



Bacheloroppgave

VPL05 Vernepleie

Kommunikasjon med mennesker som har diagnosen demens

Communication with people with dementia diagnosis

Ulvestad-Solemdal, Kristine

Totalt antall sider inkludert forsiden: 38

Molde, 26.05.2011



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">• 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 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. Universitets- og høgskoleloven §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen §§14 og 15.	<input checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider	<input checked="" type="checkbox"/>

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Ole David Brask

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: 23.05.2011

Antall ord: 10756

Sammendrag

Hensikten med denne oppgaven var å fordype meg i temaet kommunikasjon med demente. Jeg ønsket å se på hva som kjennetegnet en god kommunikasjon med mennesker som har diagnosen demens. Hvilke kunnskap og kompetanse som er nødvendig for å kunne skape den ”gode samtale” med demente. Oppgaven er basert på litteraturstudie, og har hatt fokus på validitet og reliabilitet når jeg har søkt etter litteratur. Jeg har brukt et eksempel fra virkeligheten til å belyse teorien i drøftingen.

Innhold

1.0 Innledning	1
2.0 Avgrensning	2
2.1 Begrepsavklaring	2
3.0 Problemstilling	3
3.1 Begrunnelse	3
4.0 Metode	3
4.1 Min forforståelse	5
5.0 Teori	5
5.1 Hva er demens?	5
5.1.2 Demens ved Alzheimers	6
5.1.3 Vaskulær demens	7
5.1.4 Første tegnene på demens	7
5.2 Hva er kommunikasjon	8
5.2.1 Dementes utfordringer i forhold til kommunikasjon	8
5.2.1.a Tidlig fasen	9
5.2.1.b Mellom fasen	9
5.2.1.c Seneste fasen	9
5.2.2 Oppmerksomhet og hukommelse	10
5.2.2.a Fokuserert oppmerksomhet	10
5.2.2.b Delt oppmerksomhet	10
5.2.3. Hukommelse	10
5.3 Kommunikasjon og demens	11
5.3.1 Direkte og indirekte reparasjon	12
5.3.2 Verbal og non-verbal kommunikasjon	13
5.4 Kommunikasjonsmetode	14
5.4.1 Reminisens	14
5.4.2 Realitetsorientering	15
5.4.3 Validering	15
5.4.4. Personsentrert tilnærming	16
5.5 Personlig kompetanse	17
5.6 Helhetlig arbeidsmodell	18
6.0 Drøfting	19
6.1 Hvordan kommunisere?	20
6.2 Tilrettelegging av omgivelsene	21
6.3 Metode og tilnærming	22
6.3.1 Remisens, validering og realitetsorientering	23
6.4 Personlig kompetanse	25
7.0 Avslutning	27
7.1 Oppsummering	27
7.2 Konklusjon	27
7.3 Refleksjon	29
Når jeg blir dement	30
Litteraturliste	31

1.0 Innledning

I min fordypningsoppgave har jeg valgt å skrive om eldre mennesker som har diagnosen demens. Jeg har valgt å fokusere på hvordan man kan tilrettelegge for en god kommunikasjon med eldre som er dement. Bakgrunnen for at jeg har valgt dette temaet er fordi jeg har nær familien som er berørt av denne diagnosen, og jeg har arbeidet i sykehjem der jeg har møtt mange forskjellige mennesker som har denne diagnosen. Dette har gjort at jeg har blitt mer nysgjerrig på denne diagnosen og ønsker å øke min kunnskap om dette temaet. Jeg er også nysgjerrig på hvordan jeg kan komme i kontakt med mennesker som har denne diagnosen, og hvordan jeg kan få til en god kommunikasjon som oppleves som positiv både for meg og personene med demens.

Som vernepleier kan man jobbe innenfor mange bruker grupper. Deriblant mennesker med diagnosen demens. Vernepleiere har kunnskap om miljøarbeid med mennesker som har diagnosen demens. Jeg vil skrive denne oppgaven for å øke kunnskapen om hvordan man kan kommunisere med demente gjennom ulike kommunikasjonsmetoder. Jeg ønsker å se på hvordan jeg kan bruke kommunikasjonen for å øke dementes livskvalitet og mestring. Etter mine egne opplevelser har jeg sett at rett kommunikasjon kan være et viktig verktøy som kan gjøre dagen enklere. En av de situasjonene opplevde jeg da jeg jobbet på et sykehjem. Der var jeg på en avdeling som akkurat hadde fått inn en ny beboer på avdelingen. Denne situasjonen har jeg valgt å beskrive her. Jeg har tatt utgangspunkt i anonymisering og forandret slik at denne situasjonen ikke skal være gjenkjennbar:

”Øyekontakt”

Vi fikk overført en dame som hadde diagnosen demens. Hun hadde lite språk og hennes fysiske funksjon hadde blitt dårligere med tiden så hennes behov for hjelp var stor. Når hun skulle stellet reagerte hun med både kliping og slåing mot personalet som prøvde å hjelpe henne. Personalet prøvde forskjellige metoder, men ingenting fungerte. Etter en tid fikk vi informasjon om hvordan damen hadde vært før hun fikk diagnosen demens. Hun var en dame som blant annet var veldig opptatt av øyekontakt med dem hun kommuniserte med. Personalet bestemte seg da for at de skulle prøve en annen metode å gå frem på. De var to personell som skulle hjelpe henne i stellet. En skulle holde øyekontakt og snakke rolig med henne. Den andre av personalet skulle stille damen. Dette medførte at damen

forandret seg helt. Hun gjorde ingen motstand og hun sluttet med slåing og klippingen som hun hadde gjort før.

Mine refleksjoner i etter tid av denne situasjonen er at kommunikasjon er et viktig og sentralt verktøy i forhold til arbeid med demente. I denne situasjonen var det da mye fortvilelse og utfrodringer over hvordan vi skulle få til dette på en best mulig måte. Vi var opptatt av at det skulle gjøres så skånsomt og så fort som mulig for ikke og ”plage” denne damen mer en nødvendig. Når vi skaffet oss informasjonen om øyekontakten gikk alt mye bedre. Slik jeg ser det og opplevde det ble innstillingen og hovedmålet en helt annet. Vi konsentrerte oss om hennes forhistorie og la vekt på situasjonen skulle gå rolig for seg og vi skulle hele tiden ha øyekontakt med damen. Fokuset ble på henne isteden for på stedet og hennes utfordrende atferd.

2.0 Avgrensing

Jeg har valgt å avgrense oppgaven min til eldre mennesker i institusjon som har en moderat demens. Demens er inndelt i tre stadier: mild, moderat og alvorlig. Etter det internasjonale klassifikasjonssystemet ICD-10 er moderat demens når man ikke er i stand til å klare seg selv uten hjelp fra andre. (Røkstad og Smebye 2008).

Jeg vil se på hva som kjennetegner en god kommunikasjon med eldre som har diagnosen demens. Innenfor denne diagnosen finner vi forskjellige typer. Vi har blant annet Alzheimers, vaskulær demens, frontallappsdemens eller aldersdemens. Siden jeg skal fokusere på kommunikasjon med demente har jeg valgt å skrive generelt om demens. Jeg har valgt å bruke begrepet demente om mennesker som har diagnosen demens. Da mener jeg generell demens, siden det er dette jeg skal skrive om i oppgaven. I løpet av oppgaven vil jeg gå inn på hva demens er, kommunikasjonsteori og kommunikasjonsmetoder.

2.1 Begrepsavklaring

I oppgaven bruker jeg begreper som kan bety noe annet i andre sammenhenger. Derfor har jeg valgt å forklare hva jeg mener med dem her.

Demente: Jeg har valgt å bruke begrepet demente i oppgaven. Det som ligger i dette ordet her, er mennesker med alle typer demens. Dette kan være Alzheimers, vaskulær demens,

aldersdemens. Dette er fordi jeg skal fokusere på kommunikasjon, og ved de fleste tilfeller av demens, slik jeg ser det har mennesker med demens de samme utfordringene rundt kommunikasjonen.

Personell/helsepersonell: Med dette begrepet mener jeg her i denne oppgaven alle som jobber i demensomsorgen. For eksempel hjelpepleiere, vernepleiere, sykepleiere eller annen utdanning.

3.0 Problemstilling

Hva er det som kjennetegner god kommunikasjon med mennesker som har diagnosen demens?

3.1 Begrunnelse

Begrunnelsen for at jeg vil ha denne problemstillingen, er som jeg sa i innledningen at jeg ønsker å øke min kunnskap innen dette temaet. Jeg ønsker å se på hvordan helsepersonell kan bruke ulike tilnærminger og metoder for å skape en god kommunikasjon med mennesker som har diagnosen demens. Jeg har valgt å sette fokus på kommunikasjon siden dette kan være en stor utfordring når man arbeider med demente. Jeg ser på kommunikasjon som et viktig verktøy for å blant annet kunne samarbeide, og skape relasjoner med andre mennesker.

