



# Bacheloroppgave

**VPL05 Vernepleie**

**Tilrettelegge for god kommunikasjon for eldre mennesker med demens/Facilitate proper communication to elderly people with dementia.**

Juvang, Ingrid

Totalt antall sider inkludert forsiden: 45

Molde, 30.05.13



## Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

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

Du/dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none"><li>• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.</li><li>• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.</li><li>• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.</li><li>• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.</li><li>• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.</li></ul>	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. <a href="#">Universitets- og høgskoleloven</a> §§4-7 og 4-8 og <a href="#">Forskrift om eksamen</a> §§14 og 15.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se <a href="#">Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver</a>	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens <a href="#">retningslinjer for behandling av saker om fusk</a>	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av <a href="#">kilder og referanser på biblioteket sine nettsider</a>	<input checked="" type="checkbox"/>

# Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Sørensen, Lisbeth

## Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

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

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

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

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

ja  nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja  nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja  nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja  nei

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

Dato: 30.05.13

**Antall ord: 9510**

## Forord

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.

*Virgini Satir (Solheim 2009:169).*



## Sammendrag

Temaet for oppgaven omhandler demens og kommunikasjon. I besvarelsen ser jeg på forskjellige kommunikasjonsmåter og hvordan man best mulig kan kommunisere med eldre mennesker med demens.

Problemstillingen for oppgaven er *hvordan og på hvilken måte kan man tilrettelegge god kommunikasjon for eldre mennesker med demens.*

I besvarelsen skal jeg presentere ulike teorier om demens og kommunikasjon. Jeg avgrenser demens til å handle om de demensrammede som er kommet langt i utviklingen av demens. I besvarelsen tar jeg også for meg forskjellige kommunikasjonsmetoder og hvordan man kan skape gode kommunikasjons situasjoner.

# Innhold

<b>1.0</b>	<b>Innledning .....</b>	<b>1</b>
1.1	Presentasjon av tema og bakgrunn for valg av tema .....	1
1.2	Hvorfor er temaet relevant for vernepleiere .....	2
1.3	Formålet med oppgaven .....	2
1.4	Hvordan jeg har løst oppgaven og oppgavens disposisjon .....	3
<b>2.0</b>	<b>Problemstilling .....</b>	<b>4</b>
2.1	Presentasjon av problemstillingen .....	4
2.2	Begrunnelse for og avgrensning av problemstillingen .....	4
2.3	Definisjon av begreper i problemstilling .....	5
<b>3.0</b>	<b>Metode .....</b>	<b>8</b>
3.1	Min forforståelse .....	9
<b>4.0</b>	<b>Hovedinnhold .....</b>	<b>11</b>
4.1	Presentasjon av teorier .....	11
4.2	Generelt om demens .....	11
4.2.1	Aldersdemens .....	12
4.2.2	Forekomst av demenssykdom .....	14
4.2.3	Utvikling av demens .....	14
4.2.4	Bedre hverdag for personer med demens .....	15
4.3	Generelt om kommunikasjon .....	15
4.3.1	Kommunikasjon i forhold til aldersdemente .....	16
4.3.2	Validering .....	19
4.3.3	Realitetsorientering (RO) .....	20
4.3.4	Reminisens .....	21
4.3.5	Alternativ Supplerende Kommunikasjon (ASK) .....	22
<b>5.0</b>	<b>Drøfting .....</b>	<b>24</b>
5.1	God kommunikasjon og løsninger for god kommunikasjon .....	24
<b>6.0</b>	<b>Avslutning .....</b>	<b>32</b>
6.1	Oppsummering .....	32
6.2	Konklusjon .....	33
6.3	Refleksjon .....	34
<b>7.0</b>	<b>Litteraturliste: .....</b>	<b>36</b>

## 1.0 Innledning

### 1.1 Presentasjon av tema og bakgrunn for valg av tema

Tema jeg har valgt for bacheloroppgaven omhandler demens og kommunikasjon. I mine praksisperioder har jeg erfart at kommunikasjonen med pasienter på sykehjem ikke alltid er til beste for pasientene. Jeg mener, det er behov for å rette søkelyset mot behovet for god kommunikasjon og viktigheten av å behandle pasienter med respekt og verdighet.

En episode jeg husker godt er fra da jeg var i praksis på et sykehjem, på en dementavdeling. Jeg observerte en pleier som fulgte pasient på toalettet, pasienten var dårlig til beins og hørte litt dårlig. Da pleieren trodde pasienten var ferdig på toalettet, var det lite kommunikasjon. Pleieren drog pasienten i armen og da *"kom nå!"*. Pasienten som ikke visste verken hvor hun var eller hvor hun skulle, reagerte med sinne og fortvilelse, uten at dette førte til reaksjon på pleieren, hun bare fortsatte slik hun gjorde til hun fikk pasienten i seng. Dette gjorde et stort inntrykk på meg, og har bidratt til at jeg ønsker å fordype meg i hvordan legge til rette for god kommunikasjon med personer med demens.

Dette er et eksempel som kanskje kan vise hvordan det kan være på et sykehjem. Det er dessverre mange som ikke vet hvordan de skal kommunisere eller hvordan de skal behandle mennesker med demens. Sykehjemmet er pasientenes hjem, det er der de bor. Dette er mennesker som trenger hjelp og tilrettelegning til å ta vare på seg selv. Da er det veldig uverdigg at mennesker som jobber på en slik plass skal være medvirkende til å gjøre oppholdet utrivelig for pasienten. Det er viktig at vi som jobber med mennesker kan vise empati og behandle menneskene med respekt og verdighet. *"Gjennom at hjelperne viser at de bryr seg om pasientens verden, hans plager og hans oppfatninger, gir de samtidig verdighet til hans oppfatninger og person"*(Vatne 1998:78).

Jeg har også valgt å fordype meg i dette temaet for det er veldig relevant for fremtiden. Det vil bli flere eldre og flere som blir demente. Fremt til 2050 vil antall eldre over 67 år



fordobles. I Norge i 2005 var det ca 66 000 personer med demens. Årlig antas det at om lag 10 000 personer rammes av demens. Antallet vil dobles frem til 2035 (st.mld.nr47 2008/2009). Derfor er det viktig at dette temaet blir belyst for at både nåtidens og fremtidens eldre med demens skal få oppleve god livskvalitet.

## ***1.2 Hvorfor er temaet relevant for vernepleiere***

I løpet av utdanningen lærer vi mye om brukermedvirkning, om det å sette bruker og pasient i fokus og vi har en god blanding av sosialfag, psykologi, helsefag og pedagogikk i temaplanen. På bakgrunn av dette mener jeg at temaet er relevant for vernepleiere i arbeid på en dementavdeling.

Det er viktig at fokuset er på pasienten, det er for pasienten vi skal tilrettelegge hverdagen og det er vår oppgave å sørge for at pasienten har det bra.

## ***1.3 Formålet med oppgaven***

Formålet med oppgaven er at jeg mener det er viktig at dette temaet blir belyst. Jeg vil at mennesker skal bli mer bevisst på hvordan man jobber i demensomsorgen. Hvorfor det er viktig at eldre med demens skal oppleve god kommunikasjon og livskvalitet. Jeg vil generelt ha mer forståelse og bevissthet i samfunnet. Personlig vil jeg også lære mer om måter å kommunisere med mennesker med demens på og hvordan man i samhandling med pasienter kan sørge for at pasientene har det bra og opplever god livskvalitet.

## ***1.4 Hvordan jeg har løst oppgaven og oppgavens disposisjon***

Jeg har før jeg startet med oppgaven gått igjennom høgskolens tips til bacheloroppgaven. Jeg har også brukt boken Metode og oppgaveskriving av Dalland (2010). Dette for å få tips til hvordan oppgaven kan bygges opp.

Jeg har valgt å bruke høgskolens retningslinjer for oppgaveskriving og litteraturoppsett i Bachelorstudiet i vernepleie. I tillegg har jeg også vært på biblioteket og sett igjennom bacheloroppgaver som er skrevet av tidligere vernepleiestudenter, dette for å se hvordan andre studenter har bygget opp sin oppgave.

## **2.0 Problemstilling**

### ***2.1 Presentasjon av problemstillingen***

Gjennom forskjellige praksiser og erfaringer mener jeg at behandlingen og bruken av kommunikasjon i arbeid med eldre kan bli bedre. Jeg mener det er mange som tar for lett på oppgaven med dette å hjelpe mennesker og da spesielt eldre mennesker på et sykehjem. Dette kommer også stadig frem i media i Norge. På bakgrunn av dette har jeg valgt å ha en problemstilling som handler om kommunikasjon med eldre mennesker med demens, hvor målet er å skape god livskvalitet.

