



# Høgskolen i **Hedmark**

Avdeling for folkehelse

**4BACH**

Salma Khan og Ida Kristine Løvlund

Veileder: Gunvor Volla Stensrud

**Se meg, snakk med meg!**

See me, talk with me!

Bachelor sykepleie heltid,  
BASY2012.

2015

Antall ord: 12846

Samtykker til utlån hos høgskolebiblioteket JA  NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage JA  NEI

## **Sammendrag:**

*Tittel:* Se meg, snakk med meg!

*Problemstilling:* Hvordan kan sykepleier fremme trivsel til pasienter med demens?

*Bakgrunn:* Bachelor oppgave i sykepleie.

*Hensikt:* Hensikten med oppgaven er å belyse via litteratur, hvordan vi som sykepleiere kan fremme trivsel til pasienter med demens.

*Metode:* Litteraturstudium.

*Sammendrag:* For å kunne øke trivselen hos pasienter med Alzheimers sykdom har vi valgt kommunikasjon som metode, og tar derfor for oss de ulike kommunikasjonsmetodene validering, reminisens og realitetsorientering. For å utøve god kommunikasjon, har vi sett at kunnskaper om pasientens livshistorie er viktig. Å ha kunnskaper om dette, bidrar til gode kommunikasjonsferdigheter og god personsentrert omsorg. Personsentrert omsorg viser å ha effekt på pasientens trivsel, da pasienten blir verdsatt og akseptert som et menneske. Pasienten blir også myndiggjort, hans individuelle behov blir vektlagt og det blir tilrettelagt for sosialt samvær med andre. Vi benytter oss av Joyce Travelbee som sykepleieteoretiker, og baserer oppgaven på hennes teori. Hun mener at det må skapes relasjoner mellom sykepleier og pasient, for å hjelpe pasienten med Alzheimers sykdom å finne mening i sin situasjon. Dette er med på å fremme trivsel.

*Nøkkelord:* Demens, Alzheimers sykdom, Trivsel, Kommunikasjon, Miljøtiltak, Personsentrert Omsorg, Tom Kitwood, Joyce Travelbee.

GODEØYEBLIKK



Den største gaven  
jeg kan tenke meg å få  
fra mennesker  
er  
at de ser meg  
hører meg  
forstår meg  
og tar på meg.

Den største gaven jeg kan gi  
er  
at jeg ser, hører, forstår  
og tar på  
et annet menneske.

Når dette har skjedd  
føler jeg  
vi har skapt kontakt.

Virginia Satir  
(Sitert i Solheim, 2009, s.169)

## Innholdsfortegnelse

<b>SAMMENDRAG:</b> .....	<b>2</b>
<b>1. INNLEDNING</b> .....	<b>6</b>
1.1 BEGRUNNELSE FOR VALG AV TEMA OG PROBLEMSTILLING .....	7
1.2 PRESENTASJON AV PROBLEMSTILLING .....	7
1.3 AVGRENSING AV OPPGAVE.....	7
1.4 FORMÅLET MED OPPGAVEN.....	8
1.5 OPPGAVENS DISPOSISJON .....	8
<b>2. METODE</b> .....	<b>10</b>
2.1 LITTERATURSTUDIE .....	10
2.2 SØKEHISTORIKK.....	11
2.3 KILDEKRITIKK.....	12
2.3.1 <i>Kriterier for valg av artikler</i> .....	13
2.3.2 <i>Validitet</i> .....	13
2.3.3 <i>Reliabilitet</i> .....	13
2.3.4 <i>Oppgavens styrke og svakheter</i> .....	14
<b>3. TEORI</b> .....	<b>15</b>
<b>3.1 JOYCE TRAVELBEES SYKEPLEIETEORI</b> .....	<b>15</b>
3.1.1 <i>Interaksjonsteoriens faser</i> .....	16
<b>3.2 OPPSUMMERING AV ARTIKLER</b> .....	<b>17</b>
3.2.1 <i>Artikkel nummer 1</i> .....	17
3.2.2 <i>Artikkel nummer 2</i> .....	18
3.2.3 <i>Artikkel nummer 3</i> .....	19
3.2.4 <i>Artikkel nummer 4</i> .....	19

3.3	TEORI OM DEMENS .....	20
3.4	ALZHEIMERS SYKDOM .....	21
3.4.1	<i>Symptomer ved Alzheimers sykdom</i> .....	21
3.5	TRIVSEL OG LIVSKVALITET .....	23
3.6	KOMMUNIKASJON .....	24
3.7	KOMMUNIKASJON TIL PASIENTER MED DEMENS.....	25
3.7.1	<i>Validering</i> .....	25
3.7.2	<i>Reminisens</i> .....	26
3.7.3	<i>Realitetsorientering</i> .....	27
3.8	PERSONSENTRERT OMSORG.....	27
3.8.1	<i>De fem psykologiske behov</i> .....	29
3.9	MILJØTILTAK .....	30
3.9.1	<i>Fysiske omgivelser</i> .....	30
3.9.2	<i>Aktivering</i> .....	30
<b>4.</b>	<b>HVORDAN KAN SYKEPLEIER FREMME TRIVSEL TIL PASIENTER MED DEMENS? 32</b>	
4.1	HVORDAN KAN VI SOM SYKEPLEIERE TRØSTE PASIENTER MED ALZHEIMERS SYKDOM?.....	32
4.2	HVORDAN KAN SYKEPLEIER IVARETA IDENTITETEN TIL PASIENTER ALZHEIMERS SYKDOM? .35	
4.3	HVORDAN KAN SYKEPLEIER TILRETTELEGGE FOR FØLELSE AV TILKNYTTING TIL PASIENTER MED ALZHEIMERS SYKDOM? .....	38
4.4	HVORDAN KAN SYKEPLEIER TILRETTELEGGE FOR BESKJEFTIGELSE OG INKLUSJON HOS PASIENTER MED ALZHEIMERS SYKDOM? .....	41
<b>5.</b>	<b>KONKLUSJON .....</b>	<b>45</b>
	<b>LITTERATURLISTE .....</b>	<b>47</b>
	<b>VEDLEGG 1. PICOSKJEMA .....</b>	<b>50</b>
	<b>VEDLEGG 2. SØKEHISTORIKK .....</b>	<b>51</b>

## 1. Innledning

Gjennom tidene har demens fått mange navn, noe som viser at det er en sykdom som rammer mange. I norrøntid snakket en om å bli «gammeltullet», som var knyttet opp mot det mytiske og overnaturlige. I dag har en ikke noen mytisk og overnaturlig oppfatning av demens, men sykdommen har fortsatt mange begreper, som å «bli senil», «gå i barndommen», «være åreforkalket» eller «å bli rørete» (Engedal & Haugen, 2009).

I følge Helse- og Omsorgsdepartementet (2007) er det om lag 70 000 personer med demens i Norge, og det er vist at denne andelen vil øke da befolkningen stadig blir eldre. Innen 2040 er det forventet at antall personer med demens, har fordoblet seg til 140 000. Det vil si at økt kunnskap innenfor dette feltet er viktig, for at personer med demens skal få en optimal behandling, og opprettholde trivsel. Demensplanen, 2015 «Den gode dagen» legger vekt på økt kunnskap til helsepersonell og pårørende, økt botilbud, og en økning av tilbud til daglige aktiviteter til personer med demens. Disse tiltakene retter fokus mot en god demensomsorg, hvor målene er å fremme trivsel, livskvalitet og trygghet hos personen med demens (Helse- og Omsorgsdepartementet, 2007).

Ut fra førende dokumenter ser vi at temaet vi har valgt om demens, trivsel og kommunikasjon er veldig aktuelt. Ikke minst er det viktig å belyse da trivsel har mye å si for denne pasientgruppens livskvalitet og trivsel.

## 1.1 Begrunnelse for valg av tema og problemstilling

Som sykepleiestudenter har vi gjennom ulike praksisperioder, møtt personer med demens. Vi har erfart at kommunikasjon er utfordrende med denne pasientgruppen, og at kommunikasjon er avgjørende for hvordan samhandlingen mellom pasienten og sykepleieren er, samt for pasientens trivsel. Vi har sett at manglende kunnskaper om kommunikasjon kan føre til uro og utrygghet, noe som kan skape mistriivsel hos pasienten. Vi ønsker derfor å øke vår kunnskap om emnet kommunikasjon og trivsel. I og med at forekomsten av demens øker, vil også vi som sykepleiere møte denne pasientgruppen oftere. Kunnskaper om hvordan vi skal samhandle med denne pasientgruppen for å skape en følelse av trivsel, ser vi på som viktig for en god demensomsorg.

## 1.2 Presentasjon av problemstilling

Temaet for denne oppgaven er hvordan vi som sykepleiere kan fremme trivsel hos pasienter med demens, noe som har ledet oss til problemstillingen:

*Hvordan kan sykepleier fremme trivsel til pasienter med demens?*

## 1.3 Avgrensing av oppgave

For å avgrense oppgaven har vi valgt å bruke sykehjem som arena, og kommunikasjon som metode for å fremme trivsel til pasienter med demens. Vi kommer til å ha fokus på Alzheimers sykdom, fordi dette den formen for demens som forekommer hyppigst (Solheim, 2009). I og med at det finnes ulike grader av Alzheimers sykdom, retter vi fokus mot pasienter som er i en sen fase av sykdommen.

Vi har ovenfor nevnt at vi har valgt kommunikasjon som metode for å fremme trivsel. Vi kommer derfor til å vektlegge de ulike kommunikasjonsmetodene validering, reminisens og realitetsorientering, og i tillegg ta for oss teori om trivsel. Vi kommer til å ta miljøtiltak og personsentrert omsorg i betraktning, da dette er sentralt for pasientens trivsel, men også fordi kommunikasjon er sentralt i begge emnene. Vi har valgt Joyce Travelbees sykepleieteori (Travelbee, 2001), som teoretisk referanseramme for oppgaven. Vi mener hennes

interaksjonsteori er sentral i forhold til temaet kommunikasjon, men også trivsel da hun skriver om å se personen bak sykdommen og det mellom-menneskelige-forhold.

Vi er vel vitende om de eksisterende lover, regler og de etiske prinsipper, men velger å utelate disse i oppgaven. Vi kommer til å benytte oss av Tom Kitwood sin teori om personsentrert omsorg, samt VIPS-modellen som tar for seg de etiske retningslinjer i de mellommenneskelige relasjoner og ivaretagelse pasientens rettigheter (Brooker, 2013).

I oppgaven kommer vi til å bruke betegnelsen sykepleier eller «hun», men når vi nevner eksempler blir betegnelsen sykepleiestudenter brukt. Pasienten blir omtalt som pasient eller «han». I og med at vi deler egne opplevelser og erfaringer, har vi anonymisert eksemplene, for å ivareta den enkeltes personvern.

#### 1.4 Formålet med oppgaven

Det formelle formålet med oppgaven, er at det er en avsluttende eksamen i sykepleie.

Det faglige formålet er å belyse gjennom litteratur, hvordan en sykepleier kan fremme trivsel til pasienter med Alzheimer sykdom, via kommunikasjonsmetodene validering, reminisens og realitetsorientering.

#### 1.5 Oppgavens disposisjon

Norsk sammendrag av oppgaven kommer etter tittelarket. Innledningsvis beskriver vi valg av tema og problemstilling, og hvorfor dette er relevant for vår profesjon som sykepleiere. Metodekapittelet skal beskrive hvilken fremgangsmåte som er brukt for å løse oppgaven, samt søkehistorikk for forskningsartiklene og litteratur. Kildekritikk av litteratur og forskning kommer også til å bli beskrevet i dette kapittelet, og vurdert i forhold til validitet og reliabilitet.

I teoridelen kommer vi til å skrive teori om Joyce Travelbees interaksjonsteori, trivsel, Alzheimers sykdom, kommunikasjon og kommunikasjonsmetoder, personsentrert omsorg og miljøtiltak. Oppsummering av forskningsartiklene vil komme som eget kapittel i teoridelen, etter Joyce Travelbee.



Deretter kommer kapittelet om drøfting, hvor vi gjør en analyse av teorien, og drøfter denne opp mot egne erfaringer og forskning. Konklusjonen kommer som eget kapittel, etterfulgt av litteraturliste.

## 2. Metode

I følge Vilhelm Aubert (1985) defineres metode som:

...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 (Sitert i Dalland, 2014, s. 111).

Dette forstår vi som en fremgangsmåte for å innhente ny kunnskap for å kunne belyse et tema. Johannessen, Tufte & Christoffersen (2006) skriver at metode handler om innsamling og analyse av data, hvor grundighet, systematikk og åpenhet er viktig. I vår oppgave velger vi i teoridelen å benytte oss av eksisterende litteratur, som vi har funnet gjennom litteratursøk. I drøftingsdelen analyserer vi litteraturen som er brukt, og argumenterer for og i mot ved bruk av forskningsartikler og erfaringer fra praksis.

Metode kan deles inn i kvalitativ og kvantitativ. Dette er begreper som sier noe om data, og disse dataene avspeiler egenskaper ved de fenomenene som studeres (Johannessen et al., 2006). Kvalitative metoder tar for seg personers meninger og opplevelser rundt et fenomen. Fenomener kan for eksempel være hvordan det er å leve med demenssykdom, eller hvordan det er være pårørende til en pasient med demens. Innsamling av data foregår ved intervjuer med endrende struktur og samtaler. Forskerne i denne metoden kalles tolkere, fordi resultatene tolkes (Johannessen et al., 2006). Kvantitative data, karakteriseres ved at de gir data i form av målbare enheter (Dalland, 2014).

