



Høgskolen i **Hedmark**

Avdeling for folkehelse

Line Larsen & Eline Folstad Løkken

Bacheloroppgave i sykepleie  
**4BACH**

”Snakk med meg!”

”Talk to me!”

Veileder: Marit Berg

BASY2013

2016

Antall ord: 11 332

Samtykker til utlån hos høgskolebiblioteket JA  NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage JA  NEI

*Det kreves en stor lytter for å høre  
hva som faktisk sies,  
en ende større for å høre  
hva som ikke sies,  
men som kommer til uttrykk i talen*

Richard Palmer

## Sammendrag

I dette litteraturstudiet belyses utfordringer ved kommunikasjon vi som sykepleiere kan støte på i sykehjem, i arbeid og i møte med pasienter med en demenslidelse. Tittelen på oppgaven er "Snakk med meg!", og problemstillingen vi har anvendt er «Hvordan kan kommunikasjon bedre livskvaliteten til en pasient med en demenslidelse som bor på sykehjem?». Vi har valgt å rette oppmerksomheten mot pasientens livskvaliteten, og hvordan vi som sykepleiere ved hjelp av forskjellige kommunikasjonsmetoder kan bedre denne kvaliteten for pasienten. Vi ønsker å belyse viktigheten av tilrettelagt kommunikasjon og mulige misforståelser som kan oppstå når vi som sykepleiere og en pasient med en demenslidelse kommuniserer.

Oppgaven bygger på et case som omhandler pasienten Lilly. Vårt mål som sykepleiere har vært å hjelpe Lilly til å få en bedre livskvalitet ved hjelp av ulike kommunikasjonsmetoder. I oppgaven blir det lagt fokus på relasjonsteorier og kommunikative ferdigheter for å bedre livskvalitet.

Oppgaven er basert på en kvalitativ metode bygger på faglitteratur og egne erfaringer, og tar utgangspunkt i relevant forskning som både er kvalitativ og kvantitativ av metode.

I oppgavens teoridel har vi presentert sykepleieteoretikeren Joyce Travelbee, og brukt hennes sykepleieteori for å belyse problemstillingen vi har anvendt i denne oppgaven. Videre har vi presentert lovverk og retningslinjer, for å få frem våre plikter som sykepleiere, og Lillys rettigheter som pasient.

Vi har drøftet hvordan tilrettelegging for Lilly, relasjonsbygging mellom oss som sykepleier og Lilly og anvendelse av ulike kommunikasjonsmetoder kan være med på å bedre livskvalitet til Lilly, og kommet frem til en konklusjon vi mener å ha gitt Lilly en bedre livskvalitet ved hjelp av kommunikasjon.

Oppgaven konkluderer med viktigheten av kjennskap til Lillys livshistorie for å skape gode relasjoner. For å kunne oppnå dette mener vi at anvendelse av ulike kommunikasjonsmetoder, samt god kommunikasjon vil bidra til å skape denne relasjonen, som igjen vil påvirke Lillys livskvalitet.

# Innhold

Sammendrag .....	3
1. Innledning .....	6
1.1 Bakgrunn for valg av tema .....	6
1.2 Problemstilling .....	7
1.3 Begrepsforklaring .....	7
1.4 Oppgavens formål .....	7
1.5 Avgrensning .....	8
1.6 Case .....	8
1.7 Anonymisering .....	8
1.8 Disponering av oppgaven .....	9
2. Metode .....	10
2.1 Litteratursøk og kildekritikk .....	10
2.2 Forskning .....	12
2.2.1 Investigating the causes of behaviour that challenge in people with dementia. ....	12
2.2.2 Legen skal sitte, ikke stå! .....	13
2.2.3 Cognitive stimulation to improve cognitive functioning in people with dementia. ....	13
2.2.4 Emotion processing in Alzheimer's disease.....	14
2.2.5 Livshistoriens form og betydning i demensplejen.....	14
2.2.6 Livskvalitet for personer med demenssykdom – sett i et livsløpsperspektiv. ....	15
2.2.7 Personlige relasjoner har betydning for pasienters tilfredshet på sykehjem.....	15
2.2.8 Livskvalitet, depressive symptomer og funksjonssvikt hos personer med demens.....	16
3. Teori .....	17
3.1 Pasienter med Alzheimers sykdom .....	17
3.1.1 Alzheimers og kommunikasjon .....	17
3.2 Travelbee .....	18
3.3 Samtale og kommunikasjon .....	18
3.3.1 Non-verbal kommunikasjon .....	19
3.3.2 Verbal kommunikasjon .....	20
3.3.3 Realitetsorientering.....	20
3.3.4 Validering.....	20
3.3.5 Reminisens .....	20
3.4 Sykepleieprosessen.....	21
3.5 Livskvalitet.....	22
3.6 Faglig forsvarlig sykepleie .....	23
3.6.1 Etikk, autonomi og empowerment .....	23

3.6.2	Personsentrert omsorg .....	25
3.7	Lovverk og retningslinjer .....	25
3.7.1	Helsepersonelloven.....	26
3.7.2	Loven om psykisk helsevern .....	26
3.7.3	Yrkesetiske retningslinje for sykepleie.....	26
4.	Drøfting.....	28
4.1	Sykepleie til Lilly .....	28
4.2	Kommunikasjonen med Lilly .....	32
4.3	Livskvaliteten til Lilly .....	34
5.	Konklusjon.....	37
6.	Litteraturliste.....	38
Vedlegg 1	.....	41

# 1. Innledning

I følge nasjonalforeningen for helse er det i Norge rundt 71 000 mennesker som er rammet av en demenslidelse (Nasjonalforeningen, 2015). Diagnosen Alzheimers sykdom utgjør ca. 60% av disse demenslidelsene i Norge (Folkehelseinstituttet [FHI], 2015).

Kommunikasjonen mellom en pasient med en demenslidelse og vi som sykepleiere kan til tider være en utfordring. Alzheimers sykdom gir utfordringer både kognitivt og i det språklige. I en demensprosess blir både sender og mottakerfunksjonen til den rammede påvirket gjennom evnen til å forstå og det å gjøre seg forstått for andre. Likeså vil en vurdering av språkfunksjonen til den rammede stå sentralt i en demensutredning. Alle mennesker har behov for å kommunisere, men hos pasienter med en demenslidelse kan språket bli noe svekket i forskjellig grad. Det er ingenting som tyder på at behovet for kommunikasjon blir mindre under utvikling av en demenslidelse (Rokstad & Smebye, 2009). Svekket sosiale evner, mindre sosial aktivitet, aggresjon og utagerende adferd kan komme av redusert kommunikasjonsevner hos pasienter med en demenslidelse (Powell, Hale & Bayers, 1995). Det som er avgjørende for pasientens livskvalitet og et godt liv er en god kommunikasjon. Personer med en demenslidelse oppgir at de synes samspill og kommunikasjonen mellom seg selv og oss som sykepleiere er relevant og viktig. Blant annet det å være sammen med andre, tilhøre noe eller noen, føle seg respektert og stimulert (Rokstad & Smebye, 2009).

Som sykepleier retter en oppmerksomheten mot forskjellige felt og en har en unik mulighet til å ivareta og pleie andre. Dette er definert som sykepleierens fokus.

Grunnlaget for all sykepleie bygger på erfaringskunnskap, verdier og den teoretiske kunnskapen. Som sykepleiere har vi ansvar for å dekke de grunnleggende behovene og de sentrale målene for sykepleiere er helse, livskvalitet og mestring (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2012). En viktig sykepleiefunksjon er å gi pasientene mulighet for å kunne ta selvstendige valg ved å gi tilstrekkelig og tilpasset informasjon, samt forsikre seg om at informasjonen en gir blir forstått av den det gjelder (Norsk sykepleierforbund [NSF], 2011).

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Vi har begge erfaringer fra sykehjem og har observert forskjellige måter av kommunikasjon mellom sykepleier og pasienter med en demenslidelse. Dette er noe vi har bemerket oss og noe vi mener er aktuelt i dagens samfunn, da dagens samfunnet blir

preget i større grad av ulike språk og kulturer (Eide og Eide, 2011). Vi mener at dette er et tema vi har både erfaring og kunnskaper om etter jobb og praksis. Vi har begge opplevd selv å være pasient og pårørende, og sett betydningen og effekten av god, samt forskjellige måter å kommunisere på. God kommunikasjon er en avgjørende faktor for livskvaliteten hos pasienter med en demenslidelse, og det er ingenting som tyder på at behovet for kommunikasjon avtar under utvikling av en demenslidelse (Rokstad & Smebye, 2009).

## 1.2 Problemstilling

Hvordan kan kommunikasjon bedre livskvaliteten til en pasient med en demenslidelse som bor på sykehjem?

## 1.3 Begrepsforklaring

Evnen til å kommunisere er noe vi alle har i oss, men forskning viser at veldig mange av oss kan utvikle seg til å bli mye bedre på dette området. Anerkjennelse, tillit, åpenhet og det å være en aktiv lytter kan bidra til å være til god hjelp for pasienten, men også faglig velfundert (Eide & Eide, 2011). Siri Næss' syn på livskvalitet handler om indre opplevelser og omfatter en personlig individuell oppfatning av personers ulike sider ved livssituasjoner (Kristoffersen et al., 2012). Demenslidelse defineres med at tankeevnen og hukommelsesevnen svekkes, i en så stor grad at det blir en betydelig forskjell sammenlignet med den tidligere tanke- og hukommelsesevnen pasienten hadde (Rokstad & Smebye, 2009). Sykehjem defineres som en institusjon for pasienter som ikke lenger klarer å ta vare på sine grunnleggende behov og ikke er i stand til å fortsette å bo i eget hjem (Kirkevold, Bordtkorb & Ranhoff, 2010).

## 1.4 Oppgavens formål

Formålet med denne Bacheloroppgaven i sykepleie omhandler å rette oppmerksomheten mot pasienter med en demenslidelse sin livskvalitet og hvordan vi som sykepleiere, med fokus på kommunikasjon, kan bedre denne kvaliteten for pasienten. Ved forskjellige måter av kommunikasjon mellom pasient og sykepleier kan misforståelser oppstå og dette kan påvirke pleien pasienten har behov for. Målet med oppgaven vår er å belyse hva slags kommunikasjonsmetoder som kan trenes opp og utvikles for å gi faglig velfundert, samt god hjelp til pasienten. Likeså vil vi ha fokus på relasjonsteorier og kommunikative ferdigheter som kan bidra til å bedre livskvalitet. Ved å drøfte denne problemstillingen er

målet vårt å komme frem til en konklusjon, som vil bidra til videre refleksjon hos sykepleiere.

### 1.5 Avgrensning

I oppgaven er det lagt fokus på sykepleie til pasienter som bor på sykehjem og som har en demenslidelse. Videre har vi valgt å ta for oss Alzheimers sykdom av moderat grad. Oppgaven skal videre avgrenses til pasienter i alderen 70-80 år som bor fast på sykehjem. Pårørende er en stor ressurs for disse pasientene, men i denne oppgaven har vi valgt å ikke legge fokuset på pårørende på grunn av oppgavens begrensninger. Gjennom oppgaven skal vi ha fokus på sykepleier-pasient-fellesskap og hvordan dette er med på å påvirke kommunikasjonen mellom pasient og sykepleier. Vi ønsker likeså å se på mulige utfordringer vi som sykepleiere kan stå ovenfor med tanke på pasientens autonomi. Vi har reflektert over språk og kulturforskjeller og hvordan dette kan påvirke kommunikasjonen, men vi har valgt å utelukke dette fra oppgaven på grunn av oppgavens begrensninger. Vi har anvendt case som omhandler pasienten Lilly, og oppgaven omhandler hennes situasjon og livskvalitet.