4.0 Metode

I denne oppgaven skal jeg velge en metode som jeg skal bruke gjennom oppgaven. Dallan (2007) henviser til Tranøy (1985) når han skal definere hva en metode er: *"En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til en ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder"* (Dallan:2007:81)

Metode er et redskap som man bruker for å gå frem for å skaffe og etterprøve kunnskap. Det brukes når man ønsker å undersøke noe. Jeg har valgt å bruke litteraturstudie som er kvalitativ metode. Jeg har i starten på denne oppgaven tilegnet meg litteratur ut ifra tema og problemstillingen jeg har valgt. Jeg vil presentere de funnene jeg har fra litteraturen og

presentere dem i oppgaven, og så ta dem med i en drøftingsdel, der jeg vil drøfte det jeg har funnet, og komme med egne meninger om temaet. Jeg vil da belyse min problemstilling med funnene jeg har gjort, og til slutt få svar på spørsmålet jeg har stilt.

Min oppgave er mye basert på hermeneutisk perspektiv som innebærer min forståelse av litteratur funn. Hermeneutikk er fortolkningskunnskap. Kunnskapen formidles om dette er mulig, etter at ”jeg” har fått egen forståelse av kunnskapen først. (Aadland, 1997). Dette vil si at jeg skriver oppgaven som er basert av min forståelse av det jeg har innhentet meg av teori. I teori delen skriver jeg mye av mine egne ord etter det jeg har funnet fra de ulike teoriene. Men på en annen side er oppgaven også bygd på et positivistisk perspektiv som innebærer faktakunnskaper, altså det som er den objektive fakta. Ikke min forståelse av det jeg har innhentet meg av informasjon. I en del av oppgaven har jeg valgt sitater, og fakta kunnskaper som omhandler demens. Dette ser jeg på som positivistisk perspektiv (Aadland, 1997)

I oppgaven vil jeg ta betraktning i kildekritikk. Jeg vil forholde meg kritisk til det kildematerialet jeg innhenter meg. Dallon (2007:64) beskriver kildekritikk slik:

”Kildekritikk er de metodene som brukes for å fastslå om en kilde er sann. Det betyr å vurdere og karakteriserer de kildene som benyttes”

Validitet og reliabilitet må også være oppfylt når jeg skal skrive oppgaven. Validitet innebærer at man må ha relevans og gyldighet for det problemet som søkes. Reliabilitet betyr pålitelighet, og innebærer at målinger må utføres korrekt, og at eventuelle feilmarginer angis. (Dallon, 2007).

For å finne relevant litteratur har jeg benyttet meg av søkeordene demens, kommunikasjon og kommunikasjonsmetoder. Jeg har for det meste søkt på BIBSYS der jeg har funnet faglitteratur. Jeg har søkt på nettet og funnet relevante hefter om demens og kommunikasjon med demente.

4.1 Min forforståelse

Alle mennesker har en forforståelse, alt avhengig av den enkeltes personlige erfaringer, sosiale og kulturelle bakgrunn og det som vi tilegner oss gjennom praksis og utdanning. Dette har en betydning av hvordan vi fortolker ulike situasjoner (Brodtkorp m. fler. 2009).

”Vi bruker vår forforståelse når vi tolker en situasjon eller hendelse. Slik får vi en ny forforståelse, som vi igjen bruker i nye situasjoner. Dette kalles den hermenautiske sirkel” (Brodtkorp m.fler. 2009:22). Jeg har jobbet innen eldre omsorgen, og har møtt pasienter som er demente og i tillegg har nær familie som har denne diagnosen. Med denne bakgrunnen har jeg nok en forforståelse om dette temaet. Det kan være en mulighet at jeg har tolket teoriene annerledes enn det som var tenkt fra forfatterens side. Også ulike situasjoner jeg har opplevd kan jeg ha feiltolket ut ifra annen litteratur jeg har lest på forhånd og mine tanker.

(Aadland, 1997) sier i sin bok der Gadamer mente at ved forforståelse er det en forutsetning at vi bringer med oss, og selve forståelsen som er avgjørende om vi finner mening i en tekst eller i en handling. Vi ville aldri kunne møte verden uten ett sett med ”briller” eller fordommer. Dette ville hjelpe oss til å finne et system, orden eller mening i det vi står for. Allerede fra vi er nyfødt har vi dannet oss en forforståelse.

5.0 Teori

I dette kapittelet skal jeg presentere funnene jeg har innhentet fra litteraturstudiet. Jeg har gjennom litteraturstudie tatt utgangspunkt i bøkene *”Siden blir det vel verre..?”* av Wogn-Henriksen, Kjersti (1997). *”Personer med demens, møte og samhandling”* av Rokstad, Anne Marie Mork og Kari Lislerud Smebye (2008) og *”Demens, fakta og utfordringer”* av Engdal, Knut og Per Kristan Haugen (2006). I tillegg har jeg brukt litt av andre bøker og hefter som man kan finne ut mer om i litteraturlisten.

5.1 Hva er demens?

Selve ordet demens kommer fra det latinske ordet de (uten) og mens (sjel, sans, sinn, forstand). Direkte oversatt til norsk blir det ”uten sjel” eller ”uten forstand”. Grunlaget for denne betegnelsen er at den ble assosiert med glemsomhet og alderssløvhhet før i tiden. De mente de eldre var demente som en forventet følge av aldring den tiden. (Rokstad og Smebye 2008)

”Demens er fellesbetegnelsen for en gruppe hjernesykdommer som fortrinnsvis opptrer i høy alder som medfører symptomer som hukommelsessvikt, sviktende handlingsevne, sviktende språkfunksjon, personlighetsendringer og endring av atferd. Tilstanden fører til redusert evne til å ta omsorg for seg selv”. (Brækhus m.fler.2009).

De forandringene som skjer i hjernen til et menneske med demens, er forbindelsen mellom hjernecellene som blir ødelagt og dør. I Norge er det om lag 70.000 personer som har diagnosen demens. I tillegg finnes det ca 25.000 – 30.000 eldre som har utfordringer med hukommelsen. Mange av de menneskene vil utvikle demens. Demens sykdommen utvikler seg vanligvis langsomt over mange år. Demens kan også forekomme ved andre mer sjeldne hjernesykdommer som eksempel frontallappdemens, Lewy- legeme sykdom og parkinson sykdom. (Brækhus m.fler.2009)

Engedal og Haugen (2006) sier blant annet at redusert hukommelse alltid må være tilstede for at begrepet demens kan brukes. Svikten i evnen til å klare seg selv i dagliglivet må relateres til hukommelsesreduksjon. Videre sier de at for å bruke begrepet demens, må man også videre kunne påvise eller anta at det foreligger en organisk sykdom i hjernen som er årsaken til tilstanden. Demens er definert etter det International Classification of Diseases and Related Health som er forkortet til ICD-10.

”Kriterier for demens ifølge ICD-10:

I) 1. Svekket hukommelse, især for nyere data

2. Svikt av andre kognitive funksjoner (dømmekraft, planlegging, tenking, abstraksjon)

II) Klar bevissthet

III) Svikt av emosjonell kontroll, motivasjon eller sosial atferd:

Minst et av følgende:

1. Emosjonell labilitet

2. Irritabilitet

3. Apati

4. Unyansert atferd.

IV) Tilstanden må ha en varighet av minst seks måneder”. (Engdal og Haugen 2006:18).

5.1.2 Demens ved Alzheimers

Ca 60 prosent av personer med demens lider av sykdommen Alzheimers. Dette er en hjernesykdom som starter med at hjerneceller i områder ved tinninglappen (sjøhesten) skades og dør. Sykdommen utvikler seg vanligvis langsomt over mange år og redusert

hukommelse er første symptom hos de aller fleste personer. Manglende evne til å føre en samtale, problemer med å utføre praktiske oppgaver er eksempel på andre symptomer ved denne sykdommen. Mange blir passive, urolige og irritable. Andre blir engstelig, men for oftest er det hukommelsen som reduseres i en tidlig fase uten at andre problemer er til stede. (Brækhus m.fler.2009).

5.1.3 Vaskulær demens

Denne typen regnes å være årsaken hos omkring 10-20 prosent av personene, og er den nest hyppigste sykdommen. Vaskulær demens skyldes hjerneslag og sykdommer i hjernens blodårer. Denne formen for demens kan man også se hos eldre mennesker som ikke har fått tilfredsstillende behandling for høyt blodtrykk, og eldre mennesker som har diabetes som ikke er tilfredsstillende behandlet. Etter hvert blir mennesker med vaskulær demens dårligere, fordi de enten får flere hjerneslag eller rammes av Alzheimers sykdom i tillegg. (Brækhus m.fler.2009).

5.1.4 Første tegnene på demens

Brækhus m. fler. (2009) nevner blant annet at de første tegnene på demens er at personen glemmer avtaler og telefonnummer. Man begynner å bli likegyldig med eget stell og påkledning. Man må stadig bli mint på ting, og den demente kan spør opp igjen gjentatte ganger. Man husker ikke ny informasjon man har blitt fortalt, og de nye læreevnene reduseres. Det er vanlig at de tingene man opplevde lang tid tilbake huskes. Det kan virke som at hjernen ikke har nok "lim" til å feste nyere informasjon. Man kan få utfordringer med å snakke, og mange leter etter ordene når man skal si setninger. Noen kan få store problemer ved å bruke redskaper de før har brukt. Dette kan for eksempel være skrutrekker, hammer eller et redskap fra kjøkkenet.

Foruten hukommelsessvikten kan mange demente oppleve angst, usikkerhet og depresjon i sammenheng med mangel på mestring ved hverdagslige utfordringer. Dette kan føre til at personen kan isolere seg. Personlighetsforandring kan man også oppleve ved diagnosen demens. Mennesker som har hatt stor interesse for familie, barnebarn, og venner kan miste denne interessen. Noen mister interesser for tidligere hobbyer og mister evnen å finne på noe som gjør tiden meningsfullt.