Problemstilling:

*Hvordan og på hvilken måte kan man tilrettelegge for god kommunikasjon for eldre mennesker med demens.*

### ***2.2 Begrunnelse for og avgrensning av problemstillingen***

Jeg ønsker å fokusere på kommunikasjon og livskvalitet hos eldre mennesker med demens. Jeg har i to praksisperioder vært utplassert på et sykehjem og har sett mennesker med forskjellige kommunikasjonsmetoder. Jeg mener det er alt for mange som snakker til pasienten og ikke med. Jeg synes dette fører til at pasientene ikke blir inkludert og for meg kan det kan virke som det er mange hjelpere som har glemt at det nettopp er mennesker de arbeider med.

Jeg har valgt å avgrense min problemstilling til å gjelde mennesker med aldersdemens og da de som har langtkommende demens og bor på en dementavdeling. Jeg vet at det finnes ny forskning om dette å leve med demens basert på intervjuer med en gruppe personer med

tidlig debuterende Alzheimers sykdom, gjort av Wogn-Henriksen (2012), men jeg vil altså avgrense oppgaven til å handle om de som er kommet på en dementavdeling. Jeg vil fokusere på begreper som demens, kommunikasjon, livskvalitet, selvfølelse, brukermedvirkning, holdninger og respekt.

### ***2.3 Definisjon av begreper i problemstilling***

Med kommunikasjon kan vi i all enkelhet si at vi mener å formidle mening ved å gi, motta og utveksle signaler av forskjellig art. Kommunikasjon er en helt sentral prosess i alt vårt samvær og er helt avgjørende for utfallet av våre møter med hverandre (Heap 2012:46).

Det er mange måter å kommunisere på. Og i arbeid med eldre med demens kan kommunikasjon være avgjørende for hvordan en vanlig dag kan være. Det er viktig at vi er klare og tydelige når vi kommuniserer. Samtidig at vi også viser respekt og er høflige.

Kommunikasjon dreier seg om alle de prosessene mennesker påvirker hverandre gjennom. Det dreier seg om å utveksle meningsfulle signaler og etablere felles mening, og det dreier seg om gleden – og om strevet – med å forså og bli forstått. Kommunikasjon involverer minst to parter (Mork Rokstad og Lislrud Smebye 2008:89).

Livskvalitet kan være et vanskelig ord å definere. Begrepet er veldig vidt og det er mange forståelser av begrepet. Hva som er god livskvalitet for meg, kan være forskjellig fra hva for eksempel en medstudent mener. Det kan også være forskjell på livskvalitet fra Norge til for eksempel Sudan.

Livskvalitet er et overordnet begrep som omhandler flere sider ved det å leve. I en del sammenhenger er det nyttig å trekke inn objektive forhold som levestandard, sivilstatus, helse osv., men først og fremst handler livskvalitet likevel om vår subjektive opplevelse; hvordan vi tenkte og føler at vi har det (Eknes 2001:447).

Mastekaasa (1998) sier at *"med livskvalitet forstår vi enkeltindividers bevisst positive og negative, kognitive og affektive opplevelser* (Hallvik 2009:10).

Videre skriver Hallvik (2009) at definisjonen ovenfor knyttet begrepet til individets affektive og kognitive opplevelser.

De kognitive opplevelsene refererer til tanker og vurderinger en gjør omkring sitt liv, som for eksempel om en har det bra, er tilfreds med livet osv., mens affektive opplevelser refererer til følelsesmessige reaksjoner som om man er glad, trist, redd osv. Med andre ord forstår vi livskvalitet som en subjektiv vurdering av egen psykisk helse (Hallvik 2009:10).

I forbindelse med utarbeidelsen av oppgaven har jeg ingen mulighet til å snakke med mennesker for å høre hva de tenker og hvordan de har det på en demensavdeling. Derfor ser jeg på begrepet livskvalitet i denne problemstillingen handler om hvordan vi som hjelpere behandler de eldre med demens, hvordan vi kommuniserer med dem, om vi ser de som mennesker og hvordan vi best mulig kan få være med på at de skal få oppleve hverdagen som god og betydningsfull.

Demens (gal, avsindig) er en fellesbetegnelse på en tilstand (syndrom) som kan være forårsaket av ulike organiske sykdommer, og som er kjennetegnet ved en kronisk og irreversibel kognitiv svikt, sviktende evner til å utføre dagliglivets aktiviteter på en tilfredsstillende måte sammenlignet med tidligere, og endret sosial atferd (Engedal og Haugen 2004:17).

Aldersdemens er en fellesbetegnelse på flere hjerneorganiske lidelser og en mye benyttet definisjon er denne: En ervervet hjerneorganisk sykdom hos en eldre person. Sykdommen kjennetegnes ved svekket mental kapasitet og medfører svikt i psykologiske prosesser som språkevne, læring, hukommelse og tenkning. Sykdommen er kronisk, kan ikke kureres og forverrer seg ofte over tid (Rokstad Mork mfl. 1996:17).

### 3.0 Metode

Aubert (1985) definerer metode slik: *”En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder”* (Dalland 2010:83).

Denne oppgaven er en litteraturstudie, en kvalitativ metode. *”De kvalitative metodene tar i større grad sikte på å fange opp mening og opplevelse som ikke lar seg tallfeste eller måle”* (Dalland 2010:84).

For å finne relevant litteratur i forhold til tema og problemstilling har jeg til å starte med sett på pensum som er relevant for vernepleierutdanningen. I tillegg har jeg brukt søkebasen BIBSYS. Her har jeg brukt søkeord som ”demens”, ”livskvalitet”, ”kommunikasjon”, ”aldersdemens”, ”brukermedvirkning”, ”sykehjem”. Etter søk på disse begrepene har jeg fått gode forslag på litteratur. *”Samtaler i eldreomsorgen”*, Ken Heap (2012). *Personer med demens, møte og samhandling*, Anne Marie Mork Rokstad og Kari Lislerud Smebye (2008). *Lærebok Demens Fakta og utfordringer*, Knut Engedal og Per Kristian Haugen (2004). *Kommunikasjon og samspill- fra fødsel til alderdom*, Stein Bråten (2004). *Demensguide Holdninger og handlinger i demensomsorgen*, Kristi Solheim (2009).

Det er viktig at litteraturen jeg bruker skal ha nøyaktighet (reliabilitet) og gyldighet (validitet). Dette kan også være vanskelig for meg som student å vurdere. Jeg antar at pensum litteraturen på vernepleierutdanningen har høy validitet og reliabilitet. *”Selv om data i utgangspunktet er relevante, må de også være samlet inn på en slik måte at de er pålitelige. De betyr at de ulike leddene i prosessen må være fri for unøyaktigheter* (Dalland 2010:96).

Metodene skal gi troverdig kunnskap. Det betyr at kravene til validitet og reliabilitet må være oppfylt. Validitet står for relevans og gyldighet. Det som måles, må ha en relevans, og være gyldig for det problemet som skal undersøkes.

Reliabilitet betyr pålitelighet, og handler om at målinger må utføres korrekt, og at eventuelle feilmarginer angis (Dalland 2010:50f).

Jeg mener selv at litteraturen jeg har funnet er relevant for å finne svar på problemstillingen som er utgangspunktet for oppgaven min. Jeg mener jeg får belyst viktige begreper på en god måte.

### **3.1 Min forforståelse**

*”Vi har alltid våre fordommer eller vår forforståelse med oss inn i en undersøkelse”*  
(Dalland 2010:92).

Tranøy (1986) skriver *”Vi kan prøve å møte et fenomen så forutsetningsløst som mulig, men vi kan ikke unngå at vi har tanker om det”* (Dalland 2010:92). Dette er da en forforståelse. Jeg har mange tanker om hvordan demente har det på en avdeling på et sykehjem og hvordan de kan ha det best mulig der. Hvordan jeg som vernepleier kan bidra til å øke livskvaliteten til de som bor på en dementavdeling.

Jeg mener at det er veldig viktig hvordan man kommuniserer med de som er dement. Det er forskjellige måter å kommunisere på, men hovedsakelig så mener jeg at man i arbeidet med demente trenger å være rolig, tålmodig og høflig. Det er alltid en god start.

Jeg har ut i fra praksisperioder og arbeid fått erfaringer og kunnskap om hvordan jeg som vernepleier ønsker å kommunisere og behandle pasienter med demens. Jeg har opplevd at kommunikasjonen med eldre med demens ikke alltid er like god, dette er da min erfaring. Jeg mener det er viktig at pasientene skal både bli sett og hørt, og skal bli behandlet med respekt og verdighet. Jeg ønsker også å få frem at jeg er klar over at det blir gjort veldig mye positivt og veldig mye bra rundt omkring på norske dementavdelinger.