### 1.6 Case

Lilly er en dame i midten av 70 årene. Hun har diagnosen Alzheimers sykdom av moderat grad, men fysisk er hun i god form. Hun bor nå fast på et sykehjem, men har tidligere bodd hjemme alene i mange år da mannen hennes døde fra henne tidlig. Lilly har tidligere vært hjemmевærende hvor hun tok seg av barn og hjem. Når barna ble voksne begynte hun å jobbe i en skobutikk, noe hun trivdes veldig godt med. Hun har alltid vært en sosial dame som likte å oppvarte både familie og venner. Håndarbeid har vært en stor del av livet til Lilly, men i de siste årene har dette blitt en utfordring, og Lilly har blitt mer passiv i hverdagen. Sykepleierne på sykehjemmet har bemerket seg og diskutert livskvaliteten til Lilly og hva som kan gjøres for å bedre den.

### 1.7 Anonymisering

Dette caset bygger på en virkelig pasienthistorie, men for å ivareta personvernet til pasienten vi presenterer i casen har vi valgt å endre både navn og innhold i oppgaven som kan knyttes direkte til pasienten, dette fordi pasienten ikke skal kunne bli identifisert og på grunn av beskyttelse ovenfor pasienten. I tillegg til å endre opplysninger så har vi likeså tilføyet opplysninger og eksempler som er fiktive og funnet opp av oss. Ved å



avidentifisere og anonymisere de direkte opplysningene så kan ikke disse opplysningene knyttes til en enkeltperson (Dalland, 2013).

## 1.8 Disponering av oppgaven

I oppgaven følger et metodekapittel som inneholder forskning, hvordan vi har funnet forskningen og hva vi har anvendt av relevant litteratur, samt egne erfaringer. Etter metodekapittelet kommer teoridelen som starter med teori om Alzheimers sykdom og kommunikasjonsutfordringer som kan oppstå, etterfulgt av teori om samtale og kommunikasjon. Videre inneholder teorikapittelet sykepleieteori, etikk, autonomi, empowerment, personsentrert omsorg, lovverk og retningslinjer. Etter teoridelen følger et drøftingskapittel hvor vi ønsker å bidra til videre refleksjon hos sykepleiere. Vi avslutter oppgaven med en konklusjon rettet mot problemstillingen vi har anvendt.

Til slutt i oppgaven vil det foreligge en litteraturliste, samt vedlegg.

## 2. Metode

Når en følger en strategisk måte å jobbe på for å nå et mål kalles det for en metode. En metode er et hjelpemiddel for å kunne besvare en problemstilling, en fremgangsmåte og et hjelpemiddel for å lettere tilegne seg og komme frem til ny kunnskap som kan anvendes (Aubert, 1985). Denne bacheloroppgave tar utgangspunkt i relevant forskning vi finner gjennom strategiske søk i databaser, pensumlitteratur, våre egne erfaringer, case og annen litteratur vi mener er relevant for å kunne besvare vår problemstilling.

Det er anvendt litteraturstudie som metode til vår oppgave for å belyse problemstillingen vår. Et litteraturstudie er en kvalitativ metode å skrive på, og det tar utgangspunkt i følelser, meninger og opplevelser. I motsetning til kvantitative metoder som tar utgangspunkt i tallfesting og målinger. Den kvalitative metoden bygger på følelser og nærhet, og den går i dybden i det som er særegent. Den kvantitative metoden derimot går i bredden på det som er gjennomsnittlig og som er fjernhet til feltet, det vil si at datasamling foregår utenom den direkte kontakten med selve feltet (Dalland, 2013).

### 2.1 Litteratursøk og kildekritikk

Vi har valgt å anvende et PICO-skjema i vår oppgave, tatt ut ifra kunnskapsbasert praksis sine nettsider. Dette er for å klargjøre spørsmålet for litteratursøk og for å få en kritisk vurdering av stoffet vi finner. PICO-skjemaet er med på å gi oss hjelp og struktur i oppgaven vår (Kunnskapsbasert praksis, 2012). PICO-skjemaet ligger som et vedlegg til slutt i oppgaven. Vi har også anvendt Kunnskapsbasert Praksis sin sjekklister, for å vurdere forskningen vi har valgt (Kunnskapsbasert praksis, 2012). Gjennom skolens systemer har vi tilgang på utallige databaser hvor vi kan søke etter forskning. Vi har valgt å forholde oss til tre databaser, fordi vi mener disse tre er med på å dekke det vi trenger av relevant forskning for vår problemstilling. Databasene vi har valgt er som følgende: CINAHL fordi dette er verdens største engelskspråklige forskningsbase innen sykepleie og er særlig god på kvalitativ forskning, SveMed+ som er nordisk og dekker Norge, Sverige og Danmark og til slutt Cochrane søkedatabase som hjelper oss med å sammenligne flere forskningsartikler med samme konklusjon. Vi brukte søkeordene vi fylte inn i PICO-skjemaet, og etter hvert flere søkeord som står skrevet i oversiktstabellen nedenfor. Vi har kombinert søkeordene våre på flere måter, og søkt på dem hver for seg. For å avgrense søkene våre har vi valgt å begrense til årstall, de artikkelene som er i fulltekst og sammendragene. Etter hvert som søkene har blitt mindre gikk vi systematisk igjennom de

artiklene vi satt igjen med og valgte ut de vi mente hadde størst relevans for vår oppgave. Vi har valgt å avgrense til nyere årstall, og grunnen til dette er at som sykepleier har du retningslinjer og plikt til å holde deg oppdatert på forskning og kunnskap (Norsk sykepleieforbund [NSF], 2011). Vi har anvendt både kvalitativ og kvantitativ forskning, da dette gir en bredere oversikt og blir mer holdbart (Dalland, 2013). Under finnes en oversikt over litteratursøkene:

	Database	Søkeord	Resultater	Avgrensning	Resultater
<i>Investigating the causes of behaviours that challenge in people with dementia – 04.04.16</i>	CINAHL	Alzheimer + communication + nurses	140	Fulltekst + 2010 til 2016	14
<i>Legen skal sitte, ikke stå!- 05.04.16</i>	Pasientsikkerhets programmet				1
<i>Cognitive stimulation to improve cognitive functioning in people with dementia – 05.04.16</i>	Cochrane library	Dementia + communication			4
<i>Emotion processing in Alzheimer's disease – 05.04.16</i>	CINAHL	Quality of life + communication + alzheimer`s disease	68	Fulltekst + 2000 til 2016	14
<i>Livshistorien s form og betydning i demenspleje n – 05.04.16</i>	SveMed+	Alzheimer + kommunikasjon			2

<i>Livskvalitet for personer med demenssykdom – sett i et livsløpsperspektiv – 14.04.16</i>	SveMed+	Demens + livskvalitet	79	Artikkel + tilgjengelighet	34
<i>Personlige relasjoner har betydning for pasienters tilfredshet på sykehjem – 27.04.16</i>	SveMed+	Sykehjem + personlige relasjoner			3
<i>Livskvalitet, depressive symptomer og funksjonssvikt hos personer med demens – 27.04.16</i>	SveMed+	Livskvalitet + demens	79	Livskvalitet + demens + funksjonssvikt	1

## 2.2 Forskning

For å finne forskning vi mener er relevant, og som vi ønsker å anvende i vår oppgave har vi hatt fokus på relevansen for oppgaven og problemstillingen, reliabilitet, årstall og validitet. Vi har gjort systematiske søk og vært kritiske til kildene våre (Dalland, 2013). Gjennom søkedatabasen Cochrane Library har vi sett på sammenligning av flere artikler med samme konklusjon og utfall. Under kommer en oppsummering av den forskningen vi har anvendt, og litt om innvirkning den har på problemstillingen vår.

### 2.2.1 Investigating the causes of behaviour that challenge in people with dementia.

Keady, J. & Jones., L. (2010). Dette er en forskningsartikkel, bygget på en kvantitativ metode, som handler om demente personers oppførsel, deres utagerende oppførsel og deres behov, og hvordan sykepleieren er hovedansvarlig for pleien til disse pasientene. Studiet omhandler å kartlegge, dokumentere oppførsel og finne motiver som kunne ha

påvirket utagerende oppførsel, for så å lage en pleieplan tilpasset pasientens individuelle nivå. Etter grundig kartlegging og utprøvelse av den individuelle planen var det en bemerkelsesverdig nedgang i utagerende oppførsel og det virket som at pasientene hadde det bedre med seg selv i hverdagen. Pleiepersonellet var også mer bevisst på og forberedt på når utagerende oppførsel kunne forekomme hos hver enkelt pasient, og hvorfor det forekom. Dermed kunne de håndtere situasjonene på en mer kontrollert måte. Denne forskningsartikkelen har vi valgt å anvende da den handler om utagerende oppførsel, og hvordan det kan være pasienter med en demenslidelses form for kommunikasjon, noe som er relevant for problemstillingen.

### 2.2.2 Legen skal sitte, ikke stå!

Jensen, B. & Hals, J. (2013). Ved Veste Viken HF ble det gjennomført en undersøkelse om hvorvidt legene sitter eller står inne hos pasientene sine. Omtrent 40 prosent av de spurte pasientene svarte at legen "alltid står", og 20 prosent svarte at legen "står for det meste". Ingen av pasientene svarte at legen satte seg ned på deres nivå og snakket med dem. Her er det hovedsakelig fokus på legen, og deres kommunikasjon med pasienten. Tiltaket som ble innført er "visittstolen", en stol som skal henge på veggen i alle rom som en påminnelse om at personellet kan sette seg ned sammen med pasienten for å kommunisere bedre. Opplæring i kommunikasjon ble også lagt vekt på, og innført hos det gjeldende sykehuset. Denne forskningsartikkelen bygger på en kvantitativ metode. Vi har valgt å anvende forskningsartikkelen da den handler om det non-verbale språket vårt i forbindelse med kommunikasjon med pasienten, og det non-verbale språket er like viktig hos sykepleierne som hos legene.

### 2.2.3 Cognitive stimulation to improve cognitive functioning in people with dementia.

Woods, B., Aguirre, E., Spector, A. & Orrell, M. (2012). Artikkelen refererer til 37 andre forskningsartikler med samme konklusjon. Dette er en oppsummert artikkel som bygger på konklusjonene til 37 andre forskningsartikler og handler om hvordan kognitiv stimulering påvirker den kognitive funksjonen hos pasienter med en demenslidelse. Flere av forsøkene viste at personer med mild til moderat grad av demens hadde utbytte av stimuleringen, men at det er for lite forskning til å kunne si noe om hvor vidt effekten er god hos pasienter med en alvorlig grad av demens, og hvor lenge det er gunstig å fortsette med stimuleringen hos de med mild til moderat grad av demens. Denne forskningsartikkelen bygger på en kvalitativ metode, den handler ikke direkte om

kommunikasjon, men den handler om kognitiv funksjon som er med på å påvirke kommunikasjonen videre.