### 2.1 Litteraturstudie

I skolens retningslinjer for bacheloroppgave i sykepleie står det at vi skal benytte oss av litteraturstudium som metode. Dalland (2014) skriver at litterære oppgaver bygger på eksisterende litteratur og erfaringer fra praksis, for å belyse et tema eller en problemstilling. Vi har anvendt vitenskapelige artikler, pensumlitteratur, og egenvalgtlitteratur som markeres med stjerne(\*) i litteraturlisten. Hvilke søkeord og avgrensinger vi har valgt, blir lagt frem lengre ned i metodekapittelet.

## 2.2 Søkehistorikk

For å finne relevant litteratur i forhold til kommunikasjon og Alzheimers sykdom, så vi først på litteraturlisten for alle tre år i bachelor sykepleie om det var noe vi kunne bruke. Deretter benyttet vi oss av bibliotekbasen BIBSYS ask for å finne litteratur, som kunne belyse vårt tema. Ved søk etter relevant forskning benyttet vi oss av databasene Cochrane, Cinahl og Svemed+. For å danne en struktur i litteratursøket benyttet vi PICO skjema (se vedlegg 1). For å finne gode mesh-termer fulgte vi bibliotekets anbefalinger om å søke etter artikler i Svemed+ for å se hvilke mesh-termer som dukket opp. Etter å ha gjort dette fant vi søkeordene vi ville anvende. Etter hvert som vi fant artikler, fikk vi ideer til andre gode søkeord. Dersom vi ikke fant fulltekst i Cinahl og Svemed, limte vi overskriften inn i Google Scholar, for å finne fulltekst på artikkelen. For å kombinere søkende brukte vi AND mellom søkeordene og OR dersom det var ord av samme betydning.

Database: Cinahl

Dato: 09.01.2015

Artikkelnavn: «Implementation of the validation method: nurses description of caring relationships with residents with dementia disease»

Forfattere: Mona Söderlund, Astrid Nordberg og Görel Hansebo.

Publisert i: Dementia: The international journal of social research and practice.

Søkeord: Først utførte vi et søk på ordene «Dementia» AND «communication», med avhaking på “academic journals” fikk vi et treff på 1696. Vi synes dette var for mange treff og la derfor til ordene «trust» OR «confidence» AND «nursinghomes» som resulterte i 26 treff. Vi leste først over alle overskriftene for å se om det var noen som så relevante ut i forhold til vår problemstilling. Det var kun en overskrift som så relevant ut, noe som gjorde at vi leste sammendraget til artikkelen. Videre ble artikkelen inkludert, da den handler om å bruke validering som kommunikasjonsmetode.

Database: Svemed+

Dato: 15.01.2015

Artikkelens navn: «Dementia care supportet by memory stimulating surroundings- caregiver experience with environmental reminiscence approach».

Forfattere: Robert D. Luke, Karin Anna Petersen og Oscar Tranvåg.

Publisert: 2013 i Nordisk sygeplejeforskning

Søkeord: «Dementia» AND «personal-centered care» med avhaking på «peer reviewed tidsskrifter» som gav 45 treff. Ved dette søket fant vi både en norsk og en engelsk artikkel. En som omhandlet dementia care-mapping og en som omhandlet reminisens. Begge artiklene ble lest, hvor førstnevnte hadde liten relevans i forhold til avgrensningen vi har gjort av tema. Sistnevnte ble lagt litt til side, men ble etter hvert inkludert i skriveprosessen inkludert da vi så denne hadde større relevans enn en reviewartikkel vi hadde valgt ut.

Database: Svemed+

Dato: 15.01.2015

Artikkel nr. 1: « Hvilke faktorer i de fysiske omgivelsene hemmer og fremmer funksjon, trivsel og velvære hos personer med demens?» Skrevet av Ådel Bergland og Marit Kirkevold, og publisert 2011 i Sykepleien forskning.

Artikkel nr. 2: «Livskvalitet for personer med demenssykdom- sett i et livsløpsperspektiv» Av Signe Tretteteig og Kirsten Thorsen. Publisert 2011 i Nordisk tidsskrift for helseforskning.

Søkeord: Ved forsøk på å søke etter norske artikler, benyttet vi søkeordene «Dementia» AND «Quality of life» og avhaking på norsk. Dette resulterte i 17 treff. Vi leste over overskriftene pluss tre abstrakter på de artiklene vi synes så relevante ut i forhold til overskriften. To artikler ble valgt ut, da de handlet om livskvalitet til personer med demens og hvordan sykepleier fremmer trivsel og velvære hos denne pasientgruppen.

For å se utfyllende søkehistorikk se **vedlegg 2**.

## 2.3 Kildekritikk

I følge Dalland (2014) er litteraturstudiens krav at en må være kritisk til de kildene en finner, og bruke de fornuftig. Ved å være kritisk vil en vurdere funnene i hvor stor grad de er pålitelige og relevante.

### **2.3.1 Kriterier for valg av artikler**

I og med at det eksisterer mye litteratur om hvordan sykepleier skal kommunisere med personer som har en demenssykdom, og hvordan sykepleier kan fremme trivsel hos personer med demens, satte vi opp ulike kriterier for artiklene:

- Forskningen må være relevant for tema og problemstilling.
- Skal ikke være eldre enn 10 år.
- Være skrevet på engelsk eller nordisk.
- Forskningen må være utført i land som har lik kultur som Norge.

### **2.3.2 Validitet**

Validitet betyr at de kildene vi har brukt, må være relevante og gyldige i forhold til tema (Dalland, 2014). Litteraturen vi har anvendt har vi valgt fordi vi mener de er relevante for å belyse vår problemstilling, det samme gjelder forskningen. Vi har likevel benyttet oss av en forskningsartikkel som tar for seg livskvalitet til pasienter med demens, i omsorgsbolig. Vår arena er sykehjem, men vi har valgt å bruke denne artikkelen, da vi mener innholdet er overførbart til pasienter på sykehjem. Artikkelen dermed gyldig for vår oppgave, fordi den omhandler livskvalitet og trivsel.

### **2.3.3 Reliabilitet**

Reliabilitet handler om at kildene skal være pålitelige. For at en kilde skal være pålitelig må metoden som er brukt, utføres korrekt og eventuelle feil må nevnes (Dalland, 2014). For å vurdere om bøkene og artiklene er pålitelige har vi sett på forfattere og deres profesjon, da Dalland (2014) skriver at forfatterens yrkeserfaring har mye å si for kildens kvalitet. Vi har også sett på hvor forskningen er publisert, om de er publisert i tidsskrifter med godt faglig innhold, og om tidsskriftene er pålitelige og fagfelleverderte. At de er fagfelleverderte betyr at de er godkjent av eksperter innenfor fagområdet, og påliteligheten styrkes (Dalland, 2014).

### **2.3.4 Oppgavens styrke og svakheter**

Svakhet ved oppgaven er at vi ikke bare har anvendt primærlitteratur, men også sekundærlitteratur. Sekundærlitteratur vil si at teksten er fortolket av en annen forfatter enn den opprinnelige (Dalland, 2014). Dersom litteraturen er bearbeidet og oversatt, kan innholdet endres, og når vi anvender den i oppgaven videreføres fortolkningen. Vi har likevel valgt å bruke sekundærlitteratur, fordi vi har sett at primærlitteraturen har samme tendens og er like relevant og gyldig. Derimot kan vi også selv ha fortolket eller misforstått primærkilden.

For å finne forskning har vi benyttet oss av databaser som er anbefalt av Høgskolen i Hedmark. I oppgaven har vi anvendt artikler skrevet på engelsk. Svakheten ved dette er at vi kan ha misforstått budskapet og dens hensikt, da vi har måttet brukt ordnett.no som ligger på skolens nettsider for å oversette. Forskningsartiklene vi har anvendt har kvalitative metoder. Dette kan være en ulempe, fordi kvalitative metoder ofte er utført på få deltakere (Johannessen et al., 2006). Derimot får vi forskning som er utført i praksis, noe vi anser som en styrke.

### 3. Teori

Vi kommer i dette kapittelet til å rette fokus mot Joyce Travelbees sykepleieteori, teori om demens, Alzheimers sykdom, trivsel, kommunikasjon, personsentrert omsorg og miljøtiltak.

#### 3.1 Joyce Travelbees sykepleieteori

Travelbee (2001) sin sykepleietenkning omhandler de mellom-menneskelige aspektene ved sykepleie. Hennes sykepleietenkning er sentral for vår problemstilling da det mellom-menneskelige-forholdet går på pasientens trivsel ved å lindre pasientens symptomer, se pasienten som et individ med individuelle behov, respekt og empati. Fordi kommunikasjon også er sentralt for å danne et mellom-menneskelig-forhold, mener vi at Travelbees teori kan belyse vår problemstilling.

Joyce Travelbee (2001) skriver at:

*Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening I disse erfaringene. (s.29)*

Sykepleie består i følge Travelbee (2001) av å hjelpe den syke til å finne mening i den situasjonen han er i, samt forebygge sykdom. Her er menneske-til-menneske-forhold viktig, som kan sees på som en prosess, som brukes for å oppnå sykepleiens mål og hensikt. Å bli kjent med pasientens behov, samt pasientens opplevelse av sykdom er viktigere enn selve diagnosen mener hun.

Kommunikasjon defineres av Travelbee (2001) som en adferd eller en prosess mellom to eller flere personer. Det er en adferd fordi i interaksjon foregår det både fysisk og mental aktivitet. Kommunikasjon er en prosess på den måten at en utveksler tanker og meninger både verbalt og non-verbalt, og er dermed helt sentralt for å oppnå et menneske-til-menneske-forhold. Alle personer har unike behov, og å bli kjent med disse har alt å si for den sykepleien som blir gitt. Kommunikasjon er sentralt i den intellektuelle tilnærmingen,

hvor pasientens behov blir kartlagt, og tiltak for å ivareta disse behovene blir utarbeidet (Travelbee, 2001).

Å bruke seg selv terapeutisk er i følge Travelbee (2001), en sykepleiers rolle og er kjennetegnet på en profesjonell sykepleier. Dette er noe som blir lært på sykepleiestudiet, gjennom for eksempel videoopptak av interaksjon mellom sykepleier og pasient slik at sykepleiestudentene får innsikt i sin egen adferd. Å bruke seg selv terapeutisk innebærer at sykepleier er klar over at hennes adferd kan påvirke andre, og videre bruker adferden bevisst for å fremme en forandring hos pasienten. Termen terapeutisk brukes når sykepleieren har oppnådd å lindre plager hos pasienten, ved bevisst bruk av sine kunnskaper og personlighet. Ved terapeutisk bruk av seg selv, er sykepleier avhengig av å bruke fornuft og intelligens. Dette er nært knyttet til intellekt og fornuft, som er prinsipper i den intellektuelle tilnærmingen. Intellektuell tilnærming går ut på å bruke de kunnskapene og prinsippene sykepleieren har lært, og bruker dette på en god måte for å ivareta behovene hos den enkelte, familien eller samfunnet (Travelbee, 2001).

### 3.1.1 Interaksjonsteoriens faser

Interaksjonsteorien til Joyce Travelbee er en prosess med ulike faser, som er med på å danne et menneske-til-menneske-forhold. Travelbee (2001) legger stor vekt på samhandling mellom sykepleier og pasient i denne prosessen, hvor forholdet mellom pasient og sykepleier utvikles i interaksjonsteoriens fem stadier:

I det *innledende møtet*, møtes sykepleier og pasient for første gang. Her får de to partene et førsteinntrykk av hverandre, som baserer seg på verbal og non-verbal kommunikasjon. I dette møtet ser pasienten og sykepleieren på hverandre som stereotyper, basert på tidligere erfaringer og forventninger. Travelbee (2001) viser til at sykepleier må bryte ned denne kategoriseringen for å kunne se pasienten bak sykdommen: «*Det er bare mennesker som bygge opp forhold til hverandre og ikke kategorier eller merkelapper*» (Travelbee, 2001, s.188).

*Fremveksten av identiteter* trer frem, i den andre fasen av interaksjonsprosessen. Travelbee (2001) skriver at et kontaktforhold etableres, ved at pasient og sykepleier ser hverandre som



unike individer. Sykepleieren ser at pasienten har individuelle behov, og pasienten vil føle seg trygg og ivaretatt (Travelbee, 2001).

*Empati* handler om evnen til å sette seg inn i pasientens ståsted, og forstå den tilstanden pasienten er i der og da. En sykepleier må ha kunnskaper om affekter, slik at hun kan forstå pasientens følelser og tanker. Empati er sentralt for nærhet og kontakt med andre mennesker mener Travelbee (2001).

Den fjerde fasen handler om *sympati og medfølelse*, som er et resultat av sykepleierens empati. Sympati kan formidles gjennom verbal og non-verbal kommunikasjon, og handler om å ønske å hjelpe pasienten med å lindre plager og å finne mening i sykdom og lidelse (Travelbee, 2001).

*Etablering av gjensidig forståelse og kontakt*, er den siste fasen i interaksjonsprosessen. I løpet av interaksjonsprosessen fem stadier, legges grunnlaget for et menneske-til-menneske-forhold. Sykepleier viser gjennom forståelse og handling at hun vil hjelpe pasienten, og pasienten får tillitt til henne (Travelbee, 2001).

## 3.2 Oppsummering av artikler

Her vil vi gi en kort presentasjon av de ulike forskningsartiklene, som vi også viser til i drøftingsdelen for å underbygge teorien og våres påstander.

