



Bacheloroppgave

VPL05 Vernepleie

**Kommunikasjon med personer som har diagnosen
demens ved Alzheimers sykdom**

**Facilitation of communication for persons with
Alzheimers disease**

Charlotte Jensen Godø

Totalt antall sider inkludert forsiden: 38

Molde, 25.05.2016



Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

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

Du/dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none">• 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: May- Britt Storjord

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

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

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

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

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

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja nei

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

Dato: 25.05.2016

Antall ord: 9426

Forord

”At man, når det i sandhet skal lykkes en at
Føre et menneske hen til et bestemt sted –
Først og fremst må, passe på
At fine ham der, hvor han er
Og begynne der

For i sandhed at kunde hjelpe en anden,
Må jeg forstå mer end ham-
Men dog først og fremst forstå det, han forstår”

Kierkegaard (1859, sitert i Sejerøe-Szatkowski 2004, 6)

Sammendrag

Temaet for oppgaven handler om kommunikasjon med personer med diagnosen demens ved Alzheimers sykdom. Hensikten med oppgaven er å fordype meg i kommunikasjon, og kunne belyse hvor viktig det kan være å bruke tid til kommunikasjon i eldreomsorgen. Jeg ønsker å se hvordan en kan bruke ulike kommunikasjonsmetoder i forskjellige situasjoner med personer med diagnosen Alzheimers sykdom.

I metodekapittelet har jeg beskrevet mitt metodevalg. Jeg har brukt litteraturstudie slik at jeg har satt meg inn i ny teori som er relevant i forhold til problemstillingen. I drøftingen har jeg belyst ulike kommunikasjonsmetoder, og hvordan metodene kan brukes for å kommunisere med personer med demens som bor på sykehjem. Jeg har brukt eksempler fra virkeligheten for å belyse teorien i drøftingen.

Innhold

1.0 Innledning.....	1
1.1 Presentasjon av tema og bakgrunn for valg av tema.....	1
1.2 Hvorfor er temaet relevant for vernepleiere.....	1
1.3 Formålet med oppgaven.....	2
1.4 Oppgavens oppbygging	2
2.0 Problemstilling	3
2.1 Begrunnelse for og avgrensning av problemstilling	3
2.2 Definisjoner av begrep i problemstillingen.....	4
2.2.1 Kommunikasjon.....	4
2.2.2 Alzheimers	4
2.2.3 Tilrettelegging.....	4
3.0 Metode.....	6
3.1 Validitet og reliabilitet	6
3.2 Forforståelse.....	7
4.0 Teori.....	9
4.1 Demens ved Alzheimers sykdom.....	9
4.2 Kommunikasjon.....	11
4.2.1 Kommunikasjon og demens.....	12
4.2.2 Ikke verbal kommunikasjon.....	13
4.2.3 Aktiv lytting.....	14
4.2.4 Kalibrering	14
4.2.5 Reminisens.....	14
4.2.6 Realitetsorientering	15
4.2.7 Validering	15
4.3 Profesjonell kommunikasjon	16
4.4 Presentasjon av funn	17
5.0 Drøfting.....	18
5.1 Tilrettelegging for kommunikasjon	18
5.1.1 Reminisens.....	18
5.1.2 Kroppsspråk og berøring.....	19
5.1.3 Validering	21
5.1.4 Realitetsorientering	22
5.1.5 Tilrettelegging i form av kommunikasjon	23
5.1.6 Aktiv lytting i samtale.....	25
6.0 Avslutning.....	26
6.1 Oppsummering.....	26
6.2 Konklusjon.....	26
6.3 Refleksjon	28
Referanser.....	29
Vedlegg.....	32

1.0 Innledning

1.1 Presentasjon av tema og bakgrunn for valg av tema

Temaet jeg har valgt å belyse i oppgaven omhandler kommunikasjon og demens.

Bakgrunnen for dette temaet er erfaringer jeg har gjort gjennom praksisstudier og relevant litteratur som handler om demens, kommunikasjon og kommunikasjonsmetoder. Min første praksis var på demensavdeling på sykehjem. Da fikk jeg interesse for demensomsorgen, og det gjorde at jeg også valgte å ha min fordypningspraksis innenfor demens. Da fikk jeg oppleve at kommunikasjon kan være grunnleggende for at pasientene skal føle seg trygg, ivaretatt og inkludert. Å være bevisst på kommunikasjonsmetoder kan derfor viktig.

Kommunikasjon kan være et grunnleggende arbeidsverktøy når en skal jobbe med mennesker. Jeg har sett ulike reaksjoner hos pasienter i forhold til hvordan de ansatte kommuniserer og møter dem på. Jeg har også erfart at alle kommuniserer ulikt ut i fra kunnskap, erfaring og holdninger. I forhold til samhandling med pasientene innenfor demensomsorgen opplevde jeg ulikt hvordan personalet førte en samtale. Noen snakket veldig fort og noen brukte god tid når de skulle kommunisere med pasientene. Forskjellige tilnærminger gav ulike resultat, noen vellykkete og noen mindre vellykkede. Dette gjorde at jeg ble nysgjerrig på kommunikasjon i samhandling med pasienter med demens.

1.2 Hvorfor er temaet relevant for vernepleiere

Dette er et relevant tema fordi vi som mennesker har et grunnleggende behov for å kommunisere (Wogn- Henriksen, 2008). Som vernepleier skal en jobbe tett sammen med mennesker, både med bruker/pasient, arbeidskollegaer og eventuelt pårørende. Dermed er det viktig å ha kunnskap om kommunikasjon, som en kan få bruk for i alle arbeidsfelt som vernepleier. I løpet av utdanningen har vi også lært om brukermedvirkning. Som vernepleier skal en sette bruker og pasient i fokus, for at de skal medvirke sin hverdag i størst mulig grad. Det er en del av vår vernepleiers oppgave og tilrettelegge pasienter/brukere sin hverdag for at de skal opprettholde deres interesse og ønsker. Som vernepleier er det viktig å kunne ordlegge seg og bruke kommunikasjonsevnene sine slik at pasient/bruker ikke opplever et maktforhold i samhandling. Derfor er dette temaet relevant

for vernepleier i alle felt. Ca 50% av alle personer i Norge med diagnosen demens regnes å bo på sykehjem, og 80% av alle pasientene på sykehjem har en demens diagnose (Tidsskriftet for Den norske legeforening 2010). Det er dermed stor sannsynlighet for at jeg kommer til å møte denne pasientgruppen som vernepleier.

1.3 Formålet med oppgaven

Formålet med denne oppgaven er å belyse hvor viktig kommunikasjon kan være i demensomsorgen. Jeg ønsker å få frem viktige forutsetninger for kommunikasjon, få en innsikt i ulike kommunikasjonsmetoder og hvordan disse kan praktiseres i demensomsorgen. Personlig ønsker jeg å bli mer bevisst på hvordan jeg kommuniserer i samhandling med mennesker med demens, samtidig kunne samhandle slik at pasientene har det bra og fremme livskvalitet.

1.4 Oppgavens oppbygging

Jeg har brukt boken ”Metode og oppgaveskriving” skrevet av Dalland (2012) for å se hvordan oppgaven kan bygges opp. Videre har jeg fulgt Høgskolen i Molde sine retningslinjer for bacheloroppgave i Vernepleier. I retningslinjene blir det beskrevet hvordan jeg kan dele opp oppgaven, slik at den blir ryddig og strukturert. I tillegg har jeg vært på biblioteket å lest tidligere oppgaver som har blitt skrevet av andre studenter. Dette er for å få ideer og tips til hvordan jeg kan sette opp oppgaven min.

Innlending i kapittel 1 sier noe om tanker og erfaringer som førte til at jeg kom frem til problemstillingen. Kapittel 2 kommer begrunnelsen for valg av problemstilling, og definisjoner av begrep i problemstilling. I kapittel 3 handler om metode (fremgangsmåte), og skrevet om hvordan jeg har skaffet meg relevant teori, jeg har beskrevet hvordan jeg har tenkt å gjøre oppgaven for å få den mest mulig validitet og relabilitet, til slutt i dette kapittelet sier jeg noe om min egen forforståelse. I kapittel 4 har jeg utdypet teori og begrep som er relevant til problemstillingen min. I kapittel 5 kommer drøfting og diskusjon ut i fra teorien jeg har brukt i kapittel 4, samt litt ny teori og brukt virkelige hendelser for å belyse de ulike kommunikasjonsmetodene. I kapittel 6 kommer avslutning med oppsummering, konklusjon, og refleksjon av det jeg har presentert.

2.0 Problemstilling

I dette kapitlet presenterer jeg problemstillingen min, samt begrunne og avgrense den. Videre kommer definisjon på ulike begrep som er med i problemstillingen.

Problemstillingen:

Hvordan tilrettelegge kommunikasjon til personer med diagnosen demens ved Alzheimers sykdom på sykehjem?