5.2 Hva er kommunikasjon

Samuelsen (2006) sier at begrepet kommunikasjon kommer av det latinske ordet *communis*, som da betyr å skape forbindelse og gjøre noe felles. Hun mener at fellesskapet er hensikten med kommunikasjon. Hun refererer også til Heap (1990) som definerer kommunikasjon slik: ”Å formidle mening ved å gi, motta og utveksle signaler av forskjellig art” (Samuelsen 2006:61)

Wogn-Henriksen (1997) sier at kommunikasjon handler om å gjøre noe til et felles anliggende. At man skaper en forståelse for hverandres oppfatning eller følelse. Vi kan betrakte all vår atferd for kommunikasjon. Mennesker gir uttrykk for vilje, behov, intensjoner og prioriteringer gjennom både språk og handlinger. Vi mennesker har et grunnleggende ønske om både selv å forstå og å bli forstått. Veien til forståelse går gjennom kommunikasjon. Man føler det som trygt å bli forstått og motsatt oppleves det ubehagelig å bli misforstått eller oversett. Mennesker er i hovedsak tvunget til å formidle ønskemål og behov, om vi skal ha håp om å få dem oppfylt eller bli forstått. For et modent menneske er det å ta ansvar for egne behov, kjenne dem igjen og uttrykke dem en viktig oppgave.

I følge Røkstad og Smebye (2008) kjennetegnes en god kommunikasjon av åpen og tillitsfull dialog. Samspillet gir grunnlaget for opplevelse av forståelse og fellesskap med andre mennesker, og for personlig vekst. Dårlig kommunikasjon er preget av lukkethet, usikkerhet, og uklarhet i forhold til innhold eller sosiale budskap. Ved uklar kommunikasjon øker risikoen for misforståelser, utrygghet, angst og mistenksomhet.

5.2.1 Dementes utfordringer i forhold til kommunikasjon

Slik jeg nevnte innledningsvis går mennesker med diagnosen demens generelt gjennom tre stadier, *tidlige fasen, mellom fasen og seneste fasen*. Vi har forskjellige typer demens, men jeg har valgt generelt alle typer demens slik jeg nevnte i innledningen. Det vil være individuelle forskjeller i stadiene. Røkstad og Smebye (2008) presiserer at stadieteoriene kan bli overforenklede modeller, som ikke tar individuelle forskjeller i betraktning. Forandringene vil forekomme avhengig av sykdommens type og utviklingsnivå, samtidig en rekke andre forhold som dagsform, humør, situasjon, motivasjon og helsetilstand.

5.2.1.a Tidlig fasen

Den tidlige fasen (Rokstad og Smebye, 2008) bor den demente vanligvis hjemmet. Evnen til å forstå og tolke kommunikasjonen fra andre er hos de fleste intakt. Det er benevningsproblemer som er mest påfallende i dette stadiet. Samtalen kan kjennetegnes som treger, en del nøling fra den demente og ordleting. Selv om det kan oppleves at personen med demens kan ha disse utfordringene, kan personen i trygge situasjoner fortsatt kunne kommunisere slik han/hun alltid har gjort.

5.2.1.b Mellom fasen

I mellom fasen (Rokstad og Smebye, 2008) av demens blir kommunikasjonsvanskene tydeligere. Det er ofte her man opplever at demente kommer med gjentatte spørsmål, og noen pårørende opplever dette som slitsom masing. Ordletingen er mer hyppig og ordflyten er dårligere. Det er substantivene og navn man opplever at den demente begynner å få vanskeligheter med å huske først. Siden kan benevningsvansker omfatte også andre ordklasser. Personlig pronomener som jeg, du, han, hun er den ordklassen man merker seg sitter lengst. Dette kan muligens være en pekepinn om relasjonens grunnleggende betydning i den menneskelige psyke. De fleste som har kommet til denne graden er likevel i stand til å formidle sine ønsker, og mange utvikler ulike mestringsstrategier. Den hyppigste utfordringen er å beskrive det manglende ordet med en forklarende setning. Dette kan for eksempel være ordet hatt som kan bli forklart som ” du vet sånn du har på hodet”. I tillegg til dette kan man oppleve at den demente støter på manglende ord som man erstatter med ord som kan likne i lydbilde, lengde, rytme eller antall stavelser. Andre ord kan erstattes med økt mimikk eller kroppslige geberder. Noen demente opplever at de vegrer seg for samvær med andre, fordi kommunikasjonen har blitt vanskeligere.

5.2.1.c Seneste fasen

Seneste fasen har kommunikasjonen blitt fattig og personen med demens kan ha større vansker med å uttrykke sine behov og ønsker. Oppmerksomheten og konsentrasjonen er også svært svekket. Automatiserte språkfunksjoner som sanger og ordspråk kan derimot representere øyeblikk av mestring. Men selv om vanskeligheten har blitt større rundt kommunikasjonen, kan man oppleve god og meningsfulle kommunikasjon med den demente. (Rokstad og Smebye 2008).

5.2.2 Oppmerksomhet og hukommelse

Engdal og Haugen (2006) skriver her at grunnleggende for en mental funksjon er oppmerksomheten. Alle kan ha opplevd hvor vanskelig det kan være å følge med, når man er trøtte eller har tankene et annet sted enn der vi egentlig burde ha dem. Når oppmerksomhetsevnen er nedsatt vil prestasjonsevnen svekkes i forhold til problemløsning og hukommelse. Oppmerksomhet handler om grad av våkenhet i daglig fungering, oppmerksomhet for nye stimuli og evnen til å holde fast ved en oppgave, og bli påvirket av forstyrrelser. Siden våkenhetsnivået til mennesker med demens er inntakt, kan dette være en utfordring. Ved demens kan sviktende oppmerksomhet føre til redusert evne til å skille mellom viktige og mindre viktige stimuli, og kan komme til utfall i såkalt fokusert og delt oppmerksomhet. Fokusert og delt oppmerksomhet kommer i de neste to punkt.

5.2.2.a Fokusert oppmerksomhet

Evnen til å holde oppmerksomheten rettet mot en ting over en lengre periode er fokusert oppmerksomhet. Om et menneske som fungerer normalt skal løse en viktig oppgave, lar man seg ikke distrahere av uvesentlige forstyrrelser. Dette kan være bil dører som lukker seg, eller mennesker som snakker sammen.

5.2.2.b Delt oppmerksomhet

Delt oppmerksomhet handler om evnen til å rette oppmerksomheten mot flere ting samtidig. Dette kan for eksempel være å kjøre bil. Når man nærmer seg et vei kryss er det mange momenter man må være oppmerksom på. Dette kan være andre biler, fotgjengere, skilt og andre faktorer man møter når man kommer inn i et veikryss. (Engdal og Haugen, 2006).

5.2.3. Hukommelse

Jakobsen (2007) sier at hukommelsen skaper sammenhenger og utgjør en tråd fra fortiden til nåtiden. Det er det mest kjente symptomet blant mennesker som har demens. Jakobsen (2007:34) referer til Cars og Zanders, (2002):

”Det er hukommelsen som gjør at jeg opplever meg selv som hovedperson i mitt eget liv. Det er hukommelsen som gir meg tilgjengelighet til min egen historie og

utvikling. Det er også hukommelsen som lar meg tankemessig rekonstruere meg selv inn i min sosiale kontekst og viser hvilken betydning jeg har hatt i min familie og det samfunnet jeg har levd og lever i. Hukommelsen er således en bekreftelse på min eksistens”.

Cars og Zander (2002) og Wogn-Henriksen (1997) sier det skilles mellom semantisk og episodisk hukommelse. Den semantiske hukommelsen innebærer allmennkunnskap og fakta kunnskap som er lagret. Den episodiske hukommelsen handler om å kunne huske opplevde situasjoner og handlinger. Ved svikt i kortidshukommelsen er det først og fremst den episodiske hukommelsen som er sviktende. Den semantiske hukommelsen bevares lenge ved demens, som har en stor betydning for personens selvbylde. Å huske ved hjelp av bilder og gjenstander er enklere en å huske opplevelser og historie fra fortiden (Jakobsen 2007).

5.3 Kommunikasjon og demens

Vi mennesker har et behov for å kommunisere med andre, oppsummere vår opplevelse og utveksle erfaringer er noe som ligger dypt i oss alle. Det er ingenting som tilsier at behovet blir mindre med årene eller med demensutviklingen, selv om demensprosessen gjør det vanskeligere å håndtere ny informasjon og selv om språket som redskap ikke lenger er like effektiv og presist (Wogn-Henriksen, 1997).

Ripich (1994) sier at i demensprosessen påvirkes mottaker – og senderfunksjoner, evnen til å forstå og til å gjøre seg forstått. Å ikke ha naturlig og lettvinntilgang, tilhørighet i et fellesskap, og det å bli stadig mer alene i sin egen verden, er trolig den største trusselen i en demensprosess. Sammenbrudd i kommunikasjonen er listet som en av de fire mest slitsomme påkjenningene for omsorgsgivere til aldersdemente (Wogn-Henriksen, 1997).