### 3.2.1 Artikkel nummer 1

*Hvilke faktorer i de fysiske omgivelsene hemmer og fremmer funksjon, trivsel og velvære hos personer med demens?* Skrevet av Ådel Bergland og Marit Kirkevold, og publisert 2011 i Sykepleien forskning. Metoden som er brukt er et litteraturstudium som baserer seg på oversiktsartikler, som oppsummerer empiriske studier av hvordan miljøet har betydning for personer med demens.

Hovedfunnene i artikkelen viser at miljøet rundt personer med demens, har mye å si for trivsel og livskvalitet. Artiklene som er brukt i den oppsummerte forskningen legger i hovedsak vekt på hvilke faktorer som minsker uønsket adferd. Da uønsket adferd kan være

et resultat av behov som ikke er møtt, eller over og understimuli, vil uønsket adferd kunne være et tegn på mistrivsel. Studien viste at utformingen på sykehjemmet hadde mye å si for om pasienten vandret mye, var sosial, og på om pasienten fant frem. Det viste seg at sykehjem som er utformet som L, H, eller I er de mest gunstige. Hjemlige omgivelser gjorde pasienten roligere, at pasienten var mer sosial og viste tegn på å trives. Det samme viste bruken av sansehager og tilrettelegging for at pasienten kunne gå fritt ute i hagen. Tegnene på trivsel var at pasienten i mindre grad hadde uønsket adferd, og at medikamentbruken gikk ned.

### 3.2.2 Artikkel nummer 2

*Livskvalitet for personer med demenssykdom sett i et livsløpsperspektiv: En narrativ tilnærming basert på pårørendes fortellinger.* Artikkelen er skrevet av Signe Tretteteig & Kirsten Thorsen, og publisert 2011 i Nordisk tidsskrift for Helseforskning. Metoden som er anvendt i denne studien er kvalitative intervjuer med pårørende.

Hovedfunnene i artikkelen viser viktigheten av at sykepleiere og aktivitører har kunnskaper om pasientenes tidligere liv og interesser, for å kunne gi en omsorg som gjør at pasientene føler at de er betydningsfulle i et fellesskap og for å skape gode opplevelser til beboerne. Relasjoner med pårørende viste seg også å være betydningsfullt for pasienten under sykdomsutviklingen. Dette gav følelsesmessig nærhet, selvbekreftelse og selvidentifikasjon. Pårørendes kunnskaper om pasientens livshistorie, gav mulighet til de ansatte å gi god personsentrert omsorg, noe som er viktig for pasientens trivsel.

Å føle seg «hjemme» var sentralt for trivsel, livskvalitet, identitet og følelse av sammenheng i livet. Følelsen av å føle seg hjemme var relatert til innredning, sosiale relasjoner med medboere og hjemlige aktiviteter. Å føle seg hjemme var imidlertid mest betydningsfullt i den første tiden etter innflytning i omsorgsboligen. Betydningen av å kunne delta i meningsfulle aktiviteter, relatert til tidligere kompetanse eller oppgaver, som for eksempel husmor oppgaver som matlaging bidro til å skape trygghet og forutsigbarhet fordi dette var knyttet til hjemmets kjente rutiner og vaner. Selv om ikke alle pasientene var i stand til å aktivt delta i aktiviteten, brakte det likevel frem kjente synsinntrykk, lukter og stemninger. Passiv deltakelse viste å bidra til å forsterke gode minner fra et liv hvor de mestret husmorsrollen. Derimot viste også studien en forskjell i mulighetene til å delta i

meningsfulle aktiviteter mellom menn og kvinner. Menn som har jobbet i mannsyrker, følte i liten grad at matlaging var noe meningsfullt.

### 3.2.3 Artikkel nummer 3

*Implementation of the validation method: Nurses descriptions of caring relation with residents with dementia disease.* Skrevet av Mona Söderlund, Astrid Nordberg og Görel Hansebo og publisert 2011, i *Dementia: The international journal of social research and practice*. Artikkelen bruker en kvalitativ metode med intervjuer av sykepleiere.

Hovedfunn viser at når sykepleierne aktivt benyttet seg av validering, merket de at de tilnærmet seg pasientene på en annen måte enn før. Sykepleierne ble oppmerksomme på hvordan de kommuniserte med pasienten, og at de rettet fokus mot pasientens behov, fremfor interaksjon basert på daglige rutiner og aktiviteter. Dette førte til tettere, og mer tillitsfulle relasjoner med pasientene, som også økte trivselen til pasientene. Imidlertid beskrev sykepleierne validering som krevende, da det både var tidskrevende, det passet ikke for alle pasienter, og at det tar tid før en sykepleier har lært seg å bruke metoden ordentlig.

### 3.2.4 Artikkel nummer 4

*Dementia care supported by memory stimulating surroundings: Caregiver experience with environmental reminiscence approach.* Skrevet av Robert Dean Luke, Karin Anna Oetersen og Oscar Tranvåg i 2013, og publisert i *Nordisk sygeplejeforskning*. Metoden som er anvendt i artikkelen er en kvalitativ intervjustudie, basert på Gadamer's filosofiske hermeneutikk.

Hovedfunn viser at for å utøve reminisens er det nødvendig at sykepleierne og annet utøvende helsepersonell er kjent med pasientens livshistorie. Ved bruk av reminisens i miljøet ved hjelp av gjenkjennbare gjenstander, motiverte det pasienten med å dele erfaringer på eget initiativ. Det ble også lettere å kommunisere med pasienten, da pasienten hadde noe å snakke om da han så en gjenkjennbar gjenstand. Før måtte pårørende og sykepleiere stå for snakkingen, mens ved gjenstander tok pasienten eget initiativ. Forskingen viser også at reminisens har positiv effekt på det emosjonelle. Pasienter som tidligere var stille og viste lite følelser, lyst opp når de fikk se og ta på gjenstander som

hadde hatt mye å si for deres tidligere liv. For eksempel en pasient som tidligere hadde vært fisker, lyste opp da han fikk se et fiskegarn. Disse gode følelsene varte ikke bare under eksponeringen av en gjenstand, men også lenge etterpå. Noe som viser at reminisens har positiv effekt på pasientens livskvalitet, glede og et meningsfullt liv.

Reminisens hadde også god effekt som avledning av aggressiv adferd, samt virket motiverende for fysisk aktivitet. Pasienter som vanligvis ikke ville utføre fysisk aktivitet ved fysioterapi, ble aktive når de fikk gå fra gjenstand til gjenstand for å kikke. Forskningen viser også at gjenstander som kan gi mening, må tilpasses hver enkelt pasient. En mann som tidligere har hatt ett aktivt yrkesliv, vil ha lite utbytte av å sitte i en stue dagen lang i motsetning til damer som var vant til å være hjemmeværende med barna.

Reminisens og hjemligemiljøer viste å ha god effekt på pasientens identitet, selvfølelse, sosiale samvær, trivsel og livskvalitet. Derimot kunne også reminisens føre til negative følelser. Det er da viktig og spørre om følelsene til pasienten, for så og prøve å hjelpe pasienten til å føle seg bedre igjen. Livet handler om å anerkjenne både positive og negative følelser.

### 3.3 Teori om demens

Demens er en samlebetegnelse for «ervert og langvarig klinisk tilstand som ofte forverres over tid.» skriver Rokstad (2008, s. 28). For at denne tilstanden skal kunne kalles demens, må hukommelses- og tankeevnen være betydelig svekket, sammenlignet med tidligere (Rokstad, 2008). Sykdommen debuterer som regel etter 70 årene, men personer helt ned i 50 års alder kan også få sykdommen (Brækhus, Dahl, Engedal, & Laake, 2009). For at personer skal kunne få diagnosen demens, må de oppfylle kriteriene i forhold til det internasjonale klassifikasjonssystemet, ICD-10(International Classification of Diseases and Related Health) (Berentsen, 2008). Ved demens skjer det en rekke forandringer i hjernen, da forbindelsen mellom hjernecellene blir ødelagt, og hjernecellene dør. Symptomene på demens kan i starten være diffuse og minne om andre tilstander som for eksempel depresjon. Klassiske symptomer er, hukommessvikt, sviktende handlingsevne, svekket språkfunksjon og personlighetsforandringer (Engedal & Haugen, 2009).

Hos noen vil sykdommen forverre seg raskt, mens hos andre går utviklingen langsommere (Brækhus et al., 2009). Innledningsvis skrev vi at vi vil ha fokus på Alzheimers sykdom, som vi redegjør for i neste kapittel.

### 3.4 Alzheimers sykdom

I følge Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke (2010) er Alzheimers sykdom den type demens som forekommer hyppigst. Sykdommen er oppkalt etter den tyske legen Alois Alzheimer, da det var han som først oppdaget den i 1901. Av alle som får en demensdiagnose, har 60 prosent av disse Alzheimers sykdom. I Norge i dag er det rundt 45.000 som har denne formen for demens. Patologien viser at det skjer en ødeleggelse av synapsene (forbindelsene) mellom bestemte områder av hjernen, og arvelighet er av betydning (Engedal & Haugen, 2009).

Sykdommen skiller mellom tidlig og sen debut. Forskjellen mellom disse er at tidlig debut kommer før fylte 65 år, og sen debut inntreffer etter fylte 65 år. Ved tidlig debut har pasienten mange symptomer og en mer dramatisk sykdomsutvikling enn ved sen debut. Ved sen debut vil pasienten ha hukommelsessvikt som hoved symptom og sykdomsutviklingen er langsom. Sen debut er den type Alzheimer som forekommer hyppigst (Engedal & Haugen, 2009; Solheim, 2009).

#### 3.4.1 Symptomer ved Alzheimers sykdom

De første tegnene på Alzheimers sykdom, er svekket korttidshukommelse. Etter hvert som sykdommen utvikler seg vil pasienten begynne å glemme hverdagslige ting som for eksempel å spise, bytte til rene klær eller glemme å slå av komfyren. Symptomene avhenger av i hvilken fase sykdommen er, og deles inn i: tidlig, sen, og slutfase (Engedal & Haugen, 2009).

##### **Tidlig fase:**

I denne fasen er symptomene så diffuse, at de fort kan forveksles med at en pasient er stresset eller depressiv, men kognitive endringer og hukommelsessvikt er av betydning. I og med at disse endringene kan være forskjellig hos hver enkelt pasient, er det viktig å høre på

pasientens og pårørendes opplevelse av endring. Ved mistanke om sykdom vil det bli utført en MMS test (mini mental status test), hvor lav skåring vil indikere sykdom. I tidlig fase av sykdommen, vil pasienten kunne skåre 28 av 30 mulige poeng selv om pasienten har demens (Engedal & Haugen, 2009).

I begynnelsen av Alzheimers sykdom, vil pasienten ha vanskeligheter med å lære seg nye ting. Korttidshukommelsen svekkes, og vil spesielt vises dersom pasienten må forholde seg til flere hendelser samtidig. Språkvansker er også et av de første symptomene på Alzheimer, hvor pasienten har vanskeligheter med å finne ord, også kalt anomisk afasi (Engedal & Haugen, 2009; Solheim, 2009).

### **Sen fase:**

I denne fasen vil evnen i forhold til hvordan pasienten fungerer i dagliglivet, reduseres ytterligere. Pasienten må derfor ha kontinuerlig oppfølging i forhold til dagliglivets oppgaver. Pasienten kan ha vansker med å finne frem i kjente omgivelser, gjenkjenne venner, naboer og barnebarn. Pasientens evne til å huske minner fra tidligere liv vil fortsatt være intakt. I sen fase av Alzheimers sykdom vil taleevnen reduseres ytterligere, og pasienten vil ha problemer med å forstå hva som blir sagt, og samtidig ha vanskeligheter med å uttrykke seg. Dette kan gi konsekvenser for samhandling med pasienten, og å benytte non-verbale signaler blir desto viktigere i interaksjon med denne pasientgruppen (Engedal & Haugen, 2009).

### **Sluttfasen:**

I siste fasen av sykdommen, befinner de fleste seg på institusjon. Korttidshukommelsen er betydelig redusert, og pasienten vil kun huske tidsrom på 10-15 sekunder. Kontinuerlig oppfølging er derfor nødvendig. Pasientens evner til å huske viktige hendelser fra fortiden vil kunne være til stede og minnearbeid er derfor viktig ved samhandling med pasienten (Engedal & Haugen, 2009).

### 3.5 Trivsel og livskvalitet

Begrepet trivsel er både et hverdagslig og et klinisk begrep, som er hyppig brukt innenfor eldreomsorgen i Norge. Slår en opp i ordbøker vil en finne at definisjonen på trivsel er «å ha det godt» og «å like seg» skriver Bergland (2006). Siri Næss definerer blant annet trivsel som en avgrenset opplevelse av glede (Referert i Rokstad, Horn, Skarstein & Stendal, 1996). Trivsel er i tidligere studier nært forbundet med livskvalitet, tilfredshet og fornøydhets uten at likheter og forskjeller er nevnt (Bergland, 2006).

I følge den danske psykologen Eggert Petersen, er trivsel er en psykologisk tilstand (Referert i Bergland, 2006). Trivselen er et resultat av at en persons forventinger til omgivelsene, innfris. For personer med demens som bor på sykehjem, vil trivsel først og fremst være avhengig av pasientens innstilling til å bo på sykehjem. Deretter spiller kvaliteten på pleien inn, pleiernes opptreden, å ha kontakt med andre pasienter, delta i aktiviteter, godt fysisk miljø og relasjoner med familien skriver Bergland & Kirkevold (Referert i Bergland, 2006).

