



Fordypningsoppgave

VAE727 Aldring og eldreomsorg

**Kunsten å kommunisere
The art of communicating**

Maria Zahl Brandsæter

Totalt antall sider inkludert forsiden: 64

Molde, 19.05.14



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: Ragnhild Sættem

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: 13.05.14

Antall ord: 8664

Forord

*Hver eneste person har blitt den han er
på en måte som er spesielt for denne personen,
og hvert stadium i livet har satt sine spor*

(Jakobsen, 2007:63-64).

Sammendrag

Bakgrunn: I dagens Norge, er det 65-70 000 personer med demens, og antallet stiger. Etter hvert som sykdommen framskrider, vil det bli behov for en form for institusjonsplass (Engedal, 2008). Kommunikasjonsvansker kan være direkte årsak til verbal og fysisk utagering (Rokstad, 2005).

Hensikt: Hensikten med studien var å undersøke hvilke erfaringer helsepersonell har med kommunikasjon i samhandling overfor personer med demens, og hvilke kommunikasjonsmetoder de har erfart som mest hensiktsmessige.

Metode: Oppgaven er en systematisk litteraturstudie, og er basert på 8 forskningsartikler.

Resultat: Analysen gav meg 3. temaer: Kjennskap til pasienten, nonverbal kommunikasjon - på godt og vondt, og bevisst bruk av ulike strategier.

Konklusjon: Kunnskap om pasienten, er viktig for å forstå pasienten. Kunnskapen kan brukes til å tolke de nonverbale tegnene som pasienten sender ut. Ved bruk av ulike strategier, skal en ha gode forutsetninger, til å samhandle med personer med demens.

Nøkkelord: demens, samhandling, erfaring, kommunikasjon, nonverbal kommunikasjon.

Abstract:

Background: In Norway today, there are currently 65-70 000 persons living with dementia and the number will rise. As the disease progresses, there will be necessary to move to a nursing home or a other type of institution (Engedal, 2008). Communication difficulties may be the direct cause of verbal and physical acting out (Rokstad, 2005).

Purpose: The purpose of this study was to examine the experiences that health care professionals had with communication in interaction with people diagnosed with dementia, and the communication methods they have experienced as most appropriate.

Method: This paper takes form of a systematic literature review, and is based on eight research papers.

Results: As a result of the analysis, I concluded on three themes: Knowledge of the patient, nonverbal communication - for better or worse, and conscious use of different strategies.

Conclusion: Knowledge of the patient is important to understand the patient. This knowledge can be used to interpret the nonverbal signs the patient emits. Using different strategies, one should have good prospects to interact with people with dementia

Keywords: dementia, collaboration, experience, communication, nonverbal communication.

Innhold

1.0	Innledning	1
1.1	Hensikt.....	2
1.2	Problemstilling	2
2.0	Teoribakgrunn	3
2.1	Demens	3
2.1.1	Demens og ADL	3
2.1.2	Vurdering av hjelpebehov	4
2.2	Kommunikasjon	5
2.2.1	Nonverbal kommunikasjon	6
2.3	Demens og kommunikasjon	6
2.4	Tom Kitwood og personsentrert omsorg.....	7
3.0	Metode	9
3.1	Inklusjons- og eksklusjons- kriterier	9
3.2	Litteratursøk	9
3.3	Utarbeidelse av PICO-skjema og søkehistorikk.....	10
3.4	Databasesøk.....	11
3.5	Kvalitetsvurdering	11
3.6	Etisk vurdering	11
3.6.1	Informert samtykke og godkjenning av etiske komiteer.....	12
3.7	Analyse.....	12
4.0	Resultat	15
4.1	Kjennskap til pasienten	15
4.2	Nonverbal kommunikasjon – på godt og vondt	16
4.2.1	Forstyrrelser	16
4.3	Bevisst bruk av ulike strategier	17
4.3.1	Verbale strategier	17
4.3.2	Å få muligheten.....	18
4.3.3	Å bruke kollegaer.....	18
5.0	Diskusjon	19
5.1	Metodediskusjon	19
5.1.1	Inklusjons- og eksklusjons kriterier	19
5.1.2	Litteratursøk	19
5.1.3	Utarbeidelse av PICO-skjema og søkehistorikk	19
5.1.4	Databasesøk.....	19
5.1.5	Kvalitetsvurdering.....	20
5.1.6	Etisk vurdering.....	20
5.1.7	Analyse.....	20
5.2	Resultatdiskusjon.....	20
5.2.1	Kjennskap til pasienten	21
5.2.2	Nonverbal kommunikasjon – på godt og vondt	23
5.2.3	Bevisst bruk av ulike strategier	24
6.0	Konklusjon	28
6.1	Anbefalinger for videre forskning	28

Litteraturliste.....	30
----------------------	----

Vedlegg 1: PICO skjema

Vedlegg 2: Artikkel oversikt

Vedlegg 3: Søkehistorikk

Vedlegg 4: analyse av artikler

1.0 Innledning

I løpet av de kommende 40 årene vil antall eldre over 80 år øke betraktelig. Dette vil kunne føre til at også antallet pasienter med demens vil øke, da risikoen for demens øker med alderen. I dag er det ca 65-70 000 personer med demens i Norge. I år 2050 vil dette tallet kunne øke til 150 000. I følge Engedal (2008) har ca 75-80 % av alle pasienter på sykehjem en form for demens.

Demensplan 2015 gir støtte til mer forskning når det kommer til demens, men planen gir også uttrykk for at forskningen er langt unna å løse gåten om Alzheimers sykdom og andre demens sykdommer. Demensplanen sier at selv om det skal gis støtte til forskning for å løse demens gåten, må det også forskes på utfordringer som kan gi oss ny kunnskap om sykdommen og dermed bedre tjenestetilbudet til personer med demens og deres familie (Helse- og omsorgsdepartementet. Delplan 2015).

Halvparten av de 65-70 000 personene med demens bor hjemme og er i en tidlig fase av sykdommen. Den andre halvparten er avhengig av tilsyn, hjelp eller pleie, da de har en moderat eller alvorlig form av sykdommen. Engedal (2008) skriver at for de aller fleste vil det, etter hvert som sykdommen utvikler seg, bli nødvendig med plass på et sykehjem eller annen type institusjon.

Felles for flere av sykdommene som kommer inn under demens, er at de gir utfordringer når det kommer til språk (Wyller 2011). Rokstad (2005) trekker frem en undersøkelse gjort av Rokstad, med flere i 1993, der de i en alderspsykiatrisk utredningsavdeling registrerte mulige årsaker til aggressive angrep fra pasientene, de fant at kommunikasjonsvansker var gjengitt som direkte foranledning til verbal eller fysisk utagering i 10 prosent av tilfellene. Hun trekker også fram en annen undersøkelse, gjort av Horn og Stendal, samme året, som ble gjort i en langtidsavdeling, der de fant tilnærmet samme prosentandel.

Ansatte i helse- og sosialsektoren kommer til å møte mange pasienter i fremtiden med en demensdiagnose, og de aller fleste vil i løpet av sykdommens utvikling utvikle en eller annen form for vanskeligheter i forhold til språk, og kommunikasjon. Ved å øke kompetansen til helsepersonell når det kommer til ulike måter å kommunisere med

pasienter med demens på, kan en kanskje unngå unødvendige vanskelige situasjoner i samhandling med pasienter med demens.

1.1 Hensikt

Hensikten med denne studien var å undersøke hvilke erfaringer helsepersonell har med kommunikasjon i samhandling overfor personer med demens, og hvilke kommunikasjonsmetoder de har erfart som mest hensiktsmessige.

1.2 Problemstilling

Hvilke erfaringer har helsepersonell med kommunikasjon i samhandling med personer med demens i forbindelse med ADL aktiviteter?

2.0 Teoribakgrunn

I denne delen av oppgaven vil jeg presentere teori om demens, her vil jeg kun presentere demens på generelt basis og ikke gå konkret inn på de ulike typene. Da jeg i denne oppgaven har valgt å inkludere alle former for demens. Innenfor teoridelen om demens vil jeg komme inn på demens og ADL, og vurdering av hjelpebehov. Videre vil jeg trekke inn kommunikasjon og nonverbal kommunikasjon, samt demens og kommunikasjon. Til sist kommer en kort presentasjon om Tom Kitwood og teorien hans om personsentrert omsorg.

2.1 Demens

Demens er en fellesbetegnelse på flere tilstander som kjennetegnes ved ervervet kognitiv svikt, svikt av emosjonell kontroll og i forhold til dagliglivets funksjoner, sviktende funksjonsevne (Engedal, 2008).

Det er forskjellige sykdommer med forskjellige skademønster som forårsaker demens. Det kliniske bildet av demens vil være forskjellig fra person til person i begynnelsen sykdommen, men etter hvert som de forskjellige sykdommene utvikler seg vil sykdommene vise seg mer lik. Det som er felles for alle som rammes er at de har problemer med hukommelsen og de har problemer med å klare sin egenomsorg. Den vanligste formen for demens er Alzheimers sykdom. Demens er hyppigst hos personer over 70 år, men kan også forekomme hos yngre personer (Engedal, 2008).

2.1.1 Demens og ADL

Forstandsaktivitet er det kognisjon betyr, det er som persepsjon (sansenoppfatning), å tenke, hukommelse, læring, oppmerksomhet, danning av begrep, språk, problemløsning og resonnering. Helt enkelt kan man dele de mentale hjernefunksjonene inn i emosjoner, det vil si følelser og kognisjon. En kan da si at ”*alt som ikke er emosjoner, er kognisjon*” (Wyller, 2011:54). Når det er snakk om kognitiv svikt, som for eksempel er en del av kriteriene for en demensdiagnose, er det knyttet til de kognitive funksjonene (Wyller, 2011). Det er viktig å være klar over at kognitiv svikt ikke er knyttet til en spesiell sykdom, men er en følgetilstand av en sykdom (Engedal og Haugen, 2009).

Å utføre praktiske gjøremål er noe som personer med demens får vansker med etter hvert som sykdommen progredierer. Alle nødvendige gjøremål, eller gjøremål som er ønskelig å utføre, kalles aktiviteter i dagliglivet, eller forkortes til ADL (Rokstad og Smebye, 2008).

Det å utføre dagliglivets aktiviteter vil for personer med demens bli problematisk. For personer tidlig i fasen av sykdommen, mild form, vil problemene komme når de skal utføre instrumentelle aktiviteter i dagliglivet (IADL), for eksempel vil de ha svekket evne til å håndtere penger, å vaske klær og det å lage varm mat. Årsaken til dette er svekket hukommelse og handlingssvikt. Senere i forløpet av demenssykdommen, ved moderat og alvorlig form, vil problemene være å utføre personlige aktiviteter i dagliglivet (PADL), for eksempel av og på kledning, å vaske seg og spise. Disse problemene kommer som følge av en mer kompleks kognitiv svikt med nedsatt hukommelse, forståelsesevne, planleggingsevne, visuospatial svikt og aprakis (Engedal, 2008).

2.1.2 Vurdering av hjelpebehov

Personer med en moderat eller alvorlig grad av demens, trenger hjelp fra helsevesenet til for eksempel tilsyn, hjelp eller pleie. Etter hvert som sykdommen progredierer vil det bli aktuelt med innleggelse i sykehjem eller en annen type institusjon. Mellom 75-80 prosent av pasientene i vanlige sykehjem har demens (Engedal, 2008).

Engedal (2008) deler demenssykdommen inn i tre ulike stadier, og han skriver at det er i den siste fasen, pleiefasen, at personer med demens vil være totalt avhengig av fysisk pleie. Denne fasen er preget av motorisk svikt, inkontinens, manglende motorisk styring, balansesvikt og gangproblemer.

Berger-skalaen deler progresjonen av demens inn i 6 faser. Denne skalaen deler progresjonen inn i faser basert på pasientens funksjonsevne.

1. Hukommelsen forstyrrer de daglige aktivitetene, men personen fungerer i miljøet.
2. Fungerer bra innenfor de kjente omgivelsene, men trenger hjelp utenfor det kjente.
3. Pasienten kan kle på seg ved hjelp av veiledning
4. Han trenger hjelp til å kle på seg.

5. Behov for stadig mer hjelp på alle områder.
6. Terminalfase. Pasienten reagerer kun på taktile stimuli. Han kan være sengeliggende eller sitter i en stol (Engedal, 2008).

De pasientene som befinner seg på trinn en og to av skalaen har som oftest ikke behov for hjelp fra det offentlige hjelpeapparatet. Når pasienten beveger seg over til trinn tre, vil behovet for hjembasert omsorg og tilbud om dagsenter melde seg. Ved trinn fire kan pasienten ha glede av å bo i kollektiv for personer med demens, eller daglig oppfølging fra hjembaserte omsorgstjenester. Behovet for døgkontinuerlig omsorg og pleie, institusjonsplass, melder seg når pasienten befinner seg på trinn fem og seks (Engedal, 2008).

2.2 Kommunikasjon

Kommunikasjon kan defineres som utveksling av meningsfylte tegn mellom to eller flere parter. ”Kommunikasjon” som begrep, stammer fra ”communicare”, som er latinsk, og som betyr å gjøre noe felles, ha en forbindelse med, delaktiggjøre en annen i. Til daglig brukes begrepet kommunikasjon i ulike tilfeller, det kan være personlige samtaler, chatting på internett, eller gjennom massekommunikasjon gjennom globale satellittnettverk (Eide og Eide, 2007).

I ett kommunikasjonsforhold er det minst to parter, i prinsippet står de to partene i ett gjensidig påvirknings- og utvekslingsforhold til hverandre, og budskapet kan skje ved bruk av forskjellige tegn og signaler (Eide og Eide, 2007).

De forskjellige tegnene og signalene er ofte sammensatte, selv om de er verbale. Verbal tale må fortolkes ettersom ord sjeldent er klare, men kan ha dobbelbetydning. Ett møte med en annen kan oppleves veldig ulikt, alt etter signalene og hvordan vi tolker de. Signalene den andre sender og hvordan vi tolker de er med på å skape grunnlag for nærhet og avstand, tillitt og mistillit, samarbeid og konflikt. De samme signalene kan også tolkes ulikt av forskjellige personer. Vi vet sjeldent helt sikkert hva signalene sier eller hva de er ment til å si, selv om de er tydelige. Det nonverbale ”språket” kan gi forholdsvis enkle ord en ny betydning (Eide og Eide, 2007).