Videre skriver Wogn-Henriksen (1997) at i kommunikasjon med den demente kan man møte på to hindringer. De vanligste hindringene er at samtalen stopper opp på grunn av konsentrasjonssvikt eller tankeflukt, eller at vi som samtalepartnere ikke greier å få en mening med det den demente forteller. I kommunikasjonen med demente stilles det derfor større krav til samtalepartneren og ansvar fordi en har ansvar å utarbeide en felles referanseramme. Samtalen kan lett bryte sammen om ikke den partneren som kommuniserer med den demente tar ansvar og opprettholder den. I en samtale kan den demente slutte å prate, ikke greier å fullføre setningene eller makter å fullføre forståelige

mening til samtalepartneren. Dette kan være ubehagelig for begge parter men trolig mest for mennesket med demens.

Rokstad og Smebye (2008) sier litt om tilrettelegging når man skal kommunisere med et menneske som er dement. For å få en meningsfull kommunikasjon vil det være nødvendig å legge til rette for en god situasjon. Det kreves at det er avsatt tid og skjerpet fokuset på samspillet. Om man i tillegg individualiserer samspillet ved å skaffe seg kjennskap til hva slags tema og tone som den demente trives med, vil verdien av samtalen øke betraktelig. Ved å ha en planlagt og tilrettelagt kommunikasjon har man et utgangspunkt for inntoning og skjerpet oppmerksomhet. For å styrke relasjonene og styrke formålene med kommunikasjon, kan inntoningen brukes empatisk og målrettet. Videre sier de at ikke all kommunikasjon skal preprogrammeres. Begrunnelsen beskrives slik: *”Noen av de fineste øyeblikkene oppstår når ”øyeblikket synger”, og to mennesker spontant finner forståelse og nærhet”* (Rokstad og Smebye 2008:98).

Når man snakker med demente som har begrenset mental kapasitet, er det viktig å snakke tydelig og ikke for fort. Man bør formidle seg i korte setninger og holde seg til en ting av gangen. Det er viktig å bruke konkrete ord og uttrykk i stede for abstrakte. En god kommunikasjon er tilpasset personen og situasjonen. Om man ikke er påpasselig å dosere rett mengde med kommunikasjon, kan en risikere både å overstimulere og understimulere (Rokstad og Smebye, 2008).

Jakobsen (2007) referer til Packer (1999) som presenterer noen hovedregler i kommunikasjonen.

”Det er viktig å ha ansiktskontakt. Det skaper trygghet og viser tilstedeværelse. Videre er det lurt å bruke korte setninger, og aldri stille mer enn ett spørsmål av gangen. Han foreslår også bruk av gjenstander for å få i gang samtale. Flere forskere understreker betydningen av ro og ikke for mange personer der samtalen finner sted” (Jakobsen 2007:85).

5.3.1 Direkte og indirekte reparasjon

Wogn-Henriksen (1997) referer til Sabat (1992,1994) om to tilnærminger som kan brukes når man kommuniserer med et menneske som har demens. Direkte reparasjon er når samtalepartneren foreslår et ord eller begrep den demente synes å mangle. Dette forutsetter

at man har tilstrekkelig begrep om hovedinnholdet i budskapet til det som personen mener. Man bør også være trygge på at det er en benevningssvikt og ikke en pause for å tenke, reflektere eller komme på sporet igjen. Problemet med denne type tilnærming er at man kan enten bomme på det ordet personen mener eller man kan være heldig og treffe. Om man treffer kan den demente bli lettet for å ha kommet seg videre i samtalen. Hvis man gjetter feil, kan det hende det villeder og forvirrer den demente. Denne typen innspill kan kanskje være nyttig om man opplever at man er godt på linje med personen man kommuniserer med, og står ovenfor et spesifikt ordfinningsproblem.

Indirekte reparasjon av samtalen innebærer å søke etter mening i kommunikasjonen ved å benytte nye spørsmål som ikke fokuserer på manglende begrep eller feil ord, men heller på hovedinnholdet i kommunikasjonen. Det viktigste blir da å lete etter mening og betydning av uttalelser, være aktiv lytter å være mer opptatt av hva den demente sier enn av hvilke ord som mangler. Viktigste momenter for samtalepartnere vil da være å ikke kommentere for raskt, ha tid, tålmodighet og interesse. Man må nedtone sine egne behov som trang til avbrytelser, få fortgang i samtalen, men heller bidra med våre egne minner eller flinke innfall. Det er viktig å heller sett fokuset på det som er overordnede mening og intensjon. Dette kan da innebære og overhøre feil og mangler.

Noen viktige momenter som kan være til nytte når man skal forstå den demente eller hjelpe han/henne å gjøre seg forstått:

- *”Understreke viktige nøkkelord*
- *Gjenta de siste ordene som ble sagt*
- *Komme med spørrende gjentakelser*
- *Oppfordre til gjentakelse av utsagnet*
- *Be om utdypning*
- *Foreslå omformulering*
- *Gi en reflekterende fortolkning”* (Wogn-Henriksen1997:295).

5.3.2 Verbal og non-verbal kommunikasjon

Samuelson (2006) henviser til Metze og Nystrup (1984) og Ølgaard (1986) når hun definerer verbal og non-verbal kommunikasjon.

Kommunikasjonen deles inn i verbale og non-verbale plan. Med verbal menes det som blir uttrykket med ord, det som gjelder innhold eller budskapet.

Non-verbale handler om det som har med det kroppsspråket og gester å gjøre. Utrykker vanligvis om forholdet mellom de kommuniserende.

”De to nivåene beveger seg alltid samtidig. De kan samstemme, men det verbale og det non-verbale språket kan sprike, og ved sprik vil dette skape utydighet eller inkongruens” (Samuelsen, 2006:67). Inkongruent er et budskap, en handling eller tilstand som gir forskjellig informasjon. Kommunikasjonen er da uklar. Det mangler samsvar med det jeg sier og det jeg gjør. ”Hva er det du vil nå?” kan i seg selv være en setning som er etisk, men det er tonen og stemmeleie som kan fremstå som uetisk. Det er pleierens mimikk, tone, stemmeleie, kroppsholdning, geberder, handlinger og holdninger som ikke kan skilles fra det som blir sakt verbalt. Wogn-Henriksen (1997) sier at mennesker med demens er mer vare for non-verbal kommunikasjon enn det friske mennesker er. Dette er med på å understreke at pleier i tillegg til sine fagkunnskaper, ferdigheter og teorier må lære seg å handle med god tone.

Det kan være de små detaljene som for eksempel tonen i stemmeleie, håndlaget som kan være en faktor som virker inn på pasientens opplevelse. Desto større opplevd sårbarhet, desto mer makt rommer små detaljer i kommunikasjonen.

5.4 Kommunikasjonsmetode

Det er ofte referert til tre metoder i faglitteraturen som man kan anvende i arbeid med demente. Rokstad og Smebye (2008) tar for seg disse: Reminisens, realitetsorientering og validering. Jeg velger å ta med personsentrert tilnærming av Kitwood (1999) som også er relevant litteratur i dette arbeidet.

5.4.1 Reminisens

Reminisens tar for seg evnen til å hente frem personlige og meningsfulle hendelser ifra tidligere livet. Man fokuserer på minner som kan meddeles i enten grupper eller individuelt som kan få personen med demens til å gjenfinne en følelse av identitet, av glede og tilhørighet. Dette har særlig betydning når personen ikke har evne til å presentere og formidle noe om seg selv. Å gjenopplive noe av det man har opplevd før kan være med på og tydeliggjøre hvem man er. Man kan bruke dette for å minne mennesker i deres liv på personens tidligere selvtillit og kompetanse, som også kan innvirke positivt på den

dementes liv i dag. Eller man kan bruke dette som en mimring fra barndommen, ungdommen osv. Det er hovedsakelig at det er minner som er positive for den demente. Man kan også bruke bilder, gjenstander, lukt, smak, musikk og andre former for sansestimulering som også har en positiv effekt på å øke den mentale produksjon. Det kan forekomme at personen fargelegger eller vrir på historien. Vanligvis har ikke dette noe betydning i denne sammenhengen fordi sannheten er mindre viktig en den personlige opplevelsen som det gir av å fortelle og mimre. Denne metoden forutsetter at man har evne til å lytte, og ikke dømme sensitivitet ovenfor den personen som prøver å kommunisere.

5.4.2 Realitetsorientering

Woods (2004) sier at realitetsorientering er en metode som ble utviklet i 1960-årene. Den handler hovedsakelig om å orientere pasienten. Denne metoden kan være til nytte for de pasienter som trenger visuelle nøkler, som eksempel godt lesbare klokker, kalendere og navneskilt. Det kan også være nyttbart for mennesker som ønsker at personalet minner dem på rom, tid, sted og navn og under stellet. Mange føler seg trygge på at deres informasjon er korrekt når man begynner å tvile på seg selv. Når man kommer til feiloppfatning eller vrangforestillinger, legger realitetsorienteringsopplegg opp til at personer med demens skal korrigeres. Slik tenker en seg at personalet kan hjelpe personen til en mer adekvat oppfatning av virkeligheten, og dermed til bedre mestring av hverdagen. På en god måte kan realitetsorientering vedlikeholde noen viktige kunnskapsbaser som kanskje kan forebygge mot mulig forvirringsepisoder. Måten man formidler det på, kan ha stor betydning for metodens effekt. Mange har erfart at systematisk og hardnakkede korrigeringer av feiloppfatning kan virke mot sin hensikt i arbeidet om å realitetsorientere (Rokstad og Smebye, 2008).