2.1 Begrunnelse for og avgrensning av problemstilling

Grunnen for at jeg valgte å skrive om dette temaet er fordi det kan forberede meg på utfordringer som kan oppstå i forhold til det å kommunisere med personer med demens. Ut i fra praksis har jeg opplevd at det kan være utfordrende å vite hvordan en skal tilnærme seg pasientene. Spesielt kan dette være utfordrende når pasientene opplever utfordringer eller forvirring. Jeg har opplevd at personal kan forebygge eller snu en situasjon der pasienten var oppstemt ved å kun kommunisere med en bestemt form for kommunikasjonsmetode. På grunn av dette vil jeg finne ut mer om ulike kommunikasjonsmetoder.

Jeg har erfaring fra mennesker med demens som bor i sykehjem. Derfor bestemte jeg meg for å avgrense problemstilling til sykehjem. Samtidig har jeg valgt å videre avgrense til personer med alvorlig grad av demens ved Alzheimers sykdom. Dette er fordi Alzheimers sykdom er den mest vanlige demenssykdommen. 60% av de som har demens har denne formen for demens. Jeg valgte å ha fokus på den alvorlige fasen ved Alzheimer sykdom, fordi demenssykdommen har som oftest gått over til en alvorlig fase, når pasienten bor på sykehjem.

2.2 Definisjoner av begrep i problemstillingen

Jeg skal fokusere på begrepene demens, kommunikasjon og tilrettelegging for personer med demens ved Alzheimers sykdom som bor på sykehjem.

2.2.1 Kommunikasjon

Eide og Eide (2013) definerer kommunikasjon slik: *utveksling av meningsfylte tegn mellom to eller flere parter.* ”Begrepet «kommunikasjon» kommer av det latinske *comunicare*, som betyr å gjøre noe felles, delaktiggjøre en annen i, ha forbindelse med” (Eide og Eide 2013:17).

Røkenes og Hansen (2012) skriver at når en kommuniserer forteller vi noe til hverandre, det blir delt meninger og opplevelser. En arbeider sammen om å få flere innfallsvinkler om flere sider ved sin egen verdi med andre. Dette kan bidra til et opplevelsesfelleskap. Et opplevelsesfelleskapet forutsetter at en blir møtt av et annet menneske. Dette kan ha viktige forutsetninger når en skal kommunisere med mennesker med demens. Det å kunne skape et opplevelsessfelleskap kan bidra til å skape gode samtaler.

2.2.2 Alzheimers

Alzheimers sykdom kan opptre yngre og eldre mennesker. Det starter med at hipocampus og områder som ligger nær blir ødelagt. Ødeleggelsene sprer seg etter hvert til hele storhjernen og deler av hjernestammen. Cellene dør, som fører til at hjernen skrumper (Snoek og Engedal 2013).

Forskjellen på Alzheimers sykdom fra andre demenssykdommer skyldes en forandring av nerveceller i hjernen. Vaskulær demens som er den andre hovedgruppen demens, skyldes derimot problemer med blodtilførselen til hjernen. Alzheimer sykdom har også en jevnere utvikling (Nasjonalforeningen for folkehelse 2016).

2.2.3 Tilrettelegging

Med tilrettelegging menes det i følge Tuntland (2006) å endre krav og rammebetingelse med individuell tilpasning slik at en skal mestre en aktivitet bedre.

I redusert kognitiv funksjon svekket mulighet til å selv å skape sammenheng i stimuli og inntrykk. Ved tilrettelegging kan en minske mengden stimuli og inntrykk en personen mottar, og sørge for at det forekommer så enkelt og strukturert slik at personen selv kan organisere og skape sammenheng med informasjonen vedkommende har fått. Noe av hensikten med tilrettelegging er at personer med redusert kognitiv evne skal få muligheten til å oppleve forutsigbarhet i tilværelsene. En kan tilrettelegge den sosiale funksjonen i henhold til hvordan andre forholder seg på gjennom ord, handlinger og reaksjoner, fremstår som ordnet, sammenhengende, tydelig informasjon (Owren, 2011). Når en samhandler med pasienter skal en kunne formidle slik at pasienten forstår og blir forstått.

3.0 Metode

Aubert (1985) definerer metode slik: *”En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder”* (Dalland 2012: 111).

Det er metoden som forteller hvordan en skal fremskaffe eller etterprøve kunnskap. En trenger riktig metode for å tilegne seg mest mulig relevant data til å belyse hensikten (Dalland, 2012). Linde og Norlund (2012) hevder at en metode kan forstås som en bestemt vei og nå målet.

Jeg har valgt å bruke metoden litteraturstudie, en kvalitativ metode for å finne svar på min problemstilling. *”De kvalitative metodene tar sikte på å fange opp mening og opplevelse som ikke lar seg tallfeste eller måle”* (Dalland 2012: 112). Jeg startet først med å lese bøker som er relatert til dette temaet, som omhandler kommunikasjon og demens. For å skaffe relevant litteratur til denne oppgaven har jeg gjort litteratursøk for å finne relevant teori til studiet. I tillegg har jeg brukt søkebasen ORIA. Her har jeg brukt søkeordene som: «demens», «livskvalitet», «kommunikasjon», «samhandling», «eldreomsorgen», «tilrettelegging», «sykehjem», «aldersdemens», «samtaler» «demensomsorg. Ut i fra disse søkeordene fikk jeg forslag til litteratur som: «kommunikasjon og samarbeid», Kirsten Sejerøe-Szatkowski (2004). «Samtale i eldreomsorgen», Ken Heap (2012). «Møte og samhandling- Personer med demens», Wogn- Henriksen I: Rokstad og Smebye (2008). «demens- Fakta og utfordringer», Engedal og Haugen (2009).

3.1 Validitet og reliabilitet

Kravene til validitet (gyldighet) og reliabilitet (nøyaktighet) må være oppfylt for at metoden skal gi troverdig kunnskap (Dalland, 2012). Det som måles, må ha relevans og gyldighet, dette inngår i begrepet validitet. *”Reliabilitet betyr pålitelighet, og handler om at målinger må utføres korrekte, og at eventuelle feilmarginer angis”* (Dalland 2012: 52). Jeg har valgt litteratur som jeg mener har relevans for min problemstilling, og har vurdert dette gjennom innhold, tittel og tema. Min fortolkning og forforståelse kunne påvirke meg under arbeidsprosessen, derfor prøvde jeg å være bevisst på dette mens jeg skrev. Jeg tenker det er flere tolkninger, holdninger og forståelser ut i fra teori og vil derfor prøve å se ulike perspektiv i drøftingen. Dette for å få mest mulig reliabilitet.

3.2 Min for forståelse

I følge Dalland (2012) har en alltid med seg en fordom eller en for forståelse med seg før en undersøger. Det betyr at vi allerede har en formening om det vi skal undersøke. Tranøy (1986) skriver: ”vi kan prøve å møte et fenomen så forutsetningsløst som mulig, men vi kan ikke unngå at vi har tanker om det” (Dalland 2012: 117)

Jeg har med meg av bagasje fra vernepleier studiet som har ført til at jeg har mange tanker i forhold til kommunikasjon og samhandling med mennesker med demens. Dette er i form av teori, praksis, og ulike erfaringer fra meg selv og andre medstudenter. Jeg mener det er viktig hvordan helsepersonell kommuniserer med mennesker med diagnosen demens. Det er mange ulike måter å kommunisere på, og jeg synes dette er et viktig tema å fremme. I hovedsak mener jeg at i arbeid med mennesker med demens skal en kunne lytte, være rolig, høflig og vise empati for hver enkelt pasient. Med tanke på kommunikasjon er dette individuelt. En vil derfor ikke få noe fasitsvar på problemstillingen, men heller en pekepinn i den retningen som er mest ønskelig for pasienten.

Oppgaven er mye basert på et hermeneutisk perspektiv som handler om forståelse av litteraturen jeg har brukt. Hermeneutikken fokuserer på forståelse og fortolkning. Med dette handler det om å tolke de en ser og hører, og dermed se nærmere om noe er mer grunnleggende og større, noe som ligger under og bak det en ser (Aadland 2011). Dette vil si at jeg skriver oppgaven som er basert på min forståelse ut i fra den teorien jeg har innhentet meg. Videre har jeg gått mer i dybden i teorien og fått mer forståelse og større oversikt som stadig har utviklet seg gjennom arbeidsprosessen. Jeg har prøvd å vært bevisst på min for forståelse og har derfor anvendt teorien, og drøftet flere sider av den. Oppgaven er også skrevet på et positivistisk perspektiv som betyr faktakunnskap, og dette er ut i fra den objektive fakta (Aadland 2011). Noen deler i oppgaven er direkte sitat om demens, som jeg ser på som et positivistisk perspektiv.

Jeg tar overhold for at for forståelsen min kan ha hatt betydning for dette litteraturstudiet i henhold til feiltolkning, da det er jeg som har analysert og tolket datamaterialet. Jeg har likevel prøvd å være bevisst på dette gjennom arbeidsprosessen.