2.2.1 Nonverbal kommunikasjon

En stor del av vår kommunikasjon skjer nonverbalt. Uttrykkene som skjer nonverbalt må fortolkes. Selv om denne fortolkningen skjer hele tiden, kan uttrykkene være noe annet det vi oppfatter det som. De fortolkningene som vi gjør, kan ofte være feiltolket (Eide og Eide, 2007).

Gjennom hele hjelpeprosessen skjer det at hjelperen bruker en grunnleggende, profesjonell ferdighet, nemlig nonverbal kommunikasjon. Nonverbal kommunikasjon kan være ett viktig hjelpemiddel i arbeidet mot å bygge en relasjon, skape motivasjon og stimulere den andre til å bruke de ressursene de har på best mulig måte. Gjennom å bruke nonverbal kommunikasjon kan hjelperen møte den andre på en bekreftende, oppmuntrende og styrkende måte. På denne måten kan den andre få det den trenger for å kunne åpne seg, dele tanker og følelser gjennom tryggheten og tillitten som er nødvendig (Eide og Eide, 2007).

Det er i arbeidet med pasienter som har redusert eller ikke fullt utviklede kognitive evner at gode nonverbale kommunikasjonsferdigheter er viktig. Det nonverbale vil være særlig viktig i arbeidet med barn, personer med demens og personer med psykisk utviklingshemming, da det nonverbale vil kunne gi sterkere gjennomslag enn det verbale (Eide og Eide, 2007).

2.3 Demens og kommunikasjon

Hos personer med demens blir kommunikasjonsvansker og språkvansker etter hvert et tydelig problem. Type demens, hjerneorganisk lokalisasjon og stadium i sykdomsutviklingen vil ha betydning for variasjonene innenfor den språklige funksjonen. For pasientens pårørende vil de vanskene som oppstår i kommunikasjon være de mest slitsomme påkjenningene. Pasienten kan også oppleve kommunikasjonsvanskene som noe av det mest problematiske. I en kommunikasjonsprosess er forutsetningen minst to parter. Mye vil være avhengig av hvor aktiv den ene parten går inn for å forstå de mer usammenhengende og tvetydige signalene pasienten gir når han faller ut (Rokstad, 2005).

Hos personer med demens kan språksvikt utvikle seg på forskjellige måter. Hos personer med Alzheimers sykdom kan benevningsproblemer med tanke på navnord være de første

merkbar språkforstyrrelse. Pasienten kommer ikke på hva tingen heter, men kan fortelle hva den brukes til og beskrive den (Rokstad, 2005).

Perseverasjonstendenser med flere gjentakelser, feilsnacking, misforståelser, skiftende oppmerksomhet, og nedsatt evne til å holde tråden i en tankerekke, kan være andre former for språksvikt. Kommunikasjon som holder seg lenger er småsnakk, innlært sosial konversasjon og høflighetsfraser. Selv om personen har mistet orientering, verbalt språk og evnen til strukturert oppmerksomhet, vil det forstas, lenge, mulig for andre å tolke kroppsspråket (Rokstad, 2005).

Hos personer med demens kan en dele språksvikten inn i to grupper. Spesifikke språkvansker som benevningsvansker, sviktende taleflyt og problemer med setningskonstruksjonen, og generelle vansker basert på kognitiv svikt, som virker inn på oppmerksomheten, konsentrasjonen, tenkning og abstraksjon (Rokstad, 2005).

Det å motta, filtrere og fortolke et budskap, vil hos personer med demens bli vanskeliggjort. Det kan foreligge kognitive og motoriske blokkeringer når det kommer til å formidle verbalt språk tilbake (Rokstad, 2005).

2.4 Tom Kitwood og personsentrert omsorg

Psykologen Tom Kitwood har forsket mye innenfor demensomsorgen. Han mener at tiden nå er kommet til at vi burde anerkjenne menn og kvinner med demens i deres fulle menneskelighet. Referanserammen burde ikke lenger være person-med-DEMENS, men PERSON-med-demens (Kitwood, 1999).

De viktigste psykologiske behovene hos personer med demens er i følge Kitwood; trøst, identitet, beskjeftigelse, inklusjon og tilknytning. Disse behovene knyttes sammen og bugner ut i ett sentralt behov for kjærlighet (Kitwood, 1999).

Trøst: hos personer med demens vil behovet for trøst sannsynligvis være stort. Årsaken til at personen må forholde seg til en følelse av tap, kan være av ulike grunner. Det kan være

en nær persons død, sviktende evner eller avslutning på en livsform som har fungert i lang tid. Det kan også være akutte øyeblikk, som for eksempel ved en avskjed (Kitwood, 1999).

Tilknytning: mennesket er en sosial art, og dette kommer tydelig frem i hvordan vi etablerer følelsesmessige bånd eller tilknytninger. John Bowlby hevder at det å knytte forbindelser er ett tverrkulturelt og universelt fenomen, samtidig som det er av instinkt. I livets første leveår, foreslår han at det burde skapes en form for sikkerhetsnett, da verden er full av uvisshet. Tilknytning gir en sikkerhetsfølelse, og uten denne vil det for alle personer, uansett alder, være vanskelig å fungere ordentlig. Det kan være totalt ødeleggende, dersom tapet av en primærtilknytning underminerer sikkerhetsfølelsen, og dersom flere følelsesmessige bånd brytes samtidig. Det er all grunn til å tro at behovet for tilknytning varer hos personer med demens, det kan faktisk være like sterkt som i barndommen (Kitwood, 1999).

Inklusjon: menneskelivets sosiale natur gjør at vi som menneske av art også er bestemt for ett liv blant ansikt-til-ansikt-grupper. Det å være en del av gruppen var essensielt for det å overleve, og i noen kulturer ble utestenging fra gruppen sett på som straff. Behovet for inklusjon kommer akutt opp til overflaten hos personer med demens, eventuelt i form av såkalt oppmerksomhetssøkende adferd, med tendenser til å gripe eller flagre rundt, eller i forskjellige former for protest og sammenbrudd (Kitwood, 1999).

Beskjeftigelse: å være beskjeftiget betyr å være involvert i livsprosessen på en måte som er personlig og signifikant, og som trekker på en persons evner og krefter. En person kan være beskjeftiget i andres selskap eller alene, med direkte handling, ved å reflektere eller ved å slappe av. Dersom personer fratras deres beskjeftigelsesmuligheter, vil deres evner avta og deres selvverd forsvinne (Kitwood, 1999).

Identitet: det å ha en identitet betyr å vite hvem man er, både kognitivt og følelsesmessig. Det å ha en følelse for kontinuitet med fortiden og dermed en ”narrativ”, en fortelling å fortelle andre (Kitwood, 1999).

3.0 Metode

3.1 Inklusjons- og eksklusjons- kriterier

Inklusjonskriteriene var at forskningsartiklene skal svare på problemstillingen i dette litteraturstudiet, som er: *Hvilke erfaringer har helsepersonell med kommunikasjon i samhandling med personer med demens i forbindelse med ADL aktiviteter?*

Forskningen skal være publisert i ett vitenskaplig tidsskrift, og ha publiseringsnivå 1 eller 2. For å finne ut om hvilket nivå artiklene er på, vil jeg bruke Database for statistikk om høgre utdanning (18.05.14). Det vil si noe om kvaliteten på artiklene og samtidig om de er fagfellevurdert. Artiklene skal være et primærarbeid av originalarbeid. Det at artiklene er fagfellevurdert vil si at de har gått igjennom en kvalitetssikring. Ekspertene innenfor fagområdet går igjennom artiklene, vurderer de og godkjenner de. Det blir stilt krav til innholdet og formen på artikkelen (Dalland, 2012). Alle artiklene skal ha gjort rede for etiske vurderinger, og jeg skal gjøre en vurdering av disse. Artiklene vil så bli kvalitetsvurdert ved bruk av skjema *Sjekkliste – kvalitativ metode* og *Sjekkliste – kvantitativ metode* fra boken *”Jobb kunnskapsbasert! En arbeidsbok”* av Nortvedt, et al (2012).

De ulike artiklene som er inkludert i denne studien har ulike helsepersonell som deltar i forskningen. Det kan være enrolled nurse, health care personell, nurse og lignende.

Av inkluderingskriteriene er det ikke satt noen aldersbegrensninger da variasjonene innenfor demenssykdommen kan være større enn hva alder vil ha å si. Videre har jeg også valgt å inkludere alle typer demens.

Jeg har også forsøkt å ha nyere forskning med i denne oppgaven og den eldste artikkelen er derfor fra 2010.

3.2 Litteratursøk

Denne oppgaven skal ha form av en systematisk litteraturstudie. I en litteraturstudie systematiserer en kunnskap fra skriftlige kilder. Det å systematisere vil si å samle inn, gå kritisk gjennom og sammenfatte (Magnus og Bakketeig, 2002). I denne oppgaven skulle en minst inkludere 8 forskningsartikler. Reviewartikler skulle ikke benyttes. Det ble brukt

mye gode søkeordtid på å finne gode søkeord og kombinasjoner av disse, for å finne de relevante forskningsartikler til å belyse problemstillingen.

3.3 Utarbeidelse av PICO-skjema og søkehistorikk

Jeg har fått anbefalt å bruke PICO-skjema for å kunne systematisere søkene mine på en mer hensiktsmessig måte. PICO er sammensatt av forskjellige bokstaver som representerer bestemte faktorer som stadig er en del av et klinisk spørsmål. Når en deler opp spørsmålet eller problemstillingen på denne måten, vil du kunne presisere kunnskapsbehovet ditt godt (Nortvedt et al, 2012).

P: Patient/Problem: hvilken type pasient eller pasientgruppe

I: Intervention: hvilket tiltak eller intervensjon skal vurderes?

C: Comparison: skal tiltaket (intervention) sammenlignes med noe annet?

O: Outcome: hvilket utfall eller endepunkter er av interesse?

Dette skjemaet passer ikke til alle spørsmål, men kan være ett godt hjelpemiddel (Nortvedt et al, 2012). Jeg har valgt å kun bruke engelske søkeord, da de aller fleste databasene var på engelsk. På SveMed var det mulig å søke på norsk, men også engelsk, og jeg valgte engelsk.

Dette er ett utdrag av PICO skjemaet. Se vedlegg 1.

P	I	C	O
Advanced dementia disease Alzheimer* Alzheimers disease AD Dement* Dementia Nurs* Nursing	Activities of Daily Living Body Language Communication Communica* Expressions Nonverbal Understand*	Ingen	Ingen

3.4 Databasesøk

Jeg har i denne oppgaven benyttet meg av databasene OVID MEDLINE, OVID AMED, ProQuest, Science Direct og SveMed. Har tidligere benyttet denne søkemethoden i arbeidet med min Bachelorgrad, men har gjennom undervisning dette skoleåret lært bedre metoder å søke på. De fleste søkene mine er gjort på OVID MEDLINE og OVID AMED da jeg likte best den måten å søke på, men for å forsøke å styrke oppgaven har jeg valgt å bruke de andre databasene også.

3.5 Kvalitetsvurdering

Artiklene som jeg har valgt å ta med i denne oppgaven er kvalitative artikler, samt en tverrsnittsstudie. I arbeidet med å kvalitetsvurdere de artiklene har jeg valgt å bruke *Sjekkliste - kvalitativ metode* i boken ”Jobb kunnskapsbasert! En arbeidsbok”, skrevet av Nortvedt et al (2012). I denne sjekklisen er det formulert 9. forskjellige spørsmål, og disse har jeg forsøkt å svare på ved bruk av artikkelen jeg skulle kvalitetsvurdere Under hvert spørsmål er det også noen *tips* som gir meg en litt bedre forståelse av hva jeg skal se etter, og disse har jeg også brukt aktivt. For å kvalitetsvurdere artikkelen som er en tverrsnittsstudie, har jeg valgt å bruke *Sjekkliste - tverrsnittsstudie* i samme bok. Denne sjekkslisten er oppbygd på samme måte som *Sjekkliste- kvalitativ metode*, men med andre spørsmål, og jeg har derfor arbeidet på samme måte med den artikkelen. Artiklene ble vurdert som gode etter hvorvidt jeg har funnet svar på spørsmålene som disse to sjekklisene har stilt.

3.6 Etisk vurdering

Etikken skal gi oss veiledning og kunnskap til å kunne hjelpe oss før vi handler, når vi blir stilt overfor vanskelige avgjørelser i livet (Dalland, 2012).

Når en skal gjøre forskning med personer, må en forholde seg til forskningsetikk. Forskningsetikk har å gjøre med planlegging, gjennomføring og rapportering. Formålet med forskningsetikk er å ivareta personvernet og sikre at forskningsresultatene har troverdighet. Når det kommer til medisinsk forskning, har forskningsetikken som hensikt å beskytte informantene mot å bli påført skade eller unødvendige belastninger. Selv om forskningen har som mål å erverve ny kunnskap og innsikt, skal ikke enkeltpersonenes

integritet være til bekostning. Det er først og fremst ved medisinske forsøk dette gjelder, men forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskaplige fag har vokst frem (Dalland, 2012).

3.6.1 Informert samtykke og godkjenning av etiske komiteer

Alle forskningsartiklene jeg har valgt å ta med i denne oppgaven har fått godkjenninger hos ulike etiske komiteer. Eksempler på de ulike etiske komiteene kan være Regionalt styre av forskningsetikk i Sverige, University of Toronto Research Ethics Board og lignende. Viser til vedlegg 2: *artikkel oversikt*, for en mer detaljert oversikt. Den norske artikkelen jeg har med har blant annet fått godkjenning hos datatilsynet og hos Regional Etisk Komitee (REK). Deltagerne har fått både skriftlig og muntlig informasjon og har mulighet til å kunne trekke seg fra studien. Hos pasienter som ikke har mulighet til å kunne vurdere selv, om de skal være med i denne studien (personene med demens), har pårørende fått informasjon om studien og bestemt om personene skal være med. Forskerne har også i følge forskningsartiklene fulgt godt med om personene med demens har reagert negativt på noen måte. Det varierer hvilken type informasjon personene med demens har fått.