Gjennom media har jeg også fått mange tanker om dagens sykehjem og dementavdelinger. Hvor jeg synes det ofte er de triste historiene som kommer frem og blir belyst. Og dette er



selvfølgelig veldig viktig, det er jo da man kan få en sjanse til å forandre dagens system. Samtidig er det viktig at også positive hendelser blir belyst, slik at andre kan lære av dette.

## 4.0 Hovedinnhold

### 4.1 Presentasjon av teorier

I denne delen av oppgaven skal jeg ta for meg forskjellige teorier. I teoridelen velger jeg først og fremst å se på teorier om demens og deretter om kommunikasjon.

### 4.2 Generelt om demens

*”Demensfagfeltet er nytt, og det fører til stadig endring av begreper og klassifisering. Ny kunnskap og erfaring slipper til, og gammel kunnskap må sees i lys av det nye” (Solheim 2009:27).*

Ordet demens kommer fra latin: ”de” betyr bort fra, og ”mens” betyr sinn. Det sentrale er at hukommelsen, evnen til å tenke og resonere og evnen til å fungere i dagliglivet svikter. Ofte kommer det alvorlige psykiske forstyrrelser og atferdsproblemer i tillegg (Hjort 2010:93)

Demens (gal, avsindig) er en fellesbetegnelse på en tilstand (syndrom) som kan være forårsaket av ulike organiske sykdommer, og som er kjennetegnet ved en kronisk og irreversibel kognitiv svikt, sviktende evner til å utføre dagliglivets aktiviteter på en tilfredsstillende måte sammenlignet med tidligere, og endret sosial atferd (Engedal og Haugen 2004:17).

Demens er en fellesbenevnelse for flere hjernesykdommer som oftest opptrer i høy alder og fører til en kognitiv svikt. Det viktigste kjennetegnet er hukommelsessvikt. Det varierer hvordan demens oppleves og utvikler seg, men som oftest fører sykdommen til dårlig hukommelse og problemer med språket. Det er også vanlig å

få vanskeligheter med å orientere seg, problemer med å utføre daglige gjøremål, og at det blir endringer i personligheten (Kiil 2013).

SBU (2006) sier at for at en tilstand skal kunne kalles demens er den viktigste betingelsen at både tankeevnen og hukommelsesevnen, sammenliknet med tidligere kognitivt funksjonsnivå er nedsatt. Det kan være vanskelig å se forskjellen på ikke-normale og normale kognitive aldersforandringer. Hvordan en eldre hjerne fungerer er det store individuelle forskjell på. Hos eldre er det vanligvis en tendens til langsommere informasjonsbearbeiding, forlenget reaksjonstid, nedsatt tempo og langsommere innlæring (Rokstad og Smebye 2008).

I Norge brukes det for sykdommer et klassifikasjonssystem. Forkortelsen for dette systemet er ICD og står for: International Classification of Diseases and Related Health Problems. Demens blir i dette klassifikasjonssystemet definert som et syndrom som kommer av sykdommer etter skader som hovedsakelig påvirker hjernen, disse er vanligvis av progressiv eller kronisk karakter (Engedal og Haugen 2004).

### **4.2.1 Aldersdemens**

Begrepet aldersdemens er vanlig i bruk i Norge. Med denne betegnelsen mener vi demenssykdommer, uansett årsak og type som oppstår i høy alder, som er irreversible og progressive (Engedal og Haugen 2004:24).

*”Aldersdemens refererer til en ervervet, hjerneorganisk sykdom med tendens til progresjon hos et eldre menneske” (Wogn.Henriksen 1997:11).*

Det er en mental svikt som særpreger alle demenstilstander. Det kan da være en utfordring å få en riktig diagnose. Dette på grunn av at årsakene til symptomene er forskjellige, men de atferdsmessige tilstandene kan være like. En del forskere mener at aldersdemens symptomene skyldes hjerneorganisk sykdom eller skade. Det kan føre til forskjellige typer

svikt som vises ved endret atferd hos pasienter fordi skaden eller sykdommen kan forekomme på forskjellige steder i hjernen. Det såkalte demenssyndromet deles ofte inn i 2 hovedgrupper. Det første er primærsymptomene, hvor man har hovedsymptomene i demenstilstandene. Det andre er diffuse og generelle kjennetegn, sekundærsymptomene, som kommer ofte som en følge av primærsymptomene (Solheim 2009:23).

*”Mental svikt (også kalt kognitiv svikt) er et hovedsymptom ved demens. Mental svikt kan igjen inndeles i mange funksjoner”* (Solheim 2009:23). Disse er redusert oppmerksomhetsevne, redusert hukommelse, redusert innlæringsevne, språkproblemer (afasi), apraksi, agnosi, neglekt, visuo-konstruktiv svikt, og intellektuell svikt (Solheim 2009).

Noen av begrepene skal jeg forklare litt nærmere, da de kan være noe vanskelig å forstå.

Apraksi betyr at man har full motorisk førighet og forstår det som skal gjøres, men man har manglende evne til å utføre praktiske handlinger. Agnosi betyr at man har et inntakt sanseapparat, men pasienten kan ha et manglende evne til å forstå og gjenkjenne det som sanses. Pasienten kan ha vanskeligheter med å forstå og gjenkjenne det han hører, smaker, ser osv. Neglekt betyr at man på den ene siden av kroppen har nedsatt oppmerksomhet for stimulering. Et eksempel på dette kan være at den demente begynner å forsyne seg av naboens mat fordi han ikke ser sin egen middagsmat foran seg. Visuo-konstruktiv svikt er en svikt av forståelse og handling i rom. Eksempler på dette kan være å ikke kjenne seg igjen i sitt eget hjem og ha utfordringer med for eksempel å vaske opp eller re opp sengen (Solheim 2009).

Definisjon av alderdemens:

En ervervet hjerneorganisk sykdom hos en eldre person. Sykdommen kjennetegnes ved svekket mental kapasitet og medfører svikt i psykologiske prosesser som hukommelse, oppmerksomhet, læring, tenkning og kommunikasjon. Den kognitive svikten fører til sviktende evne til å klare dagliglivets aktiviteter. Endret atferd er vanlig. Tilstanden er kronisk, kan ikke kureres og forverrer seg ofte over tid (Engedal og Haugen 2004:20).

## 4.2.2 Forekomst av demenssykdom

*”Sykdommer som fører til demens, er blant de som opptrer hyppigst i alderdommen. Kunnskap om forekomsten av disse sykdommene er hentet fra en rekke befolkningsstudier, spesielt i den vestlige verden” (Rokstad og Smebye 2008:38).*

I Norge i dag er det grovt regnet rundt 66 000 personer med demens. Kun 2-3 % av disse er under 65 år. I undersøkelser som blir gjort er det har forekomsten av demenssykdom og stigende alder en sammenheng. Demensplan 2015 (2007) sier at omtrent halvparten av alle med demens bor i en institusjon av en eller annen form, resten bor i eget hjem. Av de mange som bor fast på et sykehjem regner man med at rundt 75 % av dem har utviklet demenssykdom. Selv om dette er tilfelle er andelen av tilrettelagte skjermende enheter for dem med demens veldig liten (Rokstad og Smebye 2008).

## 4.2.3 Utvikling av demens

Hvor fort utvikling av sykdommen skjer, er svært individuelt. Hos noen kan utviklingen gå over 10-20 år, hos andre kan det gå raskere. Utviklingen av sykdommen deles inn i tre hovedfaser. Disse er tre grader, hvor det første er mild grad, deretter moderat grad og til slutt alvorlig grad av demens. Ved den mildeste graden kan dem fleste greie seg bra når faste rutiner følges og de er i kjente omgivelser, her kan pasienten merke endringer som virker inn på dagliglivet. Gjøremålene vil bli vanskeligere når pasienten går over i den moderate fasen av demens. Her vil behovet for hjelp og veiledning til dagliglivets gjøremål øke. På grunn av økende kognitiv svikt vil grepet på tilværelsen gradvis mistes. Når pasienten kommer til den siste fasen av utviklingen av demens, er døgnkontinuerlig omsorg og tilsyn nødvendig. Pasienten kan ikke klare seg alene og er preget av betydelig hjelpeløshet og handlingsvikt (Rokstad og Smebye 2008).

#### **4.2.4 Bedre hverdag for personer med demens**

Våren 2008 ble det utlyst midler fra Helsedirektoratet til et treårig utviklingsprogram for miljøbehandling innen demensomsorgen i regi av Demensplan 2015.

(Demensplan 2015- ”Den gode dagen”, Helse- og omsorgsdepartementet 2007)

(Rokstad Mork 2012:14).

Målet med dette utviklingsprogrammet har vært å formidle og utvikle kunnskap om hvordan man med miljøbehandling kan bedre trivsel og livskvalitet hos personer med demens, hvordan den enkelte personen med demens kan opprettholde sin selvstendighet så lenge som mulig ved å innhente erfaringer og sist dette med å bruke målrettet miljøarbeid til å sørge for at forekomsten psykiske og atferdsmessige symptomer blir redusert (Rokstad Mork 2012:14).