Jeg har funnet relevant litteratur som omhandler kommunikasjon i eldreomsorgen som kan belyse min problemstilling. Selv om noen av bøkene jeg har brukt i teorien er gamle har jeg tatt en vurdering. Det virker for meg som at innholdet i teorien er like aktuelt i dag, og derfor relevant for min oppgave. Jeg har brukt pensum for vernepleier studiet og antar at det har høy validitet og relabilitet som kan påvirke oppgaven min positivt.

Jeg har brukt en kvalitativ metode i oppgaven min. En kvalitativ metode er en styrke for å belyse problemstillingen min da denne fordyper seg i temaet jeg har valgt å belyse og kan ha betydning i praksis. En kvalitativ tilnærming er og hensiktsmessig da jeg skriver om kommunikasjon. Dette er individuelt og det er derfor ikke er mulig å tallfeste eller måle. Fordelen med å bruke kvalitative metoden er at den tar sikte på å fange opp meninger, opplevelse og kunne gå i dybden. Ulemper er at en kvalitativ metode går i dybden og en får kanskje ikke et like stort mangfold i oppgaven for å styrke troverdighet.

4.0 Teori

I denne delen av oppgaven har jeg tatt for meg ulike teorier som er relevant for problemstillingen. Først har jeg beskrevet diagnosen demens ved Alzheimers sykdom, dermed har jeg skrevet om kommunikasjon og ulike kommunikasjonsmetoder.

4.1 Demens ved Alzheimers sykdom

Demens er en samlebetegnelse for ulike hjerneorganiske sykdommer som kan deles inn i ulike grupper; primær degenerative, demens sykdommer, vaskulær demens, eller sekundær demens. Den mest vanlige demens sykdommen er demens ved Alzheimers sykdom, 60% av de som har demens har denne formen for demens (Engedal og Haugen 2009). I Norge er det 70.000 personer som har demens. 66.000 av disse er over 65 år (Nasjonalforeningen for folkehelse 2016). Det er ikke funnet noen kur for demens sykdom (Berentsen 2013).

Alzheimers kan oppstå så tidlig som i 30-50 års alderen, og sykdomsforløpet er oftest raskt progredierende. I starten av sykdommen ser en sviktende hukommelse, og samtidig tegn til apraksi (motoriske forstyrrelser), agnosi (manglende evne til å tolke sanseintrykk) og svikt i tale. Deretter kan andre symptomer forekomme som for eksempel, manglende evne til å føre en samtale eller utføre praktiske oppgaver som å lage mat, betale regninger. Mange blir passive, urolige og irritabel, andre blir engstelig. Det kan være at noen ganger utvikler sykdommen så sakte at det kan bli vanskelig å oppdage (Engedal og Haugen 2009). Demens ved Alzheimers sykdom rammer som oftest mennesker etter fylte 65 år. Hukommelsessvikt er mest fremtredende. Risikoen for å få Alzheimers sykdom stiger med økende alder. Det er ingen spesifikke forklaringer på årsak ved Alzheimers sykdom, men at de som debuterer i tidlig alder kan det være arvelig betinget (Engedal og Haugen 2009).

Sviktende oppmerksomhet og hukommelse:

Evnen til i forhold til problemløsning og hukommelse svekkes, når oppmerksomhetsevnen er nedsatt. Det kan være på grunn av at det er en grad av våkenhet i daglig fungering, oppmerksomhet for ny stimuli og evnen til å konsentrerer seg når en skal utføre en oppgave (Engedal og Haugen, 2009).

Svikt i språket:

I samhandling med mennesker med demens kan være utfordrende på grunn av svikt i språket. Det verbale og det ikke-verbale språket spiller en viktig rolle når en skal ha kontakt og kommunikasjon mellom mennesker (Hummelvoll 2014).

Intellektuelle evner svekkes:

Ved demens i tidlig fase vil personens evne til fleksibilitet og abstrakt tenkning bli redusert. Dette er på grunn av manglende evne til å distansere seg fra det en anser og opplever. Etter hvert vil det komme frem en svikt i intellektuell forståelse av språk i forhold til å uttrykke betydning av ord og uttrykk. Det kan derfor være lurt at en snakker med mennesker med demens, og at en unngår ironi eller underliggende budskap (Engedal og Haugen 2009).

Demens med alvorlig grad blir definert som den siste fasen i demens sykdommen (Snoek og Engedal 2014). Denne fasen er preget av handlingssvikt og hjelpeløshet i det å klare å bo i egen bolig. De trenger hjelp til all dagligdagse gjøremål av omsorgsarbeidere og familie. Mange har manglende styring av motoriske ferdigheter, balansesvikt og gangeproblemer. De fleste trenger fysisk pleie, og de fleste må bo på institusjon fordi pleiebelastningen blir for stor for familien (Engedal og Snoek 2013). Det blir utviklet språkproblemer, og det oppstår markert svikt i forståelse av talt og skrevet språk (sensorisk afasi). Tonefall, ansiktsuttrykk, kroppsholdning og bevegelser får større betydning enn innholdet i det som sies (Engedal og Haugen 2009).

I den fasen av demenssykdommen er kommunikasjonen svekket i den grad at det kan vanskeliggjøre samspill. Uttrykke for egne behov og ønsker kan bli vanskelig, på grunn av at flyten i talen vil etter hvert bli borte og pasienten sier kun enkeltord, og bruddstykker av setninger. Det som vil bli spesielt viktig i denne fasen av sykdommen er ikke- verbal kommunikasjon som for eksempel: øyekontakt, smil, stemme og berøring. Overlærte ferdigheter, vaner og holdninger kan være intakt overraskende lenge. De kan fortsatt ha såkalte "klare øyeblikk" der de plutselig har større innsikt og oversikt enn deres svekkede språkproduksjon tilsier. Ett slikt øyeblikk kan komme når personen med demens blir møtt med en støttende holdning, og når det er en nær relasjon mellom samtalepartnerne (Kruger et.al 2006) De mest vanligste symptomene som oppstår i sen fase er å finne frem i kjente omgivelser og orientering i forhold til ukedag, dato og måned blir borte. For mange kan være vanskelig å kjenne igjen barnebarn, naboer og venner. Å huske det som har skjedd de siste årene og månedene er meget utfordrende, men de kan huske det som skjedde i gamle

dager selv om det foreligger hukommelsestap som en følge av sykdommen (Engedal og Haugen 2009).

Fortsatt kan pasientens evne til å gjenkjenne være delvis intakt. En kan kjenne seg igjen i ulike rom, og personalet i sykehjemmet. I denne fasen er det viktig å være i et miljø der det blir tatt hensyn til gjenværende hukommelsene. Atferdsproblemer som aggresjon, mistenksomhet og hallusinasjoner kan oppstå. Evnen til å sette seg inn i andre sin situasjon blir redusert. Svikt i hukommelsen, innsikt i egen situasjon og selvhjulpenhet fører til økt uro og utrygghet, som gjør at god og stabil kontakt med andre er viktig. Aktivitet er uansett viktig i alle faser av Alzheimers, men den må være tilpasset. Trygg og varm kontakt vil være mer avgjørende i en sen fase (Engedal og Haugen 2009).

4.2 Kommunikasjon

Kommunikasjon handler om de prosessene menneskene blir påvirket hverandre gjennom. Dette handler om å utveksle meningsfulle signaler og etablere felles mening, som kan gi mening, og med å forstå, og bli forstått. Kommunikasjon må skje mellom minst to parter. Det kan bli sett som en utfordring for begge når de skal prøve å skape en felles forståelse. Den ene må ta initiativ til å formidle slik at en blir forstått, og den andre må respondere og kunne forstå (Wogn-Henriksen 2008).

Wogn-Henriksen (2008) hevder at kommunikasjon er det overordnede prinsipp, som holder oss sammen med alt som finnes. Mennesker er avhengig av felleskap med andre, og er et sosialt vesen. Å kunne være sosial og å relatere seg til andre blir sett som menneskets mest avgjørende drivkraft.

Beskrivelsen av god kommunikasjon er åpen tillitsfull dialog. Samspill med andre mennesker gir grunnlag for opplevelser av forståelse og felleskap med andre, og personlig vekst. Lukkethet og usikkerhet kan en bli preget av ved dårlig kommunikasjon, og av uklarhet med hensyn til innhold eller sosiale budskap. Dette kan føre til misforståelser, utrygghet, angst og mistenksomhet. Derfor er det et mål å kommunisere troverdig og tydelig, men dette kan ofte være en utfordring. Det er sjeldent kommunikasjon fører til helt fri for misforståelser og følelsesmessige reaksjoner. Derfor er Relasjonskunnskap og personkunnskap et viktig supplement til kommunikasjonsteorien (Wogn- Henriksen 2008).

4.2.1 Kommunikasjon og demens

Ekman mfl. (1991, Hallberg mfl (1990) hevder at kommunikasjonsproblemer er vanlig i demensomsroger, og dette kan være en utfordring for både personal og pasient (Berentsen 2013). Det vi sier kan utdybes både med ord og kroppsspråk. Kommunikasjon kan vise holdninger, og at en har respekt for hverandre. Derfor er det viktig hvordan vi ordlegger oss, kroppsholdning og mimikk (Berentsen 2013).

