha meningsfulle og gode samtaler. Etter arbeidet med denne oppgaven kan det være at jeg igjen endrer min forforståelse om personer med demenssykdom og kommunikasjon.

## ***2.4 Vitenskapelig forståelse***

Noe som kjenner seg ut som et vitenskapelig arbeidsmåte er kritisk tenkning (Garsjø 2001). Ved kritisk tenkning og vitenskapelig metodikk innebærer det evnen til å vurdere det vi leser og det vi gjør, samtidig å kunne etterprøve og systematisere egne erfaringer. De sentrale vitenskapsteoretiske hovedposisjonene er positivismen, hermeneutikken og den samfunnskritiske tenkningen.

### **2.4.1 Hermeneutikk**

Hermeneutikk blir ansett som fortolkningsvitenskap. Det vil si at hermeneutikk er læren om å fortolke og forstå (Aadland 2004). Å fortolke noe kan forstås som et forsøk på å finne en mening eller en forklaring på noe som anses som uklart. Den hermeneutiske spiral er en forklaring på denne prosessen, denne spiralen skal illustrere noe som i utgangspunktet ikke slutter (Dalland 2012). Denne oppgaven kan derfor anses som å være skrevet ut i fra et hermeneutisk perspektiv, fordi før jeg begynte litteraturstudiet hadde en forforståelse, etter hvert som jeg leste endret jeg min forforståelse. Ved å forsøke å tolke teorien jeg har lest kan jeg finne en forklaring på noe som er uklart for meg, og derfor få en ny forforståelse.

## 2.4.2 Positivismen

Positivismen er basert på logisk fornuft og sanseerfaringer (Aadland (2004)). Positivismen fokuserer på å forklare sosiale fenomener og årsaker, derfor kan denne oppgaven også ses ut ifra et positivistisk perspektiv. Jeg har i oppgaven henvist til direktisiteter og ikke bare fokusert på min forforståelse.

Det positivistiske vitenskapssynet bygger på målbarhet og nøyaktighet. Sikker kunnskap får man bare ved å observere, måle og eksperimentere. Det stilles høye krav til validitet (gyldighet og relevans) og relabilitet (pålitelighet) (Garsjø 2001:131).

## 3.0 Teori og funn

I dette kapitlet vil jeg presentere teorier og funn som jeg har gjort gjennom dette litteraturstudiet. Jeg ønsker i tillegg å komme med mine erfaringer og opplevelser fra praksis eller arbeid. Her ønsker jeg å belyse områder som er sentrale når det gjelder problemstillingen: *Hvordan legge til rette for god kommunikasjon med aldersdemente?* Jeg tenker at områder som kan være relevant er livskvalitet, reminisens, validering, RO, selvbestemmelse og holdninger. Før jeg gjør dette ønsker jeg å belyse hva demenssykdom er, hvor stammer begrepet fra, hva betyr det, diagnosekriterier og utredning av personer med demens.

### 3.1 Demenssykdom og diagnosekriterier

Begrepet demens stammer fra det latinske de (uten) og mens (sjel, sans, sinn, forstand). Direkte oversatt blir det «uten sjel» eller «uten forstand». Demenssykdom ble tidligere assosiert med glemsomhet, og at pasienten «gikk i barndommen» eller bare var «et tomt skall». Demenssykdom ble tidligere ansett som en forventet følge av alderdommen, den som ble gammel, kunne derfor også bli glemsom (Smebye 2008).

Demens er en fellesbetegnelse på en rekke sykkelige tilstander i hjernen. Kjennetegn for demens er ervervet intellektuell svikt, svikt av emosjonell kontroll og sviktende evne til å utføre dagliglivets funksjoner (Engedal 2014:1)

Kriterier for demens i følge ICD-10

- I) 1. svekket hukommelse, især for nyere data  
2. svikt av andre kognitive funksjoner  
(for eksempel dømmekraft, planlegging, tenkning og abstraksjon)

Mild: virker inn på evnen til å klare seg i dagliglivet

Moderat: kan ikke klare seg uten hjelp fra andre

Alvorlig: kontinuerlig tilsyn og pleie er nødvendig

II) Klar bevissthet

III) Svikt av emosjonell kontroll, motivasjon eller sosial atferd; minst ett av følgende:

1. emosjonell labilitet
2. irritabel
3. apati
4. unyansert sosial atferd

IV) Tilstanden må ha en varighet av minst seks måneder (Solheim 2015:20).

*Ved utvikling av demenssykdom oppstår det skader både i hjernens ytre del (hjernebarken = korteks) og i mer dypere områder (subkorteks) (Solheim 2015:18).*

### **3.1.1 Mild grad av demens**

I en tidlig fase av sykdommen kan personen fortsatt bo hjemme. Personen kan fortsatt ha gode evner når det gjelder å forstå og tolke kommunikasjon. Selv om vedkommende har gode ferdigheter kan det oppstå utfordringer med å finne riktig ord (Wogn-Henriksen 2008). Ved mild grad av demens kan noen av symptomene være at personen mister korttidshukommelsen, tidsperspektivet eller oppleve svekket evne til å orientere seg (Trygghetsnett).



### **3.1.2 Moderat grad av demens**

Utfordringer ved kommunikasjon kan bli mer tydelig på dette stadiet. Her kan pårørende og andre merke at pasienten ofte gjentar seg selv og spør om de samme tingene. Selv om kommunikasjonen er blitt noe vanskeligere kan fortsatt personen gi uttrykk for ønsker eller behov. Noen kan på dette stadiet kan oppleve det utfordrende å samhandle med andre (Wogn-Henriksen 2008). Personer med moderat grad av demens kan oppleve å bli mer glemsom, de kan for eksempel glemme å spise eller å ivareta hygien. Det kan også bli mer utfordrende å utføre dagliglivets aktiviteter (Trygghetsnett).

### **3.1.3 Alvorlig grad av demens**

*«I seneste stadium av sykdommen kan kommunikasjonen være så fattig og fragmentert at det blir vanskelig å formidle egne behov og ønsker» (Henriksen 2008:96).* I denne fasen av sykdommen vil personen være avhengig av bistand. *«Selv i en langt-kommen fase av demensutviklingen kan vi oppleve god og meningsgivende kommunikasjon med den demensrammede» (Wogn-Henriksen 2008:96).*

En alvorlig grad av demens kan påvirke pasientens sykdomsbilde i stor grad, og pasienten vil være avhengig av tett oppfølging. På dette stadiet kan det være at pasienten husker lite, og evnen til å kjenne igjen familie eller andre er svekket. For å ivareta pasienten er det nødvendig med pleiere som kjenner pasientens sykdomshistorie og tidligere interesser (Witsø og Teksum 2007).

## **3.2 Utbredte demenstyper**

Demens ved Alzheimers sykdom (AD) er den vanligste formen for demens, og denne blir inndelt i to typer. Den ene er hvor sykdommen rammer personer under 65 år, denne blir kalt AD, type 1. Den andre typen rammer personer etter de er fylt 65 år, denne kalles da AD, type 2. Symptomene ved denne type demens kan på et tidlig stadium være svake, og kan variere individuelt. For noen kan de første symptomene være at de fremstår som distré eller at de føler seg stresset når de er i nye situasjoner. Ved Alzheimers er det ikke uvanlig å utvikle en form for angst eller depresjon. Noen kan oppleve at de har utfordringer når det kommer til å lære nye ting. For noen kan det første de merker være at de får redusert

langtidshukommelse, dette vil jeg forklare etterhvert. Det er også vanlig å oppleve at de får problemer med å finne ord, dette kan føre til at personen kommuniserer mindre enn tidligere (Solheim 2015).