### **4.3 Generelt om kommunikasjon**

*”I sin enkleste form kan kommunikasjon defineres som utveksling av meningsfylte tegn mellom to eller flere parter” (Eide&Eide 2008:17).*

Med kommunikasjon kan vi i all enkelhet si at vi mener å formidle mening ved å gi, motta og utveksle signaler av forskjellig art. kommunikasjon er en helt sentral prosess i alt vårt samvær og er helt avgjørende for utfallet av våre møter med hverandre. Vi kommuniserer for å utføre mange vesentlige funksjoner, bl.a. for å gi og søke informasjon og instruksjon, formidle opplevelser og reaksjoner, gi respons og klargjøre meddelelser til og fra hverandre, gi uttrykk for holdninger og meninger og påvirke hverandre (Heap 2012:46).

Det er viktig at kommunikasjonen mellom pasienter og helsepersonell er en toveisprosess, hvor begge partene har roller som både mottaker og sender. Det kan ofte bli at helsepersonell kan prate til pasientene og ikke med dem. Det er viktig at man møter hverandre på en god måte, at man er til å stole på og at man sammen kan skape noe (Hjort F. 2010).

Kommunikasjon er grunnlaget i all samhandling med andre mennesker.

Kommunikasjon er formidling. Kommunikasjon er en prosess hvor det stadig skjer en gjensidig formidling av både bevisste og ubevisste budskap mellom sender og mottaker. Kommunikasjon er således en komplisert prosess som vi aldri blir flinke nok til å utføre. Men det å være bevisst på at jeg ubevisst påvirker andre i positiv eller negativ retning, er en god begynnelse (Solheim 2009:169).

Vi bekrefter hverandres menneskelighet gjennom kommunikasjon og et av fundamentene i menneskelige relasjoner er kontakten mellom et du og et jeg. Det dannes et fellesskap når to eller flere personer kommuniserer (Ingebretsen 2005).

Man kan kommunisere, formidle eller snakke på to måter. På den ene siden kan man bruke verbal kommunikasjon, at man snakker gjennom språk og ord, og på den andre siden kan man bruke nonverbal kommunikasjon. Dette er kommunikasjon ved bruk av kroppsspråket, tonefall, mimikk, holdninger og bevegelser (Solheim 2009).

*”Kommunikasjon er en bro ut av den enes isolasjon og inn i den andres isolasjon. Den er derfor forutsetningen for fellesskap så vel som forståelse”* (Heap 2012:46).

### **4.3.1 Kommunikasjon i forhold til aldersdemente**

Kitwood (1997) sier at *”den demensrammede er i en sårbar posisjon. Når demensutviklingen truer ens personstatus, blir det avgjørende hvordan den kan opprettholdes i samspill med andre”* (Ingebretsen 2005:9).

Det er stor sannsynlighet for at den aldersdemente oppfatter mer av kroppsspråket vårt enn av ordene som blir sagt. I tillegg er det nærliggende å tro at de fleste aldersdemente lettere uttrykker seg gjennom kroppsspråket enn verbalt (Solheim 2009:170).

Det er forskjellige kommunikasjonsmetoder som kan brukes i arbeid med eldre mennesker med demens. *”En må huske at god kommunikasjon er skreddersøm tilpasset til personen og situasjonen. En kan ikke bruke en og samme konfeksjonsdress til alle”* (Hjort 2010:116).

Det er viktig at man husker at selve kommunikasjonen er mer enn bare ord og at en del viktige budskap dreier seg mindre om informasjon og tanker men mer om opplevelser (Heap 2012).

*”Opplevelsen av å bli genuint møtt med følelser og i sine følelser er uvurderlig for mennesker som befinner seg langt inne i en demensprosess”* (Heap 2012:100).

Ved demens blir både mottaker- og sender- funksjoner ved kommunikasjon påvirket. Demens rammer evnen til å forstå og til å gjøre seg forstått, som er viktige inngangsbilletter til tilhørighet og fellesskap (Ingebretsen 2005:9).

For mange demensrammede vil leting etter ord og manglende ferdigheter til å uttrykke seg være et stort problem. Problemer med å uttrykke hvem en er og hva en står for, kan tydeliggjøre tap og nederlagsfølelse (Ingebretsen 2005:10).

*”Den demensrammede misoppfatter og blir også lett misforstått på grunn av vansker med å uttrykke egne behov”* (Ingebretsen 2005:10).

Det kommer frem i følge Ingebretsen (2005) at for å hjelpe alle involverte rundt personen med demens kan en grundig kartlegging være til hjelp. Det bedrer andres evne til å forstå, når man har god kunnskap til den dementes bakgrunnshistorie og funksjonshemmingen til vedkommende.



Kommunikasjonsproblemer hos den demente og hvordan de oppleves kan variere fra person til person. Det kan også gjennom demensprosessen være store variasjoner (Ingebretsen 2005).

Når en orienterer pasienten om hva som skal skje og gir seg god tid, virker det beroligende og betryggende. Personale bør alltid aktivt orientere pasienten om hvilken situasjon han befinner seg i, for å forhindre usikkerhet, utrygghet og uro i forhold til konkrete situasjoner i dagliglivet. På grunn av sviktende språkforståelse må orienteringen forsterkes med nonverbale signaler (Engedal og Haugen 2004:289).

Gjennom demensforløpet blir lydhørhet for hva den enkelte pasient er villig og i stand til å meddele seg om, hele tiden et fundament for å ivareta den enkeltes integritet. Det dreier seg om: å legge vekt på å opprettholde og styrke gjensidig meningsfull kontakt og kommunikasjon, ikke være så opptatt av hvem som har rett eller feil, ikke diskutere for mye, ikke drøfte for abstrakte og krevende tema og unngå åpne konflikter (Ingebretsen 2005:39).

På nettsidene til Nasjonalforeningen kan man lese om 9 gode råd i forhold til kommunikasjon og personer med aldersdemens. Rådene går ut på både hvordan man er i møte med personer med aldersdemens og hvordan man kan føre en samtale med mennesker med aldersdemens. Når man kommuniserer med mennesker med aldersdemens kan det være lurt at man står nær personen man snakker med, gjenta navnet til personen ofte, berøre personen man snakker med og stå på samme nivå, ansikt til ansikt. Når det kommer til samtalen man fører med en som er rammet av demens er det viktig at man snakker tydelig og sakte, bruker enkle, klare og korte setninger og ord, for å understreke viktige ting kan man ta på personen, la personen få ett budskap om gangen og istedenfor at man stiller spørsmål er det lurt å bruke bekreftende setninger (Kiil 2012).

En av forutsetningene for kommunikasjon er å gjøre seg tilgjengelig for pasienten. En kan oppnå dette gjennom å søke blikkontakt, stå på samme nivå og bruke fysisk berøring, forutsatt at pasienten reagerer positivt på dette (Rokstad Mork Mfl. 1996:63).

Avhengig av person og situasjon kan vi berøre klienten, lene oss nærmere eller holde en hånd. Vi skal i alminnelighet være mye mindre redde for berøring enn vi gjerne er. Berøring er et tegn på nærhet og varme som vi bruker for lite (Heap 2012:91).

Berøring er også en viktig kommunikasjon i seg selv. Vi berører og sier dermed: ”Jeg liker deg”, ”Jeg vet at du har det vondt”, ”Du er ikke alene” eller ”Vi står hverandre nær, vi to”. Såfremt slik berøring vokser ut av ekte medfølelse, skaper den også et ansiktsuttrykk som gjør budskapet enda sterkere (Heap 2012:101).

*”Det er viktig å snakke rolig, si en ting om gangen og gi tid til respons. Korte og enkle setninger er bedre enn spørsmål eller orienteringer med mange ledd”* (Rokstad Mork Mfl. 1996:63). Det kan også være lurt å bruke handlinger og objekter for å understreke utsagn når man kommuniserer med aldersdemente. For eksempel når man skal invitere til middag, kan det være lurt å vise det dekkede bordet. Man kan bruke med fordel bruke kroppsspråket når man skal understreke når man skal fremme et budskap (Rokstad Mfl. 1996).

### **4.3.2 Validering**

*”Validering er en kommunikasjonsteknikk som brukes mye i forhold til aldersdemente pasienter”* (Solheim 2009:330). Dette handler om å gjøre gyldig. Og i arbeidet og kommunikasjon med aldersdemente er det snakk om å gyldiggjøre følelser. Det som er målet med validering er at pasienten skal føle trygghet ved at opplevelsene og følelsene blir respektert og akseptert. Det er ikke et viktig mål for validering at pasienten skal bringes tilbake til nåtid (Solheim 2009).