Trivsel hos pasienter med demens vil være tegn på god livskvalitet skriver Rokstad et al. (1996). God livskvalitet er avhengig av flere faktorer, hvor samhørighet med andre, opplevelse av selvfølelse og glede spiller inn. Tegn på trivsel kan være avslappet kroppsholdning, i liten grad ha utfordrende adferd, smile, og generelt være positiv (Rokstad et al., 1996). Opplevelsen av livskvalitet kan være forskjellig fra person til person. For noen kan livskvalitet gå ut på å kunne få velge selv når en vil stå opp og ikke, bevare fysisk helse og delta på aktiviteter som gir sosialt samvær. Det de fleste har felles er at et godt selvbilde er vesentlig for å ha god livskvalitet. Har pasienten en god følelse om seg selv, vil dette gi et meningsfullt liv også i samvær med andre. For de fleste går livskvalitet også ut på å finne mening, mulighet til å kunne velge, lykke og glede, samt mestre ulike utfordringer (Solheim, 2009).

Etter førende litteratur oppfatter vi at livskvalitet er et overordnet ord av trivsel, og disse er nært knyttet sammen. Vi tolker det sånn at uten god livskvalitet vil ikke pasienten trives, og uten følelsen av trivsel vil ikke følelsen av god livskvalitet være til stede.

### 3.6 Kommunikasjon

Ordet kommunikasjon har opphav i det latinske ordet *communicare*, som betyr å gjøre noe felles eller ha forbindelse med. «Kommunikasjon defineres som utveksling av meningsfylte tegn, mellom to eller flere parter» (Eide & Eide, 2007, s.17). Kommunikasjon skaper relasjoner, og i sykepleiesammenheng brukes dette begrepet om forholdet til pasienter (Eide & Eide, 2007). Gjennom kommunikasjon bekrefter en hverandres eksistens, og fravær av kommunikasjon er forbundet med ensomhet skriver Ingebretsen (2005).

Det finnes ulike måter å kommunisere på. Det ene er verbal kommunikasjon, hvor det blir brukt ord og uttrykk for å formidle ett budskap. Denne formen å kommunisere på, gjør at vi kan uttrykke oss presist (Wogn-Henriksen, 2008). Den andre kommunikasjonsformen er non-verbal kommunikasjon, som går på det kroppslige som kroppsspråk, holdninger, tonefall og bevegelser (Solheim, 2009). Følelsesmessig kommunikasjon formidles oftest best gjennom den sistnevnte kommunikasjonsformen (Wogn-Henriksen, 2008). Solheim (2009) beretter at en person med demens, i hovedsak vil oppfatte og uttrykke seg via non-verbal kommunikasjon. Det finnes også en kommunikasjonsform kalt dobbeltkommunikasjon. Dobbeltkommunikasjon er når det non-verbale motsier det sykepleier uttrykker verbalt.

Eide & Eide (2007) skriver at å lytte aktivt er en sammenfattet ferdighet, og er grunnleggende i hjelpende kommunikasjon. Denne ferdigheten går ut på at sykepleier lytter til pasienten, uten at vi blander oss inn (Solheim, 2009). Aktiv lytting består av de to elementene non-verbal og verbal kommunikasjon, som videre kan deles inn i delferdigheter. Ved non-verbal adferd viser sykepleier med øyekontakt, håndbevegelser og berøring at hun er oppmerksom på pasienten. Ved verbal kommunikasjon, stiller sykepleier spørsmål, oppmuntrer og speiler følelsene til pasienten. Hjelpende kommunikasjon er pasientsentrert og er ment å være til hjelp for pasienten. Hjelpende kommunikasjon skal bidra til å mestre vanskelige situasjoner, skape trygghet og tillitt, få frem pasientens perspektiv og myndiggjøre pasienten slik at han kan ta selvstendige valg (Eide & Eide, 2007).



## 3.7 Kommunikasjon til pasienter med demens

«Å nå inn til et menneske som er blitt avskrevet som utilgjengelig på grunn av langt fremskreden demens, er en sjelsettende opplevelse» sier Rokstad (2014, s.38).

Kommunikasjon med pasienter som har en demenssykdom kan by på utfordringer, fordi sykdommen i varierende grad påvirker de kognitive og de språklige evnene til pasienten (Wogn-Henriksen, 2008). Sykdommen utfordrer kommunikasjon på den måten at den rammer pasientens evne til å ta i mot og forstå informasjon (agnosiproblemer), og å gjøre seg forstått (Solheim, 2009). Ved problemer med å kommunisere vil det bli vanskelig å opprettholde opplevelsen av fellesskap, relasjoner og en tilknytning til andre (Rokstad, 2014). Utfordringer i forhold til kommunikasjon kan ha en rekke konsekvenser, som nedsatt sosialfunksjon, tilbaketrekking, og forstyrret adferd (Solheim, 2009). I kommunikasjon med demensrammede er det viktig at sykepleieren har såpass gode kommunikasjonsferdigheter at pasientens integritet og følelsen av mestring blir ivaretatt (Ingebretsen, 2005). Kommunikasjon er dermed helt avgjørende for god trivsel (Wogn-Henriksen, 2008).

For å lette kommunikasjonen med demensrammede, er det utarbeidet ulike verktøy skriver Ingebretsen (2009). I litteratur om demensomsorg er det validering, reminisens og realitetsorientering som er hyppigst nevnt (Wogn-Henriksen, 2008).

### 3.7.1 Validering

Å validere betyr å anerkjenne en persons følelser, ved å bekrefte at følelsene til en person er ekte (Feil, 1992). I valideringsterapi er ikke sykepleier opptatt av hva som er reelt og ikke, men hva som er pasientens opplevelse. For å hjelpe pasienten med å sette ord på følelsene, kan sykepleier bruke utforskende spørsmål som hvem, hva, hvor, når og hvordan (Wogn-Henriksen, 2008). Når sykepleier viser interesse for pasientens tanker og følelser, kan det bli lettere for personen å bli værende i nåtiden, istedenfor å trekke seg inn i sin egen verden (Ingebretsen, 2005). Dette er fordi at om pasienten føler seg verdsatt og har det godt i nåtiden, vil ikke behovet for å trekke seg tilbake til fortid være like stort. Målene med validering, er å minske stress via god selvtillit, bekrefte pasientens eksistens, og bidra til økt velvære. Desorientering hos pasienter kan være en reaksjon på uløste konflikter.

Valideringsterapi skal derfor være med på å bearbeide disse, og pasienten vil føle seg bedre tilpass når dette er gjort (Feil, 1992).

Empati er grunnleggende i valideringsterapi. Empati betyr å sette seg inn i pasientens subjektive verden, og forstå hans meninger og tanker. Empati kan også forstås som en prosess, en empatisk forståelse. Denne prosessen består av de fire fasene: identifikasjon, inkorporering, gjenlyd og løsrivelse. I første fase tar sykepleier i mot, og blir opptatt av pasientens opplevelser. Deretter setter sykepleier seg inn i pasientens sted, ved å kjenne på følelsene som vekkes. Ved gjenlyd har sykepleieren tilegnet seg følelsene til pasienten, og det foregår et samspill mellom pleiers egne følelser og pasientens. Ved løsrivelse går sykepleier ut av pasientens ståsted, og går tilbake til sin egen identitet. Sykepleieren kan nå benytte seg av gjenlyden av pasientens følelser, og møte pasienten med de reaksjoner han behøver (Hummelvoll, 2014). Når sykepleieren viser empati, bidrar dette til tillitt og trygghet, som igjen har mye å si for en pasients selvtillit (Feil, 1992).

### 3.7.2 Reminisens

Reminisens er også kalt minnearbeid. Før i tiden ble det sett på som negativt om eldre mennesker snakket om fortid, da det ble omtalt som å «gå i barndommen» eller at personen hadde begynt å bli «dement». I senere tid er erfaringer en person har fått opp gjennom livet knyttet til identitet, og er godt å minnes for den mentale helse (Solheim, 2009).

Å tilnærme seg en pasient basert på minnearbeid, benytter minner og tidligere erfaringer for å oppnå kontakt (Ingebretsen, 2005). Pasienter med demens husker fortid bedre enn nåtid, noe som gjør at å bruke minnearbeid letter kommunikasjonen. I og med at demenssykdom vanskeliggjør evnen til å presentere og formidle seg selv, kan dette føre til at personens identitet blekner. Å kunne hente frem minner, kan dermed hjelpe pasienten med å tydeliggjøre hvem han er og bidra til økt selvtillit dersom sykepleier og pasient snakker om tidligere kompetanse. Minnearbeid bidrar altså til å gjeninnhente identitet og glede, noe som kan påvirke selvfølelsen og livsgnisten per i dag (Wogn-Henriksen, 2008). Sansestimulering via sansehager, bilder, gjenstander, musikk, lukt og andre gjenstander som bidrar til gjenkjenning er også en form for minnearbeid. Her trenger ikke pasienten sette ord på minnene, men gjenkjenne følelser omkring det han ser, lukter eller hører. Dette kan igjen bekrefte pasienten som person og som en del av et fellesskap (Ingebretsen, 2005).

### 3.7.3 Realitetsorientering

Sentrale tegn hos personer som har Alzheimers sykdom, er svekkelse av orienteringsevnen og korttidshukommelsen. Dette gjør at personer som har denne sykdommen ofte ikke vet hvor de er, og ikke vet hvilken tid på døgnet det er (Wogn-Henriksen, 2008). Målet med realitetsorientering er å ivareta pasientens orienteringsevne via et oversiktlig miljø, informasjon og korrigere eventuelle vrangforestillinger (Ingebretsen, 2005). For å danne et oversiktlig miljø, kan sykepleier bruke skilting på dører, og digitale kalendere som informerer om tid på døgnet, årstid, dato og klokkeslett. Personalet bør også kontinuerlig informere om tid og sted da dette for mange pasienter, vil skape en følelse av trygghet (Wogn-Henriksen, 2008). Ved vrangforestillinger, skal sykepleier korrigere disse dersom hun bruker realitetsorientering som kommunikasjonsmetode. Ved korrigerende, er det nødvendig å vise respekt, varsomhet og empati, slik at pasienten bevarer selvfølelsen (Solheim, 2009).

### 3.8 Personsentrert omsorg

Personsentrert omsorg har sin opprinnelse i Carl Rogers arbeid med klientsentrert arbeid, men det var Tom Kitwood som først brukte ordet “personsentrert” i forhold til omsorg til personer med demens (Brooker, 2013). Personsentrert omsorg, kan betraktes som individuell omsorg, som et verdigrunnlag og som et kommunikasjonsmiddel. En personsentrert tilnærming består av etiske retningslinjer, som går ut på å verdsette alle mennesker som unike personer, se situasjoner fra den andres synsvinkel og akseptere at vi alle befinner oss i et gjensidig avhengighetsforhold skriver Brooker (2013). VIPS er forkortelsen for de fire hovedelementene i personsentrert omsorg og går ut på:

- Verdigrunnlag: Å anerkjenne menneskets verdi, samt verdsette pasienten og hans rett til å bli behandlet som et medmenneske.
- Individuell tilnærming: En individuell tilnærming går ut på å se hver enkelt pasient som unik, og handle ut i fra dette.

- Personens perspektiv: Sette seg inn i og forstå hvordan pasienten med demens har det, og hvorfor pasienten gjør som han gjør.
- Støttende sosialt miljø: Et støttende sosialt miljø skal bidra til å dekke pasientens psykologiske behov.

Hovedmålet med personsentrert omsorg, er å bevare pasientens personverd. I følge Tom Kitwood er en pasients adferd et resultat av om personverdet er støttet eller ei (Referert i Brooker, 2013). Personverd defineres av Tom Kitwood som «en rang eller status som tildeles et menneske av andre, i en kontekst av relasjoner og sosialt liv. Det innebærer gjenkjenning, respekt og tillit» (Siteret i Brooker, 2013, s. 12).

Tom Kitwood skrev en omsorgsteori om hva personer med demens trengte fra mennesker rundt seg, for å kunne trives og ha et godt liv (Kitwood, 2012). Dette illustrerer Kitwood som en blomst med overlappende kronblader.



Kitwood (2012, s.90).

Blomsten illustrerer med kronbladene, de fem psykologiske behov: trøst, identitet, tilknytning, beskjeftigelse og inkludering. Disse legger grunnlaget for kjærlighet, som er et av menneskets grunnleggende behov. Dersom sykepleier har evnen til å vise kjærlighet til de hun har omsorg for, viser hun at hun vil gjøre alt for at en person skal trives. For sykepleiere

som ikke har denne evnen naturlig i kroppen, kan hun gå ut i fra pasientens fem psykologiske behov, og dekke disse (Brooker, 2013).

### 3.8.1 De fem psykologiske behov

*Trøst* handler om at sykepleieren viser varme og nærhet til pasienten, via ord eller berøring. Når en pasient opplever å få trøst, vil han slappe av og føle seg trygg. Dersom en pasient for eksempel har smerter som følge av sykdom, vil pasienten kunne trenge trøst (Brooker, 2013).

Brooker (2013) skriver at *identitet* handler om å kjenne seg selv, sin selvfølelse og være bevisst på sine tanker. Hos personer med demens vil identiteten være avhengig av de som omgås pasienten, da minner og kommunikasjon ofte svekkes. Identitet går ut på å ha en livshistorie som opprettholdes, og minnearbeid kan da benyttes. Ved å vise respekt, gi ros og akseptere pasienten, vil dette virke styrkende på hans identitet (Brooker, 2013).

*Tilknytning* handler om å føle at en er en del av ett fellesskap, og er spesielt viktig ved store forandringer eller vanskelige situasjoner. Behovet kan dekkes gjennom erkjennelse og validering, hvor pasienten vil føle seg verdsatt og akseptert (Brooker, 2013).