#### 2.2.4 Emotion processing in Alzheimer's disease.

Bucks, R. S. & Radford, S. A. (2004). Elleve pasienter med Alzheimers diagnose og tolv friske eldre personer ble sammenlignet og testet for responsen på den non-verbale kommunikasjonen, og hvor mye de responderte på. Forskningen viste at personer med Alzheimer sykdom forstår mer av den non-verbale kommunikasjonen enn hva det har kommet frem i forskning tidligere. Denne forskningsartikkelen er en eldre artikkel, og bygger på kvalitativ metode, men vi har valgt å anvende den da den sier noe spesifikt om den non-verbale kommunikasjonen hos pasienter med Alzheimers sykdom, og flere av bøkene våre bygger på den samme konklusjonen.

#### 2.2.5 Livshistoriens form og betydning i demensplejen.

Moss, I. (2005). Forskningsartikkelen bygger på et studie av åtte sykehjemsbeboere fra to forskjellige sykehjem med diagnosen Alzheimers sykdom, og samhandlingen mellom disse åtte pasientene og pleiepersonellet. Det ble anvendt lydopptak med daglige interaksjoner samt observasjon av daglige situasjoner mellom sykepleieren og beboeren på forskjellige tidspunkt på døgnet. Graden av demens hos de åtte pasientene var fra moderat til alvorlig grad. Det ble lagt fokus på fortellinger fra fortiden og hvordan de ble anvendt i kommunikasjonen. Det ble anvendt beskrivende fortellinger hvor pasienten selv var med på å skape og konstruere fortellingen til slik han/hun husket det.

I forskningen fant forfatteren fire former for narrativ konfigurasjon; fortelling, fortelling i interaksjon, livshistorie i interaksjon og terapeutisk iscenesettelse. Kun én av beboerne klarte å mestre formen "fortelling", som gikk ut på å fortelle med egne ord, uten hjelp, en konkret begivenhet fra fortiden med tilnærmet alle detaljene. Fortelling i interaksjon handler om at pasienten sammen med sykepleieren skal fortelle om en konkret begivenhet fra fortiden. Kun tre av beboerne klarte å gjennomføre dette. Livshistorie i interaksjon handlet om å innlede til samtale av sykepleier eller pasient, utvikle samtalen i felleskap og avslutte, ofte av sykepleieren. Sju av pasientene mestret dette med unntak av den mest kognitive beboeren. Det siste punktet handler om terapeutisk iscenesettelse, og dette omhandler hverdagen på sykehjemmet hvor høytider ble iscenesatt for å se om beboerne kognitivt klarte å delta i forberedelsene og feiringene. Alle pasientene mestret dette, og for den mest kognitive beboeren deltok han/hun med sang og nynning da pasienten tidligere hadde vært korsanger.

Det viktigste funnet i forskningen er at beboernes kommunikasjonskompetanse var mye større enn hva en vanlig MMSE demenstest viste. Ved hjelp av denne måten for kommunikasjon viste pasientene et større engasjement og deltok mer aktivt i samtalen. Konklusjonen i forskningen viser til at det er ekstremt viktig at sykepleierne kjenner pasientenes livshistorier og opphav for å kunne kommunisere med dem på best mulig måte. Dette er en meget relevant forskningsartikkel til vår oppgave som vi har valgt å anvende og som bygger på kvalitativ metode. Artikkelen er fra 2005, men vi har allikevel valgt å inkludere denne da dette er en konklusjon vi ser går igjen i mange av pensumbøkene og i andre forskningsartikler.

#### 2.2.6 Livskvalitet for personer med demenssykdom – sett i et livsløpsperspektiv.

Tretteteig, S. & Thorsen, K. (2011). Forskningen bygger på kvalitativ metode og er basert på samtaler med pårørende og omhandler hva som oppleves som god livskvalitet hos pasienter med en demenslidelse. Pårørende og nær familie er en stor del av livet til en pasient som får en demenslidelse og de har stor innvirkning på livskvaliteten til pasienten. I denne oppgaven har vi valgt å ikke fokusere på pårørende, selv om vi vet hvor stor en ressurs de er, men vi mener at denne forskningsartikkelen allikevel er relevant for oppgaven da den også sier noe om sykepleierens rolle i forbindelse med pasientens livskvalitet. Forskningen gav et resultat av hvor viktig sykepleierne er for en pasient med en demenslidelse. Den tryggheten og omsorgen som sykepleieren skal gi pasienten er med på å fremme livskvaliteten. Dette kan være ved hjelp av individuell tilrettelegging, god omsorg og aktiviteter for pasienten. At sykepleieren må ha kunnskap om pasientens historie og tidligere liv kommer frem som et viktig tema i forskningen. For å kunne gi en best mulig personsentrert pleie, og for å skape god livskvalitet for pasienten er det viktig at denne informasjonen blir anvendt.

#### 2.2.7 Personlige relasjoner har betydning for pasienters tilfredshet på sykehjem.

Kirchhoff, J. W., Gjellebæk, C. & Tangen, M. (2014). Det ble gjennomført en kvantitativ forskning ved hjelp av spørreskjemaer ved fire sykehjem på 114 beboere. Hensikten med spørreskjemaene var å studere i hvilken grad betydningen av personlige relasjoner har for sykehjemsbeboerne, og i hvilken grad sykepleieren klarer å opprettholde og etablere gode relasjoner mellom seg selv og pasienten, samt mellom beboerne.

Forskningen viser at beboere på sykehjem er avhengig av gode relasjoner til de ansatte samt medboere. De er også avhengig av aktivitetstilbud på sykehjemmene hvor de kan delta og føle en relasjon. Forskningen legger vekt på sykepleieren ansvar for å skape disse gode relasjonene, og for å bidra til denne tilfredsheten.

#### 2.2.8 Livskvalitet, depressive symptomer og funksjonssvikt hos personer med demens.

Mjørud, M., Engedal, K. & Ytrehus, S. (2011). Hensikten med forskningen var å undersøke sammenhengen mellom livskvalitet, depressive symptomer, funksjonssvikt og grad av demens. Forskningen bygger på kvantitativ metode. Fra ti ulike sykehjem ble 223 pasienter med en demenslidelse intervjuet gjennom pasientens primærpleier. Forskningen viser at sammenhengen mellom livskvalitet og depressive symptomer henger godt sammen. Funksjonsnivået og symptomene for depressive lidelser påvirker livskvaliteten hos pasienter med en demenslidelse. Det blir lagt vekt på viktigheten av sykepleierens forståelse og oppmerksomhet rettet mot de depressive symptomene som kan forekomme ved en demenslidelse.



### 3. Teori

I denne teoridelen har vi prøvd etter beste evne å finne teori relatert til oppgaven og problemstillingen.

#### 3.1 Pasienter med Alzheimers sykdom

Vi har valgt å skrive om Alzheimers sykdom da Lilly, pasienten i caset, har denne diagnosen.

Demenslidelser er en samlebetegnelse for en klinisk tilstand som ofte blir forverret over tid. En fellesbetegnelse for sykdommene er at det er svikt i hukommelsen og tankeevnen sammenlignet med tidligere kognitivt funksjonsnivå. Alzheimers sykdom er den vanligste formen for demens og utgjør ca. 60 % av alle demenslidelser. Hos pasienter med Alzheimers sykdom kan en se kjennetegn ved forandringer i hjernen. Når det skjer endringer i hjernen og hjerneceller begynner å dø oppstår Alzheimers sykdom. Endringen kan for eksempel være senile plakk og substans tap (Rokstad & Smebye, 2009).

Alzheimers sykdom kan deles inn i tre grader som omhandler mild, moderat og alvorlig grad (Kirkevold, Brodtkorb & Ranhoff, 2010). Ved en moderat grad av sykdommen er det en økende grad av å miste taket på hverdagen og omgivelsene. Hukommelsen blir dårligere og det å klare å løse problemer blir vanskelig. Likeså blir påkledning, matlagning og klesvask for vanskelig for pasientene å utføre. Under dette stadiet får pasientene kommunikasjonsproblemer og vansker med å danne seg et bilde av det som skjer. Dette kan føre til at pasientene kan få angst, fortvilelse, depresjon eller sinne (Kirkevold et al., 2014).

##### 3.1.1 Alzheimers og kommunikasjon

Sykdommen påvirker kommunikasjonsprosessen gjennom de generelle kognitive og spesifikke språklige sviktene som Alzheimers sykdom medfører (Rokstad & Smebye, 2009). Gjennom kommunikasjon skapes relasjoner som er med på å skape fortrolighet og beriker oss til å bli bedre mennesker. Kommunikasjon har flere mål som handler om å overføre beskjeder eller et budskap, finne ut om andre sine tanker, skape fortrolighet og å dele og løse problemer. Ved tap av evne til kommunisere vil en streve etter å opprettholde en psykisk tilknytning til andre, et fellesskap, samt en relasjon. Mennesker med en demenslidelse opplever vansker med å få andre til å forstå deres innerste tanker, erfaringer, ønsker og behov. Når en kommuniserer skjer det en utveksling av informasjon både verbalt og nonverbalt (Rokstad & Smebye, 2009).

### 3.2 Travelbee

I denne oppgaven har vi anvendt sykepleieteoretikeren Joyce Travelbee i utøvelse av sykepleie.

Gjennom utseende, atferd, holdning, ansiktsuttrykk, manerer og gester kommuniserer sykepleieren og pasienten med hverandre fra første stund de møtes, både bevisst og ubevisst. Gjennom non-verbal kommunikasjon skal sykepleieren gjøre seg kjent med pasienten og bli klok på hvilke behov pasienten trenger å få dekket. Det finnes ingen sykepleier som er helt uten ferdigheter når det gjelder kommunikasjon, da alle har en eller annen form for kommunikasjon, og det finnes heller ingen sykepleier som er ekspert på kommunikasjon. Travelbee har mye fokus på at kommunikasjonsferdigheter for en sykepleier allerede bør legges vekt på i grunnutdanningen, og læres av lærerne under utdanningen. Hun skriver videre om hvordan oppfatningen av andre og sykepleierens egne intensjoner alltid blir formidlet i kommunikasjonen mellom sykepleieren og pasienten. Hvis sykepleieren ikke har omsorg og interesse for den syke vil dette vises, og det er dermed viktig som sykepleier å faktisk ha disse egenskapene (Travelbee, 2014).

Travelbee (2014) skriver om kommunikasjonsferdigheter og hvordan dette kan deles inn i to forskjellige kategorier. Den ene kategorien er den generelle kategorien og handler om ferdigheter og evner som er nødvendig for alle. Dette går ut på leseevner, evne til å kunne uttrykke seg skriftlig, samt muntlig og evne til å lytte, høre og tolke andre menneskers verbale og non-verbale språk korrekt. Den andre kategorien er den spesifikke kategorien, og det er denne kategorien som handler om de spesifikke evnene med betydning for sykepleiesituasjoner. Den spesifikke kategorien bygger på evner til å observere og tolke observasjonene en gjør, samt å trekke slutninger. Videre bygger den spesifikke kategorien på evner til å tilrettelegge og kontrollere interaksjonen for å nå mål, evner til å tolke og vurdere kommunikasjonen og forstå om kommunikasjonen når igjennom. Evner til å se når en burde ta pauser underveis i samtalen og tilpasse tempo, og til slutt evner til å evaluere de tidligere punktene og videre planlegging (Travelbee, 2014).