Frontotemporallappsdemens (FTLD) er en type demens som ofte rammer yngre mennesker, men eldre kan også bli rammet av FTLD. Ved denne sykdommen oppstår det skader i hjernens panne- og tinninglapper. Det er her impulsene går inn og ut av hjernen. Ved at dette området blir skadet kan gi det få konsekvenser for en persons atferd, ved at den endres. FTLD kan føre til initiativløshet, hvor pasienten kan være avhengig av at andre tar initiativ og setter i gang aktiviteter. Det kan være utfordrende å ha delt oppmerksomhet. Motorisk språkutfall kan også være en konsekvens. Personen kan forstå det som blir kommunisert, men oppleve utfordringer med å uttrykke seg, det kan være vanskelig for vedkommende å fortelle en historie. Personen kan lett henge seg opp i temaer eller miste «tråden» (Solheim 2015).

Ved Vaskulær demens (VaD) omhandler det flere sykdomstilstander, en årsak kan være flere små hjerneinfarkt eller skade/sykdom i hjernens blodkar. Høyt blodtrykk og diabetes kan også føre til VaD. Vaskulær demens kan oppstå brått. Denne type demens er den nest største, hvor forekomsten er ca 30 %. Denne tilstanden kan i motsetning til de andre demenstypene forebygges ved et sunt kosthold, fysisk aktivitet og hjernetrim (Solheim 2015).

### ***3.3 Utredning av demens***

Demenssykdom skyldes organiske sykdommer, og anses som kronisk og irreversibel, som betyr at tilstanden etter hvert vil forverres. Demenssykdom er en kognitiv svikt, og kan påvirke evnen til å utføre dagliglivets aktiviteter, demenssykdom kan også bidra til endret sosial atferd hos den som får diagnosen. Ved utredningen er målet å skille demenssykdom fra normal aldring. Dersom det er snakk om en mild grad av demens kan fastlegen være ansvarlig for utredning alene.

I andre tilfeller blir pasienten henvist til spesialisthelsetjenesten eller primærhelsetjenesten. I de fleste tilfeller hvor pasienter blir utredet for demenssykdom kreves det tverrfaglige vurderinger. For personer med demens er det fem områder som vil være gjenstand for kartlegging: kognitive behov, psykiske behov, fysiske behov, sosiale behov og åndelige behov. Sidene demens er en kognitiv lidelse må svikt og ressurser kartlegges. Det er viktig å huske at selv en pasient med en alvorlig grad av demens kan fortsatt gi uttrykk for hvordan de opplever situasjonen og hvordan de har det, både fysisk og psykisk (Engedal og Haugen 2009).

Ved utredningen av demens er et sentralt mål å avklare om det skyldes en hjerneorganisk sykdom eller om det kan skyldes andre årsaker til at pasienten opplever svikt av funksjoner. Det skal gis en beskrivelse av pasientens behov for behandling, bistand og støtte. Dersom sykdommen oppdages tidlig, kan det gi bedre forutsetninger når det kommer til å planlegge pasientens fremtid (Rokstad 2008).

I demensutredningen kan klokketesten og Mini-mental-status brukes til å supplere annen utredning. Ved klokketesten skal pasienten tegne en klokke og sette tallene på korrekt plass, det skal også tegnes inn visere som skal peke på et angitt klokkeslett, for eksempel 10 over 11. MMS går ut på blant annet å kartlegge personens orienteringsevne, språk og hukommelse. I tillegg til å bruke klokketesten eller MMS blir det i de fleste tilfeller tatt en røntgen av hjernen for å se etter forandringer (Engedal og Haugen 2009).

### **3.4 Hukommelse**

Demens er en sykdom i hjernen som blant annet kan påvirke personens hukommelse og språk. Demenssykdom er progredierende, som betyr at sykdommen vil forverres over tid. De som rammes av denne sykdommen kan oppleve svekket evne til å kommunisere. utfordringer ved å tolke kommunikasjon og sanseinntrykk kan gjøre personen sårbar i samhandling (Hyldmo m.fl 2004). For personer med demens kan hukommelsesproblemer være det første som merkes (Rokstad 2008). «*Hukommelse forutsetter læring, og er evnen til å hente frem lært materiale*» (Rokstad 2008:41). Ved hukommelse skilles det mellom korttids- og langtidshukommelse. Korttidshukommelse kan for eksempel være evnen til å huske et telefonnummer lenge nok til å kunne ringe. Langtidshukommelsen dreier seg om

å huske situasjoner fra fortiden, for eksempel et besøk i forrige uke eller bursdagen da du fylte 18 år. Langtidshukommelse kan også være evnen til å huske faktakunnskaper eller kunnskap om sosiale regler og normer (Rokstad 2008).

*«Å få en demenssykdom innebærer redusert evne til å se sammenheng mellom hendelser, forstå omgivelsene og holde fast på tidsperspektivet mellom fortid og nåtid» (Engedal og Haugen 2009:294).*

### **3.4.1 Oppmerksomhet**

Redusert evne til oppmerksomhet kan påvirke pasientens evne til hukommelse. For pasienter med demenssykdom kan evne til oppmerksomhet være svekket, de kan ha vansker med å skille mellom viktig og mindre viktig stimuli. De kan ha utfordringer ved delt oppmerksomhet, som handler om å kunne ha oversikt over flere ting på en gang. Fokusert oppmerksomhet er pasientens evne til å kunne fokusere på en samhandling uten at bevegelser eller lyder fra andre distraherer (Rokstad 2008).

## **3.5 Kommunikasjon**

I kommunikasjon med aldersdemente bør man ha som utgangspunkt at det kan være store forskjeller i sykdomsforløp, fra person til person, fra dag til dag og fra situasjon til situasjon (Witsø og Teksum 2007:100).

Alle mennesker kan kommunisere, denne evnen er medfødt og vi utvikler den i samhandling med andre mennesker. En definisjon av begrepet kommunikasjon er «å gjøre noe felles» (Røkenes og Hansen 2012). Witsø og Teksum (2007) forklarer at personer med demens kan ha hyppige svingninger i stemningsleie, og at noe som kan utløse dette er dersom vedkommende blir korrigeret eller konfrontert med hukommelsesproblemer eller dersom personen er i fremmede miljøer. Jeg tenker at i slike situasjoner vil det være nødvendig med pleiere som skaper trygghet for pasienten gjennom kommunikasjon, som ser pasienten og viser empati. Empati handler om evnen til å kunne sette seg inn i den andres situasjon. *«Poenget er at vi kan forstå en annens persons følelse uten å selv ha den samme følelsen» (Henriksen og Vetlesen 2006:101).*

I demensomsorgen er det viktig å skape en god relasjon mellom pasienten og personalet, fordi det kan skape en utrygghet hos pasienten dersom det oppstår utfordringer ved å forstå hva pasienten mener eller hans behov. Utrygghet hos pasienten eller pleierne kan hindre god kommunikasjon. Et annet hinder for god kommunikasjon kan være dersom personalet har for høye forventninger til pasienten, det samme kan skje dersom forventningene er lave, for eksempel at personalet snakker til pasienten som et barn (Witsø og Teksum 2007). For å oppnå «den gode samtalen» tenker jeg at det er en forutsetning at personalet kjenner pasienten. Personalet må vite noe om hva pasienten har jobbet med, hva liker/likte pasienten, hva har pasienten opplevd?

### **3.5.1 Verbal og non-verbal kommunikasjon**

Som en konsekvens av demenssykdom kan pasienten oppleve utfordringer når det gjelder språket. Språkvansker som kommer av hjerneskade deles inn i motorisk, sensorisk og anomisk afasi (Engedal og Haugen 2009).