*Beskjeftigelse* handler om at pasienten får delta i aktiviteter på en meningsfull måte, og sitte med en følelse av at han betyr noe og at han kan utgjøre en forskjell. For at pasienten skal kunne få delta i aktiviteter, må sykepleier tilrettelegge for at dette skal bli mulig. Pasienten må myndiggjøres, og bruk av tvang bør unngås da dette undergraver behovet om beskjeftigelse (Brooker, 2013).

Mennesker er sosiale vesener, og å føle at en er *inkludert* i et fellesskap er viktig for trivsel og for at mennesket skal overleve skriver Brooker (2013). Personer med Alzheimers sykdom vil stå i fare for å bli sosialt isolerte, på grunn av sykdommen. Pasienten er avhengig av sykepleierens hjelp for å bli inkludert i et sosialt fellesskap, og bringer de med i samtaler og aktiviteter som gir følelsen av tilhørighet (Brooker, 2013).

### 3.9 Miljøtiltak

Miljøtiltak eller miljøbehandling, tar sikte på å tilrettelegge miljøet for pasienter med Alzheimers sykdom, slik at pasientens kognitive, sosiale og praktiske ferdigheter opprettholdes (Rokstad, 2008). Målet er at pasienten skal føle mestring og bevare selvfølelsen, ved å tilrettelegge for at pasienten kan være selvstendig så langt det er mulig. Å bedre livskvaliteten for å få en bedre hverdag, er med andre ord hovedmålsettingen for miljøbehandling (Solheim, 2009).

#### 3.9.1 Fysiske omgivelser

Det viktigste i de fysiske omgivelsene er at det er trygt og forutsigbart. Gjenkjennelses momenter i form av personlige eiendeler og møbler er viktig for å skape et hjemlig miljø, som er med på å skape trygghet (Engedal & Haugen, 2009). For at pasienten på egenhånd skal kunne finne frem, bør dører inn til rom være markert med synlige bokstaver. Leseferdighetene kan fortsatt være intakt, selv om graden av demens er alvorlig. At belysningen er god vil også være avgjørende for en person med Alzheimers sykdom for å kunne orientere seg, da sanseinntrykk blir mer og mer viktig etter hvert som sykdommen utvikler seg. Realitetsorienterende hjelpemidler som kalendere, klokker, elektroniske kalendere som viser dag, måned og årstall, vil også kunne bidra til økt trygghet (Engedal & Haugen, 2009).

#### 3.9.2 Aktivisering

Aktivisering er en viktig del av miljøbehandling, og hos pasienter med Alzheimers sykdom vil aktivisering være nødvendig for å gi innhold hverdagen, gi opplevelser, trene, gi sosialt samvær, skape glede og tilhørighet, vedlikeholde ferdigheter og det er også en god måte å avlede fra vonde følelser. Aktivitetene som blir brukt for å stimulere pasienten, trenger ikke være omfattende. Dagligdagse aktiviteter som morgenstell og måltider, er gode muligheter for aktivisering da måltider stimulerer sansene til pasienten samtidig som pasienten har mulighet til å være sosial. Måltider bør derfor gjøres til en så meningsfull aktivitet som mulig (Rokstad, 2008).

Aktivering skal gi mulighet til pasienten å oppleve mestring og bidra til å skape glede og trivsel skriver Rokstad (2008). Ulike aktiviteter sykepleier kan få med pasienten på kan være å luke i hagen, hobby og fritidssysler, minnegrupper, trim og musikk. Disse aktivitetene kan bidra til at pasienten henter opp minner fra tidligere liv, slik at pasienten opplever glede (Wogn-Henriksen, 2008).

## 4. Hvordan kan sykepleier fremme trivsel til pasienter med demens?

I drøftingsdelen benytter vi oss av Tom Kitwood (2012) sin omsorgsteori, hvor vi tar utgangspunkt i de fem psykologiske behov for å lage underproblemstillinger. Vi mener at bruk av underproblemstillinger vil danne en oversikt og struktur i drøftingsdelen. Det vil også hjelpe oss med å svare på problemstillingen. De fem psykologiske behov er trøst, identitet, tilknytning, beskjeftigelse og inklusjon. Da beskjeftigelse og inklusjon går inn i hverandre, ved at de begge omhandler å delta i meningsfulle aktiviteter og være en del av et fellesskap, velger vi å slå disse to sammen. Vi har gjort en analyse av teorien, som vi drøfter opp i mot forskning og erfaringer fra praksisstudier.

### 4.1 Hvordan kan vi som sykepleiere trøste pasienter med Alzheimers sykdom?

Hos pasienter med Alzheimers sykdom vil orienteringsevnen og korttidshukommelsen bli betydelig redusert, noe som kan føre til at pasienten ikke vet hvor han er og hvilken tid på døgnet det er (Wogn-Henriksen, 2008). Dette kan skape utrygghet, og usikkerhet, noe som gjør at behovet for trøst vil bli betydelig skriver Rokstad (2014). I følge Brooker (2013) handler trøst om at sykepleieren viser varme og nærhet til pasienten via ord eller berøring. Formålet med å trøste en pasient med Alzheimers sykdom er å redusere ubehag, uro, og lindre angst og utrygghet (Rokstad, 2014). Erfaringsmessig vil pasienten oppsøke sykepleier, dersom han føler seg utrygg. At pasienten er utrygg kan vi tolke ut i fra hans adferd og kroppsspråk, som for eksempel ved urolig vandring. Dette bekreftes av Wogn-Henriksen (2008) som skriver at følelser best kommer til uttrykk via non-verbal kommunikasjon. Vi som sykepleiere kan bruke oss selv terapeutisk for å lindre utrygghet. Ved terapeutisk bruk av oss selv, kan vi bruke våre kunnskaper om hva som gjør en pasient med Alzheimers sykdom utrygg, og videre bruke vår adferd for å trøste. Dette kan vi gjøre ved å sette oss ned med pasienten, snakke om situasjonen og benytte kroppslig kontakt som berøring via klemmer og stryking. Dette er med på å skape trygghet i følge Wogn-Henriksen (2008). På den andre siden kan berøring virke truende for noen pasienter med demens, fordi det ikke er



sikkert de har vært vant til berøring tidligere. Dette kan virke i mot sin hensikt, med angst og katastrofereaksjoner. Skal vi som sykepleiere berøre en pasient, er det viktig å ha pasientens oppmerksomhet først skriver Solheim (2009). Dersom vi oppnår å trøste pasienten ved å lindre utryggheten, har vi brukt oss selv terapeutisk (Travelbee, 2001). Terapeutisk bruk av seg selv, henger sammen med den intellektuelle tilnærmingen, hvor vi som sykepleiere kartlegger pasientens behov og setter i gang tiltak for at behovene dekkes. Dette samsvarer med det ene hovedelementet i personsentrert omsorg, som omhandler individuell tilnærming. Individuell tilnærming går ut på å behandle pasienten som et unikt menneske, med ulike bakgrunn, ressurser og fysiske og mentale evner (Travelbee, 2001; Brooker, 2013). Det vil altså si at vi best kan gi trøst, ved å kjenne pasientens livshistorie. Dette samsvarer med Tretteteig og Thorsen (2011) sin studie som skriver at kroppslige uttrykk har røtter i fortiden til pasienten. Ved å forstå pasientens situasjon, og vise ved handling at vi ønsker å hjelpe pasienten, vil pasienten få en opplevelse av at han kan stole på oss som sykepleiere, og tillitt er opparbeidet. Vi har da dannet et mellom-menneskelig forhold (Travelbee, 2001).

Vi har erfart at det er viktig å ta seg god tid i interaksjon med pasienter som har Alzheimers sykdom, fordi de har svekkede evner til å forstå og oppfatte det som blir sagt. Vi som sykepleiere må snakke langsomt og tydelig, slik at pasienten rekker å respondere. Dette bekreftes av Rokstad (2014) som skriver at pasienter med Alzheimers sykdom har større behov for tid når det gjelder å oppfatte, respondere og forstå i interaksjon med andre. Travelbee (2001) mener også at god tid er viktig for sykepleien som skal gis. Som sykepleiestudenter har vi opplevd at når sykepleier prater for fort, vil pasienten føle seg utrygg og forvirret. Behovet for trøst vil da ikke bli imøtekommet, fordi pasienten vil føle seg utrygg (Rokstad, 2014). På den andre siden har vi i praksis erfart at sykepleiere kan ha travle dager med flere oppgaver å forholde seg til, og å ta seg god tid til pasienten blir derfor vanskelig. Dette kan føre til utrygghet hos pasienten, noe som påvirker pasientens opplevelse av trivsel, og videre følelsen av livskvalitet.

At dårlig tid kan føre til utrygghet, har vi erfart i praksis. Et eksempel er en pasientsituasjon hvor en sykepleier skulle dele ut medisiner til pasientene, mens de satt ved spisebordet. Sykepleieren la frem medisiner slik at den første pasienten kunne ta disse, og gikk videre til neste pasient. Da ropte pasienten på sykepleieren: « kom tilbake! Du kan stå siden av meg». Kanskje følte pasienten seg utrygg og forvirret når sykepleieren gikk fra han, før han hadde

tatt tablettene sine? Trygghet for han, ville vært at sykepleieren hadde stått siden av han til han hadde tatt medisinen sin. I denne hendelsen lærte vi at rolig tempo og nærvær er avgjørende for pasientens følelse av trygghet. Samtidig har vi erfart at pasienter med demens trenger ekstra oppmerksomhet, for å bli beroliget. Dette har vi observert i praksis når personalet forlater pasientene, at det fort kan dannes uro i gruppen. Det kan også oppstå misforståelser mellom pasientene, som skaper utrygghet og irritasjon. Ved at sykepleier trøster ved å oppklare misforståelser dersom disse oppstår, og er til stede, vil dette forebygge uro og frykt noe som videre har mye å si for en pasients trivsel (Rokstad, 2014).

I og med at trøst handler om å minske stress, lindre ubehag og utrygghet, er valideringsterapi en metode som kan benyttes. I validering er målene det samme; å minske stress via økt selvtillit, bekrefte pasientens eksistens og bidra til økt velvære (Feil, 1992). Hvis vi bruker validering som metode, er det viktig at vi som sykepleiere anerkjenner pasientens følelser og bekrefter disse. Dette kan vi for eksempel benytte når en pasient sier at han vil hjem til moren sin. Vi som sykepleiere kan da si «ja jeg skjønner det, hun bodde ikke langt unna her moren din?». Vi har da bekreftet følelsene til pasienten, og støtter pasientens virkelighet. Empati og sympati er aspekter som er sentrale i validering, samt i Travelbee (2001) sin interaksjonsteori. Via en empatiskforståelse setter vi oss inn i pasientens sted og kjenner på de følelsene som vekkes. Vi vil da få en forståelse av pasientens situasjon og vil også kunne forstå hans reaksjoner. Dette er med på å skape tillitt og trygghet til oss som sykepleiere (Hummelvoll, 2012;Feil, 1992). Sympati vises gjennom varme, medfølelse og kjærlighet, som kan formidles via kroppskontakt og verbale utsagn. Dersom en pasient for eksempel har spist lite av maten sin en dag, kan vi som sykepleiere vise varme, medfølelse og kjærlighet ved å spørre pasienten om det er noe galt, eller om han vil ha noe annet å spise. Vi som sykepleiere har da vist at vi bryr oss, og vist kjærlighet ved å tilby han noe annet å spise (Brooker, 2013).

Travelbee (2001) mener at en sykepleier skal behandle pasienten med respekt. I praksis vil dette si at vi behandler en pasient som et medmenneske og aksepterer pasientens livserfaring og alder (Brooker, 2013). Dersom en pasient vil sitte på rommet sitt å spise, viser vi respekt ved å la pasienten gjøre dette. Vi har da ivaretatt pasientens medbestemmelsesrett, og fremmer trivsel via opprettholdelse av god livskvalitet. Dette bekreftes av Solheim (2009) som skriver at livskvalitet går ut på å finne mening, mulighet til å kunne velge, mestring og

glede. Dersom vi mangler forståelse og respekt for pasienten, vil dette bidra til at sykepleien mister sitt mål og hensikt skriver Travelbee (2001).

Da pasienter med Alzheimers sykdom vil ha vanskeligheter med å uttrykke seg, vil det være vår oppgave å tilse at pasienten ikke plages med noen form for fysisk eller psykisk smerte skriver Rokstad (2014). I praksis har vi lært at for å oppdage smerte kan vi studere pasientens reaksjoner og adferd. Dersom en pasient plutselig får urolig adferd, har forstyrret søvnmønster ved at pasienten er mye våken på natt og sliten på dagen, uttrykker smerte ved aktivitet, eller benytter seg av avlastende stillinger kan dette være et tegn på smerte. Først og fremst er det viktig å finne årsaken til smerten, men vi kan vise kjærlighet og omsorg for å lindre pasientens symptomer. Dette kan vi gjøre ved for eksempel å holde rundt pasienten, komme med beroligende ord som «jeg vet du har det vondt» og vise via handling at vi ønsker å hjelpe (Rokstad, 2014). Denne medfølelsen kan gjøre pasienten tilfreds og lindre ubehag, noe som er i sentrum av personsentrert omsorg (Brooker, 2013).