Wogn- Henriksen (2008) hevder at demens utfordrer kommunikasjonsprosessen gjennom de generelle kognitive og spesifikke språklige sviktene som sykdommen innebærer. Både de og gi og ta i mot informasjon, og evnen til å forstå og bli forstått blir svekket. Som nevnt tidligere er kommunikasjon viktig for alle mennesker, og ingenting tyder på at det behovet blir mindre under demensutviklingen. Det som kan være avgjørende for et godt liv og kunne bevare livskvalitet kan en få gjennom kommunikasjon. De fleste demensrammende som blir spurt hva som er et godt liv, nevner mange samspill og kommunikasjon: ”Det å være sammen med noen, tilhøre noen, føle seg respektert og stimulert” (Snyder, 2006:93). Wogn- Henriksen (1997) skriver at vanskeligjort kommunikasjon kan være en av de største påkjenningen ved sykdommen (Wogn- Henriksen, 2008).

Når sykdommen utvikler seg, blir personer med demens i økende grad preget av svekket kognisjon og mer markert funksjonell svekkelse, betydelig behov for hjelp og tap av autonomi. De fleste i denne gruppen finnes etter hvert i sykehjem. Operasjonelt handler det om personer som skårer 3 eller mer på skjemaet klinisk demensvurdering eller under 11 poeng på Mini Mental status- testen. Verbale aktiviteten er stort sett tapt: pasienten har inkontinens, økende tap av psykomotoriske ferdigheter og marginalt handlingsrom og funksjonsradius. Flyten i ord produksjonen går tapt, og etter hvert går det aktive ordforrådet til omkring seks ord i løpet av en vanlig dag. Senere ett eller to enkeltord- eller en sjeldent gang mutisme. Det er fravær fra klare emosjonelle uttrykk, men dette betyr ikke at de ikke har følelser. Overlæret ferdigheter, vaner og implisitte hukommelsesuttrykk kan være intakt veldig lenge, også automatiserte og konvensjonelle talemåter kan sitte lenge. Derfor har hilsningsritualer, fraser knyttet til måltider og gamle innlærte sanger, ordspråk og regler stor verdi i behandlingen. «Hvordan har du det?» vil derfor ha en betydning for de fleste. Noen studier viser at nylige institusjonaliserte personer med svært alvorlig demens fort kan utvikle emosjonell tilknytning til nye pleiere, at de kan vise

sympati og antipati. Etter hvert vil ikke-verbal kommunikasjon bli viktigere i samarbeidet med pasientene (Wogn-Henriksen 2008).

Wogn- Henriksen (2008) skriver at i seneste stadium av sykdommen kan kommunikasjonsevnen være så svekket at det kan være vanskelig å formidle egne behov og ønsker. Konsentrasjon og oppmerksomhetsevnen er klart svekket, og en er helt avhengig av hjelp av andre. Selv i langt kommet fase kan en ha god og meningsfull kommunikasjon med demensrammede.

4.2.2 Ikke verbal kommunikasjon

Denne kommunikasjonsformen formidler vi gjennom kropp, blick, stemme, gester, avstand osv. Det er mest effektiv og formidle følelsesmessig kommunikasjon ved kroppslig signaler (Wogn-Henriksen 2008).

Videre skriver Eide og Eide (2013) at ansiktuttrykket er kroppsspråket uttrykk for følelser og holdninger, og er i en viktig del når en skal kommunisere med andre. Når en skal ha en samtale med andre er det viktig å skape trygghet via kroppsspråket. Dersom en stiller seg henvist til den andre, der en lener seg og knærne peker mot personen, formidler en interesse for å skape kontakt. Dette kan skape fortrolighet og trygghet. Dersom en henviser seg en annen vei, kan dette signalisere likegyldighet og ønske om avstand. En kan skape kontakt ved kroppens signaler, som øyekontakt, ansiktuttrykk og verbale signaler. Uttrykk som ikke er relatert til samtalen kan berøre kommunikasjonen. Dette kan føre til uro og usikkerhet til pasienten. Pasienter kan være urolig eller usikre på forhånd, og kan lett tolke hjelperen som uro som et uttrykk for at hun ikke er interessert eller ikke har tid.

Arnold og Boggs (2003) skriver at berøring er en form av non verbal kommunikasjon, og kan være en del av å skape kontakt. Berøring kan i senere livet skape trygghet, meninger og bekreftelser (Eide og Eide, 2012). Heap (2002) skriver videre at berøring kan føre pasient og helsepersonell nærmere hverandre på kort tid, men dette gjelder særlig for alvorlig syke og døende, og for personer med sansevne. Hos eldre personer med demens, sansesvekkelse, forvirringstilstander og redusert evne til kommunikasjon kan det være naturlig og røre ved den andre under samtalen (Eide og Eide 2013).

Berøring har flere funksjoner, blant annet:

”Å Formidle kontakt, sympati og omsorg (forståelse, medfølelse, trøst, støtte, osv.)

Å gjøre oppmerksom på at en vil innlede en samtale

Å holde på oppmerksomheten under samtalen” (Eide og Eide 2013: 210)

Det viser seg at dess mer redusert kognitivt en er, dess viktigere kan berøring være.

Dersom det viser seg at en person er vanskelig å få kontakt med, og har sterkt redusert kognitiv evner, kan det å legge hånden på armen og holde den der til en får kontakt, være et effektivt hjelpemiddel (Eide og Eide 2013).

4.2.3 Aktiv lytting

Når en lytter aktivt er en mest opptatt av hva den andre sier, enn å få frem de en selv vil si.

Ha evnen til å lytte er den mest grunnleggende i profesjonell kommunikasjon. Det å vise vennlig oppmerksomhet og interessert tilstedeværelse er bra for

kommunikasjonsprosessen. Dersom en ikke er sikker på om en har forstått, kan en stille oppklarende spørsmål, eller legge frem sin forståelse av samtalen for å avkrefte eller bekrefte om forståelsen er riktig (Wogn- Henriksen 2008).

4.2.4 Kalibrering

Dette innebærer å avlese personens stemmeføring, kroppsspråk, mimikk og øyebevegelser og drøfte denne av bestemte følelsesmessige tilstander. Når en kalibrerer er det viktig å legge merke til hud, åndedrett, underleppe, øynenes fokus og bevegelser, symmetri i ansiktet og kroppens posisjon og bevegelse, stemmens klang og toneleie. Det er derfor viktig å se og lytte etter faste atferdsmønstre. Etter en har øvd seg i å lese personens trekk, kan en trekke konklusjoner i hva personens kroppsspråk og tonefall betyr (Sejerøe-Szatkowski 2004).

4.2.5 Reminisens

Reminisens betyr minnearbeid. Langtidshukommelsen er ofte intakt hos personer med demens, men har svekket hukommelse for løpende forhold i hverdagen. Reminisens tar utgangspunkt i å hente frem personlige og meningsfulle hendelser fra tidligere i livet. Personer med demens kan få frem sin følelse av identitet, av glede og tilhørighet dersom flere deler minnene sine i en avslappende situasjon, i gruppe eller i individuell samtale.

Det å minnes på ulike historier fra tidligere i livet kan bidra til tydeliggjøre hvem en er. Vi kan bruke minnearbeid ved å minne deres tidligere selvtillit og kompetanse, mimre tilbake til felles kulturelle erfaringer, barndommen, foreldre, søsken, forelskelse, konfirmasjon, interesser, hobbyer osv. Alle personer er forskjellig og derfor viktig å tenke over at alle har hver sin personlig versjon, og at det skal bare fokusere på positive minner. Det kan brukes bilder, gjenstander, lukt, smak, musikk og andre former for sansestimulering for å øke mental produksjon (Wogn- Henriksen 2008).

4.2.6 Realitetsorientering

Orienteringsvikt og svekket korttidshukommelse er sentrale kjennetegn ved demens, og kan dermed sannsynligheten for at ikke alltid har kontroll over tid og situasjon. Det kan være en god hjelp dersom miljøet blir tilrettelagt ved for eksempel, godt lesbare klokker, kalender og navneskilt på rommet. Tillegg kan det være viktig at personalet minner dem på tid, sted og navn, eller hva som skjer i for eksempel stell. For mange med demens er det åpenbart en stor trygghet at personalet minner dem på det de selv har vansker med å lagre og hente frem. Feiloppfatning eller vrangforestillinger kan det korrigeres ved hjelp av realitetsorientering. Personalet kan hjelpe pasientene ved bedre mestring av hverdagen, dersom de kan hjelpe personer med demens med en mer adekvat oppfatning av virkeligheten (Wogn-Henriksen 2008).