Motorisk afasi kan påvirke pasientens evne til å kommunisere, selv om pasienten vet hva han skal si. Når pasienten kommuniserer kan det være preget av gjentakelser og talen kan være sen. Pasienten kan ha vansker med å kommunisere hele setninger. Ved motorisk afasi kan pasienten ha god forståelse av det som blir kommunisert. Sensorisk afasi kan gi pasienten utfordringer med å forstå hva andre kommuniserer, dette kan også svekke pasientens evne til å lese. Anomisk afasi kan gi utfordringer med å finne de rette ordene, men evnen til å forstå andre kan fortsatt være god (Engedal og Haugen 2009).

For en pasient med en langt-kommet utvikling av demenssykdom vil non-verbal kommunikasjon være viktig, som for eksempel blick, kroppsholdninger, fysisk kontakt og stemmebruk (Wogn-Henriksen 2008). En kommunikasjon basert på nonverbale uttrykk som stemmebruk, tempo og berøring kan være en like god kommunikasjon som den verbale kommunikasjonen (Wogn-Henriksen 1997).

### **3.6 Validering**

*Validering betyr å innta en grunnleggende verdsettende og aksepterende holdning til personen* (Witsø og Teksum 2007:123). Ved validering er målet å finne en mening bak uforståelige utsagn. Når personalet skal ta i bruk validering må en anerkjenne pasientens følelser som viktige. Ved å bruke denne metoden kan pleierne holde pasienten i hånden eller speile pasientens kroppsspråk, dette kan bidra til en bedre kontakt. Ved denne metoden er det viktig at personalet lytter aktivt til pasienten. Validering kan forstås som det motsatte av realitetsorientering hvor målet er å bringe pasienten tilbake til nåtiden (Witsø og Teksum 2007).

### **3.7 Realitetsorientering (RO)**

*«Realitetsorientering dreier seg i hovedsak om å orientere personene til riktig tid, sted og situasjon»* (Jakobsen 2007:97). RO er en tilnærming som er ment for å forebygge forvirring hos pasienten. Ved RO kan personalet korrigere pasientens feiloppfatninger av virkeligheten. En kan også realitetsorientere en pasient med demens ved å opplyse pasienten om det som gjøres, det som ses eller det som høres (Witsø og Teksum 2007). Personer med demens kan oppleve svikt i orienteringsevnen og tap av hukommelse på grunn av sykdommen, derfor kan sannsynligheten for at personen ikke er oppdatert på tid og situasjon øke (Wogn-Henriksen 2008).

RO er en metode som kan komme til uttrykk ved å tilpasse sykehjemsavdelingen eller hjemmet til pasienten. Slik tilpasning kan være å ha klokker som er godt lesbare (her kan det for eksempel være en klokke som har store tall og visere), det kan være kalendere hvor datoen, årstallet og dagen står tydelig eller en avdeling som er godt skiltet. Personalet kan realitetsorientere pasienten ved å minne om tid og sted. Dette kan for eksempel gjøres under stell eller når personalet leser avisen for pasienten. Dersom RO blir utført på en hensiktsmessig måte kan det bidra til en økt trygghetsfølelse for pasienten (Wogn-Henriksen 2008).

### **3.8 Reminisens**

«*Reminisens betyr minneaktivitet som for eksempel gjenkalling og gjenkjenning*» (Witsø og Teksum 2007:46). Reminisens anses som en form for minnearbeid hvor en henter frem hendelser fra tidligere i livet. Reminisens eller minnearbeid kan gi pasienten en følelse av glede og tilhørighet. Denne metoden kan anvendes ved å bruke bilder, gjenstander eller musikk. Reminisens fokuserer på å trekke frem positive situasjoner, det vil derfor ikke være hensiktsmessig å trekke frem negative hendelser (Wogn-Henriksen 2008).

Når jeg var i praksis opplevde jeg at det var en pasient som hadde hatt et vanskelig forhold til familien, særlig barna. Det ville da vært negativt dersom jeg brukte barna for å gjenkalle minner, da dette kunne være vanskelig for han. For andre pasienter kunne det vært naturlig å bruke barna i denne metoden. Ved å ta i bruk denne metoden er det viktig at personalet kjenner pasientens historie. Dersom en trekker frem vanskelige situasjoner kan det gi pasienten en vond følelse, da vil metoden ha virket mot sin hensikt. For å bli kjent med pasientens historie kreves det samarbeid med pårørende, det er ofte de som kjenner pasienten best.

### **3.9 Marte Meo-metoden**

Marte Meo er en metode som kan gjøre helsepersonell mer oppmerksom på samspill og kontakt med pasienter som har demenssykdom (Lunde m.fl 2012). Arts (2000) skriver at oversatt fra latinsk betyr Marte Meo *ved egen kraft*. Metoden er basert på videoobservasjoner og er ment for å styrke samspillet og kommunikasjonen mellom pasient og personalet (Lunde m.fl. 2012). Lunde og Hyldmo (2001) beskriver at metoden kan benyttes i demensomsorgen for å hjelpe personalet når samhandling med en pasient oppleves vanskelig. Målet med Marte Meo er å skape trygghet for pasienten, ved trygghet og forutsigbarhet kan sannsynligheten for «den gode samtalen» og gode øyeblikksopplevelser øke. For å anvende Marte Meo kreves det at helsepersonell får opplæring i metoden. Metoden går ut på å filme korte hverdagslige situasjoner mellom personalet og pasienten, slik kan personalet bli gjort oppmerksom på samhandlingen, veiledningen etterpå tar utgangspunkt i det som fungerte godt. I denne metoden vil fokuset være på pasientens behov, og hvordan personalet kan bistå pasienten på en hensiktsmessig måte (Lunde m.fl. 2012).

Som nevnt i forrige avsnitt kreves det opplæring for å anvende Marte Meo-metoden, den som er veileder for metoden må ha autorisasjon som Marte-Meo terapeut. Det kreves videreutdanning, med krav om 3-årig helse- og sosialfaglig utdanning (Lunde m.fl. 2012).

Hyldmo m.fl (2004) fremhever at analysen etter videoopptaket legger vekt på situasjoner hvor samspillet og kommunikasjonen mellom personale og pasient var hensiktsmessig, og at analysen fokuserer prinsipper for god kommunikasjon.

### ***3.10 Kommunikasjon med pasienter med demenssykdom***

For å kunne legge til rette for god kommunikasjon må pasientens evne til kommunikasjon kartlegges. Hvordan kommuniserte pasienten tidligere? Var pasienten glad i å kommunisere før han fikk en demenssykdom? Hva preger kommunikasjonen nå? Har pasienten afasi? Dersom en ikke kartlegger pasientens evne til å kommunisere kan det være utfordrende for personalet å legge til rette for god kommunikasjon (Solheim 2014). Gjennom samhandling og kommunikasjon kan pasienten uttrykke sine opplevelser, følelser og behov, kommunikasjon kan skape en følelse av fellesskap med andre (Wogn-Henriksen 1997).

Å kommunisere handler om å gjøre noe til et felles anliggende. Det dreier seg om å skape en felles forståelse for hverandres oppfatning eller følelse, enten disse er forskjellige eller like. All vår atferd kan i seg selv betraktes som kommunikasjon (Wogn-Henriksen 1997:287).

### ***3.11 Kommunikasjon og livskvalitet***

*«God kontakt med andre mennesker har en enorm betydning for vår livskvalitet og helse»* (Karnick 2005 i Gundersen og Moynahan 2006:25).