## 4.2 Hvordan kan sykepleier ivareta identiteten til pasienter Alzheimers sykdom?

Identitet handler om å kjenne seg selv, sin selvfølelse og være bevisst på sine tanker. Hos personer med Alzheimers sykdom vil identiteten i stor grad være avhengig av andre, da minner og kommunikasjon svekkes (Brooker, 2013). Sykdommen vanskeliggjør evnen til å presentere seg selv og sitt, samt at hukommelsen blekner. Da forhistorie er en del av en persons identitet, vil identiteten bleknes etter hvert som sykdommen utvikler seg. Derfor er kommunikasjon viktig for å fremme pasientens identitet og trivsel. Dette påpeker også Rokstad (2014), da hun skriver om at følelsen av å kjempe om å bevare sin identitet, og frykten for å miste den er fremtredende hos pasienter med demens.

For at pasientens selvbilde og identitet skal opprettholdes, er det viktig at vi som sykepleiere ser pasienten bak sykdommen, og legger vekt på hans ressurser og behov skriver Travelbee (2001). For å bli kjent med en persons behov er kommunikasjon et viktig aspekt, hvor pasient og sykepleier deler tanker og meninger. Det er derfor betydningsfullt at vi som sykepleiere lytter aktivt, ved å la pasienten snakke uten at vi blander oss inn. For å vise at vi lytter og følger med, kan vi som sykepleiere nikke for å si oss enig, eller bekrefte med

«mm». Aktiv lytting er en måte å få frem pasientens perspektiv på, noe som er sykepleierens viktigste oppgave (Solheim, 2009). Erfaringsmessig er aktiv lytting vanskelig i interaksjon med pasienter som har Alzheimers sykdom, da sykepleieren i hovedsak må ha styringen i kommunikasjonsprosessen. Pasienter med Alzheimers sykdom vil ha vanskeligheter med å finne ord og gjøre seg forstått (Solheim, 2009), noe som kan gå utover pasientens selvfølelse. Selv om vi skal lytte aktivt, må vi likevel ha styringen i kommunikasjonen ved å stille spørsmål eller oppmuntre pasienten til å snakke rundt et tema.

For å hjelpe pasienten med å bevare sin identitet kan sykepleier bruke kommunikasjonsmetoden reminisens. Forskningen til Luke, Oetersen & Tranvåg (2013) bekrefter at reminisens har god effekt på denne pasientgruppen, da gjenkjennbare gjenstander, bilder, lukter og blomster, hjelper pasientene med å huske hendelser fra sitt tidligere liv som for eksempel 17. mai, og konfirmasjon. Det gjorde det også lettere for pasienten å kommunisere, da pasienten husket erfaringer rundt en gjenstand og snakket rundt det på eget initiativ. Dette kan bekreftes av hva vi har erfart i praksis, da pasienten viste glede og engasjement ved å se i fotoalbum. Reminisens kan også bidra til økt selvtilit dersom en mimrer om tidligere kompetanse (Luke et al., 2013). Erfaringsmessig vet vi at det imidlertid er viktig at sykepleieren har forkunnskaper om pasientens livshistorie, for at reminisens skal ha god effekt. Dette bekreftes også av Luke et al. (2013), som skriver at forkunnskaper om pasientens bakgrunnshistorie er nødvendig for at reminisens skal fungere. For å innhente kunnskaper om pasientens livshistorie, kan vi som sykepleiere spørre pårørende om hva pasienten tidligere var opptatt av og hva han har vært glad i å gjøre. Pårørende kan også fylle ut et livshistorieskjema hvor det står om pasientens bakgrunn, familie og hobbyer.

Luke et al. (2013) skriver videre at reminisens via hjemlige miljøer på sykehjemmet viste å ha god effekt på pasientens identitet og trivsel. Dette blir også bekreftet av Tretteteig & Thorsen (2011), som skriver at hjemmet er en arena for selvidentifikasjon, og at personlige eiendeler på sykehjemmet kan fungere som en minnearena som bidrar til at pasienten knytter tidligere liv sammen med nåtid. På den andre siden, da livet ikke bestandig er like rosenrødt, kan minnearbeid også bringe frem negative minner og følelser som kan skape sorgreaksjoner. Dersom dette skjer er det viktig at vi som sykepleiere spør om følelsene til pasienten og forsøker å få han til å føle seg bedre igjen (Luke et al., 2013). For å få pasienten

til å føle seg bedre og finne mening i følelsene sine, kan vi bruke validering dersom sorgreaksjoner dukker opp.

I validering er ikke sykepleier opptatt av hva som er rett og galt, men på hva pasienten føler. Dette er en kommunikasjonsform som skal være med på å styrke pasientens identitet og selvrespekt, ved at sykepleier viser respekt for det pasienten uttrykker. Ved å vise empati ovenfor pasienten og vise at vi lytter, vil dette skape tillitt til oss som sykepleiere. Dette bekreftes også i forskningen til Söderlund, Nordberg & Hansebo (2011), da sykepleiere opplevde å få et forbedret forhold til pasientene. Dette var fordi ved bruk av validering fikk sykepleierne større fokus på pasientens behov fremfor interaksjon basert på daglige rutiner. At sykepleierne rettet fokus mot pasientens behov, viste seg å ha stor innvirkning på pasientens følelse av trivsel. Deres studie viser også til at validering ikke er like virkningsfullt på alle pasienter, og at også her kan pasienten uttrykke mistriivsel ved bruk av valgt metode. For å utøve denne kommunikasjonsmetoden er det nødvendig at vi viser empati. Det er imidlertid ikke alle sykepleiere som har denne egenskapen i seg, og vil da heller ikke lykkes med å validere (Söderlund et al, 2011). Solheim (2009) påpeker at når pasienten føler seg sett og akseptert, kan dette skape en følelse av trygghet. Hun skriver videre at dersom sykepleier stiller spørsmål mens hun validerer, kan dette bidra til at pasienten realitetsorienterer seg selv. For eksempel kan vi spørre pasienten «savner du mor?» når pasienten sier han vil hjem til mor. I følge Solheim (2009) er det ikke uvanlig etter en slik samtale, at pasienten kommer på at moren er død.

Da selvfølelse er en viktig del av en persons identitet, er det også viktig at vi som sykepleiere har fokus på mestringsfølelse hos pasienten. Da det ofte hender at pasienter med Alzheimers sykdom ikke vet tid og sted, kan vi som sykepleiere tilrettelegge for at pasienten selv kan finne frem slik at mestringsfølelsen kan opprettholdes. Dette kan gjøres via realitetsorientering via oversiktlige miljøer, informasjon og korrigerende av vrangforestillinger (Wogn-Henriksen, 2008). Miljøtiltak tar også sikte på å tilrettelegge miljøet for pasienter med demens, slik at de kognitive ferdighetene opprettholdes (Rokstad, 2008). Derfor er det viktig at de fysiske omgivelsene er trygge og forutsigbare i følge Engedal & Haugen (2009). I følge forskning har utformingen på sykehjemmet også mye å si for en pasients orienteringsevne (Bergland & Kirkevold, 2011). Avdelinger med korridorer som er formet som bokstavene H og L eller firkant, viste seg å gi bedre romorientering. I

praksis har vi sett at dette ikke er tilfelle hos pasienter i en sen eller slutfase av Alzheimers sykdom, da de har gått seg bort i avdelingen dersom korridoren er formet som en L eller H.

For å gjøre de fysiske omgivelsene trygge og forutsigbare kan vi i praksis ta i bruk skilting på dører, tilrettelegge for hjemlig miljø ved at pasienten får ha personlige eiendeler på rommet, og at vi som sykepleiere kontinuerlig informerer om tid og sted. Imidlertid har vi i praksis sett at skilting på dører med navn har liten effekt. Pasienten har enten tatt ned skiltet fordi han tror at skiltet tilhører han, eller ikke klart å forstå at navneskiltet viser hvor rommet hans er. Realitetsorienterende hjelpemidler som kalendere, klokker, elektroniske kalendere som viser dag, måned og årstall vil også kunne bidra til økt trygghet da følelsen av å være desorientert er skremmende (Engedal & Haugen, 2009). Dette samsvarer med det Bergland & Kirkevold (2011) skriver om at klokkeavler og orienterende elementer bedret orienteringsevnen.

Dersom vi bruker realitetsorientering som metode, er det meningen at vi skal korrigere vrangforestillinger, for å få pasienten tilbake til nuet (Wogn-Henriksen, 2008). I praksis har vi erfart at dette kan være lite heldig, og føre til sterke reaksjoner. For eksempel hvor en pasient delte rom med ektefellen. Av og til hendte det at han feil identifiserte henne, og trodde at kona var søsteren hans. En pleier brukte realitetsorientering for å få han til å forstå at ektefellen ikke var søsteren hans, men kona. Dette førte til at pasienten ble fortvilet og sint resten av dagen. Hadde dermed pleieren hatt mer kunnskap om kommunikasjonsmetoder, ville hun kanskje brukt en annen metode som ville resultert i en helt annen reaksjon fra pasienten sin side. I denne situasjonen ville vi brukt validering som metode, og fått pasienten til å snakke om søsteren sin ved å stille spørsmål om henne.

#### 4.3 Hvordan kan sykepleier tilrettelegge for følelse av tilknytting til pasienter med Alzheimers sykdom?

Det tredje elementet i personsentrert omsorg er tilknytning, som handler om at pasienten føler at han er en del av et fellesskap via relasjoner med andre. I følge Brooker (2013) er følelsen av tilknytning spesielt fremtredende i vanskelige situasjoner eller ved store forandringer, for eksempel ved flytting til institusjon. Gjennom erkjennelse, validering og bli akseptert og verdsatt av et annet menneske, vil behovet for tilknytting bli dekket (Brooker,

2013). For å erkjenne en pasient, må vi som sykepleiere vise at vi aksepterer og støtter pasienten som den personen han er. Om pasienten for eksempel viser tegn til å ville sitte for seg selv, viser vi erkjennelse ved å hjelpe pasienten med å flytte seg og bekrefter at dette er helt greit. Dersom dette behovet ikke blir møtt, kan dette bidra til mistrivsel (Brooker, 2013). Å føle seg tilknyttet til andre mennesker er i følge Brooker (2013) et av menneskets grunnleggende behov. Å bli verdsatt og akseptert av oss som sykepleiere er dermed avgjørende for pasientens trivsel.

Ingebretsen (2005) skriver at kommunikasjon handler om å ha kontakt med andre mennesker via å bekrefte hverandres eksistens, og at fravær av kommunikasjon derfor kan føre til ensomhet. Erfaringsmessig kan sykdommen i seg selv føre til sosial tilbaketrekning, og ensomhet. I tillegg vil pasienter med Alzheimers sykdom ha problemer med å kommunisere med andre, noe som fører til at følelsen av tilknytning også svekkes (Solheim, 2009). Dette er også noe vi har erfart i praksis på sykehjem, at pasienter føler seg ensomme fordi de har vanskeligheter med å forstå og kommunisere med andre. Det blir derfor viktig å tilpasse kommunikasjonen, når vi som sykepleiere skal snakke med pasientene. Dette kan vi i praksis gjøre ved å bruke blikkontakt for å fange pasientens oppmerksomhet. Det er på den andre siden viktig å være klar over at blikkontakt, kan virke truende på en pasient med Alzheimers sykdom. Vi kan i tillegg til å fange pasientens oppmerksomhet, snakke langsomt og tydelig, med korte setninger og enkle ord og uttrykk, for at pasienten skal kunne få med seg det som blir sagt. Nærkontakt og berøring kan vi som sykepleiere supplere med for å holde på pasientens oppmerksomhet, og samtidig skape en trygg situasjon. Bevisst bruk av non-verbal kommunikasjon er også viktig, da det kan hjelpe med å forsterke det vi sier samtidig som pasienten lettere kan forstå, skriver Wogn-Henriksen (2008). På den andre siden kan non-verbal kommunikasjon også bidra til at sykepleier motsier det verbale. For eksempel om vi står i dørråpningen og signaliserer at vi har dårlig tid, samtidig som vi sier at vi har god tid, vil dette gi blandede signaler. Det er derfor viktig at vi er bevisst på vår holdning, da dobbeltkommunikasjon kan skape utrygghet i forhold til en pasient med Alzheimers sykdom (Wogn-Henriksen, 2008).

Dersom pasienten har vanskeligheter med å respondere på åpne spørsmål, vil ja/nei spørsmål gjøre det enklere å svare. Om pasienten med Alzheimers sykdom ikke forstår, kan vi repetere budskapet med de samme ordene, eller eventuelt omformulere oss dersom dette ikke hjelper.

Dersom vi som sykepleiere tilrettelegger for god kommunikasjon, hvor dialogen er åpen blir det lettere å forstå hverandre. Dette skaper nærhet og tilknytning til hverandre, i motsetning til dårlig kommunikasjon hvor det fort kan oppstå misforståelser og følelsen av tilhørighet blir fraværende (Wogn-Henriksen, 2008). Dette samsvarer med det Travelbee (2001) skriver om kommunikasjon. Hun skriver at kommunikasjon er helt sentralt for det mellom-menneskelige-forhold. Viktigheten av at sykepleieren har gode kommunikasjonsferdigheter vises også i Söderlund et al. (2011) sin forskning, da gode kommunikasjonsferdigheter er med på å danne en nær relasjon med pasienten. Fra praksis har vi sett eksempler på dårlig kommunikasjon og umyndiggjøring av pasienter med demens. Et eksempel er at en pleier har sagt «stakers deg, lille venn» når pasienten klager. Det å barnliggjøre en pasient er dessverre noe vi har sett ofte i demensomsorgen. Personverdet til pasienten blir da undergravd gjennom nedvurdering, som videre bidrar til et svekket tillitsforhold (Brooker, 2013). «Alle mennesker er født frie og med samme menneskeverd og menneskerettigheter. De er utstyrt med fornuft og samvittighet og bør handle mot hverandre i brorskapets ånd» skrives det i FNs verdenserklæring om menneskerettigheter (1948, s.1). Vi skal altså respektere hverandre som mennesker og være gode mot hverandre. Dette vil si at vi som sykepleiere må være bevisst på vår holdning og kommunikasjon for og ikke virke nedlatende. Dette underbygges også av Brooker (2013) som skriver om verdier som handler om måten sykepleier opptrer ovenfor denne pasientgruppen, og at verdsetting av mennesket vises gjennom ikke-diskriminerende praksis. Dette underbygges av de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere: « Sykepleieren ivaretar den enkelte pasientens verdighet og integritet, herunder retten til helhetlig sykepleie, retten til å være medbestemmende og retten til å ikke bli krenket» (Norsk sykepleieforbund, 2011, s. 9).