5.4.3 Validering

Dette er en metode som ble utviklet og beskrevet av Naomi Feil (1982). Denne metoden er ikke så opptatt av reel og korrekt informasjon, men hva som er personens faktiske opplevelse og fokus. Det er ikke viktig å korrigere personen til rett data, men å bekrefte og anerkjenne personens opplevelse. Spørreordene hvem, hva, hvor, når og hvordan er med på å bidra til bekrefte de følelsesmessige aspektene ved personens kommunikasjon. Naomi Feil (1982) mener at personens forvirring og orienteringssvikt kan være uttrykk for opplevelser som ikke er ferdig bearbeidet. Man vektlegger personenes emosjonelle verden, og metoden gir noen retningslinjer for kommunikasjon ut fra følelsene og meningen bak

det som sies. Man må lytte til personens emosjonelle uttrykk uten å henge seg opp i fakta opplysninger og hva som faktisk er sant. Man fokuserer heller på personens perspektiv og møter hver enkelt på det personen er opptatt av, i stede for å opplyse hva som er fakta og reelt (Rokstad og Smebye, 2008).

5.4.4. Personsentrert tilnærming

Rokstad og Smebye (2008:68) referer til Kitwood (1999) i sin bok.

”Han tar et oppgjør med samfunnets tendens til å sette verdi på mennesket på en slik måte at bortfall av kognitive ferdigheter devaluerer et unikt menneske til et tilfelle i stedet for å anerkjenne vedkommende som et fullverdig individ. Han understreker at vår referanseramme ikke kan være person-med-DEMENS, men PERSON-med-demens.”

Kitwood (1999) mener vi må komme bort fra en ensidig vektlegging av demenssykdommen og i stede legge vekt på den enkelte sin opplevelse og håndtering av sitt eget liv. Han har en stor lidenskap for personsentrert demensomsorg gjennom endring av holdninger og kultur som har vært viktig. Gjennom bevisst og kritisk vurdering av den omsorgskulturen vi er en del av mener Kitwood (1999) at vi har en mulighet til å utvikle en annen holdning til mennesker som har diagnosen demens. Han setter den enkeltes behov til forgrunn.

Han mener at det å være sammen med mennesker som har en demens diagnose, vil man bli berørt ved det faktum at dette kan være vår egen fremtid og at dette kan skje oss. Frykten ovenfor hvordan man møter mennesket med demens kan bli styrende for hvordan man møter mennesker med demens. Derfor mener han at det er ikke det grunnleggende problemet hvordan man kan forandre mennesker med demens eller deres unormale adferd. Utfordringen består i å heve oss over egen engstelse og forsvar slik at de ekte møtene kan finne sted. Ønske er å endre demensomsorgen fra fokus på sykdommen til fokus på personen.

Kitwood går ikke bort fra de hjerneorganiske endringene som skjer hos en person som har fått diagnosen demens men han vil utvide synet på demens til en kombinasjon av personlighet, livshistorie, helse, nevropatologi, sosialpsykologi. Personlighet er vår

personlige utvikling, ressursene vi har og de forsvarsmekanismer vi bruker. Livshistorien er samlede livserfaringer. Helse inneholder både kroppslige og psykisk helse, samtidig sansefunksjon. Nevropatologi er endringene i hjernene som er følge av demenssykdommen, og sosialpsykologi er betegnelser i omgivelsene våre og de relasjoner man har til hverandre. Demens er en sykdom man mister sine ferdigheter og stemningsleie- og handlingsmønster endres. Handlingsmønsteret påvirkes av de kognitive endringene som skjer, men man kan tolke dette som et resultat der tapte ressurser og psykologiske forsvar der kan føre til at personen med demens opplever sorg, engstelse, sinne, frustrasjon frykt eller dyp forvirring (Rokstad og Smebye, 2008) og (Jakobsen, 2007)

”For å møte de utfordringer demenssykdommen medfører, trengs en personsentrert omsorg som innebærer at:

** Vi ser hele mennesket*

** Vi legger til rette for at pasienten skal kunne bruke sine ressurser maksimalt*

** Vi legger til rette for at pasienten skal kunne opprettholde sin selvstendighet så lenge som mulig*

** Vi respekterer pasientens identitet på et hvert tidspunkt i demensforløpet”*

(Rokstad og Smebye 2008:70)

5.5 Personlig kompetanse

Personlig kompetanse handler om den vi er som person. Både for oss selv, men også i samspill med andre mennesker. Den handler om hvem vi lar andre få være i møte med oss, og om hva vi har å gi på et mellommenneskelig plan. Denne siden av vår kompetanse er det som er vanskeligst å beskrive, og som tar lengst tid å utvikle. Vi bruker vår personlige kompetanse når vi arbeider i yrket vårt. Kombinasjonen er unik av menneskelige kvaliteter, egenskaper og ferdigheter som vi tilpasser og bruker i vårt arbeid.

I yrker der vi kommuniserer og samhandler med andre mennesker har denne kompetansen en stor betydning. For å bli for eksempel en god vernepleier er det ikke godt nok med teoretiske kunnskaper og praktiske ferdigheter. Hvordan du opptrer som person og bruker din personlighet, er like viktig i samspill med andre mennesker. Den du skal hjelpe må oppleve å bli sett og bli møtt slik at prosessen blir god (Skau, 2008).

”Å være bevisst oppmerksomt til stede i møte med pasienten er det aller viktigste for relasjoner. Tilstedeværelse sikrer at kvaliteten i relasjonen mellom pleier og pasient blir optimal” (Samuelsen, 2006:84).

Pleierens evne til å forstå den dementes livsverden relateres til en kvalitativ god, etisk og moralsk praksis. Evne til å forstå mennesker med demens er vesentlig. Man skal ikke bare forstå teorien om sykdommen, men forholde deg til den demente som et helt menneske med tanker følelser, sjel og kropp. Demente har krav på å bli møtt av et menneske som tar vedkommende alvorlig, og som tar seg tid til å lytte og være nåværende til stede. Det kreves å være til stede i øyeblikket (Samuelsen, 2006).

5.6 Helhetlig arbeidsmodell

Helhetlige arbeidsmodellen er en modell som illustrer vernepleieres arbeidsområde. Modellen kan benyttes ved tilrettelegging av livsmiljø, opplæring, opptrening av tidligere ferdigheter og behandling. Den har vist seg anvendbar på både individ og systemnivå. Modellen tydeliggjør hvilke valg man står ovenfor, og arbeider målrettet etter endringer. Vernepleieren må begrunne valgene i alle momentene. Begrunnelsen skal skje ut ifra tjenestemottaker sin livssituasjon og skal ha forankring i fagkunnskap. Å bruke arbeidsmodellen innebærer en tilnærming av kunnskap fra fagområdene som settes sammen for å fremheve behovet bedre.

I arbeidsmodellen finner vi ulike områder vi må igjennom når vi arbeider. Her kommer en kort forklaring av modellen. I prosessen startes det med kartlegging. Her kan vi ta i bruk observasjons metoder og andre verktøy for å hente inn data om tjenestemottaker. Videre bruker vi analysen der vi henter frem relevant teori og analyserer dette opp mot kartleggingen. Som resultatet av analysen setter vi oss mål sammen med tjenestemottakeren. For å nå målene må vi finne ett tiltak som må begrunnes og planlegges. Alt fra rammebetingelser til hvem som gjør hva. Til slutt kommer evalueringen. Evalueringen finner sted etter at tiltaket har vært prøvd ut en stund. Her deltar de som har vært involvert i arbeidet, også tjenestemottaker. Evaluering er en viktig del i arbeidet. Det er en viktig forutsetning for å videreutvikle erfaringsbasert kunnskap og den målrettede virksomheten. (FO, Om vernepleieryrket 2008)

6.0 Drøfting

I drøftingen vil jeg ta for meg det jeg mener kjennetegner en god kommunikasjon med mennesker som har diagnosen demens. Dette ut ifra litteraturfunn og egne erfaringer. Eksempelet i innledningen tar jeg med inn i drøftingen for å kaste lys over litteraturen jeg har tatt med i teori kapitlet. Dette fordi at jeg vil skape et bilde som kan illustrere hva jeg mener er viktigst i kommunikasjon med mennesker som har diagnosen demens.

Jeg har valgt litteratur som omhandler kommunikasjon med demente og demens fra boken ”Siden blir det vel verre..?” av Wogn-Henriksen, Kjersti (1997). ”Personer med demens, møte og samhandling” av Rokstad, Anne Marie Mork og Kari Lislerud Smebye (2008) og ”Demens, fakta og utfordringer” av Engdal, Knut og Per Kristan Haugen (2006). Jeg vil her bruke eksemplet fra innledningen for å drøfte rundt dette, og skape et bilde av hva som kjennetegner en god kommunikasjon for denne gruppen.