Livskvalitet er noe som oppfattes ulikt og kan oppleves forskjellig fra person til person. Det kan ses i sammenheng med psykisk- og fysisk helse, relasjoner med andre mennesker og muligheten til å påvirke egen hverdag. Verdens helseorganisasjon definerer livskvalitet som personens oppfattelse av seg selv. Gode relasjoner kan øke følelsen av livskvalitet



(Innstrand 2009). «Gjennom bevisst kommunikasjon er det mulig å styrke pasientens identitet og følelse av mestring» (Flaten).

Dersom en pasient har redusert evne til å kommunisere som følge av demens, kan det føre til at pasienten mister noe av muligheten til å påvirke sin egen hverdag, og ytre sine ønsker eller behov (Gundersen og Moynahan 2006). I slike situasjoner er det viktig at personalet kjenner pasienten, slik at pasienten får medvirke i størst grad. Jeg tenker at selvbestemmelse kan ses i sammenheng med livskvalitet. Lingås (2011) utdyper at selvbestemmelse handler om at pasienten skal ha mulighet til medvirke.

Selvbestemmelse står i motsetning til tvang og i motsetning til passiv tilpasning.

Dette betyr at når brukeren får selvbestemmelse, sprenger vi rammene både for tvang og for en ren tilpasning (Lingås 2011:52).

Ved å gi pasienten mulighet til å medvirke eller gi pasienten makt kan tilliten mellom pasient og helsepersonell øke. Det er viktig å gi pasienten en mulighet til å fortelle hvordan han eller hun opplever situasjonen, dette anses som diskursetikk (Jakobsen 2007). Rokstad (2005) forklarer at selvbestemmelse for pasienter med demenssykdom kan være utfordrende å ivareta. Dette fordi pasientens ønsker kan variere som en følge av svekket hukommelse, en pasient kan for eksempel ønske å motta bistand det ene øyeblikket, men i det neste øyeblikket ikke. I slike situasjoner kan helsepersonell gjennom kommunikasjon og kunnskap om pasienten vurdere om pasientens valg eller ønske er reelt, og om pasienten har forstått eventuelle konsekvenser av å motsette seg bistand. Det er viktig å vite noe om det er et ønske pasienten har hatt over tid. Når en pasient får demens kan det svekke pasientens mulighet til selvbestemmelse, i noen tilfeller kan pasienter bli fratatt beslutningsmyndighet på noen områder.

Kitwood (1999) har utviklet en blomst som illustrerer fem grunnleggende psykologiske behov for pasienter med demens (vedlegg 1). Disse behovene er trøst, identitet, beskjeftigelse/aktivitet, inkludering og tilknytning. Trøst innebærer å bli vist nærhet, at pasienten opplever trygghet. Dette kan gjøres ved for eksempel fysisk berøring eller trøstende ord. Identitet går ut på at personalet vet hvem pasienten en gang har vært, og at pasientens livshistorie blir ivaretatt. Beskjeftigelse eller aktivitet handler om at pasienten får delta i aktiviteter som er meningsfulle og at pasienten blir gitt innflytelse. Inkludering

innebærer at pasienten føler seg som en del av et fellesskap og akseptert for den han eller hun er. Tilknytning handler om å føle seg trygg, føle omsorg og at pasienten føler han eller hun kan komme til personalet eller andre, for eksempel når pasienten er utrygg (Solheim 2015).

Jeg tenker at dersom de fem grunnleggende psykologiske behovene blir ivaretatt kan bidra til å gi pasienten en følelse av livskvalitet, trygghet og kan skape en god relasjon til personalet. Ved å ivareta disse behovene kan forutsetningen for god kommunikasjon være større, fordi det er tillit mellom pasient og pleier. Jeg mener at det bør være et mål for helsepersonell i demensomsorgen at de jobber for å dekke pasientens grunnleggende behov, og at kvaliteten på tjenestetilbudet da vil oppleves som hensiktsmessig.

### ***3.12 Holdninger***

Personalets holdninger kan påvirke kommunikasjonen til pasienten. Samhandling med pasienten bør være basert på respekt. Dersom pasienten ikke føler seg sett eller respektert kan det påvirke selvfølelsen. Helsepersonell bør unngå å irettesette pasienten og påpeke glemsomhet hver gang pasienten sier noe som er galt, dette kan gi pasienten en vond følelse, og følelsen av å komme til kort (Solheim 2014). Holdninger kan komme til uttrykk på ulike måter, personalet kan for eksempel føle sympati med pasienten, syntes synd på vedkommende. Helsepersonell kan også vise andre holdninger ovenfor pasienter med demens, ved at de for eksempel blir utålmodige eller føle irritasjon fordi pasientene gjentar seg selv. Dersom personalet i demensomsorgen har slike holdninger kan det påvirke pasienten i negativ grad. Jeg tenker også at slike holdninger kan påvirke kommunikasjonen mellom pasienten og personalet. Holdninger er noe som kan endres ved for eksempel å øke kunnskapen om personer med demens eller gjennom erfaringer (Witsø og Teksum 2007).

*«Stort arbeidspress vil i stor grad også begrense hvordan pasienten blir forstått og møtt»* (Hyldmo m.fl 2004). Jeg tenker at dette er noe som kan påvirke holdningene til personalet. Personalet ønsker å gi god omsorg, men på grunn av tidspress kan det oppleves krevende, og kan påvirke kommunikasjonen mellom pasienten og personalet. Wogn-Henriksen (2008) påpeker at i kommunikasjon med andre er det grunnleggende å vise den andre respekt og ha en positiv holdning. Helsepersonell må ta pasienten og hans/hennes meninger på alvor, en må kunne forstå pasienten, og være åpen og vennlig.

På et sykehjem hvor det er travelt kan personalets kommunikasjon være påvirket av enveisbeskjeder og korrigerende av eventuelle feiloppfatninger hos pasienten. I slike situasjoner må personalet vite hva aldersdemens innebærer og være bevisst på kommunikasjon og samspill med pasienten (Wogn-Henriksen 2003).

## 4.0 Drøfting

I løpet av dette litteraturstudiet ønsket jeg å finne ut: *Hvordan legge til rette for god kommunikasjon med aldersdemente?* I dette kapitlet vil jeg belyse hva jeg mener er god kommunikasjon, og hvordan helsepersonell kan legge til rette for god kommunikasjon med aldersdemente. Når jeg skal drøfte ønsker jeg å ta utgangspunkt i teori og komme med eksempler for å fremheve og belyse dette. Eksemplene jeg ønsker å komme med vil være anonymisert slik at de ikke er gjenkjennbare.

*«Det er gjennom drøfting du skal vise hva du har lært av prosjektet ditt, og hvordan denne kunnskapen henger sammen med det som allerede eksisterer av kunnskap på området»* (Dalland 2012:143).

### 4.1 *Hvordan legge til rette for «den gode samtalen»?*

Kommunikasjon mellom mennesker består av mer enn bare ord, en pasient med demenssykdom og afasi vil kunne fange opp mer enn bare det verbale som blir kommunisert (Wogn-Henriksen 2008). Etter å ha vært i praksis på et dagaktivitetstilbud for personer med demens ble jeg mer bevisst over mitt eget kroppsspråk, og at det burde være samsvar mellom det jeg kommuniserte og det jeg viste med kroppen. På dagaktivitetstilbudet var de ansatte opptatt av dette og kommuniserte på hensiktsmessig måte. Dersom det ikke er samsvar mellom det som kommuniseres verbalt og det som kommuniseres nonverbalt, kan det ha negative konsekvenser for pasientene ved at de opplever mer forvirring.