4.2.7 Validering

Denne metoden er ikke så opptatt av hva som er reell og sann informasjon, men hva som er pasientens fokus og opplevelse. Det er viktig å bekrefte og anerkjenne personens meddelelser. En kan bidra til å gyldiggjøre de følelsesmessige aspektene ved pasientens kommunikasjon ved utforskende spørsmål, hvem, hva, når. Det vektlegger personens emosjonelle verden, og metoden gir noen retningslinjer for kommunikasjon ut fra følelsene og meningen bak det som sies ved hjelp av valideringsterapi. Det er viktig at en lytter til personens emosjonelle ståsted, uten å henge seg opp i faktaopplysning. En må søke forståelse for personens perspektiv, og møte hver enkelt på det vedkommende er opptatt av i stedet for å korrigere. Ved bruk av validering kan det oppnås forståelse og nærhet (Wogn- Henriksen 2008).

4.3 Profesjonell kommunikasjon

Profesjonell kommunikasjon menes her at en kommuniserer etter det yrket en hører til. En kommuniserer da ikke som en ville gjort i dagliglivet eller i privaten. Profesjonell kommunikasjon brukes i jobben og en kommuniserer da som yrkesutøvere. Gjennom jobb og profesjonell kommunikasjon snakker en med personer som av ulike årsaker trenger, søker eller er henvist til hjelpen og assistansen en tilbyr innen for yrket, eller andre kollegaer som en samarbeider med (Eide og Eide 2013).

Som vernepleier skal en beskytte andre mot skade og bidra til å styrke tjenestemottaker til å ivareta egen helse og bevare sine ressurser. Dette er verdier som gjelder for personell som jobber innenfor helse. Det er også verdier som lar seg virkeliggjøre gjennom god kommunikasjon med pasienter. Som vernepleier skal en kunne møte pasienten med respekt, ta pasienten sitt perspektiv på alvor, og la pasientene beholde så stor innflytelse på sin egen situasjon som mulig. Hver pasient er unik og har unike behov. Det finnes ingen fasit på hva som er mest hjelpende og problemløsende, heller ingen oppskrift på hvordan en skal opptre i ulike situasjoner. Det kan systematisere ulike aspekter som kan være viktig for at kommunikasjonen skal fungere som hjelpende for pasienten. Her er noen punkter som kan være behjelpelig å forholde seg til: å lytte til den andre, skape gode og likeverdige relasjoner, formidle informasjon på en klar og forståelig måte og stimulere den andres ressurser og muligheter (Eide og Eide 2013). Som helsepersonell er det viktig å ha gode kommunikasjonsferdigheter. Dette kan bidra til å forstå pasienten som person, til å forstå relasjonen, til å gi bedre hjelpende støtte, til å ta gode beslutninger sammen, og til å stimulere den andres utvikling på en best mulig måte (Eide og Eide 2013). Stewart mfl. (1995) forklarer at det har blitt gjort forskning som viser at bedre kommunikasjonsferdigheter bidrar til bedre helse for pasientene (Eide og Eide 2013). Videre skriver Berentsen (2013) at skal en kunne tilrettelegge kommunikasjon for mennesker med demens må en tenke over både mimikk, kroppsspråk, bevegelser og stemme på grunn av at det er sterkt forbundet med følelsesmessig budskap. Ordene vi bruker kan vise høflighet, vennlig, sint eller ironiske, og kan derfor være viktig å tenke på hvordan vi vektlegger ordene, og hvilken styrke vi har på stemmen. Som helsepersonell må en lære å kommunisere tydelig, slik at det en sier med ord, samsvarer med kroppsspråk. Pasienter som har svekket ordforråd, må en innlede ved å bruke pasientens navn, og legge merke til at pasienten ser på oss, og oppfatter at helsepersonell vil ha kontakt. En må snakke langsomt, gi pasienten tid til å se om han/hun forstår (Berentsen 2013).

4.4 Presentasjon av funn

Hvordan tilrettelegge kommunikasjon for mennesker med diagnosen demens.

-Hvordan kan en bruke ulike kommunikasjonsmetoder for å tilnærme seg og skape tillit til mennesker med demens

-Hvilken betydning har kommunikasjon for mennesker med diagnosen demens ved Alzheimers sykdom

5.0 Drøfting

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

I dette kapittelet skal jeg drøfte problemstillingen i forhold til funn i litteraturen sier, og forskjellige sider av teorien. Jeg skal trekke inn egne erfaringer og drøfte to forskjellige historier jeg har opplevd i praksis.

5.1 Tilrettelegging for kommunikasjon

5.1.1 Reminisens

Funn fra teorien viser mange ulike aspekter der kommunikasjon skal kunne fungere hjelpende for pasienter. Her kommer det frem at en skal kunne å lytte til andre og stimulere den andre interesser og ønsker (Eide og Eide 2013). Funn fra teorien viser at mennesker med alvorlig grad Alzheimers er minnet fra det som har skjedd de siste årene og månedene nesten borte, men kan huske det som har skjedd i gamle dager (Engedal og Haugen, 2009). I forhold til de ulike kommunikasjonsmetodene kan en bruke reminisens i samtaler med mennesker med demens. Ved denne metoden kan en ta frem ulike hendelser fra det tidligere i livet. Pasienter med demens kan få frem sin følelse av identitet, av glede og tilhørighet ved å kunne snakke om tidligere minner (Wogn- Henriksen 2008). Funnene fra teorien samstemmer med min erfaring, der jeg har sett viktigheten i det å ha innsikt i pasienten sitt tidligere liv. Det å kunne ta opp ulike temaer som er interessant for pasienten, og vise at en lytter er avgjørende for samtalens kvalitet. I mange tilfeller har dette fungert bra, men dette kan også virke mot sin hensikt dersom pasienten ikke klarer å svare på det helsepersonellet spør om på grunn av sin sykdom. Eksempel kan være at pasienten ikke husker hva deres barn heter. Dette kan skape frustrasjon, og ende med at pasienten blir fortvilet. I forhold til å bruke reminisens for mennesker med alvorlig demens er det avgjørende at helsepersonell har informasjon om pasienten sitt tidligere liv, for å kunne vekke opp minner.

Funn fra teorien viser at på grunn av diagnosen alvorlig grad demens kan pasienten bli mistenksom og få hallusinasjoner. På grunn av at pasienten har svikt i hukommelsen kan en ha lite innsikt i egen situasjon som kan føre til økt uro og utrygghet (Engedal og Haugen 2009). Eksempel på å bruke metoden reminisens kan være å spørre pasienten: ”Savner du Per, mannen din?”. Deretter kan pasienten og personalet se i album som tilhører pasienten for å mimre om gamle minner. Dette kan som nevnt tidligere bidra til at pasienten får frem sin følelse av identitet, glede og tilhørighet.

5.1.2 Kroppsspråk og berøring

Eide og Eide (2013) skriver at kroppslige signaler kan uttrykke både følelser og holdninger, og det er viktig å skape trygghet gjennom kroppsspråket. Ved å kunne stille seg henvist til den andre kan det formidles at en vil ha kontakt med den pasienten. Dette er det flere teorier som støtter opp under. Rokstad (2005) hevder at for å skape god kommunikasjon skal en gjøre seg tilgjengelig for pasienten. Engedal og Haugen (2009) skriver at personer som har demens ved Alzheimers sykdom i alvorlig fase blir det utviklet språkvansker og sensorisk afasi. Da får ikke-verbal kommunikasjon en sentral plass i kontakt med pasienten. Arnold Boggs (2003) hevder at berøring er en del av ikke-verbal kommunikasjon, og kan være en del av det å skape kontakt. Videre kan berøring skape trygghet, mening og bekreftelse (Eide og Eide 2013). Likevel kan denne formen for kommunikasjon være individuell, og en må bruke faglig skjønn i slike situasjoner. Dette er fordi pasienter kan oppfatte og tolke berøring forskjellig. Selv har jeg bare positive erfaringer med denne formen for kommunikasjon. Jeg opplevde mange eksempler på dette i praksis, men det var spesielt en situasjon som utpekte seg. En pasient så på tv, og jeg satt meg ned for å føre en samtale, men det var vanskelig å få kontakt. Senere satt jeg meg henvist mot pasient, tok pasienten i hånden og fikk øyekontakt. Pasienten klemte hånden min tilbake, og var oppmerksom på meg. Jeg innledet en samtale med å spørre: ”Har du det bra?”. Det tok ikke lang tid før pasienten svarte meg. Vi satt en stund å pratet med hverandre. Vi holdt hverandre i hånden gjennom hele samtalen. Krugher et.al (2006) fra funn fra teorien skriver at øyekontakt, smil, stemme og berøring vil være viktig i denne fasen av sykdommen, og fra erfaringen virket det som pasienten ble rolig og trygg på meg. Ut i fra funn fra teorien har berøring flere funksjoner. Det kan vise at en vil innlede en samtale, og en kan holde oppmerksomheten gjennom hele samtalen (Eide og Eide 2013).

Dette stemmer med funn fra forskning av Thorvik, Helleberg og Hauge (2014) som viser at personalet alltid var bevisst på pasientene sitt kroppsspråk, og hva kroppsspråket signaliserte gav de et godt utgangspunkt for å møte pasienten i deres situasjon. Personalet var opptatt av å lese kroppsspråk som mørke øyne, rynkede øyebryn, ord, lyder, kroppsholdning og bevegelser (Thorvik, Helleberg og Hauge 2014). Ut i fra forskningen kan en se at å lese kroppsspråk er et godt redskap for å kunne yte kvaliteten og tilpasset hjelp til personer med demens.