### 3.3 Samtale og kommunikasjon

Pasientens behov og ønsker er viktig at blir ivaretatt. For å ivareta disse behovene er kommunikasjonen en viktig faktor. Ved forskjellige kommunikasjonsmetoder kan det forekomme at behovene og ønskene til pasienten ikke bli møtt, og det kan skape lite tillit og misnøye fra pasientens side. Dette vil påvirke hele sykdomsforløpet til pasienten, da

pasienter med en demenslidelse trenger god tilrettelagt egenomsorgs pleie (Fossum, 2007). Pasienter som bor på sykehjem får tildelt en primærsykepleier som har som hovedansvar å følge opp, ta ansvar og veilede pasienten gjennom oppholdet (Kristoffersen et al. 2012). Mange forskere og klinikere har i mange år forsket på forståelsen av pasienter med demenslidelse og deres form for kommunikasjon. Det de sier kan ofte være meningsløst og virke som om det er fra en helt annen tid. Dette henger mye sammen med at pasienter med en demenslidelse mangler evnen til å skille mellom fremtid, nåtid og fortid, og det gjør at det stilles et stort krav til sykepleiere og deres evne til kommunikasjon og empati (Eide & Eide, 2011). Det vi sier vil en person med en demenslidelse ta bokstavelig og det kan derfor være uheldig å bruke vitser eller beskjeder som har en metaforisk betydning (Berentsen, 2008). Forskningsrapporter viser at sykepleiere trenger større kunnskap om kommunikasjon med pasienten for å bygge bedre relasjoner (Statens beredning för medicinsk och social utvärdering [SBU], 2006). I denne oppgaven har vi valgt å ta for oss fem grunnleggende former for kommunikasjon; verbal, non-verbal, reminisens, validering og realitetsorientering. Før vi utdyper disse kommunikasjonsformene videre vil vi også nevne at andre faktorer er viktige og spiller en stor rolle innenfor kommunikasjonen. Dette er faktorer som bekreftelse, struktur, respekt, tid, omsorg og empati. Disse i tillegg til de fem kommunikasjonsformene vi har valgt å ta for oss påvirker kommunikasjonen mellom sykepleier og pasient (Eide & Eide, 2011).

### 3.3.1 Non-verbal kommunikasjon

Alt vi formidler av ansiktsuttrykk, øyekontakt, kroppsspråk, stemmens klang, berøring, stillhet, ikke-ord som for eksempel "mm" og hvordan det koordineres er non-verbal kommunikasjon, også kalt ikke-språklig kommunikasjon (Eide & Eide, 2011). I Japan er det forskere som mener vi har evnen til å frembringe 700 000 ulike kroppslige signaler, og 250 000 av disse kun i ansiktet. Dette bare ved å endre kroppsposisjon. Hos personer med en demenslidelse er kroppsposisjonen et vesentlig tema da atferdsproblemer kan øke ved funksjonstap. Denne atferdsproblematikken kan iakttas som deres form for kommunikasjon. Som sykepleier er det viktig at en møter pasientene med åpenhet, positive holdninger, respekt og ikke minst empati (Rokstad & Smebye, 2009). Travelbee (2014) skriver veldig mye om empati, og at dette er en egenskap som kreves av en sykepleier for å kunne skape en god relasjon til pasienten. Balansegangen mellom det empatiske møtet og den profesjonelle sykepleieren kan ofte være utfordrende, og dette er noe alle sykepleiere trener på hver dag i møte med pasienter (Travelbee, 2014).

### 3.3.2 Verbal kommunikasjon

En verbal form for kommunikasjon handler om en blanding av non-verbal og verbal kommunikasjon. Det handler om hva vi sier, hvordan vi formulerer det, tonefall og hvilket kroppsspråk vi anvender sammen med det verbale. Hvis kroppsspråket ikke stemmer overens med det vi sier og mener kan mottakeren oppfatte budskapet som usikkert og lite troverdig (Rokstad & Smebye, 2009). Det verbale språket vårt handler også om det skriftlige, altså det vi skriver til andre, til oss selv og ikke minst til pasientene (Travelbee, 2014).

### 3.3.3 Realitetsorientering

Vrangforestillinger og mistenksomhet er vanlig hos pasienter med en demenslidelse. Dette kan påvirke kommunikasjonen til pasienten (Rokstad & Smebye, 2009). Pasienter med en demenslidelse kan ofte ha problemer med å skille mellom fortid, fremtid og nåtid, og dette kan påvirke pasientens tilstedeværelse da pasienten ikke klarer å skille tid og situasjon (Eide & Eide, 2011). Realitetsorientering handler om å realitetsorientere pasienten ved hjelp av plakater, store, godt lesbare klokker, tydelige kalendere, navneskilt og god informasjon fra sykepleieren som deltar i pasientens rutiner i hverdagen. Denne formen for realitetsorientering kan være til stor nytte for pasientene med en demenslidelse da det skaper trygghet og en mer adekvat oppfatning av virkeligheten. Dette vil igjen påvirke trivselen i hverdagen og hjelpe pasienten til å mestre dagen bedre (Rokstad & Smebye, 2009).

### 3.3.4 Validering

Validering er en form for kommunikasjon som omhandler å lytte til pasienten, samt å ha fokus på pasientens emosjonelle side. I motsetning til realitetsorientering hvor du klarer opp i historien til pasienten skal en ved hjelp av validering lytte til pasientens historie og ikke bry seg om hva som er reelt eller sant. Sykepleieren kan bruke spørsmål som hvem, hva, hvor, hvordan og når for å vedkjenne pasientens følelser forbundet med historien. Sykepleiere som har anvendt denne metoden sier de får en større forståelse og nærhet med pasientene, da pasientene føler seg godtatt og forstått (Rokstad & Smebye, 2009).

### 3.3.5 Reminisens

Reminisens, eller minnearbeid, handler om å bruke pasientens minner og historier til å skape samtale. Dette kan foregå i grupper eller i individuell samtale mellom sykepleieren og pasienten. Minnearbeid skal foregå på en behagelig, vennlig og avslappende måte for å være mest mulig bekvem for pasienten. Dette skal hjelpe pasienter med en demenslidelse

til å føle glede, identitet og tilhørighet, og være med på å tydeliggjøre hvem pasienten er (Rokstad & Smebye, 2009). Når sykepleieren interesserer seg og deltar i pasientens minnearbeid kan dette bidra til å bedre pasientens livskvalitet (Eide & Eide, 2011). Personer som får diagnosen Alzheimers sykdom mister ofte mye av identiteten sin, og det å kunne formidle og presentere seg forsvinner ofte for pasientene. Minnearbeid er ofte med på å bygge opp igjen dette slik at individualiteten ikke skal forsvinne da pasienten blir boende på et sykehjem. Depresjon er en tilleggssykdom ved Alzheimers sykdom, og det er en økende forekomst av dette etter at pasientene flytter til sykehjem. Minnearbeid kan være en god hjelp for å unngå at en slik utvikling av en depresjon forekommer. Når vi snakker om minnearbeid kan dette være alt fra følelser til begivenheter, mat, mennesker, hobbyer, gjenstander, opplevelser og mye mer. For at minnearbeid skal fungere på en positiv måte er det viktig å fokusere på positive begivenheter, og ikke bruke traumatiske minner. Sykepleiere som har brukt minnearbeid aktivt beskriver det som svært aktuelt og givende. En forutsetning er at sykepleieren er en god lytter, ikke er dømmende og har nok informasjon om pasientens forhistorie. Familie og pårørende lager ofte album for pasienter som bor på sykehjem. Disse albumene handler om historiene og oppveksten til pasienten. Som sykepleier er det en stor fordel å sette seg inn i disse albumene slik at en kjenner pasienten på best mulig måte. Det vil også være til stor hjelp ved bruk av minnearbeid. (Rokstad & Smebye, 2009).

### 3.4 Sykepleieprosessen

Hummelvoll (2012) beskriver sykepleieprosessen som sykepleier-pasient-fellesskapet. Med dette mener han at sykepleieprosessen som omhandler forståelse og forklaring også skal bygge på et fellesskap og samarbeid mellom sykepleieren og pasienten, og at det å skape et slikt fellesskap er en av sykepleierens hovedoppgaver. Ut i fra dette samspillet vil det bli laget en pleieplan for å hjelpe pasienten på en best mulig måte. Hummelvoll legger stort fokus på fellesskapet og det å møte pasienter med likeverd for å unngå fastsatte rollefunksjoner som sykepleier og pasient. Det største virkemiddelet for å skape god relasjon mellom sykepleier og pasient er kommunikasjonen. Kommunikasjonen er en flersidig prosess som omhandler å ha evnen til å tilpasse måtene en kommuniserer på ut ifra miljø, person, situasjon og sinnsstemning. Kommunikasjon defineres også som et symbolsk samspill. Det vil si symboler som klær, kroppsholdninger og kroppsspråk, og hvordan dette sender signaler og hvordan det oppfattes av andre (Hummelvoll, 2012).

Travelbee (2014) skiller mellom et menneske-til-menneske forhold og en sykepleier-pasient-interaksjon. I et menneske-til-menneske forhold legger hun vekt på to personer som ser hverandre som enkeltindivider og kontakten mellom disse. Det bygger på erfaringer og sykepleierens måte å bruke disse erfaringene på for å ivareta behovene til den syke, og/eller familien til den syke, på en best mulig måte. Med interaksjon så menes all form for både verbal og non-verbal kommunikasjon mellom to individer, og all kontakt mellom disse to personene. I motsetning til menneske-til-menneske forholdet hvor de to personene ser hverandre som et unikt menneskelig individ, ser sykepleieren på pasienten som en pasient, ikke et individ, og den syke ser på sykepleieren som en sykepleier. De ser på hverandre som stereotyper tatt ut ifra hva de har sett eller møtt tidligere. Et hvert forhold mellom en sykepleier og en pasient starter med et sykepleier-pasient-interaksjon og vil bygge seg videre til et menneske-til-menneske forhold etter hvert som sykepleieren og pasienten lærer hverandre å kjenne. Som sykepleier har en ansvaret for å lede, planlegge og legge til rette for at interaksjonen målrettet skal bli godt utarbeidet, for å bygge videre til et menneske-til-menneske forhold og for å tilfredsstille sykepleiers mål og hensikt. Sykepleiers mål og hensikt bygger på å gi hjelp til enkeltindividene og familiene deres ved å mestre erfaringer med sykdom og lidelse, samt å finne betydningen i slike situasjoner (Travelbee, 2014).

### 3.5 Livskvalitet

I begynnelsen av 1990 året ble et av målene for sykepleierens fokus sentrert rundt pasientens livskvalitet. Begrepet livskvalitet er definert på mange ulike måter i sentrale offentlige utredninger og i pasientrettighetsloven. WHO (World Health Organization) definerer livskvalitet som en individuell og personlig vurdering ut ifra kulturelle, sosiale og miljømessige forhold. Psykologen Siri Næss m.fl. har en mer egnet definisjon for sykepleiere som omhandler indre opplevelser og omfatter en personlig individuell oppfatning av personers ulike sider ved livssituasjoner. Næss definerer også livskvalitet som opplevelseskvalitet, og med dette mener hun at livskvaliteten påvirkes av personens kognitive og affektive opplevelser ut ifra om disse er positive eller negative (Kristoffersen et al., 2012). Et annet synspunkt på livskvalitet som omhandler sykepleierens oppgave er at handlingene vi gjør skal vurderes og velges ut ifra omfanget av pasientenes opplevelse av handlingene (Elsass, Olesen & Henriksen, 1997). Når det gjelder forskning i forbindelse med livskvalitet har det lenge vært knyttet mye skepsis til dette, men i senere tid har det blitt gjort mye forskning på området. Livskvalitet blir i den forbindelse

betegnet som helsereelatert livskvalitet, og går ut på innvirkningen sykdom og behandling har på livskvaliteten til pasienten. Det har blitt utviklet flere typer spørreskjemaer for å kartlegge pasienters livskvalitet. Noen av skjemaene omhandler hvordan livskvaliteten, sykdom og behandling henger sammen, og de resterende skjemaene omhandler hvordan livskvaliteten påvirkes av selve sykdommen, som i dette tilfellet er Alzheimers sykdom (Kristoffersen et al., 2012).