Wogn-Henriksen (2008) skriver at dersom personalet skal legge til rette for god kommunikasjon med aldersdemente vil det være hensiktsmessig å kartlegge om pasienten har nedsatt hørsel eller syn. Dersom det er tilfelle kan det påvirke kommunikasjonen, fordi

pasientens evne til å ta i mot budskapet kan være svekket. Dersom synet er svekket, kan det gi utfordringer ved å oppfatte det nonverbale kroppsspråket hos personalet. For å sikre god kommunikasjon hos pasienter med nedsatt hørsel bør personalet snakke tydelig, personalet bør ikke bruke lange setninger og budskapet bør konkretiseres.

Før jeg fikk erfaring og mer kunnskap om kommunikasjon med aldersdemente, tenke jeg ikke over at disse faktorene kan spille en viktig rolle. Jeg snakket fort og kunne gjerne gi flere beskjeder av gangen. Jeg kunne for eksempel spørre om «smakte maten?» «vil du ha mere salt kanskje?» «du må gi beskjed dersom du ønsker noe mer», alt dette kunne jeg si i en og samme setning. Ved at jeg kommuniserte på denne måten kan det være at pasienten ikke forstod hva jeg kommuniserte og derfor ble usikker. Jeg tenker at dette kunne skape forvirring hos pasienten, og at dette ikke kjennetegner god kommunikasjon. Jeg burde heller ha stilt ett og ett spørsmål om gangen, satt meg ved siden av pasienten og hatt blikkontakt. Ved å stille ett spørsmål om gangen, snakke rolig og søke blikkontakt kan forutsetningen for at pasienten forstår budskapet være større.

Solheim (2015) fremhever at dersom det ikke er samsvar mellom verbal- og nonverbal kommunikasjon kan det føre til utrygghet, og at det er særlig viktig i demensomsorgen at det er samsvar mellom kroppsspråk og det som blir kommunisert.

For å legge til rette for god kommunikasjon finnes det noen råd helsepersonell i demensomsorgen kan benytte seg av, disse rådene kan sammenfattes på denne måten:

- Fjerne distraksjoner. Dersom det er flere i samme rom som kommuniserer kan det være vanskelig for pasienten fordi evnen til delt oppmerksomhet kan være svekket.
- Personalet bør snakke langsomt, bruke korte setninger.
- Gi pasienten tid til å kommunisere tilbake. Det vil ikke være hensiktsmessig dersom personalet svarer for pasienten.
- Det kan være lettere for pasienten å få ett spørsmål om gangen.
- Gjenta budskapet.
- Unngå avbrytelser når pasienten snakker.
- Skap en trygg situasjon – bruk gjerne kroppskontakt.
- Bilder, album eller musikk m.m. kan brukes i samhandlingen (Wogn-Henriksen 2008).

Jeg tenker at dersom helsepersonell i demensomsorgen følger disse kan det bidra til å fremme «den gode samtalen». Dersom pasienten føler seg trygg kan det være lettere å samhandle og dele sine historier med personalet. Dette kan også bidra til en god relasjon mellom pasient og personalet. Dersom personalet snakker fort og gir flere beskjeder om gangen, kan det være at pasienten oppfatter noe helt annet enn det budskapet personalet ønsker å sende. Dette kan føre til at pasienten blir utrygg og reagere på det, for eksempel med fysisk utagering.

Solheim (2015) fremhever at personer med demens lett kan oppfatte dersom det ikke er samsvar mellom det personalet kommuniserer verbalt og det som vises med kroppsspråket. Dette er noe personalet bør reflektere over, og være bevisste på. Dobbeltkommunikasjon betyr når det ikke er samsvar mellom det verbale som kommuniseres og det som kommuniseres med kroppsspråk, dobbeltkommunikasjon kan oppstå når personalet ønsker å skjule følelser knyttet til det som kommuniseres verbalt. Dobbeltkommunikasjon kan gi pasientene en følelse av utrygghet og derfor bør det være samsvar mellom personalets kroppsspråk og det som kommuniseres verbalt. Ved å unngå dobbeltkommunikasjon kan forutsetningen for god kommunikasjon økes, og det kan bli lettere å skape en god relasjon.

Kiil (2016) har oppsummert gode råd for samtale, noe som jeg tenker kan bidra til å oppnå «den gode samtalen». Disse rådene er at personalet bør stå nær pasienten når de skal kommunisere, personalet bør bruke pasientens navn eller kallenavn og fysisk berøring kan brukes for å understreke noe. Pasienten og personalet bør stå ansikt til ansikt. Før jeg fikk mer kompetanse og erfaring om kommunikasjon med personer som har en demenssykdom, kunne jeg stå langt unna pasienten å føre en samtale. Jeg kunne også gi pasienter beskjeder i forbifarten i gangen. I ettertid ser jeg at dette ikke var hensiktsmessig. Dersom jeg nå skal kommunisere med en pasient, for eksempel under måltid, setter jeg meg ved siden av pasienten. Dette kan øke forutsetningene for en god kommunikasjon, og pasienten kan lettere forstå hva jeg kommuniserer.

Dersom jeg vil gi en beskjed til en pasient i gangen, går jeg bort til pasienten, jeg kan legge armen rundt og gi beskjeden. Dersom jeg løper forbi pasienten og forteller av kveldsmaten blir servert på den andre stuen, vil det være store sjanser for at pasienten ikke forstår budskapet. Hyldmo m.fl (2004) sier at personer med demens kan være sårbare i samhandling fordi de kan ha vansker med å tolke kommunikasjon. Ved å ta i bruk rådene

som Kiil og Wogn-Henriksen viser til kan dette bidra til at pasienten lettere kan forstå det som blir kommunisert, og sårbarheten kan bli mindre. Det er viktig at personalet kommuniserer på en tydelig måte. «*God kommunikasjon skjer når det er samsvar mellom det budskapet som blir sendt, og det budskapet som blir oppfattet*» (Røkenes og Hanssen 2012:241).

Wogn-Henriksen (2008) skriver at god kommunikasjon kan oppstå når samtalen er preget av åpenhet og tillit. Et mål i kommunikasjonen er at den skal være troverdig, klar og tydelig. God kommunikasjon er utfordrende dersom personalet ikke kjenner pasientens historie eller har kunnskap om relasjonsteori. Dersom helsepersonell skal legge til rette for god kommunikasjon må det settes av tid til samhandling, og legge til rette for en god situasjon, her tenkes det situasjoner uten avbrytelser eller distraksjoner for pasienten, personalet kan legge til rette for samtaler pasienten interesserer seg for. Noe som kjennetegner god kommunikasjon er at den er tilpasset pasienten og situasjonen.

Dersom pasienten tidligere likte å fiske eller for eksempel jobbet som fisker, kan personalet starte en samtale om fising og slik kan det skape en meningsfull samtale for pleier og pasient. «*De fineste øyeblikkene oppstår når «øyeblikket synger», og to mennesker spontant finner forståelse og nærhet*» (Wogn-Henriksen 2008:98). Dersom det finnes historieskjema, hvor det er informasjon om pasientens interesser, familie, jobb med mer, kan dette bidra til at pleiere kan ha gode samtaler med pasientene. Dersom pårørende fyller ut slike skjema kan bidra til at det legges til rette for god kommunikasjon, og «den gode samtalen». På dagaktivitetstilbudet hvor jeg var i praksis, hadde de slike skjema om pasientene som var der. På denne måten kunne jeg vite noe om hva som var greit å snakke om, og hva som kanskje burde unngås å snakke om.