Psykolog P.E. Solem (1998) sier at validering, sett som en kommunikasjonsform, innebærer å respektere og akseptere personen slik han er, med sin virkelighetsopplevelse og sine følelser, samtidig som en ikke bekrefter eller avkrefter feiloppfatninger (Solheim 2009:330).

En tar utgangspunkt i personens egen opplevelse og forsøker å forebygge at personen trekker seg ytterlige tilbake til sin egen verden. Ut fra denne tankegangen kan demensrammende lettere komme tilbake til her – og nå – situasjonen hvis andre signaliserer interesse for deres tanker og opplevelser enn om omverden møter dem med korrigeringer (Ingebretsen 2005:15).

Validering understreker betydningen av ubetinget aksept og verdsetting av den eldre personen, uansett hvordan hans eller hennes mentale tilstand og funksjonsevne er. Innlevelse er en grunnpilar i denne tilnærmingen (Heap 2012:132).

Valideringer er ikke opphengt i medisinsk fin-diagnostisering. Metoden forstår og vurderer mer ut fra observasjon av pasientens atferd, sosiale tilstand og uttrykksformer (Heap 2012).

### **4.3.3 Realitetsorientering (RO)**

*RO består i å møte pasienten der denne er, og å føre vedkommende tilbake til nåtid. Det er en forutsetning at dette gjøres med ærlighet, respekt og innlevelse (Solheim 2009:248).*

Målet med realitetsorientering er at pasienten skal huske mest mulig på forskjellige måter. Det betyr ikke at vi hele tiden skal vite hvor mye pasienten husker, men at husker mest mulig er det vi skal være med å bidra til. For eksempel at han skal være orientert om egen person, sted, tid og sosiale forhold (Solheim 2009:248).

Realitetsorientering er et eksempel på at en ønsker å påvirke ved å fortelle hvordan ”det virkelig er”. Det kan være direkte forsøk på å få den demensrammede til å endre virkelighetsoppfatning. En slik alternativ virkelighetsoppfatning kan i noen tilfelle representere trygghet (”Nei, du må ikke sove ute i natt, du har sengen din her”). Andre ganger kan realitetsorientering være nytteløst eller få preg av

maktkamp og manglende sensitivitet for den demensrammede (Ingebretsen 2005:14).

I det vesentlige er RO (realitetsorientering) en kommunikasjonsform som i størst mulig grad er orienterende og informasjonsgivende. Den anvendes overfor eldre som har mistet eller er ved å miste sin orientering om tid og sted, hvem som heter hva, hva gjenstandene skal brukes til, osv. – det skremmende og ofte tiltagende tapet av kontakt med tilværelsen. Det er en måte å tale til eldre med hukommelsestap på og en måte å prege deres omgivelser på som støtter deres forsøk på å beholde orienteringsevnen (Heap 2012:125).

*”I all bruk av RO – både som uformell og som formell hjelpemetode- er det en forutsetning at det dreier seg om en respektfull og kontaktsøkende arbeidsform”* (Heap 2012:131).

Det er to ting som er viktig og understreke med realitetsorientering. Det ene er at man kun skal bruke denne måten å kommunisere på til eldre som har tegn på problemer med hukommelse og orientering. Det andre er at man skal ved bruk av realitetsorientering utvide og berike kontaktforholdet mellom de eldre og omsorgsarbeiderne (Heap 2012).

#### **4.3.4 Reminisens**

Mennesker flest formelig elsker å snakke om sin fortid. Denne tendensen synes å øke med alderen. Dette gjenspeiler blant annet den økte erfaringsmengden vi skaffer oss i årenes løp. Innen vi er blitt gamle, er dette blitt en ganske påtagelig del både av vår tankevirksomhet og av våre samtaler (Heap 2012:141).

Et annet ord vi kan bruke om reminisens er minneaktivitet. Ved bruk av reminisens gjenkaller og formidler vi minner (Heap 2012).

Alle mennesker kommuniserer om minner. Det er en selvfølgelig del av det å være et levende menneske. Reminisens er en aktiv og systematisert måte å formidle og

utveksle erindringer, tidligere erfaringer og opplevelser i livet på (Solheim 2009:254).

Forståelsen av erindringens betydning og funksjon bør gjøre det mulig for oss å betrakte reminisens som et høyt prioritert mentalhygienisk arbeid fra eldre menneskers side, og noe som i høyeste grad må tas på alvor (Heap 2012:163).

Tilnærminger basert på minneaktivitet benytter også tidligere erfaringer som utgangspunkt for kontakt. Dette kan være personlige erfaringer eller felleseie av minner fra gamle dager (Ingebretsen 2005:15).

Gjennom reminisens kan de eldre holde fast i deres egen definisjon av hvem de er som individer; uansett hvor de har blitt plassert, og uansett hvem som setter dagsorden for hverdagen deres. Gjenkallelse og formidling av tilbakelagte opplevelser er ikke et planløst snakk for å slå tiden i hjel. Erindring er en tjenlig og nødvendig aktivitet. Den representerer en skanse, et forsvar mot angrep på egen identitet, på et tidspunkt og ved en terskel i livet der opplevelser av egen identitet, egenverd og selvstyring er alvorlig truet (Heap 2012:155).

#### **4.3.5 Alternativ Supplerende Kommunikasjon (ASK)**

ASK er vanligvis en kombinert bruk av ansiktsuttrykk, kroppsspråk, gester, lyder, grafiske symboler, manuelle tegn, elektroniske talemaskiner, kommunikasjonstavler/bøker, tilgjengelig teknologi og spesielle ASK-teknikker og strategier som brukes for å støtte kommunikasjonen (Blackstone og Berg 2006:12).

Hvordan man kan skape et godt språkmiljø og hvilke ferdigheter kommunikasjonspartnerne bør ha for hver og enkelt menneske er hva arbeidet med ASK innebærer. Behovet for kommunikasjonsformene blant mennesker er forskjellige. For eksempel så kan noen ha nytte av kommunikasjonsformer som erstatter talen helt og noen

kan ha en eksisterende tale som kan være utydelig, svak eller forsinket og trenger en kommunikasjonsform som er støttende i forhold til dette (ISAAC 2010)

Behovet for å ha alternativ og/eller supplerende kommunikasjon er for Barn, unge og voksne som helt eller delvis mangler tale er viktig. Alternativ kommunikasjon er når man har behov for en kommunikasjonsform som erstatter talen helt. Om man har utydelig tale eller svak tale kan man ha behov for en kommunikasjonsform som kan støtte den eksisterende talen. Dette er supplerende kommunikasjon. ASK brukes ofte som forkortelsen til alternativ og supplerende kommunikasjon. Fotografi, konkrete, håndtegn eller grafiske symboler er eksempler på bruk av ASK. For at personen skal bli forstått og forstå kan det være hensiktsmessig i noen tilfeller å ta i bruk hjelpemidler. For eksempel talemaskiner, tematavler og kommunikasjon (ISAAC 2010).

## 5.0 Drøfting

Det er gjennom drøfting du skal vise hva du har lært av prosjektet ditt, og hvordan denne kunnskapen henger sammen med det som allerede eksisterer av kunnskap på området (Dalland 2010:122).

I dette kapitlet skal jeg drøfte problemstillingen i forhold til hva litteraturen sier, og forskjellige sider av teorien, samt trekke inne egne erfaringer.

### ***5.1 God kommunikasjon og løsninger for god kommunikasjon***

Funn fra teorien viser at på nettsidene til nasjonalforeningen for folkehelsen står det om ni gode råd for kommunikasjon (Kiil 2012). Her kommer det frem at man i møte med mennesker med demens skal stå nær og ansikt til ansikt med personen man snakker med og ofte bruke navnet og ta på personen man snakker med. Dette er det flere teorier som støtter opp om. Funn viser at dette er viktige metoder når man kommuniserer med mennesker med demens. Rokstad Mork Mfl. (1996) sier at for å kommunisere godt må man gjøre seg tilgjengelig for pasienten. Videre sier Heap (2012) at berøring er viktig og berøring kan skape et ansikt som kan gjøre budskapet sterkere om dette kommer av ekte medfølelse. Av erfaring har jeg sett viktigheten av nettopp dette. Jeg har i praksis sett ansatte har stått og tatt oppvasken og samtidig prøvd og hatt samtale med pasientene som sitter et stykke unna i en sofagruppe. Det som ofte går igjen her er at pasientene ikke får med seg de som blir sagt, og de kan bli urolige fordi de kanskje har missforstått hva den ansatte har sagt. På den andre siden har jeg også sett ansatte som inkluderer noen pasienter til å dekke av bordet og hjelpe til med oppvasken, samtidig hvor man fører en samtale. Dette fungerer i veldig mange tilfeller veldig bra. Pasienten føler seg inkludert i dagligdagse gjøremål samtidig som han kan være delaktig i en samtale.