### 3.6 Faglig forsvarlig sykepleie

Etikk, autonomi og empowerment er viktige begreper innenfor faglig forsvarlig sykepleie. Vi har valgt å legge fokus på disse begrepene da vi mener de er relevante for problemstillingen vår. Vi har også valgt å legge fokus på personsentrert omsorg da dette er relevant med tanke på pasienter med Alzheimers sykdom og kommunikasjonen med denne pasientgruppen.

#### 3.6.1 Etikk, autonomi og empowerment

"Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskes liv og iboende verdighet. Sykepleie skal baseres på barmhjertighet, omsorg og respekt for de grunnleggende menneskerettigheter" (Hummelvoll, 2012). Med dette mener Hummelvoll at som sykepleier vil en stå ovenfor krevende avgjørelser i behandling av pasienter med en demenslidelse. Ethiske grunnbegreper, teorier og perspektiver kan hjelpe oss i slike situasjoner til å ta valg som er egnet for pasientens beste (Hummelvoll, 2012). For å komme frem til de rette valgene og prioriteringene er det viktig med kunnskap for å vite hvorfor valgene vi velger er til det beste (Slettebø, 2009). Etikken deles i fire prinsipper hvor alle prinsippene er likeverdige. Det første prinsippet er velgjørenhet som omhandler det å gjøre godt mot andre. Det andre prinsippet omhandler det å ikke skade andre. Det tredje prinsippet er autonomi som omhandler plikten til å respektere andre sine beslutninger. Det fjerde og siste prinsippet er rettferdighet som omhandler plikten til å behandle like tilfeller likt og fordele ressurser med rettferdighet. Disse prinsippene kan brukes som en veileder om situasjonene eller tilstandene tilsier det (Brinchmann, 2012).

Eide og Eide (2011) skriver at aktivlytting vil være en hjelpende kommunikasjonsform. Ved bruk av denne kommunikasjonsformen kan sykepleieren bruke verbal kommunikasjon og non-verbal kommunikasjon som et støttende hjelpemiddel. Ved at sykepleieren bruker aktiv lytting som et hjelpemiddel kan det bidra til at pasientene åpner seg og forteller mer enn hva de ellers ville gjort. Eide og Eide (2011) belyser også at

denne kommunikasjonsformen kan brukes feil. Med dette mener de at en form for maktutøvelse, som ikke er anstendig for sykepleiere, er å bruke egne kommunikasjonsferdigheter til å klare å dekke egne behov, som igjen vil gjøre om pasienten til et objekt. Kunnskaper som sykepleieren har om aktiv lytting, samt andre kommunikasjonsformer er viktig for å skape tillit og en god relasjon mellom sykepleier og pasient. Sykepleiere må handle ut i fra pasientens helse og ikke for sin egen skyld, samt ha fokus på det å være der for pasienten og ikke omvendt (Eide & Eide, 2011). Vårt ansvar for andre sin helse er avhengig av hvordan vi handler og vi er derfor ansvarlig for våre handlinger, samt for de vurderinger vi har tatt. Som sykepleiere må vi ta ansvar for det fagmessige og etiske ansvar vi har for hver enkelt pasient, samt arbeidssted og samfunn (Hummelvoll, 2012).

Hvis en person får påvist en demenslidelse vil det automatisk være naturlig å tenke at personen vil miste innsikt i sin egen livssituasjon. Dette vil igjen påvirke personen med en demenslidelse sin autonomi, og dens rett til å vurdere, samt beslutte egne avgjørelser. Det er viktig at dette tas hensyn til og at en viser respekt for alle mennesker (Woods & Pratt, 2005). Hvis en ønsker å benytte etisk synsvinkel vil det være naturlig å se det i lyset av selvbestemmelsesrett, også kalt autonomi. Autonomi er en rett alle mennesker har til å ta egne beslutninger og valg, og ikke la andre bestemme for en (Elsass et al., 1997). Tranøy (1994) tolker autonomi som selvbestemmelsesrett og medbestemmelsesrett. Det vil si at en kan gjøre forskjellene, og til dels forholdet mellom rettighetene pasientene har og ansvaret helsepersonellet har i det som angår pasienten, mer synliggjort. En god sykepleie bygger på integritet, samt verdighet som igjen er viktige verdier som gjenspeiles i autonomi. Som sykepleier vil en møte mennesker som ikke har evne og/eller krefter til å utøve retten på autonomi. Dette kan komme av intellektuelle, psykiske eller fysiske hindre som gjør at retten må sikres av andre slik at integriteten og verdigheten til en hver pasient blir opprettholdt (Hummelvoll, 2012). Brinchmann (2012) skriver at retten en hver pasient har til medvirkning og informasjon likeså er nedfelt i lovs form. For at pasientene skal klare å ta selvstendige valg for seg selv vil forutsetningen være at pasienten har fått tilstrekkelig god og objektiv informasjon. Ved å gjennomføre en samtale med pasienten vil sykepleier ha mulighet til å danne seg et bilde om pasienten er i stand til å være autonom. Likeså at pasienten har forstått den gitte informasjon riktig for å kunne ta et riktig valg (Brinchmann, 2012). Når det er snakk om empowerment vil det si å la pasienter beholde så mye makt og kontroll over sitt eget liv som mulig. Dette kommer til uttrykk



ved praktisk kommunikasjon og ved å involvere enhver pasient i egne beslutninger. Videre så er empowerment begrunnet i etiske verdier som respekt, autonomi, likeverd, samt hensynet til hva som er best for pasientene (Eide & Eide, 2011).

### 3.6.2 Personsentrert omsorg

Kitwood (2013) utviklet en demensteori om personsentrert omsorg og ønsket han hadde var å endre demensomsorgen (Kitwood, 2013). Med dette ønsket han å endre synet på sykdommen og heller fokusere på den enkelte opplevelse. Kitwood (2013) skjuler ikke de endringene som skjer i hjernen til pasientene som er rammet av demens, men ser på faktorer som kan påvirke hjernen, blant annet personlighet, sosialpsykologi, helse, samt livshistorie. Når en blir rammet av en demenslidelse vil ulike funksjoner gå tapt, som en følge av nevrologiske endringer og som igjen kan føre til forskjellige følelser hos pasientene, da alt fra sinne til glede, til forvirring og frykt. Han sier at det trengs personsentrert omsorg for å klare å takle alle disse følelsene som kan oppstå. Han bruker begrepet «personhood», det «å være en person», i sin nyskapende tenkning i synet på demens. Begreper omhandler det at mennesker på tross av demenslidelsen klarer å anerkjenne, respektere, likeså det å ha tillitt og evnen til å skape relasjoner med andre mennesker (Kitwood, 2013). Personsentrert omsorg omhandler det å se hele pasienten, også pasienten som er bak diagnosen, og de ressursene hvert individ har. Dette fordi da kan vi som sykepleiere legge til rette for at hver enkelt pasient kan bruke de ressursene en har på en best mulig måte. Likeså er det viktig å se pasientene sine personlige ønsker og behov. Det å kunne kjenne til pasientens livshistorie er et bra utgangspunkt for å lære om de verdier og normer pasientene har (Rokstad & Smebye, 2009).

### 3.7 Lovverk og retningslinjer

På Norsk Sykepleierforbund sine sider ligger Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. I disse retningslinjene legges det frem sykepleierens etiske plikter når det kommer til profesjonen, pasienten, pårørende, medarbeidere, arbeidsstedet og samfunnet. Det kommer frem at sykepleie handler om det å respektere og anerkjenne pasienten. Et viktig mål for helsehjelpen er pasientsikkerhet og høy kvalitet. For å få til en faglig forsvarlig sykepleie må dette være gjort for å unngå uforsvarlig helsehjelp, samt eventuelle lovbrudd (Norsk Sykepleierforbund, 2014).

### 3.7.1 Helsepersonelloven

Vi har valgt å benytte oss av lov om helsepersonell (2015) på Helsepersonellovens nettsider, fordi Helsepersonellovens nettsider blir jevnlig oppdatert. Helsepersonelloven har som formål å bidra til sikkerhet for pasienter og kvalitet i helse- og omsorgstjenesten for pasienter, samt tillitt til helsepersonell og helse- og omsorgstjenesten. Loven gjelder for helsepersonell og virksomheter som yter helsehjelp i riket. Det som menes med helsehjelp er at enhver handling som gjøres av helsepersonell som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsgivende formål. Som helsepersonell skal en alltid innrette seg etter egne faglige kvalifikasjoner. Det er likeså viktig å skaffe bistand eller henvise pasienter videre om dette er nødvendig og mulig. En individuell plan og tilretteleggelse for hver enkelt pasient er sykepleieren pliktig til å anvende, da pasienten har krav på dette ifølge pasient- og brukerrettighetsloven (Helsepersonelloven, 2015).

### 3.7.2 Loven om psykisk helsevern

En psykisk lidelse betegnes som en sykdom som rammer hjernen, og demens er et eksempel på en slik psykisk lidelse. Den vanligste formen for demens er Alzheimers sykdom, og det er denne vi har valgt i oppgaven vår (Hummelvoll, 2012).

Pasientrettighetsloven, spesialhelsetjenesteloven, psykisk helsevernlov og lovens forskrifter regulerer det psykiske helsevernet i Norge. Disse lovene er vedtatt for å ivareta den pleien og omsorgen pasienter med psykiske lidelser har behov for, og krav på. Samtidig som det ivaretar de internasjonale menneskerettighetene til disse pasientene (Helsedirektoratet, 2016). Pasienter innen psykisk helse som har behov for en utstrakt pleie og/eller koordinerte tjenester har krav på tilrettelegging gjennom en individuell plan. Dette er et eksempel på en av lovene som psykisk helsevernloven inneholder (Hummelvoll, 2012).

### 3.7.3 Yrkesetiske retningslinje for sykepleie

Vi har valgt å benytte oss av ICNs etiske regler for yrkesetiske retningslinjer på Norsk Sykepleierforbunds nettsider, fordi pensumboken vi har som inneholder de yrkesetiske retningslinjene ikke er oppdatert etter siste revidering. I retningslinjene er det beskrevet profesjonsetikk og de forpliktelser en må gjøre for å utøve en god sykepleiepraksis. Sykepleierens grunnleggende plikt er å fremme en god helse, hindre sykdom, lindre lidelse og sikre en verdig død. Som sykepleier har en ansvar for alle mennesker fra livets start til livets slutt i alle fasene gjennom livet. En skal ha respekt for alle mennesker, samt

verdigheten til hvert enkelt menneske. En god sykepleie skal bygge på godhet, omsorg og respekt for de rettighetene alle mennesker har, samt være kunnskapsbasert. Sykepleierens yrkesetiske ansvar grunner mot det faglige og det juridiske. Som sykepleier kan en stå ovenfor en handling som kan være både faglig forsvarlig og juridisk tillatt, men som er etisk uakseptabel. De yrkesetiske retningslinjene sier ikke noe om hva som er faglig forsvarlig sykepleie eller lovbestemmelser som regulerer yrkesutøvelsen. Ei gir de yrkesetiske retningslinjene noe konkret løsning på etiske dilemmaer, men melder retningen ved beslutninger som er vanskelig å fatte. De yrkesetiske retningslinjene skal vise samfunnsutviklingen, samt problemstillinger en som sykepleier kan stå ovenfor (Norsk sykepleierforbund [NSF], 2011).