3.7 Analyse

I arbeidet med analysen til denne oppgaven har jeg brukt artikkelen *Systematic review of interpretive research: Interoretive data synthesis of processed data*, skrevet av Evans (2002). Han deler analysen inn i fire punkter.

1. **Innsamling av primærstudier (artikler):** Dette punktet er beskrevet tidligere i oppgaven.
2. **Identifisering av nøkkelfunn i hver enkelt studie:** jeg har lest gjennom de enkelte studiene flere ganger og trukket ut deler av studien som jeg mener er viktig over på et eget ark. Disse punktene er nummererte og merket av i teksten slik at jeg lett kan finne ut hvor det er hentet fra i selve artikkelen.
3. **Finne ut hvordan disse funnene kan knyttes til funnene i de andre artiklene:** De punktene som jeg har skrevet over på et eget ark har jeg nå skrevet ut på ark, arkene er klippet i biter og så lagt ut over gulvet for å finne ut hvilke andre kategorier de hører sammen med.
4. **Samle de felles funnene og frembringe en beskrivelse av fenomenet:** Hvert punkt ble lest igjennom og lagt utover bordet, i ett forsøk på å samle de punktene

som hadde like tema. Det endte opp med til sammen 6 kategorier, som til slutt ble til tre tema. Viser til vedlegg 2: analyse delen av oppgaven.

4.0 Resultat

Problemstillingen for denne oppgaven var *Hvilke erfaringer har helsepersonell med kommunikasjon i samhandling med personer med demens i forbindelse med ADL aktiviteter?* Gjennom arbeidet med å finne forskningsartikler og analyse av disse har jeg kommet frem til 3 temaer:

- Kjennskap til pasienten
- Nonverbal kommunikasjon – på godt og vondt
- Bevisst bruk av ulike strategier
 - Verbale strategier
 - Å få muligheten
 - Å bruke kollegaer

4.1 Kjennskap til pasienten

Det første tema er å ha kjennskap til pasienten, dette gjelder fortid og nåtid. Årsaken til at dette kommer frem som et viktig punkt er at det hjelper helsepersonell til å kunne ta vare på pasienten på best mulig måte. I artiklene til Eggers et al (2013), Wilson, Swarbrick, et al (2012), Quinn et al (2013), kommer det frem at det å ha kunnskap om pasienten, kan hjelpe helsepersonell til å tolke hva pasienten forsøker å si eller gi uttrykk for. Når helsepersonell kjenner til pasienten, brukes denne kunnskapen til å kunne sammenligne tidligere uttrykk, for å finne ut om pasienten for eksempel har smerter (Quinn et al 2013; Eggers et al 2013). Hos pasienter med langtkommet demens brukes kunnskapen som helsepersonell har om pasienten til å gjøre det beste for pasienten (Eggers et al 2013).

Når helsepersonell har kunnskaper om pasientens fortid, som fritidsaktiviteter og interesser, brukes denne kunnskapen til å kunne ha meningsfulle samtaler med pasientene (Quinn et al 2013; Wilson, Swarbrick, et al 2012). Familiemedlemmer til pasienter med demens kunne prøve å komme på samme ”bølgelengde” som pasienten ved å snakke om fortiden til pasientene, som for eksempel barndommen. Helsepersonell oppnådde også kontakt med pasientene når de forsøkte det samme (Quinn et al 2013).

Det kunne også være spesielle hendelser i pasientens liv som kunne gi pasienten glede i hverdagen ved å hente frem (Wilson, Swarbrick, et al 2012). Når pasienten forteller om sitt tidligere liv, kan personalet bruke kunnskapen de har om pasienten til å kunne hjelpe

pasienten, dersom han står fast i historien. Det er ikke alltid at personalet kommer med de rette forslagene i en slik stopp, og det er da viktig at pasienten får muligheten til å fortsette historien (Ericsson et al 2011).

Pasienter med demens er ikke alltid klar over hva som blir tilbudt dem, som for eksempel av aktiviteter. Personalet må da bruke kunnskapen om pasienten til å kunne minne pasienten på sist han/hun deltok i aktiviteten (Ericsson et al 2011).

Artiklene 1, 4, 6, 7

4.2 Nonverbal kommunikasjon – på godt og vondt

Det blir brukt nonverbale instruksjoner med kroppsbevegelser, for eksempel å peke, gi pasienten ett objekt og guide en bevegelse (Hammar et al 2011; Wilson, Rochon et al 2013; Quinn et al 2013; Thunborg et al 2012). Det ble lagt vekt på å ha øyekontakt med pasientene (Hammar et al 2011; Quinn et al 2013).

Kroppsspråket blir tolket, og forandringer over tid kan si noe om hvordan pasienten har det (Eggers et al 2013; Alnes et al 2010; Quinn et al 2013). Ansiktsuttrykk kan være en indikasjon på humør og velvære hos pasienten (Quinn et al 2013). Helsepersonell kan også tolke kroppsspråket til pasienten for å vurdere når det er riktig tid til å nærme seg eller ta kontakt. Kroppsspråket kan også være med og gi en indikasjon på om pasienten er villig eller ikke villig til å delta (Ericsson et al 2011).

En bevisst strategi som helsepersonell brukte var å plassere seg nært pasienten, på samme nivå og i en posisjon som gjorde øyekontakt mulig. Helsepersonell plasserte seg også ved noen tilfeller på ett litt lavere nivå for å fremme pasientens selvoppfatning som en likeverdig (Ericsson et al 2011).

4.2.1 Forstyrrelser

Ting som kan være med på å vanskeliggjøre samhandlingen mellom helsepersonell kan være mangelen på øyekontakt og ikke å få muligheten til å delta (Hammar et al 2011). Helsepersonellets oppførsel, for eksempel om pleieren er stresset, har en dårlig dag eller lignende, kan påvirke pasienten (Alnes et al 2010; Quinn et al 2013; Thunborg et al 2012;

Ericsson et al 2011). Da personer med demens kan oppfatte at pleieren er stresset eller har dårlig tid, er det viktig at helsepersonell er ordentlig avslappet og fokusert på pasienten ved samtale (Ericsson et al 2011). Et stressende miljø (Thunborg et al 2012), og andre trivielle forstyrrelser, kan også være med å vanskeliggjøre situasjonen og ødelegge mestringsopplevelsen (Alnes et al 2010). Pasientene kan også ha vanskelig med å åpne seg opp for personalet da de opplever å måtte dele personalet med andre pasienter og frykter å bli avbrutt (Ericsson et al 2011).

Artiklene: 2, 4, 5, 7, 8.

4.3 Bevisst bruk av ulike strategier

Ved gjennomgang av artiklene kom det frem flere ulike strategier som ble brukt av helsepersonell i samhandling med personer med demens. Disse 3. ulike strategiene har jeg valgt å samle, for så å presentere de kort.

4.3.1 Verbale strategier

Når en snakker med pasienter som har demens brukes det få, enkle, korte setninger og en bør snakke i nåtid (Alnes et al 2010). Wilson, Rochon et al (2013) fant at når helsepersonell snakker med pasienter med demens blir det brukt kun et alternativ om gangen, pasientens navn, repetisjon, lukkede spørsmål, bekreftende spørsmål og oppmuntrende kommentarer. Ericsson et al (2011) hadde lignende funn, som at helsepersonell brukte oppmuntring for å støtte pasienten til å kunne gjennomføre en aktivitet. I følge Wilson, Rochon et al (2013) og Thunborg et al (2012) blir det i samhandling med personer med demens brukt ulike kommunikasjons metoder. Når en skal skape sikkerhet og tillitt, er det forhold som fremmer prosessen, og det er når pleieren viser respons, bruker tid, gjentar informasjon og tilpasser tilnæringsen i forhold til hvordan en behandler pasienten når pasienten for eksempel er irritert (Ericsson et al 2011).

Wilson, Swarbrick et al (2012) fant at ved å kjenne til interessene til pasientene, kunne en bruke den kunnskapen til å bygge en samtale på. Thunborg et al (2012) fant at det i noen situasjoner kunne bli brukt en hvit løgn for å kunne samhandle med pasienten.

En annen strategi som ble brukt for å fremme pasientens følelse av å være likeverdig. Når pasienten føler seg likeverdig oppmuntrer det pasienten til å åpne seg for personalet og det gjør det mulig å skape en relasjon. For å skape en slik situasjon kan personalet bruke en aktivitet som krever samarbeid. Ved å forsterke likeverd verbalt og bruke elementer med lignende eksteriør attributter fremmer en likeverd mellom pasienten og personalet. Et eksempel kan være at begge to bruker forkle under aktiviteten å bake (Ericsson et al 2011).

4.3.2 Å få muligheten

Hos Eggers et al (2013) og Alnes et al (2010) kommer det frem at pasientene må få muligheten til å uttrykke seg. Eggers et al (2013) trekker også frem at det er viktig å respektere pasientens forsøk på å kommunisere og ikke avbryte dem. Hammar et al (2011) finner at helsepersonell må invitere til kommunikasjon. Det er også viktig at pasientene får prøve selv (Hammar et al 2011), og at de får nok tid på seg (Eggers et al 2013; Hammar, et al 2012; Alnes et al 2010). Dette på grunn av at pasientene med demens har kompetanse til å kunne delta i dialog (Alnes et al 2010). Ericsson et al (2011) fant at en må sette av fast tid til pasienten. Når en satte av tid til pasienten har en tid til å lytte og være tilstede. Selv om det er to deltagere i en dialog, er det personalets ansvar for å legge til rette for en positiv opplevelse (Ericsson et al 2011).

4.3.3 Å bruke kollegaer

I artikkelen til Eggers et al (2013) brukes kollegaer til å reflektere og diskutere over ulike situasjoner med. Hos Thunborg et al (2012) blir det beskrevet hvordan helsepersonell bruker hverandre ved å ta over når situasjonen blir vanskelig, de beskriver også at de erfarne pleierne lærer opp de uerfarne.

Artikler: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8,

5.0 Diskusjon

5.1 Metodediskusjon

5.1.1 Inklusjons- og eksklusjons kriterier

I begynnelsen av arbeidet med denne oppgaven, hadde jeg det klart for meg hva jeg ville arbeide med og finne ut av, problemet var at jeg slet med å sette ord på det jeg ville finne. Dette gjorde at inklusjons- og eksklusjons- kriteriene ble noe diffuse. Det er derfor mulig at noen av de artiklene jeg har valgt ikke å bruke, kunne ha vært brukt.

5.1.2 Litteratursøk

Å søke etter litteratur har vært ett tungt arbeide, noe som har gjort at jeg har blitt lei og frustrert. Har opplevd flere ganger at artikler som jeg tror hadde passet perfekt til oppgaven for eksempel ikke har vært mulig å oppdrive på norske bibliotek, samtidig har jeg opplevd at ettersom tittel og abstract har vært på engelsk, har jeg ikke oppdaget at artikkelen var på tysk, ett språk jeg ikke kan. For meg oppleves det som at det rundt år 2000 var gjort mye forskning innenfor feltet jeg har valgt å skrive om, men at det nå i nyere år har begynt og ta seg opp igjen. Noe som gjør at artikler har blitt vraket pga de er for gamle.

5.1.3 Utarbeidelse av PICO-skjema og søkehistorikk

På grunn av startproblemene jeg hadde med inklusjons og eksklusjonskriteriene, forplantet problemene seg til søkeordene også. Det gjorde at jeg å kjøre meg fast i søkeordene, som for eksempel at jeg brukte mye tid på å søke etter artikler der veiledningsmetoden Marto Meo ble brukt, selv om oppgaven skulle ha ett bredere omfang og ikke bare inneholde artikler om denne ene metoden.

5.1.4 Databasesøk

Databasene som ble brukt i arbeidet med denne oppgaven var: OVID MEDLINE, OVID AMED, ProQuest, Science Direct og SveMed. Det å søke i databasene var greit, men noen av databasene var litt enklere å forstå enn andre.

5.1.5 Kvalitetsvurdering

Dette var første gangen jeg har kvalitetsvurdert forskningsartikler. Det var vanskelig å skjønne til å begynne med, men ble lettere og mer forståelig etter hvert. Å kvalitetsvurdere tverrsnittsstudien var vanskeligst, men det kan være pga det var kun **en** tverrsnittsstudie. De artiklene som jeg har endt opp med har blitt publisert i ulike tidsskrifter, Dementia. Artiklene er relativt nye da de har blitt publisert mellom 2010-2014, og de er fra ulike land, England, Canada, Australia, Sverige og Norge.

5.1.6 Etisk vurdering

Artiklene har blitt godkjent hos ulike etiske komiteer som nevnt tidligere i oppgaven. Men en av artiklene oppgir kun at den har blitt godkjent hos den etiske komiteen til et sykehus, men det kommer ikke frem hvilket sykehus.

Videre skriver flere av artiklene at det gjennom forskningen har vurdert om pasientene gir signal som skulle tilsi en form for motstand til den intervensjonen som ble brukt, men ingen av artiklene har avsluttet sin forskning pga motstand hos pasientene. Kan det være at forskerne har oversett signaler som pasientene har sent?

5.1.7 Analyse

Etter analysen av forskningsartiklene i denne oppgaven, fant at jeg måtte utelate en artikkel Det kan derfor være at jeg ubevisst har funnet en artikkel som passer til analysekategoriene jeg har komt fram til. Dersom jeg hadde funnet den nye artikkelen tidligere og den hadde blitt analysert samtidig med resten av artiklene ville det kanskje gjort at jeg hadde funnet frem til andre kategorier.

5.2 Resultatdiskusjon

Problemstillingen for denne oppgaven var *”hvilken erfaring har helsepersonell med kommunikasjon i samhandling med personer med demens i forbindelse med ADL aktiviteter?”*. De hovedfunnene jeg har komt frem til viser at det kreves mye av helsepersonell når de skal samhandle med pasienter med demens. Hovedfunnene mine; kjennskap til pasienten, nonverbal kommunikasjon – på godt og vondt og bevisst bruk av ulike strategier, handler alle om pasienten i fokus. En liten ”smørbrød liste” om hva en bør

og bør ikke gjøre kommer frem, men mye av det som kommer frem krever at vi som helsepersonell må bruke kunnskapen vi har om pasienten for å kunne samhandle.