”Øyekontakt”

Vi fikk overført Signe som hadde diagnosen demens. Hun hadde lite språk, og hennes fysiske funksjon hadde blitt dårligere med tiden, så Signes behov for hjelp var stor. Når hun skulle stullest, reagerte hun med både klipping og slåing mot personalet som prøvde å hjelpe henne. Personalet prøvde forskjellige metoder, men ingenting fungerte. Etter en tid fikk vi informasjon om hvordan Signe hadde vært før hun fikk diagnosen demens. Hun var en dame som blant annet var opptatt av øyekontakt med dem hun kommuniserte med. Personalet bestemte seg da for at de skulle prøve en annen metode å gå frem på. De var to personell som skulle hjelpe henne i stellet. En skulle holde øyekontakt og snakke rolig med henne. Den andre av personalet skulle stille Signe. Dette medførte at damen forandret seg helt. Hun gjorde ingen motstand og hun sluttet med slåing og klippingen som hun hadde gjort før.

I følge Rokstad og Smebye (2008) begynner hukommelsen å svikte ved demens. Man opplever at det å finne de rette ordene er noe som etter hvert blir vanskeligere. Ved moderat demens, som jeg spesielt har konsentrert meg om, merker den demente at ordletingen begynner å bli mer hyppigere. Man begynner å beskrive begrepet når man ikke kommer på hva det heter, som eksempel at man beskriver hatt som noe man har på hodet. Man husker også ting som har skjedd for lenge siden bedre en det som man opplevde for ti

minutter siden. Det beskrives at hjernen ikke har nok lim til å feste det som akkurat har skjedd (Brækhus m. fler.2009). I eksemplet møter vi Signe som har diagnosen demens. Hun er en dame som ikke har mye språk, og det kan virke som at de ordene hun kommer med ikke er de rette begrepene hun egentlig mener. I stedet reagerer hun mot personalet med utfordrende adferd.

6.1 Hvordan kommunisere?

Wogn-Henriksen (2007) sier at kommunikasjon er noe man skaper til et felles anliggende. Kommunikasjon handler om å uttrykke seg selv og dele egne opplevelser med hverandre, og forteller hvilke behov vi som mennesker har. Dette gjelder også demente selv om de har en mental svikt, og har vanskeligheter med å uttrykke seg og tilegne seg ny informasjon. Demente har et behov for å kommunisere med andre mennesker slik som Signe i eksemplet også har. Dette fikk vi erfare ved å kommunisere gjennom blikkontakt.

Engdal og Haugen (2006) sier litt om dementes oppmerksomhet. Dette er et viktig element mennesker har for en mental funksjon. Oppmerksomhet handler om grad av våkenhet i daglig fungering, oppmerksomhet for nye stimuli og evnen til å holde fast ved en oppgave og bli påvirket av forstyrrelser. Utfordringene for mennesker med demens er at deres våkenhetsnivå er vanligvis intakt. Ved demens kan sviktende oppmerksomhet føre til redusert evne til å skille mellom viktige og mindre viktige stimuli, og kan komme til utfall i såkalt fokusert og delt oppmerksomhet.

Det kan tenkes at for Signe ble det for overveldende. Siden oppmerksomheten til mennesker med demens er svekket kan det hende Signe ikke fikk tid til å fordøye det som skjedde. Personalet kom inn i en ”ond” sirkel der fokuset på stellet skulle gå raskt. For et menneske med demens, altså her Signe, kan det hende det ble skummelt for henne og hun sa ifra med sin adferd. Dette er mine refleksjoner, men det kan være en faktor som kan tenkes i Signe sin situasjon.

Siden oppmerksomheten til den demente er dårligere, kan dette ha mye å si når man skal kommunisere. Som pleier må man ha god tid til å kommunisere, slik at ikke den demente føler at han/hun må skynde seg. Dette kan virke forvirrende og han/hun føler ikke mestring. Ved moderat demens har man blitt hyppigere på ordleting, og merker kraftigere at det er utfordrende å kommunisere. Da kan tid være et godt verktøy i kommunikasjonen.

Siden vi som personell måtte bruke øyekontakt med Signe, førte dette automatisk til at vi måtte ta oss god tid når vi utførte stellet. Vi måtte hele tiden holde øyekontakt med henne under hele stellet. Dette førte automatisk til at vi som personale ble roligere, jeg merket selv at miljøet forandret seg til et mer rolig og mindre hektisk sted å være. For Signe kunne det hende at dette ble en helt annen verden siden vi tok oss god tid, og fikk kommunikasjon og kontakt med henne gjennom øynene. Kanskje hun fikk med seg hva vi fortalte henne og hun forsto hva vi gjorde. Kanskje hun ble forberedt på hva som skulle skje og det ble mindre dramatisk og skummelt. Dette i tillegg til øyekontakten som hun fikk av oss.

6.2 Tilrettelegging av omgivelsene

Tidligere i oppgaven var vi inne på kommunikasjon med demente, der blant annet sier Rokstad og Smebye (2008) litt om tilrettelegging av situasjonen. De sier blant annet at om man tar individuelle hensyn, og tilrettelegger omgivelsene rundt kommunikasjonen kan man øke verdien av kommunikasjonen betraktelig. Man kan bruke et rom som har mindre forstyrrelser der man ikke opplever at andre mennesker går inn og ut, tv og radio er slått av, og at man ikke har så mange andre mennesker rundt som snakker.

Å skape en god kommunikasjon ser jeg det som sentralt at man jobber på individ nivå. Men for å jobbe der må man også legge til rette på et system nivå. Med dette mener jeg personal ressurser og omgivelsene rundt mennesker med demens.

For å kunne ha mulighet til å skape kommunikasjon med demente, ser jeg det som sentralt at det er et personal som har tid, men også personal som har kompetanse i å kommunisere med mennesker som har demens. Å skape trygghet er også en faktor som kan spille inn for å få en vellykket samtale. Trygghet og trivelig stemning øker sjansen for et meningsfullt møte. Fra personalet sin side, må man ha oppriktig interesse for den demente og samtalen som blir ført.

For å utføre stellet med Signe var det avhengig av to personell som var inne hos henne. Vi måtte ha god tid slik at vi fikk til å kommunisere. I stellet måtte en av oss holde øyekontakt med henne hele tiden, mens den andre utførte det som skulle gjøres. For å utføre dette er vi avhengig av at vi har nok ressurser rundt Signe. Det må tilrettelegges på system nivå slik at vi som personale kan få til å arbeide godt på individ nivå. Etter vi gjorde denne

tilretteleggingen der vi fant ut at Signe trengte øyekontakt, kunne vi som personale skape en trygg og trivelig stemning rundt henne. Jeg kan aldri understreke nok hvordan roen i rommet senket seg. Uten stresset som vi hadde hatt før kunne vi kommunisere med Signe, og skape en trygg ramme rundt hele stellet. Kanskje vi økte Signe sin livskvalitet etter dette? Kanskje det var enklere for Signe å fokusere på hva vi formidlet til henne?

6.3 Metode og tilnærming

Rokstad og Smebye (2008) og Wogn-Henriksen (2007) er enige i at man må gå inn på individ nivå for å finne ut hva som interesserer personen, hvilke stadie demente har kommet til og hvordan personen liker å kommunisere. De tar utgangspunkt i hva personen har drevet med tidligere, og hva som har vært hans/hennes interesse.

Om vi tenker tilbake på eksempelet, ser vi at personalet gikk tilbake i tid i Signe sin historie, og fant ut at øyekontakt var noe som hun brukte i kommunikasjon med andre mennesker. Vi gikk inn på individ nivå, altså Signe sin historie og personlighet og hentet inn informasjon. Kanskje Signe ville vi skulle se på henne som menneske og ikke bare handlingen? Om jeg tenker meg selv i Signe sin situasjon. ville jeg absolutt hatt kontakt med personale som skulle ”innvandre” mitt private liv. Dette kan kanskje hende Signe følte på selv. Videre skriver Rokstad og Smebye (2008) at når man kommuniserer, skal man snakke klart og tydelig. Man må bruke enkle setninger og ikke spørre om flere ting samtidig. I dette tilfelle blir det øyekontakten med Signe som er kommunikasjonen.

I eksempelet kan det tenkes at den helhetlige arbeidsmodellen ble brukt. Selv om dette ikke var bevisst fra personalet sin side. Personalet hentet inn informasjon fra tiden før hun fikk diagnose. Dette ble behandlet videre i en analysering, altså diskusjon med personal gruppen og etter hvert laget oss et mål, om at vi skulle prøve andre virkemidler i stellet. Vi kom med en ide om at vi kunne bruke blikkontakt i stellet, altså tiltak og utførte dette. I evalueringen fant vi ut at dette fungerte veldig bra. Vi jobbet ikke systematisk etter denne modellen, og det ble heller ikke nedskrevet alt vi gjorde. Men det kan tenkes at denne modellen hadde vært kjempe fin å arbeide etter i Signe sin situasjon. Kanskje vi hadde fått inn annen informasjon også?

I forhold til hvordan vi forholdt oss i situasjonen med Signe som ikke ville bli stelt av oss, kan det tenkes at det ble gjort for fort. Hun greide ikke å skille ut stimuliene, og det ble for mange inntrykk å bearbeide i vårt tempo. Vi som personale ville bli fort ferdig for å skåne henne og gjorde ting raskt. Engdal og Haugen (2006) og Jakobsen (2007) sier at mennesker med demens trenger god tid på seg for å oppfatte og kommunisere. Det er nødvendig at det er stille rundt personen med demens, og har god tid. Dette på grunn av deres svikt i oppmerksomheten og konsentrasjonen er dårligere. Man må også finne ut hvordan personen ønsker å kommunisere, og i hvilke tempo. Dette var noe vi ikke la vekt på da vi først begynte å stille henne. Dette gjorde Signe veldig opprørt, og hun handlet med utfordrende adferd.