## **4.2 Kommunikasjonsmetoder**

Som nevnt tidligere er RO, validering og reminisens kommunikasjonsmetoder som blir brukt i demensomsorgen. Heap (2012) hevder at RO bygger på at kommunikasjonen skal være orienterende og informasjonsgivende. Denne kommunikasjonsformen kan støtte pasientene i å bevare orienteringsevnen. For at RO skal være hensiktsmessig må personalet ha kunnskaper om metoden og hvordan den praktiseres. RO kan for eksempel brukes når de skal vekke en pasient. Personalet kan begynne med å si «God morgen Karen, i dag er

det søndag» «Har du sovet godt?», i stedet for å starte med å si bare «God morgen». Slik kan pasienten få vite at det er søndag. Jeg tenker at dersom RO blir brukt på denne måten vil det være hensiktsmessig, da det ikke er nødvendig å korrigere pasienten. Ved å fortelle at det er søndag, vet pasienten med en gang hvilken dag det er.

RO kan også benyttes når personalet leser avisen for pasienten, da kan personalet kommentere dato, hvilken dag det er og årstall. Witsø og Teksum (2007) fremhever at pasienter som for eksempel har vrangforestillinger og er forvirret ikke alltid har positiv effekt av RO, i slike situasjoner hjelper det heller ikke om personalet «jatter» med, det kan føre til økt forvirring hos pasienten. Dersom personalet «jatter» med kan det oppfattes som respektløst.

Når personalet bruker RO som metode må en være bevisst på sin kommunikasjon ovenfor pasienten, hensikten er ikke å korrigere pasienten hver gang han eller hun sier noe som er tydelig galt. Dette kan oppfattes som stigmatiserende og virke undertrykkende.

*«Realitetsorienteringsteknikker skal bygge på og følges av holdninger som ekthet, direkthet, tålmodighet og respekt uten fokusering på prestasjon»* (Witsø og Teksum 2007:122). Dersom pasienten opplever det som undertrykkende tenker jeg at realitetsorienteringen har virket mot sin hensikt. Det er viktig at personalet vurderer metoden ut fra situasjon til situasjon og fra pasient til pasient. Noen pasienter kan reagere negativt dersom alle feiloppfatninger korrigeres.

Jeg tenker at personalet bør unngå å korrigere utsagn som er feil dersom det gjør at pasienten reagerer negativt på det. Det er ikke alle pasienter som godtar å bli korrigert, korrigerings av feiloppfatninger kan påvirke pasientens selvfølelse og deres oppfatning av virkeligheten. Som nevnt tidligere kan pasienter med demens oppleve hyppige svingninger i stemningsleie dersom de blir korrigert ved feiloppfatninger. Andre pasienter kan være takknemlig for at personalet bruker RO. Her er det viktig at personalet tilpasser tilnæringsmetodene pasientenes behov.

Validering er en kommunikasjonsmetode som kan benyttes sammen med RO. Ved å benytte validering må personalet kunne vise empati ovenfor pasienten. En må gyldiggjøre pasientens følelser og møte pasienten på hans/hennes følelsesmessige nivå. Ved å vise empati kan personalet sette seg inn i pasientens situasjon. I stedet for å korrigere pasienten

skal personalet bekrefte følelsene, slik kan pasienten oppleve en følelse av å bli respektert og sett. Et mål med validering er å skape trygghet for pasienten, hvor følelser og opplevelser blir akseptert (Rokstad 2008). Solheim (2015) fremhever at validering er en metode som har som mål å styrke pasientens identitet og verdighet, validering kan også bidra til å forebygge mer forvirring hos pasienten. Ved at pasienten føler seg tatt på alvor trenger ikke pasienten å forsvare seg. Når en kommuniserer med pasienter med demens som er forvirret bør en unngå å si «slik må du ikke føle», personalet må kunne lytte til pasientens følelser.

Aktiv lytting handler om å oppmuntre pasienten, gi respons (Heap 2012). Dersom personalet ikke lytter til pasienten, kan det føre til at kommunikasjonen blir dårligere. I all yrkesutøvelse med mennesker er det en viktig egenskap å kunne lytte til den en jobber med. Wogn-Henriksen (1997) forklarer at ved aktiv lytting er personalet mer opptatt av hva pasienten forteller enn det en selv ønsker å kommunisere. Samtidig påpeker Wogn-Henriksen at aktiv lytting er viktigere enn å komme med egne innspill. Jeg tror at dersom pleiere lytter til pasienten kan det være lettere å finne mening bak uforståelige utsagn. Ved å lytte til pasienten kan det være lettere å bli kjent med han eller henne. Å lytte er en viktig del av kommunikasjonen mellom pleiere og pasient.

Ved validering må pasientens selvfølelse ivaretas, ved å møte pasienten med respekt kan det styrke deres opplevelse av selvfølelse og forutsetningen for god kommunikasjon bli bedre. Det er viktig at personalet aksepterer pasientens følelser og pasientens opplevelse av virkeligheten. Personalet må akseptere pasientens følelser og anerkjenne de som viktige. Dersom personalet møter pasienten med respekt, empati og er ærlig kan det gi pasienten en følelse av trygghet og økt selvfølelse.

Reminisens eller minneaktivitet er en metode som kan hjelpe pasienten til å bearbeide følelser eller tidligere hendelser. Ved reminisens kan en også minnes livet, og kan hjelpe pasienten med å akseptere at livet ble slik det ble (Heap 2012). Dersom personalet benytter seg av reminisens kan pasientens identitet ivaretas og selvbildet kan forsterkes. For å bruke reminisens på en hensiktsmessig måte bør personalet kjenne pasientens historie og vite noe om hvem pasienten er eller har vært (Solheim 2015). Jeg tenker at dersom personalet gjennomfører en minneaktivitet med en person som har demens, kan det skape en god



relasjon, hvor pasienten føler tillit til personalet. Ved minneaktivitet kan personalet bli bedre kjent med pasienten, og dette kan bedre kommunikasjonen mellom pasient og pleier.

Som nevnt tidligere bør ikke reminisens brukes som tilnæringsmetode dersom pasienten har opplevd noe traumatisk eller vonde opplevelser. Dersom personalet gjør det, tenker jeg det kan gjøre pasienten utrygg. Skal de vonde opplevelsene bearbeides tenker jeg at dette bør gjøres i samarbeid med noen som har mer kunnskap, for eksempel en psykolog.

Wogn-Henriksen (1997) mener at dersom personalet har blikkontakt med pasienten samtidig som kommunikasjonen er rolig og tydelig vil forutsetningen for en god samtale være tilstede. Dersom situasjonen oppleves trygg og språket er tilpasset til pasienten, kan det oppleves meningsfullt både for pasient og personalet. Wogn-Henriksen skriver at personalets viktigste egenskap er å fremstå som en god lytter, som viser interesse og respekt for det pasienten forteller.

Da jeg var i praksis på et dagaktivitetssenter for personer med demens opplevde nettopp det, at samtalen kunne flyte bedre dersom omgivelsene var rolige og pasienten følte seg trygg. En situasjon jeg husker godt var når jeg ble bedt inn til en pasient jeg fulgte hjem. Tidligere hadde noen fortalt at denne damen kunne fremstå som innadvendt, fordi hun nesten ikke kommuniserte. Hun kunne sitte og observere i stedet for å delta i en samtale. Da denne kvinnen ba meg inn, opplevde jeg noe helt annet. Jeg følte at jeg etter denne situasjonen ble bedre kjent med henne, fordi hun fortalte om da hun var yngre, om hvor hun hadde bodd, om hva hun hadde drevet med og om barna. I denne situasjonen var det bare jeg og henne, vi var hjemme i hennes leilighet hvor det kan tenkes at hun følte seg trygg. Derfor kan det være at kommunikasjonen mellom oss opplevdes som god. Jeg følte at vi hadde «den gode samtalen», hvor vi lo og ble bedre kjent med hverandre. Selv om hun kanskje hadde glemt dette til vårt neste møte, hadde vi det i alle fall hyggelig der og da. Dette underbygges også av Wogn-Henriksen (1997).