Det er viktig å være klar over at noen av forskningsartiklene som jeg har valgt ut, er retrospektive, noe som gjør at pleierne som blir intervjuet kan huske de ulike situasjonene annerledes, enn det som faktisk skjedde. Artiklene handler om hvilken erfaring helsepersonell har, og i noen av artiklene blir det trukket frem hva som ble observert. Selv om pleierne har erfaring med at enkelte strategier fungerer, betyr ikke at det er det rette å gjøre, som for eksempel en ”hvit” løgn.

5.2.1 Kjennskap til pasienten

For å kunne forsterke pasientens identitet og selvfølelse er det viktig kjenne til pasientens bakgrunnsopplysninger. Når en har kunnskap om pasienten kan en tolke og forstå det pasienten gir uttrykk for gjennom utsagn og adferd. For å skape ett miljø som er støttende og som har til hensikt å fremme best mulig funksjon, er det viktig å ha faste kompetente hjelpere som har god kunnskap om pasienten, og har hatt ansvar for enkelte pasienter over tid. Når en har kunnskap om pasientens bakgrunn og livshistorie, kan pleierne støtte opp om pasientenes identitet, selv om pasienten har begynt å glemme, og har vansker med å huske fortiden (Rokstad og Smebye, 2008). Tom Kitwood (1999) trekker frem *Identitet*, som en del av de viktigste psykologiske behovene hos personer med demens, å vite hvem man er.

Funnene i min analyse støtter det Rokstad og Smebye (2008) skriver. Eggers et al (2013), Wilson, Swarbrick et al (2012), og Quinn et al (2013) fant alle at når en har kunnskap om pasienten, har pleierne mulighet til å tolke det pasienten sier eller forsøker å gi uttrykk for. Quinn et al (2013) fant at selv om pasienten ikke hadde verbal mulighet til å kommunisere med sine pårørende, brukte pårørende å snakke om ting som pasientene hadde interesse for, da pårørende følte at dette kunne stimulere en respons.

For at en skal kunne forstå en pasient med dårlig språkfunksjon, må en ha kunnskap om pasientens forhistorie, vaner og uttrykksmåter. Pasientene kan ha måter som de gir uttrykk for sine behov og en må kunne gjenkjennes disse (Rokstad, 2005). Eggers et al (2013) fant det samme i sin undersøkelse. Ved å tolke pasientens uttrykk, å observere, lytte, spørre,

reflektere og respektere pasientens reaksjoner, er det en måte å bli kjent med pasienten på. Når en blir kjent med personen, mener jeg at det er lettere å se personen bak sykdommen.

Buber skriver i grunnordet: *jeg og du er verden noe man møter, ser hen til, tar i mot, noe som kommer meg i møte, noe vi rører ved* (Eide et al 2011:38). Buber trekker videre frem at dersom man ser på personen som et *det*, vil personen være som et objekt eller en ting, noe som vi besitter eller tilegner oss. Noe som vi kan kontrollere, måle, veie, bruke, analysere osv (Eide et al 2011).

Sviktende virkelighetsoppfatning kan påvirke pasientens evne til å forstå og formidle språk. For pasienten vil det som fortelles språklig være uforståelig, dersom omgivelsene ikke tar hensyn til den verden pasienten befinner seg i. Når en forstår verdenen som pasienten befinner seg i, vil det være mulig å kommunisere på en meningsfull måte (Rokstad, 2005). Tom Kitwood trekker frem underkjennelse som ett av flere ondartet sosialpsykologiske elementer. Ved underkjennelse, anerkjenner en ikke den subjektive virkeligheten som personen har en opplevelse av og føler (Jacobsen, 2003).

Vi hadde en pasient med demens på avdelingen som var tidligere skipper/styrmann. Denne pasienten stod ofte opp om nettene og ville ikke legge seg igjen, da han var på "vakt". Når nattevaktene brukte kunnskapen om hans tidligere yrke, sa de noe som: "Nå er det jeg som har vakt, du kan legge deg i lugaren og få litt søvn. Skiftet ditt begynner ikke før om noen timer". Pasienten gikk inn på rommet og la seg til å sove.

Denne måten å møte pasienten kan en også kalle erindringsarbeid. Ved å arbeide på måten Kitwood ønsket at vi skulle gjøre, vil vi vektlegge personen ("personhood") og da den subjektive opplevelsen som personen har av seg selv og tilværelsen i behandlingen. Ved å bruke denne tilnæringsmetoden ser en på personen med demens, som en person med erfaringer og opplevelser, og som formidler dette både verbalt og nonverbalt (Fossland og Thoresen, 2010).

Ved å bruke valideringsterapi, tar en utgangspunkt i at følelsene til personen er reelle og aksepterer opplevelsene til personen, og bekrefter det emosjonelle innholdet. Ved å utvide denne tilnæringsmetoden, kom kunnskapen om at personens reaksjoner var merket av livshistorien. En kan ikke bare forklare symptomene på bakgrunn av sykdommen til

pasienten, men en må også se på pasientens oppsamlede livshistoriske erfaringer, vaner og minner (Fossland og Thoresen, 2010).

5.2.2 Nonverbal kommunikasjon – på godt og vondt

Når en skal kommunisere med pasientene, kan en understreke utsagn med handling eller objekter. For eksempel; når en inviterer en pasient til kaffe, kan en vise til det ferdigdekkede bordet. Å bruke det nonverbale språket for å understreke et budskap er en fordel, men det viktigste er å ha samsvar mellom det verbale og nonverbale budskapet (Rokstad og Smebye, 2008). Hammar et al (2011), Wilson, Rochon et al (2013), Quinn et al (2013), og Thunborg et al (2012) fant også eksempel på det, for eksempel å peke, gi pasienten et objekt og guide en bevegelse. Jeg kan for eksempel si til en pasient at nå må du kamme håret ditt, samtidig som jeg gir pasienten kammen. Eller fortelle pasienten at hun kan gå inn på stuen, samtidig som jeg bruker hånden min til å vise pasienten hvilken retning hun skal gå.

Når en skal forsøke å forstå pasientene, er det viktig å være var pasientens kroppsspråk og adferd, da små nyanser kan påvirke tolkningen vår (Rokstad og Smebye, 2008). Eggers et al (2013), Alnes et al (2010), og Quinn et al (2013) fant at kroppsspråket blir tolket og forandringer som skjer over tid, kan si noe om hvordan pasienten har det. Når en tolker ansiktsuttrykket kan en få en formening om hvordan pasienten har det, da ansiktsuttrykket kan gi en indikasjon på humør og velvære (Quinn et al 2013). Ericsson et al (2011) fant at ved å tolke kroppsspråket, kan finne ut om pasienten kan være mottakelig til for eksempel å delta i en aktivitet.

Det å observere pasienten for å finne ut om han er mottakelig til for eksempel et stell, som å få vasket vekk avføring, er en form for tolkning vi bruker mye. Jeg kan ganske raskt finne ut om pasienten kan være mottakelig, ved å observere pasienten. Selv om jeg innimellom kan ha vanskeligheter med å sette ord på hva det er som gjør, at jeg kan si om pasienten er mottakelig eller ikke.

Wogn-Henriksen skriver at når pasientene har kommet langt, i utviklingen av sin demenssykdom, blir det nonverbale i kommunikasjonen viktigere. Selv om de har kommet langt i sitt sykdomsforløp, kan de fortsatt kommunisere ved bruk av blick, mimikk,

kroppsholdninger og bevegelser, berøring, stemmebruk, avstand og synkronisere disse (Rokstad og Smebye, 2008). Quinn et al (2013) fant at når pasienten ikke lenger kunne kommunisere verbalt, brukte informantene (helsepersonell og pårørende) i studien kroppsspråk og ansiktsuttrykk for å identifisere tegn på tilstedeværelse, og da med spesielt fokus på øynene. Betydningene av disse tegnene ble tolket på forskjellige måter av helsepersonell og pårørende.

Eide og Eide (2007) presenterer 6 punkt som de mener gode nonverbale kommunikasjonsferdigheter kan sammenfattes til:

1. Å ha øyekontakt, men ikke stirre.
2. Å ha en åpen kroppsholdning som signaliserer at du er mottakelig. Viktig å unngå å krysse armer og bein.
3. Å henvende seg til personen gjennom kroppsholdning, for eksempel å lene seg mot den andre og unngå å henge uinteressert tilbaket.
4. Ved å bruke forstående nikk, bekreftende ”mm”, og/eller også bruke beroligende berøring, kan en følge den andres utsagn nært.
5. Unngå å være spent, urolig og rastløs, men vær avslappet, naturlig og vennlig i stemmen og bevegelsene.
6. Ved å ha lukket munn, glatt panne og senkede øyebryn osv. uttrykker ansiktet ro, tilstedeværelse og interesse.

5.2.3 Bevisst bruk av ulike strategier

5.2.3.1 Verbale strategier

Wogn-Henriksen (i Rokstad og Smebye 2008) trekker frem det å snakke tydelig, artikulert og i passende temp, dvs. ikke for fort, er viktig når en snakker med personer som har en mental kapasitet som er begrenset. Videre trekker hun frem at en bør korte ned setningene, snakke om en ting av gangen og unngå bruk av abstrakte ord og uttrykk. Vi står i fare for å understimulere og overstimulere dersom vi ikke passer på å porsjonere ut mengden av kommunikasjon, med andre ord kan en si at for å kommunisere godt, tilpasser en seg personen og situasjonen. Alnes et al (2010) fant at når en snakker med personer med demens bruker en få, enkle, korte setninger, og at en bør snakke i nåtid. Å bruke ett alternativ om gangen, pasientens navn, repetisjon, lukkede spørsmål, bekreftende spørsmål og oppmuntrende kommentarer var det Wilson, Rochon et al (2013), fant at ble brukt. I

artikkelen til Ericsson et al (2011) ble oppmuntring brukt for å støtte pasienten ved gjennomføring av en aktivitet.

Kitwood har presentert begrepet ondartet sosialpsykologi. Det er viktig å være klar over at han ikke mener onde hensikter hos omsorgsytterne, men at hensiktene er gode, men at betegnelsen er knyttet til kultur og system. Kitwood har presenterer noen elementer som viser dette. Et eksempel er *Forræderi*; det å bruke ulike måter til å manipulere personen til medgjørighet. Det kan være å lyve til personen for å få han med hjem etter en tur (Jacobsen, 2003). I artikkelen til Thunborg et al (2012) ble det å ta en hvit løgn gjort bevisst for å stimulere pasientens villighet.

Et annet element knyttet til Kitwoods ondartet sosialpsykologi er *forsering av tempo*, som handler om å gi personen med demens informasjon eller valgmuligheter i for høyt tempo, noe som gjør at personen ikke har mulighet til å forholde seg til det. Ved å bruke positiv interaksjon, der begrepet er anerkjennelse er et begrep; bekrefter personen i situasjoner ved å bruke øyekontakt, språk eller handling, er en slik interaksjon. Eksempel på hvordan en bruker anerkjennelse er å bruke navn ved hilsning (Jacobsen, 2003).

Av erfaring kjenner jeg godt til bruken av oppmuntring og positive kommentarer. For eksempel når vi utfører forskjellige ADL oppgaver som for eksempel baking i avdelingen, opplever jeg det som at pasientene ikke har problemer med å fysisk utføre ulike oppgaver, men de trenger rettleiing på hva som skal skje først og sist, og samtidig trenger de bekreftelse på at det de gjør er rett. Da de fort blir usikre på seg selv. Spørsmål som ”er dette rett?”, ”ser det bra ut” osv. er ting de trenger bekreftelse på. Jeg forsøker også å være bevisst på måten jeg ”retter” pasientene på dersom de gjør feil. Da det er viktig at de beholder mestingsopplevelsen jeg har forsøkt å legge til rette for. Samarbeid er ett annet av Kitwood’s positiv interaksjons begrep, da pasienten og omsorgspersonen arbeider sammen med en oppgave (Jacobsen, 2003).

Utagering skjer som oftest i forbindelse med en stellsituasjon. Å forberede pasienten på det kommende stellet, som å fortelle pasienten hvorfor og hvordan er veldig viktig. Ved å være flink til informativ kommunikasjon og alliansebygging, kan vi kanskje unngå situasjoner som aktualiserer diskusjonen om tvang. Flere faktorer kan være med å påvirke situasjonen, som ordvalg, tempo, timing, emosjonelt klima, tonefølge og dialekt. Det er

viktig å passe på at språket vi bruker ikke virker undertrykkende eller forsterker maktkonstellasjoner, da språk er makt. Ved bruk av mange ord kan noen pasienter bli forvirret, dette er det viktig å være oppmerksom på. Vi må styrke eller bytte ut språklige koder med tegn, som kroppslige signaler eller ved å bruke en selv som modell, dersom ordene ikke har informasjonsverdi (Rokstad og Smebye, 2008).

5.2.3.2 Å få muligheten

Rokstad (i Rokstad og Smebye, 2008) skriver at personer med demens opplever at tempoet i en normal samtale kan bli for høyt. Personer med demens trenger gjerne tid til å finne de riktige formuleringene. Av frykt for å skjemme seg ut for omverdenen, blir mange personer tausere enn tidligere. Hun trekker også frem at vi som helsepersonell umyndiggjør pasientene våre ved at de ikke får bruke de evnene de har, eller at vi ikke hjelper vedkommende med å fullføre handlinger de har begynt på. Wogn-Henriksen (i Rokstad og Smebye, 2008) trekker frem flere råd som skal hjelpe når en kommuniserer med en person med demens som har det vanskelig med inngående kommunikasjon. Hun trekker blant annet frem det å gi pasienten god tid når han skal uttrykke seg, at vi kan si første lyd eller bokstav for å hjelpe pasienten med å få si ordet og kanskje det jeg anser som det viktigste punktet; å unngå å avbryte pasienten.