Solheim (2009) sier at demensrammede ofte oppfatter mer av kroppsspråket vi uttrykker enn ord som blir sagt. Videre sier Heap (2012) at man må huske på at kommunikasjonen er mer enn ord og at noen viktige budskap kan handle mer om opplevelser og mindre informasjon og tanker. Jeg mener at på denne måten så kan noen pasienter føle trygghet i forhold til å bli inkludert og ha en samtale mens dagligdagse gjøremål blir utført. Dette er på den andre siden ikke noe som passer for alle pasientgrupper. Det er forskjellige grader av demens også på en dementavdeling. Her kommer viktigheten av god kommunikasjon inn. Man må se helheten av pasienten man kommuniserer med.

Når det kommer til hvordan fagpersoner kan tilrettelegge for god kommunikasjon må man også vite hva utfordringene i forhold til kommunikasjon og eldre mennesker med demens er. Det er også viktig at man har kunnskap om selve demenssykdommen. Hjort (2010) sier at det er to stemmer vi må lytte til i kommunikasjon med eldre, den ene er stemmen til personen og den andre stemmen til sykdommen. Det er viktig at fagpersonene lytter når pasientene snakker. *"Det er særlig viktig å være oppmerksom på den eldres bevegelser inn og ut av en relativ klarhet"* (Heap 2012:124).

Hjort (2010) sier at man må skape en positiv relasjon, og da må man tenke over ordvalg og bruke kroppsspråket. Man må kunne vise at man kun har denne ene personen i tankene akkurat nå.

Videre på nettsidene for nasjonalforeningen til folkehelsen om de 9 gode rådene for kommunikasjon (Kiil 2012) står det at det er viktig at man i samtaler med demente snakker tydelig og sakte, at man bruker klare, enkle og korte setninger og ord, at man istedenfor spørsmål bruker bekræftende setninger og at man gir et budskap om gangen. Jeg mener at om man gjør dette i alle situasjoner i arbeid med eldre med demens, kan dette gjøre at mange av de demente føler seg både sett og hørt. Det kan også føre til at de finner en ro, som de ikke har, om kommunikasjonen er preget av eventuelt stress og spørsmål de ikke vet hvordan de kan svare på.

Teorien sier at,

Kommunikasjon er grunnlaget i all samhandling med andre mennesker.

Kommunikasjon er formidling. Kommunikasjon er en prosess hvor det stadig skjer



en gjensidig formidling av både bevisste og ubevisste budskap mellom sender og mottaker. Kommunikasjon er således en komplisert prosess som vi aldri blir flinke nok til å utføre. Men det å være bevisst på at jeg ubevisst påvirker andre i positiv eller negativ retning, er en god begynnelse (Solheim 2009:169).

Det er viktig at når man arbeider med mennesker med demens så kan det være lurt å være bevisst på hvordan man kommuniserer med pasientene. Funn i teorien viser at det er forskjellige kommunikasjonsmetoder som kan være gode å bruke i kommunikasjon med aldersdemente. Solheim (2009) nevner validering som kan være en god kommunikasjonsmetode i forhold til demensrammede. Validering i forhold til aldersdemente går ut på å gyldiggjøre følelser. Med valideringen er det ikke viktig at pasienten hentes tilbake til nåtid. Det er viktig for mange pasienter å ha gode opplevelser når det kommer til kommunikasjon. Jeg tror at om man opplever å bli sett og hørt kan dette føre til en større grad av trivsel enn om det hadde vært motsatt.

Det kommer fram fra teorien, at for mennesker som er langt inne i en demensprosess er det å ha en opplevelse av å bli møtt med følelser og i sine følelser uvurderlig. Heap (2012). Psykolog P.E. Solem (1998) sier at når man bruker validering i kommunikasjon med aldersdemente, vil det gå ut på akseptere og respektere pasienten, både følelsene og virkelighetsoppfatningene. Feiloppfatninger pasienten kan ha skal ikke bli bekrefte eller avkreftes (Solheim 2009).

En annen metode man kan bruke når man kommuniserer med aldersdemente er realtitesorientering. En av forskjellene fra validering til realtitesorientering er at man med realtitesorientering skal få pasienten tilbake til nåtid. Som nevnt i teoridelen sier Solheim (2009) at målet med realtitesorientering er at pasienten skal huske mest mulig på forskjellige måter. Det er ikke viktig at vi skal vite hvor mye pasienten husker til hver en tid, men vi skal bidra til at han husker mest mulig. Dette kan gå på at pasienten skal være orientert om egen person, sosiale forhold og tid (Solheim 2009). Det kan helt sikkert være tilfeller hvor realtitesorientering ikke passer å bruke som kommunikasjonsmetode. Jeg har i praksis sett pasienter som kan bli mer forvirret og urolige når noen har informert de om hvor de er og hvilket år det er. Jeg mener det ikke er nødvendig. *”En konfronterende og direkte orienterende tilnærming vil i mange tilfeller resultere i mer uro og uttrykkighet”* (Engedal og Haugen 2004:290). Det kan derfor være lurt å tenke over hvordan man legger

frem det man sier, og hvor nødvendig det er i forskjellige situasjoner. *”Noen ganger er det riktig å orientere, andre ganger å avlede”* (Engedal og Haugen 2004:290).

Funn fra teorien viser at

Gjennom reminisens kan de eldre holde fast i deres egen definisjon av hvem de er som individer; uansett hvor de har blitt plassert, og uansett hvem som setter dagsorden for hverdagen deres (Heap 2012:155).

Solheim (2009) sier at å kommunisere gjennom minner er en del av det å være et menneske. Det er noe alle mennesker gjør. Videre sier Ingebretsen (2005) at reminisens kan være en måte å få kontakt på, man tilnærmer seg basert på minneaktivitet. Her kan det også være viktig å tenke igjennom hvilke minner man er ute etter på kommunisere om. Det kan være noen som har vonde minner, og som kan eventuelt gjøre en situasjon verre enn den i utgangspunktet var. Engedal og Haugen (2004) sier på den andre siden at en av de viktigste oppgavene er å hjelpe og lytte til pasienten. *”Når en får uttrykt eller satt ord på det som plager en, gir det mulighet til å dele bekymring og frustrasjon med andre”* (Engedal og Haugen 2004:294).

Mine erfaringer fra å kommunisere med aldersdemente går på det å være positiv, hyggelig og høflig. Man kan i mange tilfeller komme langt med et smil og et vennlig toneleie. Jeg mener det kan være viktig for pasientene slik at de kan oppleve trygghet og vite at de er velkomne der de er. I noen tilfeller har jeg erfart at pasienter har sagt de tror de uønsket og i vegen. De kan kanskje ha tanker om at de må komme seg hjem, fordi de tror selv at de opptar en plass og at de ikke er ønsket. Det er derfor viktig å få de til å føle at de er i trygge omgivelser, samtidig som det er ønsket at de skal være nettopp her. Funn fra teorien ser vi at det er viktig å ivareta den Eldres integritet. Ingebretsen (2005) sier at man må legge vekt på at kommunikasjonen og meningsfull kontakt blir styrket og opprettholdt.

Jeg har i praksisperiodene møtt mange forskjellige typer mennesker. Like forskjellige som menneskene har også kommunikasjonen vist seg å være. Selv om jeg i de to sykehjemspraksisene har kommunisert med mange eldre som er demente, har kommunikasjonen og tilnærmingen min variert fra person til person.

Rokstad og Smebye (2008) sier at vi som fagpersoner møter mennesker i ulike livssituasjoner, roller og posisjoner og at vi må kunne kommunisere med dem alle. Vi må forstå, trøste og forklare, samt kunne gi og ta imot informasjon. Vi møter pårørende, aktører i de forskjellige helsetilbudene og andre kollegaer som vi skal kommunisere med. *”Kommunikasjon er en grunndimensjon i alt menneskeliv og i alt helsearbeid, og det å bli bedre til å kommunisere er en sentral utfordring for god kvalitet i tjenestene våre”* (Rokstad og Smebye 2008:88).