Som nevnt fra funn i teorien vil ikke-verbal kommunikasjon få en sentral plass med pasienter med alvorlig grad demens ved Alzheimers sykdom. Ansiktsmimikken til pasienten og til helsepersonellet kan ha betydning for kommunikasjonen. Det å kunne observere ansiktsuttrykk kan være viktig for å kunne forstå hva pasientens føler og å oppfatte reaksjoner som en ellers ikke ville ha lagt merke til. Eksempel på dette kan være at dersom helsepersonell observerer en pasient med demens med et stramt ansikt med sammenbite tenner kan en tolke at noe er galt, og holder noe tilbake. Dersom vi møter en pasient med et trygt smil, kan vi tolke at pasienten har det bra (Eide og Eide 2013). Funn fra teorien kan en trekke med seg i demensomsorgen, der kalibrering er en kommunikasjonsmetode som innebærer å kunne avlese personens stemmeføring, kroppsspråk, mimikk og øyebevegelse. Derfor er det viktig for helsepersonell å se og lytte etter faste atferdsmønstre. Dersom helsepersonell lærer seg å lese pasienten sitt personlige trekk kan en lettere tolke hva personens kroppsspråk og tonefall betyr (Sejerøe-Szatkowski 2004). Forskning fra Thorvik, Helleberg og Hauge (2014) viser at helsepersonell var avhengig av å vite noe om væremåter og vaner til pasienten for å lykkes i å hjelpe dem. I min praksis hadde jeg en pasient som ved do trang startet å vugge på stolen. Som tidligere nevnt innebærer kalibrering å kjenne pasienten sitt kroppsspråk og atferdsmønstre, og på grunn av at personalet kjente til det faste atferdsmønsteret til pasienten visste de at han måtte på do.

Funn fra teorien viser at kommunikasjon er avgjørende for god livskvalitet hos pasienter med demens (Wogn-Henriksen 2008). Livskvalitet er individuelt og derfor vanskelig å definere. Hvordan en opplever god livskvalitet kan være ulikt fra hvordan en annen opplever det. Det kan være vanskelig å hvite hvordan eldre pasienter med demens kan oppnå kvalitet i sin hverdag. Her må en ta alder, opplevelser, interesser i tidligere liv og helse i betraktning. Wogn-Henriksen (2008) sier at helse-og omsorgsarbeidere kan forsøke

å fremme livskvaliteten til hver enkelt beboer med samspill og kommunikasjon. Teori fra Wogn- Henriksen (2008) samsvarer med teori fra Lingås (2011) som hevder at det er to grunnleggende elementer som skal til for å skape en meningsfull hverdag: å skape og å ha kontakt med andre. Dette gir grunnlag for en god samtale som kan bidra til at dagen blir meningsfull. Det skaper livskvalitet (Lingås 2011).

5.1.3 Validering

Validering er en annen form for kommunikasjon som kan brukes i samhandling med pasienter med demens. Denne formen tar utgangspunkt i viktigheten av at helsepersonell lytter til pasientens emosjonelle ståsted, uten å henge seg opp i faktaopplysninger. En må søke forståelse for pasientens perspektiv, og møte hver enkelt på det vedkommende er opptatt av (Wogn-Henriksen, 2008). Jeg erfarte en situasjon i praksis som kunne ha vært håndtert annerledes ved å bruke denne formen for kommunikasjon. Dette blir utdypet i avsnittet under.

En pasient ble utrygg og ville hjem. Pleieren reagerte med å snu pasienten, og satt henne ned på stuen med de andre, uten å snakke noe mer med henne. Pasienten satt seg ned og gråt, og fortsatte å prøve å gå ut. Pleieren reagerte med å løpe etter, som gjorde pasienten ble enda mer utrygg og redd. Videre sa pleieren at hun skulle gå på rommet sitt. Pleieren fulgte henne på rommet, uten å bli med henne inn. Pasienten satt alene for seg selv. I forhold til teori om demens kan uroen pasienten opplevde være fordi hun ikke kjente seg igjen. Ved bruk av kommunikasjonsmetoden validering kunne pleieren spurt pasienten ”er du urolig?”. Da hadde pleieren prøvd å finne meningen bak atferden. Rokstad (2008) hevder at ved bruk av validering skal en kunne ha forståelse for den andre. Helsepersonell skal kunne søke etter en forståelse for pasienten sine følelsesuttrykk som ligger bak pasientens utsagn og atferd. Det å kunne se atferden i form av en mening, innebærer å kunne lese pasientens atferd å bruke dette meningsfullt gjennom kommunikasjon. Teori fra Eide og Eide (2013) samstemmer med teori fra Rokstad (2008) som hevder at helsepersonell skal kunne møte pasienten med respekt, ta pasienten sitt perspektiv på alvor, og la pasientene beholde så stor innflytelse på sin egen situasjon som mulig (Eide og Eide, 2013). I form av validering kan dette bli oppfylt, men som funnet fra teorien er hver pasient unik og har ulike behov. Det finnes ingen fastsatt fasit på hva som er mest hjelpende og problemløsende, heller ingen oppskrift på hvordan en skal opptre i ulike

situasjoner (Eide og Eide, 2013). Det er dette som gjør det utfordrende å forberede seg på problemer som kan oppstå med mennesker med demens.

Sammen med bruk av kommunikasjonsmetodene er det en viktig forutsetning at helsepersonell formidler trygghet og forutsigbarhet. Trygghet kan formidles gjennom ikke-verbal kommunikasjon ved å legge en arm rundt pasienten, å kunne vise godhet gjennom blick og ansiktsuttrykk. Helsepersonell kan snakke rolig og tydelig og prøve å formidle slik at pasienten forstår og blir forstått. Det er viktig at kroppsspråk stemmer med budskapet som blir gitt. Det reduserer sjansen for mistenksomhet og misforståelse fra pasienten sin side. Som nevnt tidligere i teori kan atferdsproblemer som aggresjon, mistenksomhet og hallusinasjoner oppstå i den alvorlige fasen ved Alzheimers sykdom (Engedal og Haugen 2009). Teorien fra Engedal og Haugen (2009) og Berentsen (2013) samsvarer med hverandre, som skriver at helsepersonell må lære å kommunisere tydelig, slik at det en sier med ord, samsvarer med kroppsspråk.

5.1.4 Realitetsorientering

En annen metode en kan bruke i kommunikasjon med pasienter med diagnosen alvorlig demens er realitetsorientering. Funn fra teorien skriver at ved denne metoden skal en kunne få pasienten tilbake i nåtid, og for mange med demens er det åpenbart en stor trygghet at personalet minner dem på det de selv har vansker med å huske (Wogn-Henriksen 2008). Heap (2012) skriver at denne metoden rettes mot eldre som har mistet evnen til å orientere seg om tid, sted og navn på personer. Den består av en samtaleteknikk, av en bestemt gruppe, og er en måte å orientere miljøet på for pasienten (Heap 2012). Det kan være ulike situasjoner der realitetsorientering ikke passer seg å bruke. Jeg har opplevd i praksis at en pasient ble urolig etter at helsepersonell informerte om hvor vedkommende befant seg. Dette bekrefter også teori fra Engedal og Haugen (2009) som fastslår dette: ”*En konfronterende og direkte orienterende tilnærming vil i mange tilfeller resultere i mer uro og uttrygghet*” (Engedal og Haugen, 2009: 300). Dermed kan det være viktig å tenke på hvordan helsepersonell ordlegger seg, hvordan en går frem med det en sier og hva som er nødvendig informasjon i ulike situasjoner. Det er også en mulighet å skifte emne eller avlede dersom situasjonen tilsier at bruk av realitetsorientering kan føre til mer uro. For å kunne tolke situasjonen går det an å bruke metoden validering som er drøftet tidligere oppgaven, for å kunne gjenkjenne hva som

ligger bak situasjonen. En måte å bruke realitetsorientering er når helsepersonell skal inn til en pasient på morgen kan en starte samtalen ved å si, ”God morgen, det er Siri som kommer. klokken er 09.00 på morgen, og det er tid til å gå på badet”. Her bruker en realitetsorientering ved å orientere pasienten for tid, hva som skal skje og hvem som kommer. Dette kan bidra til at pasienten føler trygghet og forutsigbarhet.