### **4.3 Kommunikasjon og holdninger**

I demensomsorgen er det viktig at helsepersonell reflekterer over sine holdninger. I innledningen av denne oppgaven viser jeg til en situasjon hvor personalet låste den ene døren inn til kontoret hvor personalet oppholdt seg, slik at en av pasientene ikke kunne komme inn å spørre om noe han lurte på. Jeg tenker at dette kan være et eksempel på dårlige holdninger. Holdninger kan gjenspeiles i kommunikasjonen med pasientene. Dersom personalet blir lei av at pasientene stiller gjentatte spørsmål eller gjentar seg selv ofte bør personalet gå i seg selv, og reflektere over sine holdninger. Dette kan føre til at kommunikasjonen blir kortfattet og preget av beskjeder. Lorentzen (2015) skriver at holdninger er noe som er innebygget i våre handlinger, og gjenspeiles i måten vi behandler andre på. I møtet med andre uttrykker vi våre holdninger, uansett om vi vil det eller ikke.

Helgesen (2011) trekker frem at det ikke alltid er samsvar mellom vår atferd og våre holdninger. Handlinger, hva vi sier og gjør kan påvirke og endre våre holdninger. Helgesen skriver også at holdninger kan ses i sammenheng med verdier og meninger. Jeg tenker at dersom det er samsvar mellom pleiernes holdninger og handlinger vil det kunne fremme trygghet hos pasienter med demens. I demensomsorgen tenker jeg at personalet bør være tålmodige og empatiske, dersom personalet har negative holdninger ovenfor personer med demens, kan det gjenspeiles i samhandlingen hvor pleiere ikke viser interesse eller forståelse for pasientene.

Rokstad (2008) hevder at holdningene hos helsepersonell i demensomsorgen kan være påvirket av utdanningen hver enkelt har. Jeg tolker det dit hen at jeg som vernepleier kan ha andre holdninger enn en sykepleier, fordi vi har ulik kompetanse og ulik erfaring. Uavhengig av kompetanse og fagfelt er det viktig at personalet er bevisste på sine holdninger og ikke fremstår som bedrevitere ovenfor pasienten. Dersom samhandlingen skal oppleves som god er det en forutsetning at kommunikasjonen mellom pasient og pleier preges av at pasientens meninger skal bli hørt. *«Personen med demens er ikke en som skal observeres, men en person som har mye å lære oss om hva demens innebærer»* (Rokstad 2008:70).

## 5.0 Avslutning

*Hvordan legge til rette for god kommunikasjon med aldersdemente?* I dette kapitlet ønsker jeg å oppsummere oppgaven, samtidig vil jeg komme med en konklusjon og refleksjon av arbeidet.

### 5.1 Konklusjon

«Konklusjon skal fortelle hva vi har fått vite om problemstillingen» (Dalland 2012:147). I arbeidet med denne oppgaven har jeg belyst hva demenssykdom og kommunikasjon er. Jeg har tilegnet meg kunnskap om hvordan jeg kan legge til rette for god kommunikasjon med aldersdemente. For pleiere som jobber i eldreomsorgen tenker jeg det vil det være en fordel dersom de har kunnskap om demenssykdom, kommunikasjon og tilnæringsmetoder (for eksempel RO, validering og reminisens).

For å kunne hjelpe og kommunisere med en pasient med demens på en hensiktsmessig måte vil det være nødvendig med kunnskap og erfaring. Dersom jeg skulle jobbet i demensomsorgen, uten å ha kunnskap om kommunikasjon eller tilnæringsmetoder kan det tenkes at det ville vært vanskeligere å hjelpe en pasient som hallusinerer eller har redusert språkevne.

Det er viktig å tilpasse kommunikasjonen etter pasientens forutsetninger slik at pasienten kan forstå det som blir kommunisert. Det kan oppleves lettere for pasienten dersom personalet spør om en ting om gangen, bruker fysisk berøring og gir pasienten tid til å svare. Wogn-Henriksen (2008) fremhever at god kommunikasjon er preget av tillit til hverandre og åpenhet. Et mål er å kommunisere på en troverdig måte. God tid og engasjement fra helsepersonell er noen av de viktigste faktorene i god kommunikasjon.

For å legge til rett for god kommunikasjon og den gode samtalen er det viktig at personalet kjenner pasienten. Da jeg var i fordypningspraksis på et dagaktivitetstilbud for personer med demens fortalte veilederen min at deres jobb er å kunne pasientene og de må kjenne til deres historie. Ved å kunne pasientene fortalte hun at det vil være lettere å legge til rette for en god samtale. Som nevnt tidligere var det en pasient der som hadde et vanskelig forhold til sine barn, ved at jeg visste om dette kunne jeg heller snakke om noe annet.

Dersom jeg hadde snakket om hans barn kunne det ha påvirket vår kommunikasjon og relasjon.

Etter å ha lest ulik litteratur om kommunikasjon med personer som har demens, ser jeg at det er enighet om hva som er hensiktsmessig kommunikasjon, og at det vises til de samme rådene for tilrettelegging av god kommunikasjon. Jeg opplevde at det fantes mye teori om kommunikasjon og demenssykdom. Jeg tenker det er viktig at personalet kan tilpasse kommunikasjonen slik at pasienten har en forutsetning for å forstå. Denne tilpasningen vil variere fra pasient til pasient. Her tenker jeg en vernepleier vil ha god kompetanse med tanke på miljøarbeid og kartlegging.

Da Helse- og omsorgsdepartementet utviklet Demensplan 2020 var formålet å skape et demensvennlig samfunn som integrerer pasientene i fellesskapet. Personer med demens har det samme behovet for å være integrert som andre mennesker har. Demens er en sykdom som angår alle, derfor tenker jeg det er viktig å øke kompetansen om sykdommen, slik at personer med demens kan bli møtt med respekt og forståelse.

## ***5.2 Refleksjon***

Etter å ha fordypet meg i temaet demenssykdom og kommunikasjon har jeg endret min forforståelse, og jeg har tilegnet meg mer kunnskap om hvordan det kan legges til rette for god kommunikasjon med aldersdemente. Jeg har blitt mer bevisst på hvordan jeg kommuniserer og har tilegnet meg kunnskap om ulike kommunikasjonsmetoder. Som nevnt tidligere tenkte jeg ikke like mye over dette, da jeg kunne gi en pasient flere beskjeder samtidig, snakket fort og kunne stå langt unna pasienten. Nå går jeg nærmere pasienten, gir en beskjed om gangen og jeg kan legge armen rundt pasienten, eller legge hånda mi på pasientens. Ved å være bevisst på dette kan det tenkes at min yrkesutøvelse er blitt bedre enn tidligere, og det kan være lettere for pasienten å forstå budskapet.

Ved å ha tilegnet meg kunnskap om kommunikasjon kan det bidra til at jeg lettere kan skape gode relasjoner til pasienter eller brukere. Jeg er blitt mer bevisst på min kommunikasjon, og ved å reflektere over tidligere praksisperioder kan jeg se at jeg har utviklet meg. Dette er også noe jeg har fått tilbakemeldinger på fra veileder. Jeg har lært

mer om hvordan en kan legge til rette for god kommunikasjon, noe jeg også tenker kan skape «den gode samtalen» mellom meg og pasient.