Jeg mener det er viktig å kommunisere på en god måte med mennesker med demens. Dette gjelder både de som har et verbalt språk og de som bruker ikke-verbal kommunikasjon. Jeg har erfart at i arbeid med mennesker med demens, så det kan det fort bli forskjellige misforståelser på grunn av at noen kan ha problemer med å forstå budskapet. Det som kan ha vært ment godt fra en pleier, kan ha blitt tolket annerledes av en person med demens, rett og slett fordi pasienten kanskje ikke har forstått hva pleieren mente. Dette kommer også kommer frem fra teoridelen, hvor Ingebretsen (2005) skriver at en demensrammet ofte har lett for både å bli misforstått og misoppfatte andre. Fra en episode på en demensavdeling opplevde jeg en episode som kan forsterke dette. Vi satt og spiste middag, de fleste var ferdige, men det var ei eldre dame som ofte brukte litt lenger tid enn de andre. Et personale sa til denne pasienten at hun måtte bare sitte og spise middagen sin, og ikke bry seg om at de andre gikk for å hvile. Det kan virke som pasienten oppfattet dette feil og pasienten svarte til pleieren at klart hun brydde seg om de andre pasientene. Her kan det da virke som at pasienten trodde pleieren mente at hun (pasienten) ikke brydde seg om de andre pasientene. Jeg oppfattet dette som at pasient ble fornærmet og hun ville ikke sitte der å spise middagen sin. Om pasienten følte det på denne måte kan ikke dette ha vært en god følelse for henne. Jeg synes det virket som det var slik pasienten oppfattet det. *”Når kommunikasjonen blir uklar, øker risikoen for misforståelser, utrygghet, angst og mistenksomhet”* (Rokstad og Smebye 2008:90).

Selv om det ikke var ment slik fra pleieren sin side, så ble det fra pasienten sin side en episode som ikke var spesielt hyggelig. Derfor er det veldig viktig at man kommuniserer på en måte som er så klar og tydelig, at det skal være vanskelig å bli misforstått. *”Det er et mål å kommunisere troverdig og entydig”* (Rokstad og Smebye 2008:90).

Funn fra teoridelen viser at mennesker med demens kan ha vanskeligheter med å finne ord og vanskeligheter med å uttrykke seg. (Heap 2012) sier at man må huske at kommunikasjonen er mer enn bare ord og at det er viktig for mennesker som er langt inne i en demensprosess å bli møtt med følelser. Ingebretsen (2005) sier at det kan føre til nederlagsfølelse når man har problemer med å uttrykke hva man står for og hvem man er. Funn i teoridelen viser at mange teorier er enige om hvordan det er viktig å kommunisere med de med demens. Det kommer frem at det er viktig med ro og forutsigbarhet. Dette er blant annet viktig fordi at den som er rammet av demens er i en sårbar situasjon. Engedal og Haugen (2004) sier at når man skal unngå uro og usikkerhet er det viktig at personalet hele tiden orientere pasienten om hva som skal skje. Det kan i tillegg være lurt at orienteringen forsterkes ved å vise tegn. For eksempel ved et morgenstell kan det være lurt å hele tiden si hva som skal gjøres og hva pasienten selv kan være med å gjøre. Det kan skape en trygghet hos pasienten når han for eksempel vet hva personalet skal gjøre med vaskefatet og kluten. I slike tilfeller som ovenfor kan man ta i bruk symboler og bilder som støtte i kommunikasjonen. Her kan alternativ supplerende kommunikasjon være et godt hjelpemiddel. Funn i teoridelen viser at for at en person skal forstå kan det være hensiktsmessig å ta i bruk hjelpemidler, arbeidet med alternativ supplerende kommunikasjon går ut på hvordan man kan skape et godt språkmiljø. (ISAAC 2010).

Jeg har kjent veldig på det å ha utfordringer når det kommer til å kommunisere med mennesker med demens. Jeg mener det ofte kan bli slik at man må trå litt varsomt og tenkte over hva og hvordan man skal formulere seg. Rokstad og Smebye (2008) sier at dypt inne i oss ligger behovet for å kommunisere. Selv om språket kan ha forandret seg og ikke lenger er like presist og effektivt tyder ingenting på at behovet for kommunikasjon blir mindre under demensutviklingen. Derfor er det viktig at vi som kommuniserer med mennesker med demens kan finne gode måter å kommunisere på. Funn fra teorien viser at det kan for mange demensrammede være vanskelig å uttrykke seg (Ingebretsen 2005).

Snyder (2006) sier at de fleste med demens nevner kommunikasjon og samspill som viktig, det å tilhøre noen, være sammen med noen, føle seg stimulert og respektert (Rokstad og Smebye (2008)). Samtidig har jeg ofte sett og erfart på demensavdeling at fellesskapet på avdelingen ofte kan føre til forvirring. Da spesielt litt sent på kvelden og om det er lite personale til stede. Da kan pasientene begynne å spørre hverandre om når de skal dra, hvor de skal sove og hvor for eksempel barna deres er. ”Personer med demens

*blir mer og mer avhengig av det miljøet de befinner seg i etter hvert som sykdommen utvikler seg*”(Engedal og Haugen 2004:285). Derfor kan det være en utfordring når bemanningen på noen sykehjem iblant kan være mangelfull. Da tenker jeg spesielt på situasjoner som jeg har nevnt ovenfor.

Jeg mener det også er viktig å kjenne bakgrunnshistorien til pasientene man er i samhandling med. Jeg har ofte erfart at det er en del pasienter som ikke har pårørende eller nære kontakter, som det da er vanskelig å ha en historie til. På grunn av dette kan det ofte bli vanskeligere å føre en samtale, enn med for eksempel en pasient som har en bok om seg selv, med for eksempel bilder og informasjon. Det blir lettere å ta opp tema du vet pasienten interesserer seg for og som er lett å prate om.

I samvær og kommunikasjon med personer med demens er det som oftest personalet som må gi mest. Dersom en ikke kjenner personens bakgrunn, er det vanskelig å holde samtalen i gang og forstå hva den gamle ønsker og mener. Når en kjenner bakgrunnen vil personen fremstå med sine spesielle interesser og væremåte, ikke som et hukommelsessvekket individ (Engedal og Haugen 2004:292).

På den andre siden så mener jeg at man lett kan klare å sette i gang en samtale med pasienter man ikke har noen særlig historie om eller vet lite om bakgrunnen til. Dette kan jeg si på bakgrunn av at jeg har erfart det selv. Dette kan jo også være individuelt, men som regel vet mange en del om ”gamle dager”. På avdelingen jeg var på skulle vi få inn en ny pasient, som hadde bodd hjemme i huset sitt i alle år. Hun hadde mistet mannen sin for over 15 år siden og de var uten barn. Det eneste nære familiemedlemmet hun hadde var en søster, men hun bodde langt unna, og hadde dårlig helse. Ingen visste egentlig noe om denne pasienten, utenom journalen hennes og den korte historikken om familien.

Hun var en litt stille og beskjeden person, så det var ikke alltid lett å kommunisere med henne. Men en ettermiddag satt jeg med ned med henne for å spille lotto. På avdelingen hadde de lotto med bilder av ting fra gamle dager. Dette var alt fra bilder av rasjoneringskort og gammelt strykejern, til bilde av en gammel avis. Når hun så bilde av disse forskjellige tingene hadde hun nesten en historie å fortelle til hvert kort som ble trukket opp fra bunken. Dette førte til at man kunne få informasjon om denne pasienten,

som man kunne også bruke i samtaler med henne senere. Her har man et godt eksempel på god bruk og gode resultater av bruken av reminisens. Solheim (2009) sier at ved bruk av reminisens bruker man tidligere erfaringer og opplevelser for å kommunisere. Videre sier Heap (2012) uansett hvor de eldre er og hvem som styrer hverdagen deres så kan de ved hjelp av reminisens holde fast av hvem de er som mennesker.

## 6.0 Avslutning

### 6.1 Oppsummering

Jeg vil nå oppsummere hovedpunktene i drøftingen.

Det er ganske stor enighet om at det er viktig å tilrettelegge for god kommunikasjon. Solheim (2009) sier at kommunikasjon både er formidling og grunnlaget for all samhandling med andre mennesker. Videre sier Solheim (2009) at i forhold til demensrammede så kan validering være en god måte å kommunisere på.

Heap (2012) sier at kommunikasjon er mer enn bare ord og at det å bli møtt med følelser er viktig for mennesker som er demensrammet. Videre mener Heap (2012) at berøring er viktig og berøring kan skape et ansikt som kan gjøre budskapet sterkere om dette kommer av ekte medfølelse.

Hjort (2010) sier at det er to stemmer vi må lytte til i kommunikasjon med eldre, den ene er stemmen til personen og den andre stemmen til sykdommen. Det er viktig at relasjonen man skaper er positiv, og man må huske på å bruke kroppsspråket og tenke over valg av ord. Hjort (2010) mener også at man må kunne vise den personen man kommuniserer med, at det er kun denne ene personen man har i tankene akkurat nå.

Rokstad og Smebye (2008) sier at vi som fagpersoner må kunne kommunisere med mennesker vi møter i ulike situasjoner. Vi må kunne forklare, ta imot og gi informasjon, trøste og forstå. Grunndimensjonen i alt helsearbeid og i alt menneske liv er kommunikasjon. Rokstad og Smebye (2008) mener også at det er viktig at måten man kommuniserer på er entydig og troverdig og at man øker risikoen for misforståelser, angst og utrygghet når kommunikasjonen blir uklar.