5.1.5 Tilrettelegging i form av kommunikasjon

Funn fra teorien viser at pasienter med alvorlig grad demens ved Alzheimers sykdom blir det utviklet språkproblemer og det oppstår markert svikt i forståelse av talt og skrevet språk. Flyten i talen vil etterhvert bli borte og pasienten sier kun enkeltord og bruddstykker av setninger (Engedal og Haugen 2009). Wogn- Henriksen (2008) forteller at ingenting tyder på at behovet for kommunikasjon blir mindre under demensutviklingen, og vanskeligjort kommunikasjon kan være en større påkjenning ved sykdommen (Wogn- Henriksen 2008). Språk henger sammen med hvordan en utfolder seg sosialt. Som helsepersonell kan det være viktig å tilrettelegge kommunikasjonen i forhold til de sosiale funksjonene til hver enkelt pasient. Dette kan være gjennom samtale. Målet kan være at pasienten forstår og blir forstått. Jeg opplevde i praksis at helsepersonell dekket på bordet og samtidig hadde en samtale med en pasient. Pasienten fikk ikke med seg hva som ble sagt, som førte til misforståelser. Pasienten ble forvirret og gikk fra bordet. Personalet var ikke oppmerksom på hvordan pasienten opplevde situasjonen. Personalet kunne i utgangspunktet ha vært mer oppmerksom på sin egen fremgangsmåte når hun skulle ha en samtale med pasienten. Etter at situasjonen hadde oppstått hadde personalet kunne brukt metoden kalibrering for å avlese pasienten sin reaksjon og handlet ut i fra dette. Jeg opplevde også en motsatt situasjon. Personalet satt seg ned sammen med pasienten, snakket langsomt, og korte setninger. Pasienten forsto hva som ble sagt som førte til kommunikasjon fra begge sider og jeg tolket at begge satt med en god følelse. Heap (2012) sier at når en blir eldre tar ting mer tid. Dersom en snakker i normalt eller høyt tempo kan dette føre til at helsepersonell overlesser eldre menneskers mottakerapparat. Dersom det blir for mye stimuli å forholde seg til samtidig kan dette føre til tilbaketrekning eller forvirring.

Pasienter kan være urolig eller usikre på forhånd, og kan observere pleieren sitt kroppsspråk. Dersom pleieren er stresset kan dette påvirke pasienten i samme sinstrening. I

tillegg kan pasienten da tolke at hjelperen ikke er interessert eller ikke har tid til han/henne (Eide og Eide 2013). Ut i fra teoretisk funn fra Eide og Eide (2013) og teorien fra Heap (2012) kan en anta at både tilrettelegging av kommunikasjon, og hvordan helsepersonell fremstår har betydning i samhandling med pasienter med alvorlig grad demens. Det har kommet frem at tid, tydelighet og tilrettelegging er viktig for kommunikasjonen mellom helsepersonell og den syke med alvorlig grad demens. Witsø og Teksum (1998) skriver at våre holdninger dannes på ulike vis, og våre holdninger skapes og endres gjennom hele livet. Det antas at holdninger en har til ulike mennesker kan ha stor betydning på hvordan en forholder seg til disse. Eksempel kan være at dersom helsepersonell har en holdning der en ikke liker mennesker med diagnosen demens, kan samhandlingen mellom helsepersonell og pasient bli svekket. I et profesjonelt arbeid som vernepleier skal en kunne jobbe med mange ulike mennesker, med ulik mening og ulik bakgrunn. Da må en kunne legge holdningene bak seg og behandle alle med respekt og likeverd.

Fra funn fra Engedal og Haugen (2009) skriver at på grunn av sykdommen kan atferdsproblemer som aggresjon, mistenksomhet og hallusinasjoner oppstå. En kan anta at det kan være vanskelig å hvite hvordan helsepersonell skal opptre i ulike situasjoner som kan oppstå. Videre skriver Eide og Eide (2013) at som profesjonell yrkesutøver er det viktig å tenke at hver pasient er unik og har unike behov. Det finnes ingen fasit på hva som er mest hjelpende og problemløsende, heller ingen oppskrift på hvordan en skal opptre i ulike situasjoner. En kan anta at det å bruke bestemte kommunikasjonsmetoder i samhandling med pasienter kan virke hjelpende for pasienter. Her kan det tenkes at det kan være et grunnlag for helsepersonell å kunne anvende metoder som kan passe seg i ulike situasjoner, men det er også viktig å tenke over hvilken individ en samhandler med.

Personer med alvorlig grad demens ved Alzheimers sykdom har også såkalte ”klare øyeblikk” der de plutselig har større innsikt og oversikt enn deres svekkede språkproduksjon tilsier. Ett slikt øyeblikk kan komme når personen med demens blir møtt med en støttende holdning, og når det er en nær relasjon mellom samtalepartnerne (Kruger et.al 2006). Funn fra teorien tar Eide og Eide (2013) for seg noen punkt som kan bidra til at kommunikasjonen mellom pasient og personal skal bli bedre. En av punktene er å: skape gode og likeverdige relasjoner. Engedal og Haugen (2009) fra funn i teorien skriver at i en alvorlig fase av sykdommen kan en fortsatt gjenkjenne personalet. Det kan tenkes ut i fra

teorien at en av de grunnleggende forutsetningen for å ha kvalitet i samhandlingen er å skape relasjon først. Dette for at pasientene skal føle seg trygg på personalet.

5.1.6 Aktiv lytting i samtale

Aktiv lytting er en kommunikasjonsmetode som kan være nyttig å bruke når en skal kommunisere med mennesker med demens. Funn fra teorien viser at aktiv lytting skjer når personen som blir snakket til er mest opptatt av hva den andre sier, enn å få frem det en selv vil si (Wogn-Henriksen 2008). Dette har jeg selv erfart fra praksis. En pasient var urolig og ville hjem. Jeg tok med meg pasienten inn på rommet sitt, og spurte hva pasienten tenkte på. Pasienten forklarte, mens jeg lyttet til hva som ble sagt. Etter hvert spurte jeg spørsmål for å bekrefte eller avkrefte at jeg forsto det som ble formidlet fra pasienten. Dette endte med at pasienten følte seg forstått og roet seg ned. I følge Eide og Eide (2013) kan både den fysiske og mentale prosessen gå langsommere en før. Dermed vil helsepersonell sin innlevelsessevne, interesse og vilje til å lytte aktivt være avgjørende for å skape kontakt med pasienter med demens. Å kunne vise respekt og empati for pasienten er viktige milepæler i arbeid som helsepersonell. Pasienter med demens kan ofte ha svekket hørsel og syn, dermed får helsepersonell høyere krav til å ha evnen til empati og evnen til å aktivt møte pasientene på deres premisser. Dette er viktig for å ivareta den elders livskvalitet og helse (Eide og Eide 2013). Eldre mennesker med diagnosen demens kan ofte ha opplevd sorg og lidelser som kan påvirke deres atferd. Derfor kan aktiv lytting være viktig med tanke på at pasienten skal kunne bearbeide sine følelser, og ikke minst kunne fremme sine meninger. Ved at helsepersonell har evnen til å lytte til pasienten kan dette styrke pasientens autonomi. Aktiv lytting er også en sentral nøkkel for å kunne bruke metoden validering som går ut på å lytte til pasienten sin emosjonelle ståsted, søke forståelse for pasientens perspektiv, og møte hver enkelt på det vedkommende er opptatt av.

6.0 Avslutning

I dette kapittelet kommer en oppsummering av hva oppgaven inneholder og kort oversikt over hovedpunktene i drøftingen. Deretter kommer konklusjonen som er et resultat av drøftingen. Til slutt avsluttes oppgaven med refleksjon.

6.1 Oppsummering

Jeg har tatt for meg ulike kommunikasjonsmetoder i demensomsorgen og hvordan helsepersonell kan bruke de metodene i forskjellige situasjoner. Jeg har hatt fokus på tilrettelegging for kommunikasjon som kan bidra til trygghet og forutsigbarhet, og redusere uro for personer med diagnosen alvorlig demens på sykehjem. Videre har jeg drøftet mine erfaringer og teori opp mot hverandre for å kunne belyse min problemstilling. Her har jeg drøftet både fordeler og ulemper ved å bruke de ulike kommunikasjonsmetodene.

6.2 Konklusjon

Ut i fra problemstillingen har jeg drøftet ulike kommunikasjonsmetoder en kan bruke i forskjellige situasjoner som kan oppstå i demensomsorgen. Jeg har brukt egne erfaringer og kastet lys over teorien jeg har innhentet, og drøftet fordeler og ulemper ved dem.

I drøftingen kommer det frem at for å kunne tilrettelegge kommunikasjon for personer med alvorlig grad av demens ved Alzheimers sykdom må en bruke tid og tydelighet. På grunn av demenssykdommen må personalet ha kjennskap til sykdomsforløpet og kunne tilpasse kommunikasjonen deretter. Det kreves av personalet at de må gjøre seg kjent med pasientene sin verden, og kommunisere på det nivået de befinner seg. Kommunikasjonen er vellykket dersom pasienten forstår budskapet, og dermed viktig å kommunisere på den måten som sikrer at pasienten har oppfattet innholdet i samtalen. Noen som kjennetegner demens er svikt i hukommelse, orientering, evnen til å oppfatte og dømmekraft. Jeg mener dette er viktig å ta i betraktning når helsepersonell skal kommunisere med pasienter med Alzheimers sykdom.