6.3.1 Remisens, validering og realitetsorientering

Wogn-Henriksen(2007) tar for seg metodene remisens, realitetsorientering og validering i kommunikasjon med demente. Remisens handler om få frem en kommunikasjon som omhandler personens fortid. Man kan for eksempel lage minne album som presenterer personen sin historie. Denne metoden passer bra til de mennesker som ikke greier å få uttrykket seg selv. Minne albumet kan også være et godt utgangspunkt i bruk med demente når man kommuniserer. Siden mennesker som har demens har det enklere med å huske ting som skjedde for lenge siden enn ting som skjedde for noen minutter siden, kan dette hjelpe personen til å få frem sin identitet og oppleve mestring av å huske noe.

I Signes tilfelle ble det brukt metoden remisens. Her gikk personalet bak i historien hennes. Slik som også det ble beskrevet ovenfor der man går inn på individ nivå, og ser etter personens bakgrunn og ønsker. Siden Signe hadde vanskeligheter med å formidle sine ønsker og behov, fikk vi informasjon om hvordan hun var før hun fikk diagnosen, og hva hun var opptatt av. Her fikk vi vite at hun hadde blant annet alltid vært en dame som likte øyekontakt som nevnt i innledningen. Vi brukte deler av hennes historie i stellet, og fikk oppleve at dette fungerte. Dette belyser Wogn-Henriksen (2007) i sin teori at selv om man har fått diagnosen demens, har man fortsatt behov for å kommunisere.

Signe beviste dette da hun lot oss få stille henne. Det kan tenkes at hun følte seg tryggere når vi brukte øyekontakt. Hun hadde kanskje en formening om at hvis hun fikk øyekontakt med andre mennesker, kunne hun se om de var på "hennes side". Dette er mine antagelser, men kontakten vi fikk kan virke som var viktig for henne i stell situasjoner.

Validering er en metode der vi bekrefter dementes opplevelser, følelser og øyeblikket. Dette er en metode som ikke er opptatt av fakta å korrigere personen, men å legge vekt på det som oppleves av demente der og da (Wogn-Henriksen, 2007). Dette er ikke en metode vi brukte bevisst og åpenlyst i eksemplet med Signe. Det kan tenkes at etter vi begynte med øyekontakt, så bekreftet vi Signes opplevelse og følelser ved å være til stede og se henne. Dette kan være en form for validering.

Realitetsorientering er en metode der for å orientere personen med demens om tid, sted, rom og andre faktorer som personen ikke husker. Dette er en metode som kan være forebygger uro hos mennesker med demens. Man realitetsorienterer demente før de eventuelt begynner å lete etter hjemmet sitt, eller andre ting som personen har glemt. Metoden kan også være til hjelp for mennesker som ikke stoler på sin egen hukommelse, og vet at personalet kan hjelpe dem med å huske hva som egentlig er fakta (Wogn-Henriksen, 2007). Min egen refleksjon om denne metoden er om den burde brukes i arbeid med mennesker som ikke husker at deres ektefelle er død, og får beskjed om at dette er tilfelle. Skal man da utsette demente for denne opplevelsen av å miste noen flere ganger for dagen? I Signes situasjon kan jeg tenke at denne metoden ble brukt etter vi begynte med øyekontakt i stellet. Når vi fikk denne kontakten ble det automatisk til at vi forklarte henne alt det vi gjorde steg for steg. Vi snakket i enkle setninger og roen senket seg i rommet. Det kan da hende det var enklere for henne å få med seg hva som ble sagt og gjort, noe som kan være å realitetsorientere.

Wogn-Henriksen (1997) har også tatt med i sin bok *"siden blir det vel verre...?"* to tilnærminger man kan bruke i kommunikasjonen med demens, direkte og indirekte reparasjon. Hun referer til Sabat (1992,1994) som sier litt om disse to tilnæringsmåtene. Direkte reparasjon er når samtalepartneren foreslår et ord eller begrep den demente synes å mangle. Dette forutsetter at samtalepartneren har god kunnskap om hva personen med demens mener, og man er sikker på at begrepet som blir foreslått ikke er feil. Dette kan i tilfelle forvirre den demente enda mer, og samtalen blir vanskeligere. Indirekte reparasjon av samtalen innebærer å søke etter mening i kommunikasjonen ved å benytte nye spørsmål som ikke fokuserer på manglende begrep eller feil ord. Men heller på hovedinnholdet i kommunikasjonen.

I situasjonen til Signe ble ikke disse tilnæringsmetodene brukt, men har valgt å ta med disse tilnærmingene, fordi jeg mener det er sentralt i forhold til kommunikasjon med demente. Jeg har en liten stund jobbet i eldre omsorgen der jeg har møtt mange mennesker med diagnosen demens. Jeg har selv kjent på kroppen hvordan det er når mennesker som har diagnosen demens har forsøkt å fortelle ting til meg, men jeg ikke har forstått. Hadde jeg hatt kunnskap om disse tilnærmingene som Sabat (1992,1994) beskriver, kunne da mine samtaler kanskje ha vært annerledes. Jeg skal ikke være påståelig å si at de hadde fungert, men kanskje de hadde hjulpet meg i kommunikasjonen med demente.

6.4 Personlig kompetanse

Personlig kompetanse handler om den vi er som person. Både for oss selv, men også i samspill med andre mennesker. Det handler om hvem vi lar andre få være i møte med oss, og om hva vi har å gi på et mellommenneskelig plan. I tillegg til vår teoretiske kunnskap og ferdigheter, er vår personlige kompetanse et verktøy i arbeid med andre mennesker. Denne kompetansen er den vi bruker lengst tid på å utvikle (Skau, 2008).

I løpet av studieårene som vernepleier student har det blitt lagt stor vekt på blant annet å være kritisk til vår egen måte og reflektere over hvordan vi som mennesker har innvirkning på andre. Jeg ser dette sentralt i arbeid med demente. Dette fordi de er en gruppe mennesker som har utfordring i forhold til kommunikasjonen. Det er en av deres største utfordringer i sykdommen, og har da behov for personell som har et blikk på sin personlige kompetanse.

Non verbal og verbal kommunikasjon er sentral i kommunikasjon med mennesker med demens. Nonverbal kommunikasjon innebærer kroppsspråk og gester.

Verbal kommunikasjon innebærer og uttrykker oss med ord. Wogn-Henriksen(1997) hevder at mennesker med demens er mer vare for non-verbal kommunikasjon en hva friske mennesker er. Dette er med på å understreke at personalet i tillegg til sine fagkunnskaper, ferdigheter og teorier må lære seg å handle med god tone. I en hektisk hverdag kan dette være utfordrende i arbeid med andre mennesker. Å være kritisk til hvordan man har en innvirkning på andre, kan være en prøvelse. I arbeid med demente er dette viktig, siden demente spesielt er vare for non-verbal kommunikasjon. Signe fikk oppleve at vi var raske i stellet med henne. Hennes utfordrende adferd fikk en innvirkning på oss personale, og vi

brukte effektiviteten som hjelpemiddel, noe som vi i senere tid ser ikke var noe godt for henne. Kanskje Signe opplevde vårt kroppsspråk som dramatisk og utrygt?

Samuelson (2006) hevder i sin bok at personalet må ha evne til å forstå den dementes livs verden, og relaterer til en kvalitativ god, etisk og moralsk praksis. Evne til å forstå mennesker med demens er vesentlig. Rokstad og Smebye (2008) referer til Kitwood(1999) som også hevder at man må ha evnen til å forstå dementes livs verden. Han mener at man må se på personen, og ikke diagnosen demens. Han sier at vi trenger en personsentrert demensomsorg der vi ser det unike i mennesket, og legger vekt på følelser og opplevelser den demente har. Kitwood (1999) går ikke bort fra de hjerneorganiske endringene som skjer hos en person som har fått diagnosen demens, men han vil utvide synet på demens til en kombinasjon av personlighet, livshistorie, helse, nevropatologi, sosialpsykologi

I tillegg til at vi som personale fikk til å stelle Signe kunne vi merke at miljøet i rommet fikk en helt annen vending. Man kunne merke at personalet var mer stille, og kjente på kroppen den roen som senket seg. Ved å ha øyekontakt med henne brukte vi korte og enkle setninger, og kommuniserte med henne. Vi fikk forklart henne hva vi skulle gjøre hele tiden, og det ble en helt annen verden å komme inn i. Kanskje det ble en miljø forandring fordi vi konsentrerte oss om damen, og ikke på å bli fort ferdig? Vi så på hele mennesket og la til rette, og tok brukemedvirkningen i bruk. Vi brukte hennes ønsker og historie inn i stellet.