Eggers et al (2013) og Alnes et al (2010) trekker frem at pasientene må få muligheten til å uttrykke seg. Videre trekker Eggers et al (2013) frem at det er viktig å respektere pasientens forsøk på å kommunisere og ikke avbryte pasienten. I forskningen til Ericsson et al (2011) kommer det frem at ved å sette av tid til pasienten, har en muligheten til faktisk å lytte og være tilstede. I samme undersøkelse kommer det frem at det er helsepersonellens ansvar å legge til rette for en positiv opplevelse. I undersøkelsen til Alnes et al (2010) kommer det frem at personer med demens har kompetanse til å kunne delta i en dialog. Hammar et al (2011) er enige med Rokstad (i Rokstad og Smebye, 2008) da det kommer frem i undersøkelsen at pasientene må få prøve selv. Flere av artiklene jeg har med i denne oppgaven trekker også frem hvor viktig det er at pasientene får nok tid på seg (Eggers et al 2013; Hammar et al 2011; Alnes et al 2010).

De ondartede sosialpsykologiske elementene til Kitwood, som umyndiggjørelse, forsering av tempo og brudd kan trekkes frem her. Umyndiggjørelse går ut på å overse personens

ressurser eller å avbryte personen etter han har begynt på en handling. Forsering av tempo, å snakke for fort, og brudd, som er å forstyrre eller blande seg inn i handlingen eller uttalelsen til en person. En bør da heller bruke positiv interaksjon som for eksempel facilitering, som går ut på å la personene gjøre det han kan, og assistere personen der det er behov for det (Jacobsen, 2003).

5.2.3.3 Å bruke kollegaer

I min analyse av artiklene kommer verdien av å bruke kollegaer frem. Det er ikke mange av artiklene som har nevnt dette, men jeg har valgt å ta det med. Kollegaer sitter ofte med gode råd og andre måter å gjøre ting på. Rokstad (i Rokstad og Smebye, 2008) skriver at en viktig del av en profesjonell kultur er refleksjon over fellesskapet og egne handlinger. Når en reflekterer i kollektiv blir det satt ord på situasjoner i fellesskap. For å danne en vei for videre handling blir ulike tolkninger trukket frem, og gruppen kommer sammen frem til en felles tolkning. Hvordan en velger å handle blir styrt av pasientens behov, fagkunnskaper og de felles verdiene i avdelingen.

Eggers et al (2013) trekker frem det å bruke kollegaene til å reflektere og diskutere ulike situasjoner. Dette er noe som er mye brukt i avdelingen der jeg jobber og ved å jobbe på denne måten forbedrer en, etter min mening, pleien til pasientene. Da vi har ulike bakgrunner og erfaringer. Thunborg et al (2012) trekker frem det at personalet bruker hverandre ved å ta over når situasjonene blir vanskelige. Dette er også noe som blir brukt bevisst på arbeidsplassen min. Det kan være for eksempel i en stellsituasjon der en ikke kommer videre og det å bytte med en kollega kan gjøre at stellsituasjonen blir fullført. En kan også bruke kollegaer bevisst for å oppnå tillitt til enkelte pasienter. Jeg husker spesielt hos en pasient, der gikk vi inn to stk for at den ene pleieren ble utplukket til å være den ”slemme”, mens den andre ble den ”snille”. Den ”snille” pleieren ”jaget” så ut den ”slemme” pleieren og fikk da med seg pasienten på badet og hjelpe henne å bli stelt. Det er ikke sagt at dette er den ”rette” metoden å bruke i slike situasjoner, men den fungerte.

6.0 Konklusjon

Hensikten med denne oppgaven var å undersøke hvilke erfaringer helsepersonell har med kommunikasjon i samhandling overfor personer med demens, og hvilke kommunikasjonsmetoder de har erfart som mest hensiktsmessige.

I min analyse kommer hovedpunktene kjennskap til pasienten, nonverbal kommunikasjon – på godt og vondt, og bevisst bruk av ulike strategier frem. I samhandling med personer med demens er at det er viktig å ha kunnskap om pasientens fortid og nåtid. En må også være bevisst på at det flere ting som spiller inn på samhandlingen. Det kan være små ting som en gir uttrykk for ved nonverbal kommunikasjon eller det kan være mangel på oppmerksomhet fra pasienten. Når det kommer til bevisst bruk av ulike strategier kommer det frem i, verbale strategier, en liste på hva en bør og ikke bør gjøre i en dialog. Da med spesielt vekt på korte, enkle setninger. Et punkt som jeg anser som veldig viktig er det å gi pasienten muligheten og ikke minst nok tid. Dersom pasientene ikke får muligheten til å uttrykke seg, tror jeg at det vil vanskeliggjøre for eksempel stellsituasjon betraktelig. Det er også viktig å være klar over at vi er alle forskjellige, ingen er lik. Dette gjør at vi vil møte ulike situasjoner som helsepersonell og vi vil møte situasjoner med pasientene som vi som helsepersonell mestrer, men også situasjoner som vi ikke får til. Det er da ekstremt viktig å bruke hverandre. Vi kan bygge på hverandres erfaringer og som kollegaer kan vi sammen finne veien å gå når det kommer til samhandling med personer med demens.

Det jeg har komt frem til i denne oppgaven har betydning for praksis ved at en kan bruke resultatet i opplæringen av nytt helsepersonell. Resultatet kan også brukes til å gjøre små endringer i en demensavdeling og dermed forbedre pleien vi utøver til personer med demens. Men det er viktig å være klar over at i tolkningen av pasientenes uttrykk kan man overtolke kroppsspråket til pasientene.

6.1 Anbefalinger for videre forskning

For videre forskning bør forsøke å fange opp pasientenes opplevelse i samhandling. Artikkelen til Ericsson et al (2011) er den eneste artikkelen der pasientene med demens har fått sette ord på det dem mener er viktig når det kommer til kommunikasjon. Det er forståelig at å fange pasientenes opplevelse kan være vanskelig, men det betyr ikke at vi ikke skal forsøke å finne metoder for å vurdere dette.

Ved å bruke en blanding av kvantitativ metode og kvalitativ metode når en undersøker samhandling mellom pleier og pasienter med demens, kan en kanskje klare å sette ord på det pleierne i intervju har vanskeligheter med å sette ord på.

Litteraturliste:

Alnes, R. E., Kirkevold, M. og Skovdahl, K. 2010. *Insights gained through Marte Meo counselling: experiences of nurses in dementia specific care units*. International Journal of Older People Nursing

Dalland, O. 2012. *Metode og oppgaveskriving*. 5 utg. Oslo: Gyldendal akademiske

Database for statistikk om høgre utdanning. Publiseringsskanaler.

<https://dbh.nsd.uib.no/publiseringsskanaler/Forside> (18.05.14)

Eggers, T., Ekmann, S. L. og Norberg, A. 2013. *Nursing staff's understanding expressions of people with advanced dementia disease*. Research and Theory for Nursing Practice: An International Journal, Vol 27, No1

Eide, S. B., Grelland, H.H., Kristiansen, A., Sævareid, H.I. og Aasland, D.G. 2011. *Fordi vi er mennesker. En bok om samarbeidets etikk*. 2 utg. Bergen: Fagbokforlaget

Eide, H. og Eide, T. 2007. *Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konflikthåndtering, etikk*. Oslo: Gyldendal akademisk

Engedal, K. 2008. *Alderspsykiatri i praksis: lærebok*. 2. utg. Tønsberg: Forlaget aldring og helse

Engedal, K. og Haugen, P. K. 2009. *Lærebok: Demens- Fakta og utfordringer*. Tønsberg: Forlaget aldring og helse

Ericsson, I., Kjellstrøm, S. og Hellstrøm, I. 2011. *Creating relationships with persons with moderate to severe dementia*. Dementia 12(1) 63-79

Evans, D. 2002. *Systematic reviews of interpretive research: interpretive data synthesis of processed data*. Australian Journal of Advanced Nursing volume 20 nr 2

- Fossland, T. og Thoresen, K. 2010. *Livshistorier i teori og praksis*. Bergen: Fagbokforlaget
- Hammar, L. M., Emami, A., Engstrøm, G. og Gøteli, E. 2011. *Communicating through caregiver singing during morning care situations in dementia care*. Scandinavian Journal of Caring Sciences 25:160-168
- Helse- og omsorgsdepartementet. Delplan til Omsorgsplan 2015. Demensplan 2015: ”Den gode dagen”.
- Jacobsen, R. 2007. *Ikke alle vil spille bingo. Om teori og praksis i demensomsorgen på sykehjem*. Bergen: Fagbokforlaget
- Kitwood, T. 1999. *En revudering af demens – personen kommer i første række*. Fredrikshavn: Dafolo forlag
- Magnus, P. og Bekketeig, L.S. 2002. *Prosjektarbeid i helsefagene*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Nortvedt, M.W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L.V. og Reinart, L.M. 2012. *Jobb kunnskapsbasert! En arbeidsbok*. Oslo: Akribe
- Quinn, C., Clare, L., Jelley, H., Bruce, E. og Woods, B. 2013. *“It’s in the eyes”: How family members and care staff understand awareness in people with severe dementia*. Aging and Mental Health vol. 18, No 2, 260-268
- Rokstad, A. M. M. 2005. *Kommunikasjon på kollisjonskurs. Når adferd blir vanskelig å mestre*. 2.utg. Tønsberg: Aldring og helse
- Rokstad, A.M.M. og Smebye, K. L.(red). 2008. *Personer med demens. Møte og samhandling*. Oslo: Akribe

Thunborg, C, Von Heideken Wågert, P., Søderlund, A og Gøteli, E. 2012. *Reciprocal struggling in person transfer tasks – Caregivers' experiences in dementia care*. *Advances in Physiotherapy* 14:175-182

Wilson, R., Rochon, E., Mihailidis, A. og Leonard, C. 2013. *Qualitative analysis of formal caregivers' use of communication strategies while assisting individuals with moderate and severe Alzheimer's disease during oral care*. *Journal of Communication Disorders* 46 249-263

Wilson, C. B., Swarbrick, C., Pilling, M. og Keady, J. 2012. *The senses in practice: enhancing the quality of care for residents with dementia in care homes*. *Journal of advanced nursing*

Wyller, Torgeir Bruun. 2011. *Geriatry – en medisinsk lærebok*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Vedlegg 1: PICO skjema

P	I	C	O
Advanced dementia disease Alzheimer* Alzheimers disease AD Coagnition disorder Dementia Demen* Dementia, vascular Care* Caregivers Caregiver* Home nursing Clinical competence Interpersonal relationship Nurs* Nurs-patient relation Nursing research Nursing staff hospital Observation units Professional practice Participant observations	Activities of daily living ADL Alternative communication Behavior Body language Communica* Communication Communication skills Complimentary therapy Conversat* Counseling Creative communication Expression Exercise therapy Interact* Language Massage Massag* Marte Meo MMC Methods Music therapy Nonverbal Nonverbal conversation Observation Pain Pain assessment Physiological Sense* Sensory stimulation stimulation Stress Tactil* Therapy Total communication methods understand Video tape Quality of life QOL	Ingen	Ingen

Vedlegg 2: Artikkel presentasjon

Artikkel nr. 1

Forfattere År Land Tidsskrift	Eggers, T., Ekman, S.-L. og Norberg, A. 2013 Sverige Research and Theory for Nursing Practice: An international Journal
Tittel	Nursing Staff's Understanding Expressions of People With Advanced Dementia Disease
Hensikt Intervensjon	Målet med denne studien var å beskrive helsepersonells måter å forstå uttrykkene til personer med Alzheimers sykdom, ved kommunikasjon. Analyse av intervju gjort av helsepersonell. Intervjuene ble gjort med 8 år mellomrom. Mellom intervjuene hadde personalet fått mer arbeidserfaring, de har deltatt i undervisning om demens, og deltatt i en "tilsynsgruppe" en gang i måneden. De hadde også fått mer livserfaring.
Metode Instrument	Kvalitativ Bånd opptak
Deltagere	Første intervju 8 informanter, andre intervju 6 informanter
Hovedfunn	Being in communication: <ul style="list-style-type: none">- Bruke egen erfaring for å forstå pasienten.- Se pasientens perspektiv- Ta følelser på alvor Doing communication: <ul style="list-style-type: none">- Observere, prøve og feile, bruke det en vet om pasienten.- Kjenne pasientens livshistorie, vaner og verdier.- Respektere pasientens forsøk på å kommunisere.- Diskutere erfaringer med kollegaer- Se pasienten og ikke sykdommen.
Hvorfor aktuell for mi oppgave?	Denne forskningsartikkelen viser at pasientene forsøker å kommunisere og at det er ulike måter å arbeide på som vi kan bruke for å kommunisere med pasienten. Ett viktig punkt er at vi må respektere pasientens forsøk på å kommunisere.
Kvalitet	BRA
Etisk vurdering	Den etiske komiteen for et sykehus godkjente begge intervjuene, men det kommer ikke frem hvilket sykehus. Det ble lagt frem informasjon om studien og deltagerne fikk informasjon om at de kunne trekke seg når so helst i studien. Pasientene ble ikke nevnt med navn.
Database	OVID MEDLINE

Artikkel nr 2.