Tretteteig & Thorsen (2011) tar for seg livskvalitet hos personer med demenssykdom. Her beskrives det at trygghet er viktig for følelsen av tilknytning, og at pasientene søkte trygghet i samvær med andre pasienter, spesielt i en sen fase av Alzheimers sykdom. Det at pasientene følte trygghet i samvær med andre, gjorde så pasientene kunne gjenoppta sosial kontakt. Imidlertid viste det seg at felles interesser var avgjørende for å fremme sosiale relasjoner. Det vil si at vi som sykepleiere bør ha kunnskaper om pasientenes tidligere liv og interesser, for å kunne fremme sosiale relasjoner, skape gode opplevelser og gi mulighet for deltakelse i meningsfulle aktiviteter. Dette bidrar til å fremme trivsel. Vi som sykepleiere kan for eksempel tilrettelegge for aktiviteter de kvinnelige pasientene kan være med på, som



for eksempel matlaging og håndarbeid, mens de mannlige pasientene kan utføre mannsrelaterte aktiviteter. For at begge kjønn skal kunne være sosiale sammen, har vi sett at sittende trim eller å danse sving kan være gode aktiviteter. Derimot har vi også sett at felles aktiviteter kan skape uro hos noen pasienter, da alle reagerer på ulike stimuli. I praksis vil det derfor være nødvendig at det også blir tilrettelagt for individuell aktivisering, for å skape en følelse av trivsel.

I følge Bergeland & Kirkevold er trivsel avhengig av å ha kontakt med andre pasienter og ha relasjoner med familie (referert i Bergland, 2006). Dette samsvarer med studien til Tretteteig & Thorsen (2011) som skriver at relasjoner med familie underbygger pasientenes opplevelse av samhørighet. I og med at nære pårørende til pasienter med demens har felles minner med pasienten, vil dette bidra til å støtte pasientens identitet og videre fremme trivsel (Tretteteig & Thorsen, 2011).

#### 4.4 Hvordan kan sykepleiere tilrettelegge for beskjeftigelse og inklusjon hos pasienter med Alzheimers sykdom?

I følge Brooker (2013) handler beskjeftigelse om at pasienten kan delta i meningsfulle aktiviteter, og sitte med en følelse av at han har innflytelse på omverdenen. Inklusjon tar også for seg viktigheten av å delta i aktiviteter for å føle at en er inkludert i et fellesskap. Sosialt samvær er grunnleggende for menneskets overlevelse og er grunnleggende for å bevare personverdet (Brooker, 2013). Dette underbygges av forskning, da samvær med andre er grunnleggende for følelsen av trivsel (Tretteteig & Thorsen, 2011). Dersom vi som sykepleiere tilrettelegger for beskjeftigelse vil pasienten føle at han betyr noe, noe som videre har innvirkning på pasientens opplevelse av trivsel. Om vi handler motsatt, kan dette føre til kjedsomhet, likegyldighet, mangel på motivasjon og at pasienten føler seg nytteløs (Rokstad, 2014). I praksis har vi erfart at pasienter med demens er avhengig av at personalet på sykehjemmet, tilrettelegger for at pasienten får delta i sosiale sammenhenger. Sosialt samvær er også et av hovedelementene i personsentrert omsorg (Brooker, 2013). For å gi pasienten en følelse av inkludering vil vi som sykepleiere oppmuntre pasienten til å delta. Ved og for eksempel spørre pasienten om han har lyst til å hjelpe til med å rydde etter middagen. Vi må på den andre siden respektere pasienten, dersom han ikke ønsker å delta.

Ettersom alle pasienter har individuelle behov, vil det også her være nyttig som sykepleiere å ha kunnskap om pasientens bakgrunnshistorie for å kunne tilrettelegge for beskjeftigelse og inklusjon. Det viktigste i disse behovene er at pasienten blir myndiggjort og får mulighet til å ha innflytelse via aktiviteter som gir engasjement og samarbeid (Rokstad, 2014). For å myndiggjøre en pasient, kan vi som sykepleiere lytte til pasientens meninger og tilrettelegge for at disse blir ivaretatt. For eksempel kan vi spørre pasienten hvordan han vil utføre morgenstellet, tilrettelegge for at det blir slik pasienten vil ha det og eventuelt holde kluten sammen med pasienten mens han vasker seg. Vi har da gitt pasienten autoritet til å bestemme, og hjelper han med å bruke sine ferdigheter. Av en eller annen grunn, har vi ofte sett i praksis at dette ikke skjer. Vi har vi sett eksempler på at sykepleiere tar styringen i morgenstellet, både fordi de vil at det skal gå raskest mulig, men også fordi de tror at pasienten ikke selv klarer å utføre stellet. I tilfeller hvor pasienten faktisk kan klare å utføre stellet selv med veiledning, vil det å ta styringen føre til umyndiggjøring. Dette bekrefter også Rokstad (2014), da hun skriver at det er lett for omgivelsene å ta over oppgaver for pasienter med demens, uten at det er grunn til det. Aktivisering skal gi mulighet til mestring skriver Rokstad (2008). Pasienten vil ikke få mulighet til å oppleve dette, dersom vi tar over styringen.

Engedal & Haugen (2009) skriver at aktivisering er godt for både psyken og fysikken til pasienter med demens, bidrar til innhold i hverdagen og skaper glede. Aktiviteter som blir brukt for å stimulere pasienten trenger heller ikke være så omfattende, så lenge pasienten føler at han gjør nytte for seg. Matsituasjoner er ikke bare en gylden mulighet til å gi pasienten en følelse av at han er til nytte, men også for det sosiale fellesskapet (Rokstad, 2008). Pasienten kan for eksempel få mulighet til å dekke på bordet, eller velge hva han vil ha på brødsleven ved at vi sykepleiere stiller spørsmål. Dersom pasienten føler at han har mulighet til å velge, vil dette bidra til økt trivsel. Tretteteig og Thorsen (2011) skriver i sin forskning at dersom pasienter får delta i matlaging er dette med på å gi trygghet og forutsigbarhet, fordi dette er noe pasientene er vant med fra tidligere liv. Dersom pasienten ikke aktivt deltar i matlagingen, kan passiv deltakelse i form av å sitte og kjenne på lukten av matlaging bidra til at pasienten føler at han deltar. Dette støttes av det vi har erfart i praksis.

Måltider stimulerer både sansene til pasienten, samt at pasienten får mulighet til å være sosial når pasientene spiser felles. Måltider bør derfor gjøres til en så meningsfull aktivitet

som mulig skriver Rokstad (2008). Derimot har vi erfart at matsituasjoner også kan føre til misforståelser og uenighet mellom pasientene, fordi de misforstår hverandre. Det er heller ikke sikkert at pasientene snakker sammen i det hele tatt (Rokstad, 2014). Derfor er det av betydning at vi som sykepleiere setter oss ned sammen med pasientene, for å få i gang kommunikasjonen og inkludere alle i gruppen. Vi kan for eksempel ta opp samtaleemner som opptar alle pasientene, som for eksempel spørre pasientene hva de pleide å spise før i tiden. Da starter vi en samtale, samtidig som vi skaper en følelse av tilhørighet ved at alle blir akseptert og får delta.

Forskningen til Bergland & Kirkevold (2011) bekrefter at det er viktig at pasienter får mulighet til å delta aktivt i oppgaver som bidrar til sosialt samvær og gjenkjennbarhet, da dette kan bidra til å redusere utfordrende adferd. Utfordrende adferd kan være et resultat av understimulering og kjedsomhet, og positive stimuli som sosialt samvær kan derfor redusere vanskelig adferd (Bergland & Kirkevold, 2011). Dette samsvarer med studien til Luke et al. (2013) som skriver at reminisens kan brukes som avledning ved uønsket adferd. Reminisens viser seg også å bidra til at pasienter er mer sosiale og deltakende. Videre viser deres studie at kjente objekter er med på å stimulere hukommelse og gruppedeltagelse. For eksempel om vi tilrettelegger for at pasientene kan delta på å lage vafler, vil dette både stimulere til samarbeid med andre pasienter og samtidig gi mening til livet fordi dette er noe pasientene er kjent med fra tidligere. Pasientene vil også kunne føle seg til nytte, når de blir tildelt oppgaver. Derimot viser det seg at menn ikke har like stor glede av aktiviteter som er relatert til de kvinnelige systemene. Da kjønnsrollene på den tiden var preget av at kvinnen utførte huslige sysler, mens mannen arbeidet, vil ikke en mannlig pasient kunne identifisere seg med slike typer aktiviteter (Luke et al., 2013). Vi må derfor passe på å ha aktiviteter og gjenstander som menn også kan relatere seg til, som for eksempel å rake i hagen. Likevel har vi erfart i praksis at mannlige pasienter kan ha like stor glede av å delta i matlaging, uavhengig om det er aktiv eller passiv deltakelse.

Hvordan sykehjemmet er utformet viste også å ha effekt på det sosiale. Da hjemmet er en arena for sosialt samvær, vil hjemlige miljøer på sykehjemmet kunne bidra til økt sosialisering viser studien til Tretteteig & Thorsen (2011). Dette bekreftes også av Bergland & Kirkevold (2011) sin studie som skriver at hjemlige miljøer bidro til at pasienten beholdt sine motoriske funksjoner bedre og gav økt sosial kontakt, og trivsel. Derimot er det

rapportert i samme artikkel at stor grad av hjemlighet kan bidra til mer uro, økt forvirring og selvhevdelse. Det er også vist at i avdelinger hvor pasienter blir fulgt til dagligstuen etter at de har vært på eget rom, bidro til økt sosialt samvær (Bergland & Kirkevold, 2011). Dette kan også bekreftes fra praksis. Hadde ikke pasientene blitt fulgt til fellesrom etter stell, hadde de vandret rundt i avdelingen på egenhånd. Dette er en del av miljøbehandlingen, hvor målsettingen er å bedre livskvaliteten for å få en bedre hverdag (Solheim, 2009).

## 5. Konklusjon

I drøftingsdelen benyttet vi oss av underproblemstillinger, for å få svar på vår problemstilling. For å kunne fremme trivsel til pasienter med Alzheimers sykdom på sykehjem, har vi kommet frem til at personsentrert omsorg er grunnleggende. Både i personsentrert omsorg, og i Joyce Travelbees sykepleieteori ser sykepleier pasienten som et unikt individ med individuelle behov. Å ha kjennskaper til pasientens livshistorie er dermed grunnleggende for å utøve individuell sykepleie som fremmer trivsel. Ved kjennskaper til pasientens livshistorie, kan vi som sykepleiere forstå pasientens reaksjoner, behov og adferd. Det blir dermed lettere å praktisere gode kommunikasjonsmetoder som validering og reminisens, dersom vi har kunnskaper om pasientens tidligere liv. Reminisens hjelper pasienten med å huske tidligere hendelser, noe som har mye å si for hans identitet. Ved svekket identitetsfølelse, vil pasienten kunne isolere seg noe som går utover følelsen av trivsel da samvær med andre pasienter og personale har mye å si. At sykepleier tilrettelegger for at pasienten er sosial er viktig. Dette kan gjøres i form av felles aktiviteter eller at sykepleier tar med pasientene med i samtaler om temaer fra gamle dager. Å la pasienten selv bestemme, og tilrettelegge for at pasienten selv kan utføre aktiviteter har vi også erfart at kan bidra til økt trivsel.

Konklusjonen viser viktigheten av å ha kunnskaper om kommunikasjonsferdigheter i tillegg til pasientens livshistorie, for å utøve en god demensomsorg. I tillegg har vi sett at trygghet og mestring er betydningsfullt for pasientens følelse av trivsel. Sykepleiere på sykehjem må derfor ta seg god tid, og i tillegg tilrettelegge for at pasienten selv kan utføre aktiviteter med eventuell hjelp. Det er her nødvendig at aktiviteter og kommunikasjonsmetoder må tilpasses til hvert enkelt individ. Det er betydningsfullt at sykepleier har kunnskaper om kommunikasjonsmetoder, både for å skape trygghet og tillitt, men også fordi det fremmer trivsel i form av å støtte pasientens identitet. Kommunikasjon er dermed helt sentralt for å fremme trivsel til pasienter med Alzheimers sykdom.

I oppgaven har vi redegjort for kommunikasjonsmetodene, validering, reminisens og realitetsorientering. Realitetsorientering skal hjelpe pasienten med å forstå hvor han er, samt at metoden skal hjelpe pasienten med å oppleve mestring. I praksis har vi erfart at realitetsorientering i form av skilting på dører, har liten effekt. Ved realitetsorientering skal

vi også korrigere dersom pasienten lider av vrangforestillinger. Dette har vi erfart som lite heldig da det går utover pasienten følelser, og kan skape uro. Vi stiller derfor spørsmål om realitetsorientering er en god kommunikasjonsmetode for å fremme trivsel?