## 6.2 Konklusjon

Problemstillingen min var som følger: *Hvordan og på hvilken måte kan man tilrettelegge for god kommunikasjon for eldre mennesker med demens.*

Etter en del drøfting fra forskjellige teorier er det flere måter man kan kommunisere med mennesker som er rammet av demens på. Det kommer frem fra drøftingen at om kommunikasjonen skal være til beste for demensrammede er det viktig at man er møter den som er rammet av demens på sitt nivå. Det er viktig at man er tydelig i språket, både det verbale og med kroppsspråket. Jeg vil spesielt dra frem Heap (2012) som skriver at det er viktig å huske at kommunikasjon er mer enn ord og at mennesker som er langt inne i en demensprosess har behov for å genuint bli møtt med følelser.

For at en kommunikasjon skal bli god for mennesker med demens mener jeg det er viktig at man alltid burde vurdere hver og enkel pasient. Alle pasienter er forskjellige og de behovene kan variere. Det er viktig at man alltid møter mennesker med demens med respekt og verdighet. Engedal og Hugen (2004) skriver at det er personalet som må gi mest i samvær og kommunikasjon med demensrammede. Det kommer frem fra drøftingen at for å unngå uro og usikkerhet er det viktig at personalet orienterer pasienten hva som skal skje.

Konklusjonen på problemstillingen min blir at man kan ved bruk av forskjellige kommunikasjonsmetoder sørge for at man kan ha en god kommunikasjon med demensrammede. Jeg vil spesielt trekke frem validering som en god kommunikasjonsmetode. Solheim (2009) skriver at validering i forhold til aldersdemente, så skal følelsene til personen gyldiggjøres og målet med denne metoden er at pasienten skal føle trygghet på den måten at vi aksepterer og respekterer følelsene og opplevelsene til den demensrammede. Heap (2012) sier at betydningen av verdsetting og ubetinget aksept av den demensrammede blir understreket ved bruk av validering.



### **6.3 Refleksjon**

Etter 3 år her på vernepleieren i Molde, har jeg fått mye praktisk erfaring å ta med videre. I løpet av alle praksisperiodene har jeg sett på dette som kommunikasjon veldig viktig. Jeg mener at kommunikasjon er viktig i arbeid med alle typer mennesker. Jeg tror at uten kommunikasjon kan man ikke hjelpe mennesker på en god måte.

Som jeg sier en del om i oppgaven er det mange måter å kommunisere på. Vi har både verbal kommunikasjon og ikke-verbal kommunikasjon, og under disse har vi igjen flere undergrupper. Dette er noe jeg har fått reflektert over i løpet av disse tre årene. Som fremtidig vernepleier er det viktig at jeg kan bringe inn kunnskap og øke bevisstheten om nettopp god bruk av kommunikasjon i fagfeltet.

I arbeidet med denne oppgaven har jeg fått mer kunnskap om kommunikasjon. Jeg har også måtte ha tenkt tilbake på måter jeg har kommunisert på i tidligere praksiser. Jeg har en del loggbøker og notater fra alle praksisperiodene, og jeg kan se at jeg har blitt tryggere og fått mer kunnskap og erfaring i løpet av tre år her på vernepleierutdanningen. Jeg har også sett viktigheten av god kommunikasjon i forhold til de mange typer mennesker som jeg kommer i kontakt med som vernepleier. Jeg skal kommunisere med brukere, pårørende og eventuelle samarbeidspartnere.

Det å lytte og vise medfølelse mener jeg er viktig i arbeid med mennesker. Man skal være med på å skape gode relasjoner. Hvorfor jeg synes dette er viktig kan også henge sammen med at jeg i løpet av praksisperiodene har vært vitne til en del situasjoner hvor jeg synes personalet har behandlet noen pasienter og brukere på en måte jeg synes ikke er bra. Dette går veldig mye på hvordan kommunikasjonen blir utøvd. Jeg har sett hva god kommunikasjon kan gjøre med et menneske og jeg har på den andre siden sett hva kommunikasjon kan føre til om den ikke blir gjennomført i forhold til hva jeg legger i god kommunikasjon. Jeg vet i alle fall at jeg skal fortsette å ha et stort fokus på dette med god kommunikasjon i fremtiden også.

I følge St.meld. nr 47 (2008/2009) vil antallet av eldre som får demens vil bli flere. Det vil frem til 2050 fordobles av antall eldre over 67 år. I Norge i 2005 var det ca 66 000 personer med demens. Årlig antas det at om lag 10 000 personer rammes av demens og dette antallet vil dobles frem til 2035. Dette har fått meg til å tenke på at i fremtiden vil det mest sannsynlig også være innvandrere representert i denne gruppen. På grunn av kulturforskjeller kan dette bli en utfordring for Helse-Norge. Jeg tror vi trenger mer kunnskap om dette temaet i fremtiden. På bakgrunn av dette blir spørsmålet: Hvordan kan man legge tilrette for god kommunikasjon med innvandrere med demens?

## 7.0 Litteraturliste:

Dalland Olav, ”*Metode og oppgaveskriving for studenter*” (2007). Gyldendal Norsk Forlag AS

Eide Hilde og Eide Tom ”*Kommunikasjon i relasjoner*” (2008). Gyldendal Norsk Forlag AS.

Engedal Knut og Haugen Per Kristian ”*Lærebok demens fakta og utfordringer*” (2004). Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens.

Eknes Jarle ”*Utviklingshemming og psykisk helse*” (2001). Forfatterne og universitetsforlaget

Hallvik Jørgen, ”*Livskvalitet blant eldre mennesker med epilepsi*” (2009). Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring. NOVA Notat 8/2009.

Heap Ken, ”*Samtalen i eldreomsorgen*” (2012). Kommuneforlaget AS

Hjort Peter F. ”*Alderdom Helse, omsorg og kultur*” (2010). Universitetsforlaget

Ingebretsen Reidun ”*Kommunikasjon ved demens- en arena for samarbeid*” (2005). Norsk institutt for forskning, velferd og aldring NOVA Rapport.

Rokstad Mork Anne Marie ”*Bedre hverdag for personer med demens, utviklingsprogram for miljøbehandling, Demensplan 2015*” (2012). Forlaget aldring og helse.

Rokstad Mork Anne Marie, Horn Betty L., Skarstein Siv og Stendal Linda H. ”*Aldersdemens Kommunikasjon på kollisjonskurs*” (1996). INFO-Banken.

Rokstad Mork Anne Marie og Smebye Lislud Kari (2008) ”*Personer med demens Møte og samhandling*”. Akribe AS

Solheim Kirsti ”*Demensguide Holdninger og handlinger i demensomsorgen*” (2009).  
Universitetsforlaget

St.mld.nr.47 *Samhandlingsreformen, Rett behandling – på rett sted – til rett tid*  
(2008/2009). Det Kongelige Helse- og Omsorgsdepartement

Vatne Solfrid, ”*Pasienten først*” (1998). Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS

Wogn-Henriksen Kjersti ”*Siden blir det verre...?*” *Nærbilder av mennesker med  
aldersdemens* (1997). INFO-banken

### **Internettkilder:**

Blackstone Sarah W. og Berg Mary Hunt ”*Social Networks, en kommunikasjonsoversikt  
for mennesker med store kommunikasjonsvansker og deres kommunikasjonspartnere*”  
(2006). Trøndelag kompetansesenter. Tilgjengelig fra URL:  
<http://www.acm5.com/kompendier/Social%20Networks%20Manual.pdf> [Sist nedlastet  
28.05.13].

ISAAC Norge ”*Hva er ASK?*” (2010). International Society For Augmentative And  
Alternative Communication. Tilgjengelig fra URL: <http://www.isaac.no/hva-er-ask/> [Sist  
nedlastet 27.05.13].

Kiil Randi ”*Hva er demens?*” (2013). Nasjonalforeningen for folkehelsen. Tilgjengelig fra  
URL: [http://www.nasjonalforeningen.no/no/Demensliv/Om\\_demens/](http://www.nasjonalforeningen.no/no/Demensliv/Om_demens/) [Sist nedlastet  
21.05.13].

Kiil Randi ”*Ni gode råd for kommunikasjon*” (2012). Nasjonalforeningen for folkehelsen.  
Tilgjengelig fra URL:  
[http://www.nasjonalforeningen.no/Ni+gode+r%C3%A5d+for+kommunikasjon.b7C\\_wJbS  
4F.ips](http://www.nasjonalforeningen.no/Ni+gode+r%C3%A5d+for+kommunikasjon.b7C_wJbS4F.ips) [Sist nedlastet 21.05.13].

Wogn-Henriksen Kjersti "*Du må... Skape deg et liv*" (2012). Tilgjengelig fra URL:  
<http://www.demensperspektiv.net/wp-content/uploads/2012/12/Wogn-Henriksen-Du-m%C3%A5-skape-deg-et-liv.pdf> [Sist nedlastet 21.05.13].