Forfattere	Hammar, L. M., Emami, A., Engstrøm, G. og Gøtelli, E.
År	2011
Land	Sverige
Tidsskrift	Scandinavian Journal of Caring Sciences
Tittel	Communicating through caregiver singing during morning care situations in dementia care
Hensikt	Målet med denne studien var å beskrive hvordan personer med demens og deres helsepersonell gir uttrykk for verbal og nonverbal kommunikasjon og har øyekontakt gjennom stellstiasjonen ”morgenstell”, med og uten musikkterapi.
Intervensjon	Filming av ett vanlig morgenstell dvs. uten musikk, Filming av ett morgenstell der en tok i bruk MTC.
Metode	Kvalitativ
Instrument	Videofilming av stellsituasjoner med personer med demens. Totalt 40 observasjoner uten musikk og 40 observasjoner med .
Deltagere	10 pasienter, 6 pleiere
Hovedfunn	<ul style="list-style-type: none">- Ved morgenstell uten musikk terapi ledet pleieren morgenstellet med verbale instruksjoner og kroppsbevegelser, og inviterte sjeldent pasienten med demens til å kommunisere eller delta i stellet. Lite bruk av øyekontakt- I morgenstell ved bruk av musikk terapi virket det som pleieren var mer interisert i å kommunisere med pasienten og appellere til gjensidig engasjement.
Hvorfor aktuell for mi oppgave?	Å bruke kroppen som ett verktøy i samhandling med personer med demens, for å forbedre kommunikasjonen. I artikkelen blir det lagt vekk på det å se pasienten som en hel person.
Kvalitet	BRA
Etisk vurdering	Artikkelen ble godkjent av det regionale styret av forskningsetikk i Sverige.
Database	OVID AMED

Artikkel nr. 3

Forfattere	Alnes, R. E., Kirkevold, M. og Skovdahl, K.
År	2010
Land	Norge/Sverige
Tidsskrift	International Journal of Older People Nursing
Tittel	Insights gained through Marte Meo counselling: experiences of nurses in dementia specific care units
Hensikt	Denne artikkelen hadde som hensikt å finne ut hva pleiere som har vært igjennom videoveiledning, basert på Marte Meo prinsipper, har lært.
Intervensjon	Alle deltagerne i studien har deltatt i Marte Meo veiledning. Individuelle og fokusgruppe intervju, videofilming og skriftlig logg
Metode	Deskriptiv kvalitativ studie
Instrument	Intervju, videofilming og skriftlig logg.
Deltagere	26 deltagere
Hovedfunn	Informantene fant at de hadde tilegnet seg ny kunnskap gjennom Marte Meo veiledningen, noe som resulterte i økt forståelse til å kunne tolke pasientens kompetanse. De lærte også noe om seg selv. Pleierne innså hvilke konsekvenser deres handlinger hadde for utfallet i samhandling med pasientene. De så viktigheten med å ha god tid, holde øye kontakt og beskrive situasjonen med ord når interaksjonen tok plass. Noe som gjorde at pasientene opplevde mestring.
Hvorfor aktuell for mi oppgave?	Viktigheten av å kommunisere med pasientene og være seg bevisst de signalene en sender ut nonverbalt.
Kvalitet	Bra
Etisk vurdering	Prosjektet ble vurdert av Regional Etisk komitee og datatilsynet
Database	OVID MEDLINE

Artikkel nr 4.

Forfattere	Ericsson, I., Kjellström, S. og Hellström, I.
År	2011
Land	Sverige
Tidsskrift	Dementia
Tittel	<i>Creating relationships with persons with moderate to severe dementia</i>
Hensikt	Hensikten med studien var å beskrive hvordan forhold/relasjoner er skapt hos personer med moderat til alvorlig grad av demens.
Intervensjon	Relational time, og videofilming
Metode	Kvalitativ metode.
Instrument	Videofilming og intervju
Deltagere	24 intervju med personer med demens. 8 intervju med profesjonelle helsearbeidere.
Hovedfunn	<ul style="list-style-type: none"> - Det går å skape en relasjon med personer med moderat til alvorlig grad av demens. - Helsepersonell må ta ansvar i å skape denne relasjonen
Hvorfor aktuell for mi oppgave?	Denne er aktuell for mi oppgave da den trekker frem elementer som viser hvordan en kan skape en relasjon mellom pasienten og helsepersonell.
Kvalitet	GOD
Etisk vurdering	Studien ble godkjent av Regional Ethical Review Board
Database	OVID MEDLINE

Artikkel nr 5.

Forfattere	Wilson, R., Rochon, E., Mihailidis, A. og Leonard, C.
År	2013
Land	Canada
Tidsskrift	Journal of Communication Disorders
Tittel	Qualitative analysis of formal caregivers' use of communication strategies while assisting individuals with moderate and severe Alzheimer's disease during oral care
Hensikt	Denne tverrsnittsobservasjonsstudien undersøkte helsepersonells bruk av oppgavefokuset og sosiale kommunikasjonsstrategier når de assisterer individ med moderat og alvorlig form for Alzheimers sykdom, i en langtidsavdeling, i løpet av en grunnleggende aktivitet i dagliglivet: tannpuss.
Intervensjon	Pasientene og pleierne ble filmet under aktiviteten tannpuss
Metode	Kvantitativ
Instrument	Videofilming med lyd
Deltagere	13 pasienter med demens og 15 pleiere
Hovedfunn	De fant at uavhengig av hvor pasientene var i sykdomsforløpet klarte pasientene sammen med pleierne å gjennomføre tannpuss. Pleierne brukte ulike kommunikasjonsmetoder og oppgavefokusede strategier. Generellt skilte ikke pleierne stort mellom de ulike pasientene og alvorlighetsgraden av demens, men hos pasienter med alvorlig grad av demens var det noe som gikk igjen: repetisjon av setninger, bruk av pasientens navn, og full assistanse i gjøremålet.
Hvorfor aktuell for mi oppgave?	Denne artikkelen er aktuell etter som den viser ulike kommunikasjonsmetoder som pleiere til personer med demens bruker når de samarbeider med pasienter med demens.
Kvalitet	GOD
Etisk vurdering	Godkjent av: University of Toronto Research Ethics Board og av Toronto Rehabilitation Institute REB
Database	OVID AMED

Artikkel nr 6.

Forfattere	Wilson, C. B., Swarbrick, C., Pilling, M. og Keady, J.
År	2012
Land	England
Tidsskrift	Journal of advanced nursing
Tittel	The senses in practice: enhancing the quality of care for residents with dementia in care homes.
Hensikt	Studien tok sikte på å utvikle, levere og evaluere et opplæringsprogram i omsorgsboliger for å forbedre kvaliteten på omsorg for mennesker som lever med demens, basert på prinsippene om forholdet sentrert omsorg uttrykket gjennom «Senses Framework».
Intervensjon	Pleierne fikk en pasient som de skulle konsentrere seg om og samarbeide med pasientens pårørende. Pleierne skulle gå i dybden i historien til pasienten.
Metode	Kvantitativ og kvalitativ
Instrument	Workshop, fokusgruppe, strukturert spørreundersøkelse før og etter worksopen.
Deltagere	11 pleiere, 11 pasienter
Hovedfunn	Informasjon om pasienten gjorde at pleierne opplevde at de hadde mer meningsfulle samtaler med pasientene i hverdagen. Når pleierne viste mer om hvordan pasientene hadde vært før, gjorde det at pleierne opplevde å ha en bedre forståelse av pasienten.
Hvorfor aktuell for mi oppgave?	Denne artikkelen er viktig for min oppgave da den trekker frem at det er viktig å kjenne pasienten. Her har de også brukt ulike metoder for å hjelpe pasienten til å vite hvem han er.
Kvalitet	GOD
Etisk vurdering	Godkjent av Bradford Research Ethics Committee
Database	OVID AMED

Artikkel nr 7.

Forfattere	Quinn, C., Clare, L., Jelley, H., Bruce, E og Woods, B.
År	2014
Land	England
Tidsskrift	Aging and Mental Health
Tittel	«It's in the eyes»: how family members and care staff understand awareness in people with severe dementia.
Hensikt	I denne studien undersøker de hvordan familiemedlemmer og pleiere forstår tilstedeværelse hos pasienten og hva denne betyr for dem.
Intervensjon	Fokusgrupper som foregikk mellom 2007-2009.
Metode	Kvalitativ
Instrument	Fokusgruppeintervju og analyse
Deltagere	11 familiemedlemmer og 12 pleiere
Hovedfunn	Funnene i denne studien tyder på at pleiere kan ha nytte av å trene på å identifisere bevissthet og gi egnede aktiviteter for personer med alvorlig demens. Pleiere og familiemedlemmer vil også dra nytte av større deling av informasjon om personen som lever med demens da dette kan bidra til å forbedre livskvaliteten til personer som lever med demens og bedre kvaliteten på pleien.
Hvorfor aktuell for mi oppgave?	Denne er aktuell for min oppgave da den trekker frem viktigheten av å kjenne pasienten og lese pasientens nonverbale språk. Dette med bevisstet (awareness) handler også om pasienten er tilstede til å forstå det som blir snakket om.
Kvalitet	GOD
Etisk vurdering	Godkjent hos University Research Ethics Committee, og NHS Local Research Ethics committee.
Database	OVID MEDLINE

Artikkel nr 8.

Forfattere	Thunborg, C., Heideken Wågert, P.V., Söderlund, A. og Gøteli, E.
År	2012
Land	Sverige
Tidsskrift	Advances in Physiotherapy
Tittel	Resiprocal struggling in person transfer tasks – caregivers' experiences in dementia care.
Hensikt	Denne studien skal beskrive pleiepersonells erfaringer av overførings situasjoner av personer med demens.
Intervensjon	Fokusgruppe intervju
Metode	Kvalitativ
Instrument	Intervju
Deltagere	10 deltagere, 8 kvinner 2 menn.
Hovedfunn	«Person transfer situations» som involverer personer med demens er utsatt for plutselige endringer, utfordringen i slike situasjoner er å sikre en dynamisk tilnærming som kan tilpasses behovene til pasienten som lever med demens til en hver tid.
Hvorfor aktuell for mi oppgave?	Denne artikkelen beskriver hvordan pleierne forsøker å nå inn til de ulike pasientene med demens som de har med å gjøre. Hvordan de blir kjent med personen med demens.
Kvalitet	GOD
Etisk vurdering	Regional Ethical Review Board i Oppsala
Database	SveMed

Vedlegg 3: søkehistorikk

Databaser	Søkeord	Begrensninger	Antall treff	Leste Abstracts	Leste Artikler	Inkluderte Artikler	Dato
OVID MEDLINE	Demen*, or Advanced dementia disease, or Alzheimers disease, or AD	0	263911	0	0	0	22.10.13
OVID MEDLINE	Communica*, or nonverbal, or Body language, or sencory stimulation, or communication	0	823633	0	0	0	22.10.13
OVID MEDLINE	Demen*, or Advanced dementia disease, or Alzheimers disease, or AD and communica*, or nonverbal, or Body language, or sencory stimulation, or communication	0	14880	3	0	0	22.10.13
OVID AMED	Demen*, or Advanced dementia disease, or Alzheimers disease, or AD and Communica*, or nonverbal, or Body language, or sencory stimulation, or communication	Full text	572 152	1 14	3	0	22.10.13
OVID AMED	Communica*, or nonverbal, or Body language, or sencory stimulation, or communication, or Marte Meo	0	108925	0	0	0	22.10.13
OVID AMED	Demen*, or Advanced dementia disease, or Alzheimers disease, or AD and Communica*, or nonverbal, or Body language, or sensory stimulation, or communication, or Marte Meo	Full text	3654 1198 2008 -> 632	12	1	0	22.10.13
OVID MEDLINE	Demen* or Alzheimers or AD*	0	2596110	0	0	0	05.11.13
OVID MEDLINE	Marte Meo* or Video tape	0	93022	0	0	0	05.11.13
OVID MEDLINE	Demen* or Alzheimers or AD* or and Marte Meo* or Video tape	0	13513	0	0	0	05.11.13
OVID MEDLINE	Demen* or Alzheimers or AD* and Marte Meo* or Video tape and communic*	0	4863	0	0	0	05.11.13
OVID MEDLINE	Demen* or Alzheimers or AD* and Marte Meo* or Video tape and communic*	2008 ->	2136	0	0	0	05.11.13
OVID AMED	Demen* or Alzheimers or AD* and Marte Meo* or Video tape and communic*	2008 ->	8	1	1	0	05.11.13
ProQuest	Dement* or Alzheimers* or AD And Marte Meo or MMC	Fulltext Age group 65+ Age group 80+ 2009-2013	103758 25360 10034	0	0	0	05.11.13
ProQuest	Dement* or Alzheimers* or AD And Marte Meo	Fulltext Age group 65+ Age group 80+ 2009-2013	25175	1	0	0	05.11.13
SveMed	Demen*	0	1283	0	0	0	05.11.13
SveMed	Alzheimers	0	463	0	0	0	05.11.13
SveMed	Demen* or Alzheimers	0	1538	0	0	0	05.11.13
SveMed	Marte Meo	0	11	0	0	0	05.11.13
SveMed	Demen* or Alzheimers And Marte Meo	0	6	3	2	0	05.11.13
Proquest	Demen* and Body language or Communica*	0	9110	0	0	0	27.01.14
Proquest	Demen* and Bodylanguage or Communica*	2010-2014	3236	0	0	0	27.01.14
SveMed	Demen*	2008->	1303	0	0	0	27.01.14
OVID	Demen*	0	88838	0	0	0	27.01.14