## Litteraturliste

Selvvalgt litteratur er markert med \* og antall sider vi har brukt er angitt.

\* Berentsen, V. D (2008). *Demensboka: Lærebok for pleie og omsorgspersonell*. Tønsberg: Forlaget aldring og helse. 43-58 og 139-159 **Antall sider: 35**

\* Bergland, Å. (2006). *Trivsel i sykehjem: En kvalitativ studie med utgangspunkt i mentalt klare beboeres perspektiv* (doktorgradsavhandling). Oslo: Universitetet i Oslo.

**Antall sider: 8**

\* Bergland, Å. & Kirkevold, M. (2011). Hvilke faktorer i de fysiske omgivelsene hemmer og fremmer funksjon, trivsel og velvære hos personer med demens?. *Sykepleien forskning*, 6(1), 14-25. Lokalisert på <https://sykepleien.no/forskning/2011/03/hvilke-faktorer-i-de-fysiske-omgivelsene-hemmer-og-fremmer-funksjon-trivsel-og> **Antall sider: 11**

\* Brooker, D. (2013). *Personsentrert Demensomsorg: Veien til bedre tjenester*. Tønsberg: Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse. **Antall sider: 111**.

\* Brækhus, A., Dahl, T. E., Engedal, K., Laake, K. (2009). *Hva er demens?* Tønsberg: Forlaget aldring og helse. **Antall sider: 5**

Dalland, O. (2014). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (5.utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

\* De Forente Nasjoner. (1948). *FN's verdenserklæringen om menneskerettigheter*. Lokalisert på <http://www.fn.no/Bibliotek/Avtaler/Menneskerettigheter/FNs-verdenserklæring-om-menneskerettigheter> **Antall sider: 6**

Eide, H. & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner, samhandling, konfliktløsning, etikk* (2.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Engedal, K. & Haugen, P.K.(2009). *Lærebok demens, fakta og utfordringer* (5.utg.). Tønsberg: Forlaget aldring og helse.

\* Feil, N. (1992). *Validering, hjelp til desorienterede gamle*. København: Hans reitzels forlag. **Antall sider: 21**

\* Helse- og Omsorgsdepartementet. (2007). *Demensplan 2015 «Den gode dagen»*. Lokalisert på [https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/vedlegg/omsorgsplan\\_2015/demensplan\\_2015.pdf](https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/vedlegg/omsorgsplan_2015/demensplan_2015.pdf) **Antall sider: 6**

Hummelvoll, J. K. (2014). *Helt- Ikke stykkevis og delt: Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse* (7.utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

\* Ingebretsen, R. (2005) *Kommunikasjon ved demens-en arena for samarbeid*.(Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring Rapport nr. 13, 2005). Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring. **Antall sider: 25**

Johannessen, A., Tufte, P.A. & Kristoffersen, L. (2006). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (3.utg.). Oslo: Abstrakt forlag.

\* Kitwood, T. (2012). *En revurdering af demens: Personen kommer i første række*. København: Munksgaard Danmark. **Antall sider: 5**

\* Luke, R. D., Petersen, K. A. & Tranvåg, O. (2013). Dementia care supportet by memory stimulating surroundings: Caregiver experience with encironmental reminiscence approach. *Nordisk sygepleieforskning*,3(4), 269-286. Lokalisert på <http://www.idunn.no/nsf> **Antall sider: 17**

\* Norsk sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere-ICNs etiske regler*. Lokalisert på [https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte\\_pdf](https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf) **Antall sider: 27**

\* Rokstad, A. M. M., Horn, B. L., Skarstein, S. & Stendal, L. H.(1996). *Aldersdemens: Kommunikasjon på kollisjonskurs, når atferd blir vanskelig å mestre*. Vestfold: INFO-banken. **Antall sider: 22**



Rokstad, A. M. M. (2008). Forståelse som grunnlag for samhandling. I A.M.M. Rokstad & K.L. Smebye (red.), *Personer med demens: Møte og samhandling* (s.60-86). Oslo: Akribe.

Rokstad, A. M. M. (2008). Hva er demens?. I A.M.M. Rokstad & K.L. Smebye (red.), *Personer med demens: Møte og samhandling* (s.27-45). Oslo: Akribe.

Rokstad, A. M. M. (2008). Miljøbehandling. I A. M. M. Rokstad & K. L. Smebye (red.), *personer med demens: Møte og samhandling* (s.152-177). Oslo: Akribe.

\*Rokstad, A. M. M. (2014) *Se hvem jeg er!: Personsentrert omsorg ved demens*. Oslo: Universitetsforlaget. **Antall sider: 52 sider**

\*Solheim, K. (2009) *Demensguide: Holdninger og handlinger i demensomsorgen*. (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget. **Antall sider: 30**

\*Söderlund, M., Nordberg, A. & Hansebo, G. (2011). Implementation of the validation method: Nurses' descriptions of caring relationships with residents with dementia disease. *Dementia: The international journal of social research and practice*, 11(5), 569-587. <http://dx.doi.org/10.1177/1471301211421225> **Antall sider :28**

\*Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal akademisk. **Antall sider: 39**

\*Tretteteig, S. & Thorsen, K. (2011). Livskvalitet for personer med demenssykdomsett i et livsløpsperspektiv- En narrativ tilnærming basert på pårørendes fortellinger. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, 7(2), 39-61. Lokalisert på <http://septentrio.uit.no/index.php/helseforsk/article/view/2226> **Antall sider: 22**

Wogn-Henriksen, K. (2008). Kommunikasjon. I A.M.M. Rokstad & K.L. Smebye (Red.), *Personer med demens: Møte og samhandling* (s.87-113). Oslo: Akribe.

**Antall sider selvvalgt litteratur: 470**

# Vedlegg 1

Picoskjema:

Patients/population/ problem HVEM?	Intervention/initiativ/ action HVA?	Comparison ALTERNATIVER?	Outcome RESULTAT/EFFEKT?	
Beskriv typen pasienter (Vær spesifikk!)	Hvilke tiltak vurderes? (Vær spesifikk!)	Hvilke alternativer finnes til tiltakene?	Hvordan kan tiltakene påvirke utfallet? Hvilke utfall er interessante?	↑ O ↓ R
<b>Pasient med Alzheimers sykdom/demens</b>  Dementia  Dementia  Dementia  Alzheimers disease  Dementia  Dementia  Dementia	Kommunikasjon  Communication  Communication  Individual care  Personal-centered care	Personsentrert omsorg Miljøterapi  nursinghomes  Nursing  Nursinghomes	Trivsel, trygghet, tillitt,  trust or confidence  Wellbeing OR Well-being  Quality of life	
← AND →				

## Vedlegg 2

### **Søkehistorikk:**

Vi startet med artikkelsøk før skriveperioden startet, da vi har erfart at søk etter forskningsartikler tar tid. I alle søk har vi begrenset søket fra 2005-2015 da vi ønsket nyere forskning. For å kombinere søkende brukte vi AND mellom søkeordene og OR dersom det var ord av samme betydning

**Database:** Cinahl

**Dato:** 09.01.2015

**Artikkelnavn:** "Implementation of the validation method: nurses description of caring relationships with residents with dementia disease"

**Forfattere:** Mona Söderlund, Astrid Nordberg og Görel Hansebo i 2011.

**Publisert I :** Dementia: The international journal of social research and practice

**Søkeord:** «Dementia» AND «communication» med avhaking på «academic journals» gav oss et treff på 1696. I og med at dette var for mange treff å gå igjennom, la vi til søkeordene «Trust» OR «confidence» AND «nursing homes» dette resulterte i 26 treff.

Vi leste først over alle overskriftene for å se om det var noen som så relevante ut i forhold til vår problemstilling. Det var kun en overskrift som så interessant ut, som gjorde at vi leste sammendraget i artikkelen. Sammendraget så relevant ut i forholdt til å belyse vår problemstilling, noe som gjorde at denne ble inkludert. Artikkelen handler om å bruke validering som kommunikasjonsmetode. I og med at vi skriver om kommunikasjonsmetoder i oppgaven, synes vi denne var relevant. NB! For å få fulltekst må man bla nederst på siden og trykke på linken som ligger under DOI.

**Database:** Cinahl

**Dato:** 09.01.2015

**Artikkelnavn:** A systematic review of communication strategies for people with dementia in residential and nursing homes

**Forfattere:** Emmelyne Vasse, Myrra Vernooij-Dassen, Anouk Spijker, Marcel Olde Rikkert & Raymond Koopmans i 2010

**Søkeord:** “Dementia” AND “communication” AND “nursing” med avhaking på “academic journals” som gav 716 treff.

Trefflisten var for mye å gå igjennom. Vi byttet derfor ut søkeordet “nursing” med “nursinghomes” som gav et treff på 266. Vi synes også at dette var for mye å gå igjennom, men vi bladde oss nedover på første treffside, hvor vi så overskriften på denne review artikkelen. Artikkelens tittel så høyst relevant ut, og etter å ha lest abstrakt og hele artikkelen ble denne inkludert i oppgaven.

Når vi skulle begynne å skrive om artikkelen måtte vi lese den gjentatte ganger og oversette den både med ordbøker og Google translate. Språket var vanskelig, og artikkelen var skrevet på en slik måte at innholdet var vanskelig å forstå. Etter nærmere studering fant vi heller ikke mye vi kunne anvende i oppgaven, noe som gjorde at den omsider ble utelatt.

**Database:** Cinahl

**Dato:** 15.01.2015

**Artiklens navn:** “Social environment of nursing homes and older adults with Alzheimer’s disease and related dementia” og “Therapeutic conversation to improve mood in nursing home residents with Alzheimers disease”

**Søkeord:** “Alzheimer’s disease” AND “individual care” AND “nursing home” gav 36 treff.

Brukte same metode som ovenfor, ved å lese de 36 overskriftene for å se om de så interessante ut. Deretter leste vi abstracter på de to artiklene som er nevnt ovenfor.

Artikkelen «Social environment of nursing homes and older adults with Alzheimer’s disease and related dementia» var ikke å finne i fulltekst i google scholar, og det gikk heller ikke an å bestille den til biblioteket. Denne artikkelen ble derfor ikke anvendt i oppgaven.

Artikkelen « Therapeutic conversation to improve mood in nursing home residents with Alzheimers disease» skrev vi sammendrag av i oppgaven vår, men da vi senere fant en annen artikkel som omhandlet reminisens, ble også denne utelatt. Reminisens har mer relevans i forhold til oppgaven, enn terapeutisk samtale.

**Database:** Svemed+

**Dato** 15.01.2015

**Artiklens navn:** «Dementia care mapping-en mulighet for refleksjon og utvikling» og “Dementia care supportet by memory stimulating surroundings- caregiver experience with environmental reminiscence approach”

I og med at det står i retningslinjene for bacheloroppgave i sykepleie at vi trengte minimum 2 engelskspråklige artikler, ville vi også finne forskningsartikler som sto på norsk. Dette er fordi de norske artiklene er lettere å forstå, men også fordi vi ønsket forskning utført i Norge.

**Søkeord:** «Dementia» AND «personal-centered care» med avhaking på «peer reviewed tidsskrifter» som gav 45 treff. Samme fremgangsmåte som tidligere ved å lese overskriftene først. I dette søket fant vi både en engelsk og en norsk artikkel, hvor begge artiklene ble lest. «Dementia care mapping-en mulighet for refleksjon og utvikling» hadde liten relevans i forhold til avgrensingen vi har gjort av tema, i oppgaven. Artikkelen “Dementia care supportet by memory stimulating surroundings- caregiver experience with environmental reminiscence approach” la vi først til side, men etterhvert i skriveprosessen, ble denne inkludert da vi så at denne hadde større relevans enn en annen artikkel vi hadde inkludert. For å få fulltekst på denne artikkelen logget vi inn på idunn.no via hihm.no sine sider, og søkte etter tittelen på artikkelen.

**Database:** Svemed+

**Dato:** 15.01.2015

**Artikkel nr 1:** «Hvilke faktorer i de fysiske omgivelsene hemmer og fremmer funksjon, trivsel og velvære hos personer med demens?» skrevet av Ådel Bergland & Marit Kirkevold og publisert 2011. Artikkelen er publisert i Sykepleien forskning.

**Artikkel nr 2:** «Livskvalitet for personer med demenssykdom- sett i et livsløpsperspektiv» skrevet av Signe Tretteteig & Kirsten Thorsen. Publisert 2011, i Nordisk Tidsskrift for Helseforskning

**Søkeord:** «Dementia» AND «Quality of life» med avhaking på norsk og avgrensing fra 2005-2015, fikk vi 17 treff. Overskriftene ble igjen gjennomgått, og leste 3 abstrakter på artikler vi synes så relevante ut ifra overskriftene. Det var de to artiklene ovenfor som ble valgt ut, da de handlet om trivsel og velvære hos pasienter med demens.

Vi forsøkte også å søke i andre databaser uten hell.

**Database:** Cochrane

**Dato:** 15.01.2015

**Søkeord:** «Communication» AND «dementia» fikk et treff på 4, hvor ingen så relevante ut i forhold til overskrift.

**Database:** Cochrane

**Dato:** 15.01.2015

**Søkeord:** “dementia” AND “wellbeing” 29 treff, ingen relevante. La til “nursinghomes” som resulterte i 5 treff. Her fant vi heller ingen artikler som hadde relevans i forhold til oppgaven.