Etter å ha jobbet med denne oppgaven har jeg også utviklet min personlige kompetanse. Skau (2011) skriver at å utvikle sin personlige kompetanse innebærer å kunne forholde seg til sine egne og andres følelser. Personlig utvikling omhandler forandringer, det kan for eksempel være endret tankemønster, væremåte eller selvforståelse. I fordypningspraksis opplevde jeg det utfordrende å forholde meg til den ene pasienten, dette fordi jeg ikke forsto hva han snakket om når han for eksempel skulle fortelle en historie. Dette gjorde at jeg ikke følte at jeg gjorde en god jobb, og var en følelse jeg måtte forholde meg til. I tillegg måtte jeg sette meg inn i hans situasjon og forstå at han kunne bli frustrert når jeg ikke forsto. Etter hvert som vi ble mer kjent med hverandre kunne jeg lettere forstå hva han snakket om når han fortalte en historie.

Det er viktig at helsepersonell i demensomsorgen er bevisst på sin samlede kompetanse. Når man arbeider med mennesker er det viktig å vite hva man er flink til, og hva som kan utvikles mer.

## 6.0 Litteraturliste

Aadland, Einar (2004) *Og eg ser på deg... vitenskapsteori i helse- og sosialfag*. Oslo: Universitetsforlaget

Dalland, Olav (2012) *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Engedal, Knut (2014) *Demensomsorgens ABC. Demens og Alzheimers sykdom*. Tønsberg: Aldring og helse.

Engedal, Knut og Per Kristian Haugen (2009) *Lærebok demens. Fakta og utfordringer*. Tønsberg: Aldring og helse.

Fagplan (2012) Bachelor i vernepleie. Høgskolen i Molde, vitenskapelig høyskole i logistikk.

Fossum, Egil og Sidsel Meyer (2008) *Er nå det så sikkert? Journalistikk og kildekritikk*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk

Garsjø, Olav (2001) *Sosiologisk tenkemåte*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Gundersen Knut og luke moynahan (2006) *Nettverk og sosial kompetanse*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Heap, Ken (2012) *Samtalen i eldreomsorgen. Kommunikasjon – minner – kriser- sorg*. Oslo: Kommuneforlaget.

Helgesen, Leif A (2011) *Menneskets dimensjoner. Lærebok i psykologi*. Kristiansand: Høgskoleforlaget.

Helse- og omsorgsdepartementet (2015) *Demensplan 2020. Et mer demensvennlig samfunn*. Oslo: Andvord Grafisk.

- Henriksen, Jan-Olav og Arne Johan Vetlesen (2006) *Nærhet og distanse. Grunnlag, verdier og etiske teorier i arbeid med mennesker*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Innstrand, Anne Gro (2009) Livskvalitet I: Eknes, Jarle og Jon A Løkke (red.). *Utviklingshemming og habilitering, innspill til habiliteringsprosessen*. Kap. 2. Oslo: Universitetsforlaget.
- Jakobsen, Rita (2007) *Ikke alle vil spille bingo. Om teori og praksis i demensomsorgen på sykehjem*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Kjelstadli, Knut (1992) *Fortida er ikke hva den en gang var: En innføring i historiefaget*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Linde, Sølvi og Inger Nordlund (2012) *Innføring i profesjonelt miljøarbeid. Systematikk, kvalitet og dokumentasjon*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Lorentzen, Per (2015) *Ansvar og etikk i miljøarbeid. En relasjonell tilnærming*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Lunde, Linn-Heidi m.fl (2012) Marte Meo – praktikerutdanning i omsorgen for personer med demens. I: Rokstad, Anne Marie Mork (red.). *Bedre hverdag for personer med demens. Utviklingsprogram for miljøbehandling. Demensplan 2015*. Kap 7. Tønsberg: Aldring og Helse.
- Rokstad, Anne Marie Mork (2008) Forståelse som grunnlag for samhandling. I: Rokstad, Anne Marie Mork og Kari Lislerud Smebye (red.). *Personer med demens. Møte og samhandling*. Kap 4. Oslo: Akribe.
- Rokstad, Anne Marie Mork (2008) Hva er demens? I: Rokstad, Anne Marie Mork og Kari Lislerud Smebye (red.). *Personer med demens. Møte og samhandling*. Kap 2. Oslo: Akribe.
- Rokstad, Anne Marie Mork (2005) *Kommunikasjon på kollisjonskurs. Når atferd blir vanskelig å mestre*. Tønsberg: Aldring og Helse.

Rokstad, Anne Marie Mork (2008) Forståelse som grunnlag for samhandling. I: Rokstad, Anne Marie Mork og Kari Lislerud Smebye (red.). *Personer med demens. Møte og samhandling*. Kap 4. Oslo: Akribe.

Rokstad, Anne Marie Mork (2008) Utredning og diagnostikk. I: Rokstad, Anne Marie Mork og Kari Lislerud Smebye (red.). *Personer med demens. Møte og samhandling*. Kap 3. Oslo: Akribe.

Røkenes, Odd Harald og Per-Halvard Hanssen (2012) *Bære eller bryte. Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*. Bergen: Fagbokforlaget.

Skau, Greta Marie (2011) *Gode fagfolk vokser. Personlig kompetanse i arbeid med mennesker*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk

Smebye, Kari Lislerud (2008) Å møte personer med demens. I: Rokstad, Anne Marie Mork og Kari Lislerud Smebye (red.). *Personer med demens. Møte og samhandling*. Kap. 1. Oslo: Akribe.

Solheim, Kirsti Veidahl (2014) *Demensomsorgens ABC. Brukerveiledning og læring. Kommunikasjon*. Tønsberg: Aldring og helse.

Solheim, Kirsti V (2015) *Demensguiden. Holdninger og handlinger i demensomsorgen*. Oslo: Universitetsforlaget.

Witsø, Aud Elisabeth og Anne Berit Teksum (2007) *Målrettet miljøarbeid med aldersdemente*. Oslo: Tano Aschehoug.

Wogn-Henriksen, Kjersti (2008) Kommunikasjon. I: Rokstad, Anne Marie Mork og Kari Lislerud Smebye (red.). *Personer med demens. Møte og samhandling*. Kap. 5. Oslo: Akribe.

Wogn-Henriksen, Kjersti (2003) Går det an å kommunisere med mennesker med aldersdemens? I: Berge m.fl (red.). *Samtaler som forandrer. Psykologisk teori i praksis*. Kap. 14. Bergen: Fagbokforlaget.



Wogn-Henriksen, Kjersti (1997) «*Siden blir det vel verre...?*» *Nærbilder av mennesker med aldersdemens*. Vestfold: BK Vestfold Grafiske.

## **Internettkilder**

Flaten, Birgit. *Demens og kommunikasjon*. Nasjonal digital læringsarena.

<http://ndla.no/nb/node/82851> (Lest 05.05.2016).

Hyldmo, Ingrid m.fl (2004) *Marte Meo: En veiledningsmetode anvendt i demensomsorgen*. Oslo: Tidsskrift for norsk psykologforening.

[http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks\\_id=390314&a=3](http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=390314&a=3) (Lest 06.05.2016).

Kiil, Randi (2016) *Kommunisere med en som har demens*. Nasjonalforeningen for folkehelsen. <http://nasjonalforeningen.no/demens/parorende-og-demens/kommunisere/> (Lest 04.05.2016).

Trygghetsnett. *Ulike grader av demens*. <http://www.trygghetsnett.no/ulike-grader-av-demens/category173.html> (Lest 18.05.2016).

## 7.0 Vedlegg 1, de fem grunnleggende psykologiske behov