”Noen av de fineste øyeblikkene oppstår når ”øyeblikket synger”, og to mennesker spontant finner forståelse og nærhet” (Rokstad og Smebye 2008:98). Ikke alt handler om å systematisere kommunikasjonen. Jeg tror at for å skape øyeblikkene, og en kommunikasjon som oppleves som god både for demente og samtalepartneren, kreves det at vi som helsepersonell kan bruke øyeblikkene og kan leve i nuet. Vi bør ikke gå strategisk igjennom alle faktorene i kommunikasjonen, og følge en bestemt metode, men bruke oss selv som medmennesker med en god porsjon humor i kommunikasjon med demente. Alle vet at opplesning fra et manus ikke vil fange menneskers oppmerksomhet, men å gi av seg selv som omsorgsperson og vise følelser vil være en sentral faktor når vi skal oppnå ”den gode samtale”. Dette krever å løsskrive seg fra teoriens verden, og leve i øyeblikket. Det er det mennesker med diagnosen demens gjør, de lever i øyeblikket.

7.0 Avslutning

I avslutningen vil jeg ta for meg en oppsummering, konklusjon og refleksjon av oppgaven. Jeg ser tilbake på det jeg har vært igjennom, og kommer med en konklusjon ut fra problemstillingen min. Helt til slutt har jeg tatt med et dikt jeg har funnet i løpet av litteraturstudiet. Jeg har valgt å ta med dette fordi jeg synes det kommer med en grei oppsummering av kommunikasjon med demente.

7.1 Oppsummering

I oppgaven har jeg funnet ut hva demens og kommunikasjon er, og hvordan vi kan kommunisere med mennesker som har diagnosen demens. Jeg har også sett på ulike metoder og tilnærminger jeg kan ta i bruk i kommunikasjonen. Jeg har drøftet teorien jeg har funnet i litteraturstudie. I drøftingen har jeg tatt med Signe som jeg presenterte i eksempelet, og kastet lys over teorien. Jeg har drøftet rundt Signe sin situasjon, og gått igjennom hvilke metoder og tilnærminger som ble brukt når personalet kommuniserte med henne.

7.2 Konklusjon

Ut ifra problemstillingen har jeg drøftet kjennetegn på en god kommunikasjon med demente. Jeg har brukt Signe sin situasjon til å kaste lys over teorien jeg har innhentet. Som jeg har nevnt tidligere i oppgaven, har de fleste mennesker med demens, på en eller annen måte utfordringer med å kommunisere med andre mennesker. De kan ha utfordringer i forhold til kommunikasjonen, og det kreves fra personalet at vi må gjøre oss kjent med deres verden, og kommunisere på det nivået de er.

Det som kjennetegner mennesker med diagnosen demens, er at de har en kognitiv svikt i en større eller mindre grad. Dette vil si at funksjoner som tenking, læring, hukommelse, oppmerksomhet og evne til å tolke informasjonen rett er redusert. Dette ser jeg på som sentral kunnskap vi burde ha med oss når vi skal kommunisere med mennesker som har demens.

Vi må kommunisere på en måte som sikrer at personen med demens oppfatter innholdet i samtalen slik den er ment. Når vi skal kommunisere med mennesker som har demens, er det sentralt at vi kommunisere med personen på en slik måte at de forstår budskapet. Vi som personell kan da bruke enkle setninger, spørre om en ting av gangen, stille spørsmål som ikke krever abstrakt tenking fra personen, og gi en instruks om gangen.

Kommunikasjonen er vellykket når sender og mottaker forstår budskapet. Selv om vi må ta disse faktorene i betraktning, er det også en fordel å notere seg at man må kunne løsrive seg fra ”manus”, og være fleksibel i forhold til kommunikasjonen. Når man kommuniserer med demente er det like viktig å bruke humor og gripe øyeblikkene som, det er å ta i bruk de ulike metodene og tilnærmingene.

I tillegg til det vi har nevnt kan vi også bruke andre verktøy i kommunikasjonen. Visuelle hjelpemiddel som bilder, gjenstander, dufter kan være med på å hjelpe samtalen i gang, og hjelpe personen med demens til å huske bedre. Den kan være et støttende verktøy for personalet om man ikke helt vet hva det skal snakke om. Visuelle hjelpemidler kan få personen med demens til å huske, og kanskje bli motivert til å kommunisere.

Personale som arbeider med demente må være interessert og motivert både i forhold til diagnose, og mennesket som har diagnosen. I arbeid med demente kreves det at man går inn på individ nivå, og arbeider med mennesker derifra. I bøkene til Rokstad og Smebye (2008) og Jakobsen (2007) refererte de til Kitwood (1999) som er engasjert i personsentrert tilnærming som innebærer å se mennesket og ikke diagnose.

For å skape en god kommunikasjon innebærer dette at man blir kjent med personen sin diagnose, kommunikasjonsevne og fortid. For å få en god samtale kan man ikke bare være fysisk tilstede i kommunikasjonen. Det settes krav om personell sin interesse og motivasjon for personen, evne til å sette seg inn i personen sin situasjon og ståsted, ha evne til innlevelse og forståelse av personen sine følelser og situasjon, ha et blick på hvordan man som personell kommuniserer og har innvirkning på andre mennesker.

Man kan anvende ulike metoder og tilnærminger når man skal kommunisere med demente. Dette er metoder og tilnærminger som jeg vil tro er avhengig av hvilke situasjon og individ man skal kommunisere med. Jeg tror de metodene jeg har funnet i litteraturstudiet er generelt god for ulike mennesker. De metodene jeg sikter til er de som Rokstad og Smebye (2008) tar for seg. Remisens, Validering og realitetsorientering.

Tilrettelegging av miljøet rundt personen er sentralt for å få en vellykket kommunikasjon med demente. Man skaper ro og tar bort forstyrrelser rundt kommunikasjonen. I tillegg er

tid et viktig verktøy i kommunikasjonen. Dette på grunn av deres kognitive svikt som kan være språkvansker, hukommelses svikt og nedsatt oppmerksomhet.

7.3 Refleksjon

Dette temaet opplevde jeg var mye teori om, men samtidig var forfatterne lite uenig på dette området. Jeg opplevde ikke at det var mange motsigelser imellom forfatterne. Det finnes mye kunnskap om å kommunisere med demens, det var mange gode faglitteratur bøker, men jeg opplevde at de også kunne henvise mye til hverandre. Om jeg skulle ha skrevet denne oppgaven igjen, eller eventuelt skrive en til, ville jeg valgt kommunikasjon mot en type adferd. Det kan virke som at jeg har vært inne på et for vidt spekter av kommunikasjon med demente. Oppgaven ville ha blitt enda mer avgrenset, visst jeg skulle sett på hvordan kommunikasjon kan brukes i arbeid som omhandler angst, utfordrende adferd og samarbeide med demente. Jeg vil si jeg har fått fordypet meg en del om dette teamet, og jeg ser at jeg sitter med enda mer kunnskap en det jeg hadde før jeg begynte.

Når jeg blir dement

*Når jeg blir dement, skal livet mitt være enklere
og overskuelig og forutsigbart. Slik at jeg gjør det
samme hver dag og på 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 hugse 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 med utrygg akkurat nå.*

*Når jeg blir dement og skjeller deg ut, så ta et skritt tilbake, så jeg kan føle at jeg
fortsatt gjør inntrykk.*

Utdrag av dikt av Jenny Hjort-Hansen
(oversett frå dansk av Eva Anfinnsen)

Litteraturliste

Aadland, Einar. *"Og eg ser på deg..." Vitenskapsteori i helse- og sosialfag*. 2. utgave. Oslo: Universitetsforlaget, 1997.

Brodtkorb, Elisabeth og Marianne Rugkåsa (red). *Mellom mennesker og samfunn. Sosiologiske og sosialantropologi for helse- og sosialprofesjonene*. 2. utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, 2009.

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

Engdal, Knut og Per Kristian Haugen. *Lærebok demens. Fakta og utfordringer*. 4. Utgave. Tønsberg: Aldring og helse forlaget, 2006.

Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse og hukommelsesklinikken Oslo universitetssykehus, Ullevål. *Hva er demens?* Norsk utgave. Tønsberg: Forlaget aldring og helse, 2009.

Rokstad, Anne Marie Mork og Kari Lislerud Smebye. *Personer med demens, møte og samhandling*. 1 utgave. Oslo: Akribe AS, 2008.

Samuelson, Anne Gerd. *Kunsten i samspill. Fra ord til handling*. 2. utgave. Oslo: Kommuneforlaget AS, 2006.

Skau, Greta Marie. *Gode fagfolk vokser. Personlig kompetanse i arbeid med mennesker*. 3. utgave. Oslo: Cappelen Damm AS, 2008.

Jakobsen, Rita. *Ikke alle vil spille bingo. Om teori og praksis i demensomsorgen på sykehjem*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS, 2007

Wogn-Henriksen, Kjersti. *"Siden blir det vel verre...?" Nærbilde av mennesker med aldersdemens*. 1 utgave. Vestfold: BK Vestfold Grafisk AS, 1997.

Brækhus, Anne, Tore Erling Dahl, Knut Engedal og Knut Laake.1 utgave.*Hva er demens?*
Tønsberg: Forlaget Aldring og helse, 2009.

<http://www.aldringoghelse.no/ViewFile.aspx?itemID=399> Lest: 2.5.2011

FO, Om vernepleieryrket 2008

http://www.fo.no/getfile.php/Filer/01%20FO-sentralt%20filer/Trykksaker/_Om%20vernepleieryrket_A5.pdf Lest: 25.5.2011

Diktet: Når jeg blir dement

<http://www.hornindal.com/index.php?f=08050124&eid=52&spid=268&sid=2&mid=0102&id=8326> Lest: 13.5.2011