## 4. Drøfting

I dette kapittelet vil vi drøfte oppgaven vår med utgangspunkt i vår problemstilling som er som følgende: Hvordan kan kommunikasjon bedre livskvaliteten til en pasient med en demenslidelse som bor på sykehjem? Vi vil ta utgangspunkt i caset vi har anvendt som omhandler pasienten Lilly, og hvordan kommunikasjon mellom Lilly og oss som sykepleiere kan bedre hennes livskvaliteten i hverdagen. Eide og Eide (2011) mener at hos pasienter med diagnosen Alzheimers sykdom, slik som Lilly er diagnosert, kan det oppstå utfordringer i forbindelse med bruk av ulike kommunikasjonsmetoder, pasientens autonomi og relasjonsbygging mellom Lilly og oss som sykepleiere. Dette vil vi nå drøfte videre.

### 4.1 Sykepleie til Lilly

Tretteteig og Thorsen (2011) og Keady og Jones (2010) mener at en individuell tilpasset plan er med på å fremme god livskvalitet hos Lilly. De skriver likeså at en individuell tilpasset plan vil hjelpe oss som sykepleiere i å tilpasse pleien Lilly har behov for i sin hverdag.

Både i Helsepersonelloven (2015) og loven om psykisk helsevern (2016) står det nedskrevet at pasienter har krav på tilrettelegging gjennom en individuell tiltaksplan. Hummelvoll (2012) legger likeså vekt på den individuelle tiltaksplanen for å hjelpe Lilly på en best mulig måte for å sikre hennes integritet og verdighet gjennom tilrettelegging i hverdagen. Vi ser at Lilly kan ha et godt utbytte av en individuell tiltaksplan, og vi mener at dette vil gi henne en bedre oppfølging i hverdagen som igjen forhåpentligvis vil føre til en bedre livskvalitet for henne. Den individuelle tiltaksplanen er med på å fremme Lillys rett til respekt og rett til anerkjennelse gjennom Norsk lov, og vi har erfart at dette er overførbart på Lillys helse. Travelbee (2014) støtter likeså den individuelle tiltaksplanen og hun mener at virkningen av den er effektiv i forhold sykdomsbildet. Fossum (2007) mener at for den individuelle tiltaksplanen kreves god kommunikasjon mellom Lilly og oss som sykepleiere. Det er derfor en stor fordel at en primærsykepleier har hovedansvaret for den individuelle tiltaksplanen, slik at den blir fulgt, samt revidert ved behov (Kristoffersen et al. 2012). Lilly har i den siste tiden blitt mer passiv og trukket seg mer tilbake i sosiale sammenkomster. Dette har vi som sykepleierne bemerket oss da vi vet at Lilly i sitt tidligere liv har vært en veldig sosial dame, og hatt stor glede av å delta i sosiale sammenkomster. Vi har erfart at kontinuerlig dokumentasjon om Lillys helsetilstand er

viktig for at primærpsykepleien skal kunne revidere hennes tiltaksplan ved behov. Før Lilly fikk en primærpsykepleier bemerket vi oss at tiltaksplanen kunne ha noe utdaterte punkter som igjen førte til at Lilly fikk noe ulik behandling, som videre førte til en forvirring hos henne og en forverring i helsetilstanden hennes.

Etter samtalen vi hadde med Lilly kom det frem at hun har fått noe utfordringer med å skille mellom fortid, fremtid og nåtid og dette er noe som bør følges opp, dokumenteres og fremheves i den individuelle tiltaksplanen. Eide og Eide (2011) mener at god kommunikasjon er en viktig faktor for å samle relevant data som kan benyttes i en tiltaksplan for Lilly. Eide og Eide (2011) mener liksom at Lilly selv bør få være delaktig i utarbeidelsen av den individuelle tiltaksplanen. Vi har erfart at det er lettere for Lilly å gjennomføre og opprettholde målene sine fra den individuelle tiltaksplanen når hun selv har fått være delaktig og delta på målsettingen. Dette fordi hun anser den individuelle tiltaksplanen som mer relevant og kjenner et større eierskap til den individuelle tiltaksplanen etter å selv vært delaktig under utarbeides av den.

Brinchmann (2012) deler etikken i fire ulike prinsipper som alle omhandler veiledning i det å handle i ulike situasjoner hvor en står ovenfor valg hvor det kan være utfordrende å vite hva som er rett for Lilly som person. Brinchmann (2012) legger vekt på viktigheten av Lillys rett til autonomi og viktigheten av å opprettholde hennes selvbestemmelsesrett. Elsass et al. (1997) mener at etikkprinsippene bør følges slik at vi kan handle på riktig måte ut ifra Lillys opplevelse av handlingene våre som sykepleiere. Hummelvoll (2012) mener også at etiske grunnbegreper, teorier og perspektiver bør ligge til grunne når vi skal hjelpe Lilly på en mest mulig verdig måte. I Lillys tilfelle er dette noe vi mener bør følges opp og videre vurderes slik at Lilly får beholde sin autonomi så lenge som mulig, og retten til å kunne ta selvstendige valg. Vi har erfart at Lilly ofte har klare og tydelige meninger og behov, og vi mener at vi som sykepleiere må tolke og ivareta hennes integritet ved hjelp av ulike kommunikasjonsmetoder. Dette har vi sett ved at Lilly ofte har klare og tydelige meninger om hva hun ønsker å spise, hva hun vil ha på seg av tøy og hva hun ønsker å engasjere seg i av ulike sosiale arrangementer.

I følge Mjørud et al. (2011) kommer det frem at viktigheten av kjennskap til Lillys livshistorie er vesentlig for å kunne se forandringer i tilstedeværelsen hennes, og da kunne bemerke seg at hun har blitt mer passiv i hverdagen. Vi som kjenner Lilly legger merke til endringer i hennes væremåte, og vi har erfart at dette er viktig å ta tak i. Travelbee (2014) mener at vi som sykepleiere har ansvar for å lede, planlegge og legge til rette for Lilly ved

hjelp av en individuell tiltaksplan. Travelbee (2014) mener at for å kunne gjennomføre dette er det viktig med en god relasjon mellom Lilly og oss. Kitwood (2013) skriver om graden av betydning relasjonen har og hvor viktig denne relasjonen er for Lilly, og vårt ansvar for å skape denne relasjonen til Lilly. Kitwood (2013) mener det er viktig å se hele pasienten, likeså pasienten som er bak diagnosen slik at vi som sykepleiere kan legge til rette basert på pasientens personlige ønsker og behov, som i dette tilfellet blir Lillys ønsker og behov.

Norsk sykepleierforbund (2011) skriver i sine yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere om viktigheten av en god sykepleiepraksis, og viktigheten av respekten for hvert individ. Kirchhoff et al. (2014) skriver om viktigheten av å kjenne Lilly, samt forståelse og oppmerksomheten rettet mot sammenhenger mellom en demenslidelse og tilleggs sykdommene som kan forekomme.

Kitwood (2013) mener at når en blir rammet av Alzheimers sykdom, slik som Lilly er diagnosert, så er det viktig for Lilly å ha gode relasjoner til oss som sykepleiere da vi har ansvaret for pleien til Lilly. Han mener at kommunikasjonsferdighetene til Lilly kan bli svekket underveis i sykdomsforløpet og dette vil igjen påvirke relasjonsbyggingen til oss. Vi har erfart at god tid sammen med Lilly er avgjørende for å skape en god relasjon som vi kan bygge videre på igjennom sykdomsforløpet hennes. Vi har erfart at tid også er avgjørende for oss som sykepleiere når vi skal tilegne oss kjennskap til Lillys livshistorie som vi kan anvende ved relasjonsbygging.

Rokstad og Smebye (2009) mener at kjennskap til Lillys livshistorie er en viktig faktor for å skape gode relasjoner mellom henne og oss som sykepleiere. De mener likeså at gode relasjoner skapes gjennom god kommunikasjon. Gjennom livshistorien vil vi få kjennskap til verdiene og normene som Lilly har, samt hennes personlige ønsker og behov. Rokstad & Smebye (2009) mener at for Lilly som har diagnosen Alzheimers sykdom vil dette være til god hjelp med tanke på at evnen til kommunikasjon kan bli svekket, samtidig som hukommelsen kan bli dårligere i løpet av sykdomsforløpet. Vi har erfart at for oss som sykepleiere vil det derfor være viktig å ha kjennskap til Lillys livshistorie slik at vi kan ta vare på de sett med verdier som Lilly har, og at det likeså vil være viktig å respektere Lillys identitet til enhver tid i sykdomsforløpet. Vi ønsker å legge til rette for at Lilly skal kunne være så selvstendig så lenge som mulig, og vi har deretter erfart at det blir viktig å støtte Lilly for at hun på egenhånd skal klare å mestre hverdagen på en best mulig måte. Vi ser at dette har vært til stor nytte for både Lilly og oss som sykepleiere, da vi, på

bakgrunn av kjennskap til livshistorien hennes, har klart å legge til rette for at Lilly skal kunne være så selvstendig som mulig.

Kirchhoff et al. (2014) skriver om betydningen av gode relasjoner mellom Lilly og oss som sykepleiere, og hvor avhengig Lilly er av en slik relasjon for å kunne føle tilfredshet. Kirchhoff et al. (2014) legger også vekt på at det er vårt ansvar å skape gode relasjoner til Lilly. Travelbee (2014) mener også at det er vårt ansvar å skape gode relasjoner til Lilly, og at empati er en viktig egenskap fra vår side for å kunne oppnå dette. Vi har sett at vår empati har vært til stor nytte for Lilly da dette har hjulpet henne med å åpne seg og bli trygg på oss som sykepleiere. Empatien fra vår side har også bidratt til at Lilly har deltatt på forskjellige sosiale sammenkomster den senere tid og vi har også bemerket oss at hun har følt seg tryggere i omgivelsene sine. Moss (2005) skriver om at kjennskap til Lillys livshistorie er ekstremt viktig og at dette kan bidra til at Lilly etter hvert vil vise et større engasjement og deltagelse i samtale med de andre beboerne. Vi har i ettertid observert at Lilly har blitt mer delaktig, og engasjert seg mer i samtale med den andre beboerne og oss som sykepleiere. Tretteteig og Thorsen (2011) skriver om vårt ansvar om å ha kjennskap og kunnskap om Lillys historie, og at det er viktig å anvende denne informasjonen for å gi personsentrert pleie, og for å skape god livskvalitet for Lilly.

Rokstad og Smebye (2009) mener at et album som inneholder historier og bilder fra Lillys tidligere liv vil være til stor nytte for oss når vi skal bli bedre kjent med Lilly. Vi har observert at sykepleiere som ikke kjenner Lilly så godt fra før av har hatt stort utbytte av å kikke igjennom dette albumet før de kommuniserer og tar kontakt med Lilly. Vi har også observert at Lilly responderer bedre til de sykepleierne som viser at de har kjennskap til livshistorien hennes. Vi har erfart og sett at Lilly opplever dette som anerkjennelse, samtidig som dette er til stor hjelp for oss som sykepleiere for å skape en god relasjon til Lilly og får å gi henne god og tilrettelagt pleie.