MEDLINE							
OVID MEDLINE	Communica*	0	320100	0	0	0	27.01.14
OVID MEDLINE	Conversat*	0	9816	0	0	0	27.01.14
OVID MEDLINE	Body language	0	527	0	0	0	27.01.14
OVID MEDLINE	Communication	0	243795	0	0	0	27.01.14
OVID MEDLINE	Communica* or Conversant* or Body language or Communicate	0	327083	0	0	0	27.01.14
OVID MEDLINE	Demen* and Communica* or Conversant* or Body language or communicate	0	2661	15	3	1	27.01.14
OVID AMED	Dement* or Dementia	0	2545	0	0	0	30.01.14
OVID AMED	Alzheimers disease or Alzheimer*	0	1058	0	0	0	30.01.14
OVID AMED	Dement* or Dementia or Alzheimers disease or Alzheimer*	0	2690	0	0	0	30.01.14
OVID AMED	Understand	0	9199	0	0	0	30.01.14
OVID AMED	Communicat* or Methods, or communication, or language	0	38398	0	0	0	30.01.14
OVID AMED	Understand or or Communicat* or Methods, or communication, or language	0	46107	0	0	0	30.01.14
OVID AMED	Dementia or Alzheimers disease or Alzheimer* And Understand or Communicat* or Methods or Communication or Language	0	468	9	4	2	30.01.04
OVID MELINE	Marte Meo	0	8	1	1	1	31.01.14
OVID AMED	Dement*	0	7807	0	0	0	03.02.14
OVID AMED	Alzheimer's*	0	3617	0	0	0	03.02.14
OVID AMED	Dement* or Alzheimer's*	0	10136	0	0	0	03.02.14
OVID AMED	Massag*	0	4171	0	0	0	03.02.14
OVID AMED	Dement* or Alzheimer's* and Massag*	0	48	1	0	0	03.02.14
OVID MEDLINE	Dement* or Dementia, or vascular Dementia or Alzheimer's disease	0	143632	0	0	0	03.02.14
OVID MEDLINE	Massag* or Massage	0	11004	0	0	0	03.02.14
OVID MEDLINE	Dement* or Dementia, or vascular Dementia or Alzheimer's disease And Massag* or Massage	0	61	10	1	0	03.02.14
ProQuest	Communica* And Dement* or Alzheimer*	0	34895	0	0	0	12.02.14
ProQuest	Communica* And Dement* or Alzheimer*	Fulltext	28261	0	0	0	12.02.14
ProQuest	Communica* And Dement* or Alzheimer*	Fulltext 2010-2019	10751	1	0	0	12.02.14
ProQuest	Alternative communication	Fulltext	227156	0	0	0	12.02.14
ProQuest	Alternative communication And dement*	Fulltext	6807	1	0	0	12.02.14
ProQuest	Alternative communication And dement*	Fulltext 2010-2019	2286	2	1	0	12.02.14
ProQuest	Alternative communication And dement*	Fulltext	6807	0	0	0	12.02.14
ProQuest	Alternative communication and dement*	Fulltext 2010-2019	2286	15	1	0	12.02.14
ProQuest	"quality of life" or QOL And Dement* And communica*	Fulltext	174764	0	0	0	13.02.14
ProQuest	"quality of life" or QOL And Dement* And communica*	Fulltext 2010-2019	68747	2	0	0	13.02.14
OVID AMED	Dement* or Dementia and nonverbal communication,	0	2839	0	0	0	14.02.14
OVID AMED	Dementia, or coagnition disorders, or advanced dementia*	0	7534	0	0	0	14.02.14
OVID AMED	Alzheimers*, or Alzheimer Disease	0	1020	0	0	0	14.02.14

OVID AMED	Dement*, or Dementia or Dementia, or coagnition disorders, or advanced dementia* or Alzheimers*, or Alzheimer Disease and nonverbal communication	0	8350	0	0	0	14.02.14
OVID AMED	Communication, or Methods, or Therapy, or communication	0	66184	0	0	0	14.02.14
OVID AMED	stimulation, or exercise therapy	0	10879	0	0	0	14.02.14
OVID AMED	Understand, or Counseling	0	10761	0	0	0	14.02.14
OVID AMED	Communication, or stress, or physiological, or music therapy, or methods, or creative communication	0	39281	0	0	0	14.02.14
OVID AMED	Body language, or nonverbal communication	0	298	0	0	0	14.02.14
OVID AMED	Communication, or Methods, or Therapy, or communication or stimulation, or exercise therapy or Understand, or Counseling or Communication, or stress, or physiological, or music therapy, or methods, or creative communication or Body language, or nonverbal communication	0	82773	0	0	0	14.02.14
OVID AMED	Dement*, or Dementia or Dementia, or coagnition disorders, or advanced dementia* or Alzheimers*, or Alzheimer Disease and nonverbal communication or Communication, or Methods, or Therapy, or communication or stimulation, or exercise therapy or Understand, or Counseling or Communication, or stress, or physiological, or music therapy, or methods, or creative communication or Body language	0	2833	16	1	1	14.02.14
OVID AMED	Nursing research, or nursing staff hospital, or clinical competence, or nurs*	0	11364	0	0	0	14.02.14
OVID AMED	Care*, or Alzheimer Disease	0	49645	0	0	0	14.02.14
OVID AMED	Caregivers, or caregiver* or home nursing	0	3749	0	0	0	14.02.14
OVID AMED	Nursing research, or nursing staff hospital, or clinical competence, or nurs* or Care*, or Alzheimer Disease or Caregivers, or caregiver* or home nursing	0	52361	0	0	0	14.02.14
OVID AMED	Dement* or Dementia or Dementia, or coagnition disorders, or advanced dementia* or Alzheimers*, or Alzheimer Disease and Communication, or Methods, or Therapy, or communication or stimulation, or exercise therapy or Understand, or Counseling or Communication, or stress, or physiological, or music therapy, or methods, or creative communication or Body language, or nonverbal communication and Nursing research, or nursing staff hospital, or clinical competence, or nurs* or Care*, or Alzheimer Disease or Caregivers, or caregiver* or home nursing	0	956	6	0	0	14.02.14
OVID MEDLINE	Dement* or nonverbal communication, or Dementia	0	163344	0	0	0	14.02.14
OVID MEDLINE	Dementia, or coagnition disorders, or advanced dementia*	0	154569	0	0	0	14.02.14
OVID MEDLINE	Alzheimers*, or Alzheimer Disease	0	73876	0	0	0	14.02.14
OVID MEDLINE	Dement* or nonverbal communication, or Dementia or Dementia, or coagnition disorders, or advanced dementia* or Alzheimers*, or Alzheimer Disease	0	219757	0	0	0	14.02.14
OVID	Communication, or Methods, or Therapy, or	0	1045037	0	0	0	14.02.14

MEDLINE	communication						
OVID MEDLINE	stimulation, or exercise therapy	0	642587	0	0	0	14.02.14
OVID MEDLINE	Understand, or Counseling	0	625952	0	0	0	14.02.14
OVID MEDLINE	Communication, or stress, or physiological, or music therapy, or methods, or creative communication	0	993056	0	0	0	14.02.14
OVID MEDLINE	Body language, or nonverbal communication	0	19385	0	0	0	14.02.14
OVID MEDLINE	Communication, or Methods, or Therapy, or communication or stimulation, or exercise therapy or Understand, or Counseling or Communication, or stress, or physiological, or music therapy, or methods, or creative communication or Body language, or nonverbal communication	0	2294758	0	0	0	14.02.14
OVID MEDLINE	Dement* or nonverbal communication, or Dementia or Dementia, or coognition disorders, or advanced dementia* or Alzheimers*, or Alzheimer Disease and Communication, or Methods, or Therapy, or communication or stimulation, or exercise therapy or Understand, or Counseling or Communication, or stress, or physiological, or music therapy, or methods, or creative communication or Body language, or nonverbal communication	0	49266	0	0	0	14.02.14
OVID MEDLINE	Nursing research, or nursing staff hospital, or clinical competence, or nurs*	0	592033	0	0	0	14.02.14
OVID MEDLINE	Care*, or Alzheimer Disease	0	1639294	0	0	0	14.02.14
OVID MEDLINE	Caregivers, or caregiver* or home nursing	0	44960	0	0	0	14.02.14
OVID MEDLINE	Nursing research, or nursing staff hospital, or clinical competence, or nurs* or Care*, or Alzheimer Disease or Caregivers, or caregiver* or home nursing	0	1976592	0	0	0	14.02.14
OVID MEDLINE	Dement* or nonverbal communication, or Dementia or Dementia, or coognition disorders, or advanced dementia* or Alzheimers*, or Alzheimer Disease and Communication, or Methods, or Therapy, or communication or stimulation, or exercise therapy or Understand, or Counseling or Communication, or stress, or physiological, or music therapy, or methods, or creative communication or Body language, or nonverbal communication and Nursing research, or nursing staff hospital, or clinical competence, or nurs* or Care*, or Alzheimer Disease or Caregivers, or caregiver* or home nursing	0	16357	26	5	1	14.02.14
ProQuest	Nurs* and Alzheimer* or dement* and communica*	0	12823	0	0	0	16.02.14
ProQuest	Nurs* and Alzheimer* or dement* and communica*	Fulltext	10639	0	0	0	16.02.14.
ProQuest	Nurs* and Alzheimer* or dement* and communica*	Fulltext 2010-2019	3867	11	1	0	16.02.14
SveMed	Dement*	0	1201	0	0	0	16.02.14
SveMed	Alzheimer*	0	467	0	0	0	16.02.14

SveMed	Dement* or Alzheimer*	0	1468	0	0	0	16.02.14
SveMed	Communicat*	0	3630	0	0	0	16.02.14
SveMed	Nonverbal	0	77	0	0	0	16.02.14
SveMed	Tactil*	0	16	0	0	0	16.02.14
SveMed	Sense*	0	167	0	0	0	16.02.14
SveMed	expressions	0	219	0	0	0	16.02.14
SveMed	Communicat* or nonverbal or tactil* or sense* or expression	0	4018	0	0	0	16.02.14
SveMed	Dement* or Alzheimer* and Communicat* or nonverbal or tactil* or sense* or expression	0	92	4	2	1	16.02.14
OVID nursing Database	Dementia*, or dementia, or senile dementia, or vascular dementia	0	7441	0	0	0	24.04.14
OVID nursing database	Communicat*, or communication	0	94585	0	0	0	24.04.14
OVID nursing Database	Dementia*, or dementia, or senile dementia, or vascular dementia and Communicat*, or communication	0	1200	4	0	0	24.04.14
OVID nursing Database	Communication*, or communication, or nonverbal communication, or total communication methods, or communication skills	0	93551	0	0	0	24.04.14
OVID nursing Database	Dementia*, or dementia, or senile dementia, or vascular dementia and Communication*, or communication, or nonverbal communication, or total communication methods, or communication skills	0	1168	0	0	0	24.04.14
OVID nursing Database	Behavior	0	239300	0	0	0	24.04.14
OVID nursing Database	Observation, observation units, participant observation	0	6962	0	0	0	24.04.14
OVID nursing Database	Behavior and Observation, observation units, participant observation	0	3117	0	0	0	24.04.14
OVID nursing database	Dementia*, or dementia, or senile dementia, or vascular dementia and Communication*, or communication, or nonverbal communication, or total communication methods, or communication skills and Behavior and Observation, observation units, participant observation	0	52	6	2	0	24.04.14
OVID AMED	Experience*, or professional practice, or therapy, or complimentary therapies	0	55035	0	0	0	27.04.14
OVID AMED	Dement*, or dementia, nonverbal communication, patient assessment	0	7336	0	0	0	27.04.14
OVID AMED	Experience*, or professional practice, or therapy, or complimentary therapies and Dement*, or dementia, nonverbal communication, patient assessment	0	1124	2	0	0	27.04.14
OVID AMED	Communication, or communication, or interpersonal relationship	0	7002	0	0	0	27.04.14
OVID AMED	Experience*, or professional practice, or therapy, or complimentary therapies and Dement*, or dementia, nonverbal communication, patient assessment and Communication, or communication, or interpersonal relationship	0	104	4	1	0	27.04.14
OVID Medline	Dement*, or dementia, or alzheimer's disease, or dementia vascular	0	134904	0	0	0	27.04.14
OVID Medline	Communicat*, or communication, or nurs-	0	294360	0	0	0	27.04.14

	patient relation						
OVID Medline	Dement*, or dementia, or alzheimer's disease, or dementia vascular and Communicat*, or communication, or nurs-patient relation	0	3154	10	3	1	27.04.14
ScienceDirect	Communicat*		2184305	0	0	0	30.04.14
ScienceDirect	Communicat* Search within result: nurs*		157269	0	0	0	30.04.12
ScienceDirect	Communicat* Search within result: nurs* Search within result: Alzheimer*	0	6772	0	0	0	30.04.14
ScienceDirect	Communicat* Search within result: nurs* Search within result: Alzheimer*	Journal	5766	0	0	0	30.04.14
ScienceDirect	Communicat* Search within result: nurs* Search within result: Alzheimer*	Journal Topic:alzheimer, dementia, patient, nursing, long-term care, alzheimer's disease	793	7	2	0	30.04.14
Science Direct	Nurs*	0	557184	0	0	0	30.04.14
Science Direct	Nurs* Search within result: Dement*	0	30561	0	0	0	30.04.14
Science Direct	Nurs* Search within result: Dement*, Pain*	0	12916	0	0	0	30.04.12
Science Direct	Nurs* Search within result: Dement*, Pain*	Journal Topics: patient, Alzheimer, elderly patient, dementia, nursing, long-term care, pain	1082	1	0	0	30.04.14
OVID Medline	ADL* or "Activities of daily living"	0	55721	0	0	0	30.04.14
OVID Medline	Dement*, or dementia, or Alzheimer's disease, dementia vascular	0	149162	0	0	0	30.04.14
OVID Medline	Nurs*	0	554898	0	0	0	30.04.14
OVID Medline	Interact*	0	1102674	0	0	0	30.04.14
OVID Medline	ADL* or "Activities of daily living" and Dement*, or dementia, or Alzheimer's disease, dementia vascular and Nurs* and Interact*	0	67	6	1	0	30.04.14

Vedlegg 4: analyseoversikt

Kjennskap til pasienten

Å kjenne pasienten, bakgrunn og nåværende historie.

1.1	Being close to patients, attuning into their feelings, using own experiences from life, and asking and respecting patient's reactions as a way to reach an understanding of their expressions.
1.6	Knowing patients life history, habits and values.
1.8	Information from patient's families is important when developing means of knowing and communicating, especially when patients came from another country
1.10	Interpreting the patient's expressions by observing, listening, asking, reflecting, respecting their reactions, and being aware of their reactions in lucid moments. Observe persons with AD, and trying to find their own individual fairly constant communication patterns, is a way of getting to know patients as people.
1.13	Comparing patient's current expressions with their expressions in previous situations.
1.14	When in the late stages: interviewers said they did what they thought was the best for the patients according to their knowledge about them as people.
4.16	They were interpret as feeling content, satisfied and secure in yielding decisions to the caregiver. It sometimes seemed difficult for the persons with dementia to understand what was being offered to them. It was there for interpret as essential to participation that the caregiver suggested the activity while reminding the person of previous occasions when he or she had been involved in the activity, and that the caregiver prompted the activity.
4.22	There were times when the narrative was suspended, but this did not seem to worry either party. Calmly and quietly, the caregiver, usually interpreted as having good knowledge of the person's life story, suggested a possible continuation of the story. Although her suggestion was not always right, the person with dementia was observed to continue the story after a brief pause.
6.1	Sense of purpose: increase in staff responding that residents were "usually" able to hold meaningful conversations with them and that the staffs were more involved in leisure activities.
6.2	Creating a sense of significance: encouraged to include families and develop brief biographies for the person with dementia identifying important details in their care that were significant to them. Completed memoryboxes, with a brief explanation to the significance of the objects.
6.3	Staff described how memoryboxes supported staff feeling able to initiate conversations with the PWD: "we are talking more to the residents about their lives" and supported them in understanding the meaning in people's conversations: understanding that when a resident chats about one thing, it may have been something (here) that has triggered them off.