Jeg fant ut at reminisens omhandler minner fra pasientens fortid, som personalet må ha kjennskap til. I forhold til kalibrering må en være oppmerksom og ha kjennskap til

pasienten sitt atferdsmønster. Realitetsorientering krever tilpasning og vurdering fra personalet om hva som er nødvendig informasjon for at kommunikasjonsmetoden ikke skal virke mot sin hensikt og dermed forverre situasjonen. Realitetsorientering kan være bra for å bringe pasienten i nåtid, orientere pasientens omgivelser, og å kunne forberede pasienten på hva som skal skje som kan skape forutsigbarhet.

Noe som var spesielt viktig i forhold til å kunne tilrettelegge kommunikasjonen var ikke-verbal kommunikasjon. Pasientene får ofte språkvansker (afasi) og dermed vil ikke-verbal kommunikasjon få en sentral plass i samhandling med denne pasientgruppen.

Helsepersonell må da være oppmerksom på hva som blir signalisert gjennom sitt kroppsspråk til pasienten som kan feiltolkes, eller det kan skape trygghet. Det er også viktig at personalet er opptatt av pasienten sitt ikke-verbale språk. Kroppsspråket gir signaler på hvordan pasienten har det og det kan derfor gi personalet en forutsetning til å fange opp problemer som de ellers ikke hadde fått tak i. Berøring har også en sentral rolle i ikke-verbal kommunikasjon. Ved å berøre pasienten kan en vise at en er tilstede i situasjonen eller er interessert i å skape kontakt. Dette kan skape trygghet for pasienten.

Ved validering skal en kunne lytte til pasienten sitt emosjonelle ståsted og søke forståelse for pasientens perspektiv. Målet ved denne metoden er at helsepersonell aksepterer og respekterer følelsene til pasienten og det pasienten forteller. Om det pasienten sier er sant eller ikke er av mindre betydning i slike situasjoner. I drøftingen kom det frem at evnen til å kunne lytte aktivt er en viktig forutsetning i samhandling med pasienter. For å kunne oppnå kvalitet i samtalen er det viktig at helsepersonell viser at en er interessert i å lytte til hva pasienten har å si. Dette skaper også tillit som også er en byggestein for å kunne skape en god samtale. Å kunne lytte aktivt er viktig for å kunne optimalisere alle kommunikasjonsmetodene som har blitt nevnt i drøftingen.

Selv om kommunikasjonsmetoder kan være et hjelpemiddel, er det også viktig at en ikke alltid må følge metoder for å kunne kommunisere med mennesker med demens. En må være fleksible og gripe øyeblikket og gjøre det som faller naturlig. Det kom frem i drøftingen at en må anvende ulike metoder og tilnærminger når en skal kommunisere med pasienter med demens. Jeg vil tro at ved å bruke metodene er en avhengig av hvilken situasjon en befinner seg i og hvilke individ en kommunisere med.

6.3 Refleksjon

For å kunne sikre god praksis mener jeg at helsepersonell må ha fokus på tilrettelagt kommunikasjon for å sikre kvalitet i samhandling med pasienter. Dette er noe jeg ser på som et av mine ansvar jeg har som vernepleier. Jeg blir nødt til å tenke over hvordan jeg ordlegger meg og å ta etiske hensyn til personer med demens. Jeg har med denne oppgaven blitt mer bevisst på å tenke over hvordan en skal kommunisere for å skape kvalitet i samtalen. Der kvalitet i samtalen er viktig for å styrke livskvaliteten. Som fremtidig vernepleier er det viktig at jeg kan videreføre kunnskap og øke bevisstheten rundt god kommunikasjon og viktigheten av dette innenfor demensomsorgen. Det kan godt tenkes at helsepersonell ikke alltid tenker over hvordan de går frem i samhandling med pasienten med tanke på både språk, ordleggelse og ikke-verbal kommunikasjon. Å ha innsikt i sykdomsbildet til pasienter og ulike kommunikasjonsmetoder vil være en fordel for å kunne yte best mulig hjelp til pasientene. Dette også fordi en skal kunne ha en individuell tilnæringsmåte som passer for hver enkelt pasient. Alle som jobber med mennesker er opptatt av at pasientene skal ha det bra, og vil fremme livskvalitet. Dermed kan kommunikasjon være et viktig grunnlag i arbeidet mot dette.

I arbeid med denne oppgaven har jeg fått mer kunnskap om kommunikasjon. Jeg har sett tilbake på mine kommunikasjonsevner og metoder fra tidligere praksis. Jeg føler at jeg har blitt tryggere på meg selv etter all den kunnskap og erfaringen jeg har fått i løpet av alle disse tre årene på studiet. Jeg har også blitt mer bevisst på at kommunikasjon er viktig i alle arbeidsfelt som vernepleier, men ser også behovet for økt fokus på dette området. Både til pasienter, kollega, pårørende og brukere.

Referanser

Aadland (2011). *Og eg ser på deg-Vitenskapsteori i helse- og sosialfag*. Oslo: Universitetforlaget

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

Eide, Hilde og Eide, Tom (2013). *Kommunikasjon i relasjoner, samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Linde, Sølvi og Inger Nordlund (2012). *Innføring i profesjonelt miljøarbeid. Systematikk, kvalitet og dokumentasjon*. Oslo: Universitetforlaget

Lingås, Lars Gunnar (2011). *Overs andres dørstokk*. Oslo: kommuneforlaget

Owren, Thomas (2011). *Sosial Helse og Funksjoner*. I: Owren, Thomas og Sølvi Linde (red). *Vernepleierfaglig teori og praksis-sosialfaglige perspektiver*. Kap.6. Oslo: Universitetforlaget.

Røkeness, Odd Harald og Per- Halvard Hanssen (2012). *Bære eller briste. Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*. Fagbokforlaget

Snoek, Jannike Engelstad og Knut Engedal (2013). *Psykatri, kunnskap- forståelse- utfordringer*. Trondheim: Akribe forlag

Tuntland, Hanne (2006) *En innføring i ADL: Teori og intervensjon*.

Witsø, Aud Elisabeth og Anne Brit Teksum (1998). *Måltrettet miljøarbeid med aldersdemente*. Aurskog:

Selvvalgt litteratur:

Berentsen, Vigdis (2013). *Kognitiv svikt og Demens*. I: Geriatriisk sykepleie- God omsorg til den gamle pasienten, red. Kirkevold, marit. Kari Brodtkorb og Anette H. Ranhoff. Oslo: Gyldendal Akademisk. Kap 28.

Engedal, Knut og Per Kristian Haugen (2009). *Lærebok Demens fakta og utfordringer*. Tønsberg: Aldring og Helse

Heap, Ken (2012). *Samtalen i eldreomsorgen*. Oslo: Kommuneforlaget

Hummelvoll, Jan Kåre (2014). Helt- ikke stykkevis og delt. Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

Karoliussen, Mette og Kari Lislerud Smebye (2000). Eldre, aldring og sykepleie. Gyldendal Norsk forlag

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

Sejerøe- Szatkowski, Kirsten (2004). *Demens. Kommunikasjon og samarbeid*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

Rokstad, Anne Marie Mork (2005). *Kommunikasjon på kollisjonsbok. Når atferd blir vanskelig å mestre*. Tønsberg: Aldring og Helse.

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

Inernettkilder:

Nasjonalforeningen for folkehelse (2016) ”Hva er demens”.

<http://nasjonalforeningen.no/demens/hva-er-demens/>, Lest 05.05.2016)

Nasjonalforeningen for folkehelse (2016). ”Alzheimers sykdom”.

<http://nasjonalforeningen.no/demens/ulike-typer-demens/alzheimers-sykdom/>, Lest 13.05.2016)

Norsk senter for forskningsdata. Database for statistikk om høgre utdanning (2016).

https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/KanalTreffliste.action?enkeltSok=Sykepleien&__checkbox_bibsys=true&sok.avansert=false&treffliste.tidsskriftTreffside=1&treffliste.forlagTreffside=1&treffliste.vis=true , Lest 13.05.2016)

Tidsskrift for den Norske Legeforeningen (2010).

<http://tidsskriftet.no> , Lest 05.05.2016)

Vedlegg

Forfattere	Thorvik, Karin Elisabeth, Kristin Helleberg og Solveig Hauge.
År	2014
Land	Norge
Tidsskrift	Tidsskriftet Sykepleien
Tittel	God omsorg for urolige personer med demens
Hensikt	Utforske og beskrive hva god omsorg kan være i en skjermet avdeling for personer med demens
Metode	Kvalitativ design med deltakende observasjon
Deltakere/Frafall	Deltakerene var 13 ansatte. 7 av dem hadde 3 år med høyskoleutdanning. Resten var hjelpepleiere/omsorgsarbeidere med spesialisering.
Hovedfunn	De ansatte var alltid beredt ved at de var årvåkne, utnyttet gyldne øyeblikk og responderte raskt når det var nødvendig. Viste stor grad av fleksibilitet. Var kreativ i sin fagutøvelse. Hadde gode kunnskaper om sykdom, symptomer og den enkelte pasient. De hadde også god innsikt i kollegaene sin kompetanse.
Etisk vurdering	Fått godkjenning fra Regionalt Forskningsetisk Komité
Kvalitet	Nivå 1
Database	Tidsskrift for sykepleien