Travelbee (2014) mener at forholdet mellom Lilly og oss starter med en sykepleier-pasient-interaksjon. Med dette så mener Travelbee (2009) at forholdet bygger på stereotyper ut ifra hva vi har erfart tidligere. Etter hvert som vi lærer Lilly å kjenne bedre vil sykepleier-pasient-interaksjonen gå over til et menneske-til-menneske forhold som bygger på erfaringer og bekjenskaper mellom Lilly og oss. Ved et menneske-til-menneske forhold vil også våre mål og hensikter bli tilfredsstilt. Hummelvoll (2012) beskriver forholdet mellom Lilly og oss som et sykepleier-pasient-fellesskap, og Hummelvoll (2012) mener at dette er nødvendig for å skape en god relasjon og et godt

samarbeid som vil bidra til bedre livskvalitet for Lilly. Likeså mener Hummelvoll (2012) at det å skape et slikt fellesskap er en av våre hovedoppgaver som sykepleiere.

#### 4.2 Kommunikasjonen med Lilly

Ved hjelp av validering som omhandler å lytte til Lilly har vi bemerket oss at Lilly i den siste tiden har hatt noe utfordringer med å følge med på kalenderen og klokken (Rokstad & Smebye, 2009). Dette er ifølge Eide & Eide (2011) vanlig hos pasienter som Lilly med diagnosen Alzheimers sykdom. Mjørud et al. (2011) skriver også om hvordan disse utfordringene kan påvirke livskvaliteten til Lilly. Rokstad og Smebye (2009) skriver om at blant annet en løsning kan være bruk av realitetsorientering ved hjelp av store og godt lesbare klokker, samt tydelige kalendere Lilly kan benytte seg av i hverdagen. Som sykepleiere har vi ansvar for å informere og orientere Lilly, og dette blir viktig sammen med realitetsorienteringen.

Tretteteig og Thorsen (2011) støtter likeså denne løsningen med sin forskning. I sin forskningsartikkel skriver de om vårt ansvar som sykepleiere til å informere Lilly, samt å gi henne god omsorg i hverdagen. Hummelvoll (2012) mener at det viktigste virkemiddelet for å skape en god relasjon mellom Lilly og oss vil være bruk av god kommunikasjon. Rokstad og Smebye (2009) mener at det med utvikling av en demenslidelse også blir en forandring i kommunikasjonsferdighetene hos Lilly. Vi har observert at Lilly har trukket seg tilbake fra sosiale sammenkomster og at hun deltar mindre i fellesskapet. Rokstad og Smebye (2009) mener at dette er helt vanlig å se ved tap av kommunikasjonsferdigheter hos pasienter med en demenslidelse.

Mjørud et al. (2011) skriver om viktigheten fra vår side om å ha kunnskap og oppmerksomhet rettet mot disse symptomene som henger sammen med demenslidelsen. Mjørud et al. (2011) skriver videre om hvordan disse symptomene påvirker livskvalitet, og dette har vi observert hos Lilly, da tap av kommunikasjonsferdigheter har ført til at hun har trukket seg noe tilbake. Ut ifra det vi har observert har tydelige kalendere og godt lesbare klokker vist seg å være til stor nytte for Lilly, og hun har dermed blitt mer delaktig i sosiale sammenkomster da hun har følt seg tryggere på seg selv og andre.

Travelbee (2014) mener at kommunikasjonsferdigheter hos oss som sykepleiere er vesentlig for å gi tilrettelagt og god pleie til Lilly. Lillys situasjon krever at vi tilrettelegger for henne, observerer og tolker hennes individuelle situasjon, og forstår,



samt kan vurdere kommunikasjonen mellom Lilly og oss. Dette mener Travelbee (2014) er viktig at vi kan gjennomføre, slik at Lilly får en så god og tilrettelagt pleie som mulig.

Utenom de fem grunnleggende formene for kommunikasjon vi har tatt for oss i denne oppgaven skriver Eide og Eide (2011) om andre faktorer som kan påvirke kommunikasjonen mellom Lilly og oss. Vi har observert at bekreftelse og tid er viktig for Lilly, da hun ofte kan trenge tid på seg for å huske hva slags dag og dato det er, og hva klokken er. Hun har også et behov for en bekreftelse fra vår side, da hun ofte kan være usikker på om det hun sier faktisk er rett. Respekt, empati, omsorg og struktur er også viktig for Lilly og Eide og Eide (2011) mener at alle disse punktene er med på å påvirke kommunikasjonen mellom Lilly og oss. Travelbee (2014) nevner også empati og viktigheten av empati for å skape gode relasjoner. Disse punktene kan minne mye om non-verbal kommunikasjon. Jensen og Hals (2013) skriver om non-verbal kommunikasjon og hvordan kroppsspråket vårt påvirker samtalene vi har med Lilly. De skriver om viktigheten av å ta seg tid med Lilly, sette seg ned på hennes nivå og gi Lilly en bekreftelse slik at hun ikke skal føle på den usikkerheten hun gjør rundt dato og tid.

Bucks og Radford (2004) mener at pasienter med Alzheimers sykdom, slik som Lilly, forstår mer av den non-verbale kommunikasjonen enn hva vi før har antatt. Bucks og Radford (2004) mener at selv om Lilly ikke alltid responderer, så forstår hun kroppsspråket vårt, og hun blir påvirket av dette i forskjellig grad. Ut ifra dette har vi observert at Lillys usikkerhet ofte blir noe større når vi ser på henne og lurert på hvorfor hun har blitt tilbaketrukket. Hummelvoll (2012) mener at i tillegg til det non-verbale språket blir Lilly påvirket av symboler som klær, kroppsholdninger, miljø, personer, situasjoner og hvordan signalene fra oss som sykepleiere og de andre beboerne sendes til Lilly. Likeså mener Hummelvoll (2012) at Lillys oppfatning av disse symbolene er vesentlig for kommunikasjonen.

Travelbee (2014) mener at den verbale kommunikasjonen alltid ligger til grunne mellom Lilly og oss. Rokstad og Smebye (2009) mener at det finnes tre former for kommunikasjon som vi mener kan fungere i Lillys tilfelle. Rokstad og Smebye (2009) skriver om realitetsorientering og hvordan godt lesbare klokker og tydelige kalendere kan hjelpe Lilly til å opprettholde og ivareta de funksjonene hun har.

Lilly hadde tidligere en stor omsorg for barna sine, mannen og hjemmet, og hun var veldig opptatt av å oppvarte og ta vare på dem. I senere tid har vi observert at Lilly uttrykker

denne omsorgen for de andre beboerne, og hun behandler dem som om de var barna hennes. Dette på tross av at hun nå bor på sykehjem, og barna hennes er godt voksne.

Vi som sykepleiere har erfart at realitetsorientering som kommunikasjonsmetode har fungert godt når det gjelder omsorgen for barna. Vi har realitetsorientert henne med at barna er godt voksne, og at de er i stand til å ta vare på seg selv nå. Når det kommer til omsorgen for mannen hennes har vi prøvd med realitetsorientering som kommunikasjonsmetode, men vi har erfart at dette har ført til større forvirring for Lilly. Som sykepleiere måtte vi derfor anvende en annen kommunikasjonsmetode og vi erfarte at validering var den mest effektive metoden som fungerte best for Lilly.

Rokstad og Smebye (2009) mener at ved hjelp av denne metoden får vi som sykepleiere en større forståelse og nærhet til Lilly, og Lilly følte seg godtatt og forstått. Rokstad og Smebye (2009) mener også at reminisens kan bidra til å bedre livskvaliteten for Lilly. Rokstad og Smebye (2009) mener da at vi er avhengig å ha egenskaper som å være en god lytter, ikke være dømmende og ha god kunnskap om historier fra Lillys fortid. Vi har observert at Lilly trives veldig godt de gangene vi setter oss ned og mimrer med Lilly om hennes forhistorie som medarbeider i skobutikk og familielivet. Rokstad og Smebye (2009) mener at bruk av Lillys album med minner vil øke livskvaliteten hennes. Vi ser at Lilly blomstrer opp når vi tar frem albumet med tekst og bilder fra hennes tidligere liv, og at hun uoppfordret gjengir mange av historiene fra sine yngre dager. Vi har selv bemerket oss at albumet fører til en større livsglede og øker livskvaliteten til Lilly da hun lettere klarer å holde fast på familien, venner og deler fra livet hun ikke lenger husker så godt, men som hun minnes ved å kikke i albumet. Likeså er albumet viktig for Lilly sin identitet og vi som sykepleiere har opplevd at Lilly bruker dette som et hjelpemiddel for å huske de gangene hun merker at hukommelsen glipper.

#### 4.3 Livskvaliteten til Lilly

Tretteteig og Thorsen (2011) mener at Lilly bør aktiviseres for å bedre livskvaliteten. I det siste har vi observert at Lilly ønsker dette selv da hun har gitt uttrykk for at hun har følt seg passiv. Tretteteig og Thorsen (2011) mener at tilretteleggelse for Lilly, samt kunnskap og kjennskap til hennes historie er viktige faktorer når vi skal aktivisere henne. Eide og Eide (2011) mener at vi som sykepleiere bør handle ut i fra Lillys ønsker og hennes helsetilstand, og ikke ut i fra våre egne behov som sykepleiere. De legger vekt på viktigheten av at Lilly får beholde så mye makt og kontroll over sin egen hverdag og at

hun får delta i beslutninger som omhandler hennes hverdag. Hummelvoll (2012) mener likeså at det er vesentlig at vi som sykepleiere må handle ut i fra Lillys ønsker og helsetilstand. Brinchmann (2012) mener at empowerment er vesentlig for å la Lilly få en tilrettelagt hverdag, slik at hun får ivaretatt sine ønsker og behov. Likeså mener Brinchmann (2012) at involvering fra Lillys side er viktig for å skape denne tilrettelagte hverdagen, slik at hun får det mest mulig tilrettelagt. Tranøy (1994) mener at medbestemmelsesrett og selvbestemmelsesrett er med på å utgjøre forskjellene og til dels forholdene mellom Lilly og oss som sykepleiere.

Vi har observert at Lilly setter pris på å aktivt få delta i beslutninger som omhandler hennes hverdag og vi ser at hun selv tar initiativ for å delta og være aktiv. Som sykepleiere mener vi at Lilly bør få delta i egne beslutninger og være aktiv så langt det lar seg gjøre når det kommer til hennes sykdomsprosess, og så lenge det gagnar hennes helse best.

Travelbee (2014) mener at kommunikasjon er en grunnleggende faktor for at vi som sykepleiere skal kunne observere, tolke og forstå Lillys evne til å delta i beslutningene. Hun legger også vekt på sin definisjon av menneske-til-menneske forholdet, og hvordan forholdet mellom Lilly og oss bygger på god kommunikasjon som igjen skaper gode relasjoner. Travelbee (2014) mener at menneske-til-menneske forholdet bygger på erfaringer, og kjennskap til Lillys livshistorie er med på å skape disse erfaringene som igjen bidrar til ivaretagelse av behovene som Lilly har.

Kitwood (2013) mener at Lilly klarer å anerkjenne og respektere oss som sykepleiere, samtidig som hun klarer å opprette tillitt og skape relasjoner til tross for at hun har diagnosen Alzheimers sykdom. Han har fokus på at god kommunikasjon må ligge til grunne for at Lilly skal mestre dette.