6.4	Small alterations in their daily practice promoted more meaningful conversations.
6.5	There were significant moments in the residents past lives that could bring pleasure to the present moment and looked for ways they could integrate this into the daily routine.
6.6	“Creating the senses for...” booklet and gave examples of how each sense might be created for the resident based on stories from their lives.
6.7	Staff described how this personal information helped them to develop greater understanding of the life the person with dementia had led and how this changed their communicating practices during personal care routines. “I am talking about and speaking with them about things I know they would like to talk about.
7.3	The meaning of awareness for family members was a desire to see that the emotional connection between them and their relative was still here.
7.9	The responses of PWD had different significance and meaning for family members and care staff, leading to some differences in their judgments of awareness.
7.13	For family members the identification of these signs was deeply embedded in their relative. Through their close relationship they had knowledge of their relative’s personality and past behavior.
7.14	Family members compared current behavior with past behavior to evaluate whether their relative would normally act this way if something was wrong. The families felt that if their relative was upset then there must be a good reason for this, although care staff felt that at times residents cried for no reason.
7.15	Care staff felt that it was because they had constant contact with the residents that they were able to tell when something was wrong.
7.16	Many family members tried to include their relative in conversations, even if they were not capable of verbally contributing to them. There was a sense that their relative did understand what was being discussed, and they tried to talk about topics that they had been interested in as they felt this could stimulate a response.
7.17	Others tried to get on the same “wavelength” as their relative by talking about the past, particularly their childhood. Some had found that they could successfully engage with their relative by entering into “their world”.
7.18	Thus if care staff used the same methods as family members, by persisting and trying different things they could sometimes get a response, which in turn would make their work more rewarding. This was greatly facilitated by the sharing of information between family members and care staff.
8.8	When a resident was in a new and unfamiliar ward, the transfer situation seemed to be rendered more difficult.
8.9	Inexperienced caregivers accompanying a more trained caregiver were asked to keep quiet and simply to watch and learn while being trained in a clinical practice.

Artikler representert: 1, 4, 6, 7, 8

Nonverbal kommunikasjon – på godt og vondt

Nonverbalt

1.12	Interpreting also involves interpreting body-language. Example: changes over time.
2.6	Ordinary morning care situation: caregivers provide instructions – PWD respond with resistance and agitation. - Rare for caregivers to seek eye contact when a PWD was being aggressive or resistant.
2.7	Morning care situations with music therapy: With music therapy caregivers also steered the process but in contrast to “ordinary” they invited PWD to join their communication attempts. The caregivers seemed interested in the PWD, who seemed relaxed and well-being. Communication consisted of nonverbal directions given with body movements related to getting dressed and eye-contact. Verbal: singing.
2.10	Morning care situations with music therapy: not all PWD seemed able to respond actively but permitted the caregiver to help.
3.1	MMC to be enlightening. To actually observe oneself or/and a colleague in an interaction with a resident, followed by a reflection and discussion mainly focusing on the residents expressions, provided a visible and concrete understanding of the kinds of support that were important and useful in their practice with their residents.
3.4	In two individual interviews nurses described that the awareness resulting from taking enough time to observe her simple signal and to give her an appropriate response, led to meaningful interactions that elicited an unexpected reaction from the resident.
3.9	Eye contact with explaining what is going on
4.11	Which involved the caregivers first observing the person to determine whether the time was right to approach or make contact.
4.14	The person with dementia gave spontaneous verbal expressions of liking the room and was interpreted as also giving non-verbal expressions of feelings of security and trust in the caregiver by means of, for example, looks of tenderness and mutual understanding.
4.15	Instilling a “sense of self – determination” was part of the approach, in which the caregiver considered and showed respect for the person’s signs or verbal expressions of willingness or unwillingness to participate in RT.
4.19	Conditions for “communicating equality” were interpret as improved when caregivers placed herself very close to the person, at the same level and in a position to make eye contact possible. Caregivers sometimes placed themselves at a slightly lower level. This placement was interpreted as a deliberate strategy by the caregiver that contributed to the person’s self-perception as an equal.

5.4	Use of task- focused nonverbal communication strategies: 1. the tactile prompt of handing an object to the resident 2. guided touch 3. pointing
7.2	Integral to the participants understanding of awareness was whether the PWD could identify familiar people. This recognition could be a subtle behavior change.
7.4	When the person could no longer verbally communicate, the participants used body language and facial expressions to identify signs of awareness, with particular emphasis placed on the eyes. There was a difference in the meaning assigned to these signs by caregivers and family members.
7.5	Care staff focused on the eyes to see if the resident was responding whilst providing personal care, particularly to ensure they had gained the persons attention.
7.6	Care staff also looked at facial expressions for indicators of the resident's mood and well being.
7.7	For family members it was more than a matter of detecting eye movements where they felt their relative was aware they described a twinkle or that the eyes were "brighter".
7.8	For family, identifying this extra something, the spark or twinkle in the eyes, signified that they had made a connection with their relative. Whilst for care staff these signs helped them with their job, for families they created a sense that the person was still there.
7.12	In the absence of verbal communication the participants looked for changes in behavior as indicators of the persons well being. Family members felt they could detect that something was wrong with their relative through change in behavior, or through body language or facial expressions. + eyes.
8.1	Staff-resident communication was facilitated when caregivers adopted an emotional tone that was likely to be attracted to the resident and nonverbal communication was frequently used to enhance understanding of the caring activity.
8.2	According to this caregiver, she could use her own body as an instrument to make the transfer situation more comprehensive to the residents.

Artikler representert: 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8

Forstyrrelser

2.1	Ordinary morning care situation: caregivers leading the task of getting dressed with verbal instructions, including questions request or by giving information about the dressing procedure, also used nonverbal communication by acting out the task or instructions, like showing the t-shirt. - seldom invited the PWD to join communication or participate - little eye contact
-----	--

3.6	It became obvious to the nurses that while residents still had competence to understand and take part in a dialogue, many residents had very limited powers of concentrations and trivial disturbances could make the situation difficult and destroy a coping experience. - Fragile competence was closely related to the nurse's behavior.
3.7	Became obvious that the nurses actions, through speech and movements, had significant consequences for the resident's behavior and led to emotional reactions in the residents.
4.2	This is your time now! No signs that the caregiver were stressed or expressed lack of time could be observed in any of the RT sequences.
4.4	The persons with dementia perceived that caregivers were genuinely relaxed and focused on them during RT, for which they expressed appreciation.
4.5	It seemed, despite assurances from caregivers that the time had been assigned for them, that the persons with dementia still felt unsure that the caregivers had time for RT.
4.6	The persons with dementia sought to confirm whether there was really time for RT which could be interpreted as arising from fear of losing out of the session. There may have been a need to check whether there was any point to opening up to a relationship that might quickly be broken off again. In the interviews, the persons with dementia expressed that there were a lot of people who had to share the caregiver's attention.
7.10	Care staff described instances when residents appeared to be aware of their mood, commenting that if they themselves were having an "off" day then the residents would behave differently. They felt that this may be due to the way they provided care; on a "bad" day they might be more rushed, and they felt the residents would sense this.
8.6	The majority of the caregivers stated that the most important elements in person transfers involving residents with dementia are working ethics and subtle intuition, along with a calm environment. A stressful environment could complicate the transfer situation.
8.7	It was mentioned that when the caregivers were stressed, rushed or hurried, the residents could respond with confusion and reluctance which could then obstruct the person transfer situation.

Artikler representert: 2, 3, 4, 7, 8

Ulike strategier

Verbale strategier

3.10	How to speak: the importance of using fewer and simpler words, short sentences and of speaking in present tense.
------	--

4.9	Conditions that promoted the process where when the caregiver demonstrated responsiveness, made time, repeated information and adapted her approach and how she treated the person when she picked up the signals that the person was annoyed.
4.10	Under certain circumstances, the person with dementia expressed withdraws from the caregiver, when the caregiver asked intellectual questions, for example. The caregiver was, however, responsive to the expressions and changed her strategy, which was interpret as leading to the establishment of security and trust.
4.18	“Communicating equality” represents the caregiver’s various attempts to communicate to the person with dementia a sense of being an equal. This was interpreted as significant to encouraging the person to open up and thus make a relationship possible. To help the person feel like an equal, the caregiver might suggest an activity that involved cooperation between the parties. Verbal reinforcement of equality between them, and the use of items with similar exterior attributes were interpreted as conducive to the sense of equality.
4.23	On one occasion when the person with dementia was worried about being able to manage a step in an activity, the caregiver encouraged the person to try with the words: CG: “of course you can, I’m right here”. The person was interpret as feeling trust that the caregiver would intervene if necessary and hence had the courage to try the step, and succeeded.
5.1	No significant difference between severity groups in terms of the number of utterances produced by the caregivers, duration of the task, and words produced by caregiver’s pr minute. Further there were no group differences in the total numbers of verbal, nonverbal, and social strategies produced.
5.2	The top task focused verbal strategies used by caregivers interacting with severe AD were: <ol style="list-style-type: none"> 1. use of on proposition a time 2. use of the residents name 3. use of encouraging comments 4. use of paraphrased repetition 5. use of close ended questions
5.3	The top task focused verbal strategies used by caregivers interacting with individuals with moderate AD were: <ol style="list-style-type: none"> 1. use of one proposition at a time 2. use of the closed ended questions 3. use of paraphrased repetition 4. use of two proposition 5. use of verifying questions and encouraging comments
5.5	Combined communication strategies. It was found that interacting with individuals in the severe group used significant more multiple verbal strategies than those interacting with individuals in the moderate group.
5.7	For the moderate group, there were significant positive correlations between task success rate and the use of encouraging comments and the use of demonstrating an action.

6.1	Sense of purpose: increase in staff responding that residents were “usually” able to hold meaningful conversations with them and that the staffs were more involved in leisure activities.
6.3	Staff described how memoryboxes supported staff feeling able to initiate conversations with the PWD: “we are talking more to the residents about their lives” and supported them in understanding the meaning in people’s conversations: understanding that when a resident chats about one thing, it may have been something (here) that has triggered them off.
6.4	Small alterations in their daily practice promoted more meaningful conversations.
6.6	“Creating the senses for...” booklet and gave examples of how each sense might be created for the resident based on stories from their lives.
6.7	Staff described how this personal information helped them to develop greater understanding of the life the person with dementia had led and how this changed their communicating practices during personal care routines. “I am talking about and speaking with them about things I know they would like to talk about.
8.3	The white lie was used as a tool to stimulate the residents willingness to participate in the transfer situation.
8.4	Forms of verbal and nonverbal communication were described as strategies to increase success.

Artikler representert: 3, 4, 5, 6, 8

Å få muligheten

1.5	Respecting patients, offering those opportunities to express themselves and listening to them.
1.9	Offering opportunities to the patients to express themselves, by respecting their attempts to communicate, allowing them the time needed, and avoiding interrupting them.
2.8	Morning care situations with music therapy: caregivers invite communication – PWD respond actively and comply. Caregivers invited the PWD to participate by waiting for them to respond and by seeking eye contact with the PWD.
2.9	Morning care situations with music therapy: let the PWD try to do things themselves before helping them, providing assistance if the PWD seemed to get off track. - Frequently eye contact.
3.2	They discovered that residents had more competence than they generally believed. The concept competence is being used to underline that persons with dementia still have abilities to participate in dialogue, to understand and to act in meaningful ways. On the other hand they realized the fragility of this competence.

3.3	Able to follow how the residents gave and received messages, how they spoke and follow instructions. The ability to express experiences when given sufficient opportunity. - Theme from the MMC article: follow the residents initiatives and to slow down pace.
3.5	Found that when they were attentive to the resident's subtle initiatives and gave them the opportunity to make simple choices was still present. The residents were still persons with abilities and intentions, and there was a reason for their expressions and actions.
3.8	The significance of the communication adjustments came clearer. A central theme in the interviews was the need to take time in caring situations. "time spent, time saved".
4.1	One strategy used was "Assigning time", which the caregiver believed was a way to pay attention to the person with dementia. The person was assigned time by the caregiver but also indirectly by the organization.
4.3	It was important according to the caregivers, that time was set aside for RT in the day to day schedule:"...if you've set the time aside.. you listen, you know..you are there".
4.7	The person with dementia interpret and expressed verbally that they felt like someone important when time was assigned to them. Incidental chat while the caregiver performed other tasks was not the same quality as the one-to-one sessions.
4.8	The person with dementia was interpret to have "Feelings of significance" when the caregiver truly became intimate and personal.
4.12	According to the caregivers, one cannot ignore that there are two parties involved in the approach, but they still felt that the caregiver was mainly responsible for ensuring that the approach was a positive experience.
4.20	The persons with dementia were observed to contribute something, such as knowledge and life experience, in nearly all RT sequences. They expressed verbally and nonverbally what could be interpreted as contributing by responding to the caregivers friendly actions, for instance. An example of this was the women who had her own nails painted and then, after carefully selecting nail polish, wanted to paint the caregivers nails.
4.21	Differences in degree of "Opening up" were, however, interpreted to exist between the various video sequences, which seemed to depend on how well the caregivers succeeded with their strategies for attaining the intended goal. The person with dementia expressed awareness of their inability to remember and hold a conversation, but expressed the view that the one-to-one time (RT) helped them have the courage to try anyway.

Artikler representert: 1, 2, 3, 4

Å bruke kollegaer

1.11	Reflecting on their observations when providing care to a particular patient's, is a way for them to manage and perform a task or solve problems.
1.16	Trying to reach an understanding; you have to do it again and again, and you need to talk about these situations with colleagues.
8.5	In order to increase the chance of success in person transfer situations caregivers found it fruitful to take over from a colleague when situations became difficult.

Artikler representert: 1, 8