Vi har observert at Lilly har et stort behov for å gjenkjenne oss som sykepleiere, samt at hun har behov for relasjoner til oss. Travelbee (2014) mener at relasjonen bygger på omsorg og interesse for Lilly, og at vi som sykepleiere er avhengige av disse egenskapene for å tilfredsstille disse behovene som Lilly trenger.

Lilly har tidligere jobbet i en skobutikk og har i senere tid gitt uttrykk for at hun igjen ønsker å besøke en skobutikk for å mimre hennes tid som sko medarbeider. Woods et al. (2012) mener at kognitiv stimulering, slik som å besøke en skobutikk, kan stimulere den kognitive funksjonen hos Lilly. De mener at dette igjen vil påvirke og opprettholde Lillys

evne til å delta i beslutninger, samt hennes kommunikasjonsferdigheter. Kirchhoff et al. (2014) mener at personlige relasjoner er viktige for Lilly og at det er vår oppgave som sykepleiere å skape disse relasjonene. De legger også vekt på viktigheten av aktivitetstilbud og hvorvidt Lilly er avhengig av aktiviseringen for å kunne skape, samt føle relasjon til oss.

## 5. Konklusjon

Vi har gjennom denne oppgaven prøvd å finne ut hvordan vi som sykepleiere kan øke livskvaliteten til pasienten Lilly. Dette ved hjelp av relevant teori, relevant forskning og våre erfaringer som sykepleiere. I gjennom drøfting har vi kommet frem til en konklusjon vi mener kan fungere for Lilly, og som et svar på vår problemstilling.

Vår konklusjon bygger på Travelbees sykepleieteori, relevant teori, relevant forskning og egne erfaringer. Dette har hjulpet oss til å besvare oppgavens problemstilling, men dette alene er ikke nok data for å komme med et entydig svar.

Vi har erfart at god kjennskap til Lilly som person og hennes livshistorie, samt tett oppfølging med fokus på kommunikasjon har vist seg å bidra til en bedre livskvalitet for Lilly. Gjennom oppgaven har vi belyst mulige fordeler med å bygge en god relasjon mellom Lilly og oss som sykepleiere, for å videre kunne gi en mest mulig tilrettelagt pleie. Tidsbruken med Lilly er en vesentlig faktor for å skape gode relasjoner mellom oss og henne. På bakgrunn av bekjentskap til Lillys livshistorie har vi lettere kunnet oppdage forandringer i hennes adferd. Ved hjelp av ulike kommunikasjonsmetoder har vi erfart og kommet frem til løsninger som er i tråd med Lillys individuelle ønsker og behov, som har ført til bedre livskvalitet hos Lilly.

Vi har erfart at jevnlig bruk av Lillys album med hennes minner har fungert godt for oss som sykepleiere for å skape gode relasjoner til henne. Empati har vist seg å være viktig fra vår side som sykepleiere.

Ved hjelp av relasjonsbygging og ulike kommunikasjonsmetoder har vi erfart og observert en bedre livskvalitet hos Lilly, og vi tror tid er en viktig faktor for å kunne gjennomføre dette. Vi tenker at de løsningene som har fungert for Lilly kan være overførbare til andre pasienter med en demenslidelse, men det bør forskes mer på dette området.

## 6. Litteraturliste

- \* Aubert, W. (1985). *Det skjulte samfunn*. Oslo: Universitetsforlaget. (5. sider)
- \* Berentsen, V. D. (2008). *Demensboka - lærebok for pleie- og omsorgspersonell*. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse. (3. sider)
- Brinchmann, B.S. (2012). *Etikk i sykepleien*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- \* Bucks, R. S. & Radford, S. A. (2004). *Emotion processing in Alzheimer's disease*. Lokalisert på:  
<http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.hihm.no/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=27cfd569-dc3a-496c-8a46-7b3c8010dd00%40sessionmgr4005&vid=48&hid=4107>  
(12. sider)
- Dalland, O. (2013). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal akademiske.
- Eide, H. & Eide, T. (2011). *Kommunikasjon i relasjoner*. Oslo: Gyldendal akademiske.
- \* Elsass, P., Olesen, F. & Henriksen, S. (1997). *Kommunikation og forståelse*. Danmark: Philosophia. (20. sider)
- \* Fossum, B. (2007). *Kommunikation samtale och benmötande i vården*. Lund: Studentlitteratur. (4. sider)
- \* Helsedirektoratet (2016). *Psykisk helsevernloven*. Lokalisert på:  
<https://helsedirektoratet.no/lover/psykisk-helsevernloven>  
(22. sider)
- \* Helsepersonelloven (2015). *Lov om helsepersonell*. Lokalisert på:  
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>  
(24. sider)
- \* Jensen, B. & Hals, J. (2013). *Legen skal sitte, ikke stå!*. Lokalisert på:  
<http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/no/I+trygge+hender/Nyheter/legen-skal-sitte-ikke-sta>  
(6. sider)
- \* Keady, J. & Jones., L. (2010). *Investigating the causes of behaviours that challenge in people with dementia*. Lokalisert på:  
<http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.hihm.no/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=bf1a30a7-d782-4878-b511-324ab5958708%40sessionmgr4005&vid=7&hid=4107>  
(6. sider)
- \* Kirchhoff, J. W., Gjellebæk, C. & Tangen, M. (2014). *Personlige relasjoner har betydning for pasienters tilfredshet på sykehjem*. Lokalisert på:  
<https://sykepleien.no/forskning/2014/10/personlige-relasjoner-har-betydning-pasienters-tilfredshet-pa-sykehjem>  
(8. sider)

Kirkevold, M., Bordtkorb, K. & Ranhoff, A. H. (2010). *Geriatrisk sykepleie*. Oslo: Gyldendal akademiske.

\* Kitwood, T. (2013). *En revurdering af demens*. Danmark: Munksgaard. (25. sider)

Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. & Skaug, E. (2012). *Grunnleggende sykepleie: bind 1*. Oslo: Gyldendal akademiske.

\* Kunnskapsbasert praksis (2012). *PICO*. Lokalisert på:  
<http://kunnskapsbasertpraksis.no/sporsmalsformulering/pico/>  
(1. side)

\* Kunnskapsbasert praksis (2012). *Sjekklist*. Lokalisert på:  
<http://kunnskapsbasertpraksis.no/kritisk-vurdering/sjekklist/>  
(1. side)

\* Mjørud, M., Ytrehus, S. & Engedal, K. (2011). *Livskvalitet, depressive symptomer og funksjonssvikt hos personer med demens*. Lokalisert på:  
<https://sykepleien.no/forskning/2011/05/livskvalitet-depressive-symptomer-og-funksjonssvikt-hos-personer-med-demens>  
(9. sider)

\* Moos, I. (2005). *Livshistoriens form og betydning i demensplejen*. Lokalisert på:  
[http://www.idunn.no/klinisk\\_sygepleje/2005/03/livshistoriens\\_form\\_og\\_betydning\\_i\\_demensplejen](http://www.idunn.no/klinisk_sygepleje/2005/03/livshistoriens_form_og_betydning_i_demensplejen)  
(7. sider)

\* Nasjonalforeningen for folkehelse (2015). *Nasjonalforeningen for folkehelsens prinsippprogram på demensområdet*. Lokalisert på: <http://nasjonalforeningen.no/om-oss/vi-mener/prinsippprogrammer/prinsippprogram-demens/>  
(5. sider)

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

\* Norsk sykepleierforbund (2014). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Lokalisert på: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>  
(1. side)

\* Powell, J. A., Hale, M. & Bayer, A. (1995). *International Journal of Language & Communication Disorders*. London: Hawker Publications. (3. sider)

Rokstad, A. M. M. & Smebye, K. L. (2009). *Personer med demens: møte og samhandling*. Oslo: Akribe AS.

Slettebø, Å. (2009). *Sykepleie og etikk*. Oslo: Gyldendal akademiske.

- \* Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, 2006. *Demens - se människan bakom sjukdomen*. Lokalisert på:  
<http://www.sbu.se/sv/publikationer/vetenskap--praxis/vetenskap-och-praxis/demens---se-manniskan-bakom-sjukdomen/>  
(4. sider)
- \* Tambs, K., Strand, B. & Skirbekk, V. (2015). *Demens - folkehelse rapporten 2014*. Lokalisert på:  
<http://www.fhi.no/artikler/?id=110544>  
(10. sider)
- \* Travelbee, J. (2014). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademiske. (120 sider)
- \* Tretteteig, S. & Thorsen, K. (2011). *Livskvalitet for personer med demenssykdom - sett i et livsløpsperspektiv - En narrativ til naerming basert på pårørendes fortellinger*. Lokalisert på:  
<http://septentrio.uit.no/index.php/helseforsk/article/view/2226/2072>  
(23. sider)
- \* Woods, B., Aguirre, E., Spector, A. & Orrell, M. (2012). *Cognitive stimulation to improve cognitive functioning in people with dementia*. Lokalisert på:  
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD005562.pub2/full>  
(81. sider)
- \* Woods, B. & Pratt, R. (2005). *Aging and Mental Health: Awareness in dementia - Ethical and legal issues in relation to people with dementia*. United Kingdom: Routledge. (1. side)



# Vedlegg 1

||| kunnskapssenteret

## Fagprosedyrer

## PICO-skjema

<b>Tittel/arbeidstittel på prosedyren:</b> Bacheloroppgave i sykepleie			
<b>Problemstilling formuleres som et presist spørsmål:</b> «Hvordan kan kommunikasjon bedre livskvaliteten til en pasient med en demenslidelse som bor på sykehjem?»			
<b>Hva slags type spørsmål er dette?</b>  <input type="checkbox"/> Diagnose <input type="checkbox"/> Etiologi <input checked="" type="checkbox"/> Erfaringer <input type="checkbox"/> Prognose <input checked="" type="checkbox"/> Effekt av tiltak		<b>Er det aktuelt med søk i Lovdata etter lover og forskrifter?</b>  <input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	
<b>P</b> Beskriv hvilke pasienter det dreier seg om, evt. hva som er problemet:  Pasienter med en demenslidelse som bor på sykehjem, og hvordan kommunikasjonen kan være med på å bedre deres livskvalitet.	<b>I</b> Beskriv intervensjon (tiltak) eller eksposisjon (hva de utsettes for):  Forebyggende arbeid fra sykepleieren og bruk av kommunikasjonsmetoder.	<b>C</b> Skal tiltaket sammenlignes (comparison) med et annet tiltak? Beskriv det andre tiltaket:	<b>O</b> Beskriv hvilke(t) utfall (outcome) du vil oppnå eller unngå:  God kommunikasjon mellom sykepleier og pasient, og en økning av trivsel i hverdagen hos pasienten.  Bedre livskvalitet.

<p style="text-align: center;"><b>P</b></p> <p style="text-align: center;">Noter engelske søkeord for pasientgruppe/problem</p>	<p style="text-align: center;"><b>I</b></p> <p style="text-align: center;">Noter engelske søkeord for intervensjon/eksposisjon</p>	<p style="text-align: center;"><b>C</b></p> <p style="text-align: center;">Noter engelske søkeord for evt. sammenligning</p>	<p style="text-align: center;"><b>O</b></p> <p style="text-align: center;">Noter engelske søkeord for utfall</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Alzheimer`s</li> <li>- disease</li> <li>- Nursing home</li> <li>- Dementia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Communication</li> <li>- Nurse-patient relations</li> <li>- Non-verbal</li> <li>- Nurses</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Quality of life</li> <li>- Satisfied</li> <li>- Happy</li> </ul>