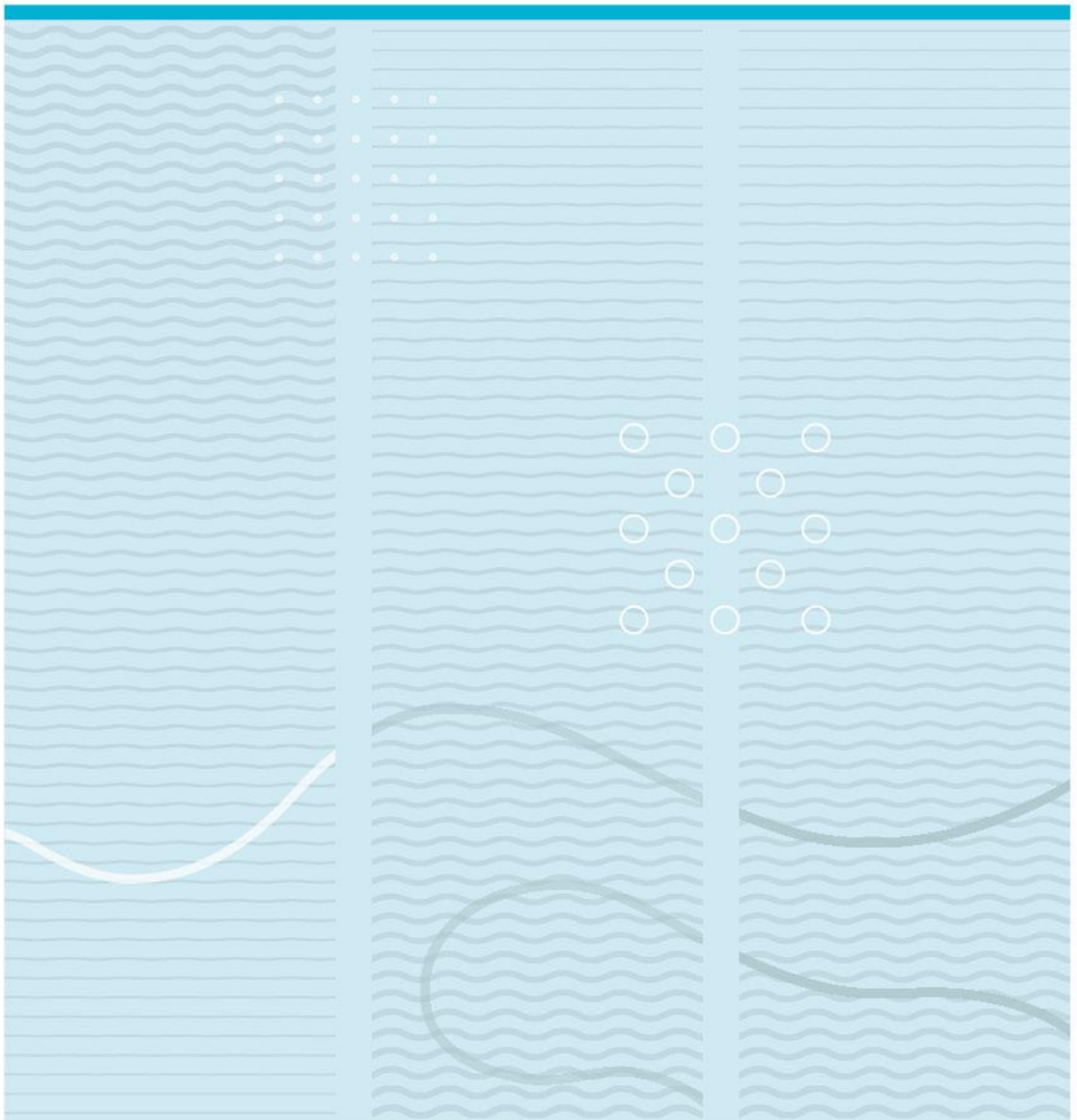


Kristine Meder Gjertsen

Kommunikasjon med eldre pasienter med demens: utfordringer i kommunal hjemmetjeneste

-Erfaringer fra et helsepersonell perspektiv



Universitetet i Sørøst-Norge
Fakultet for Helse- og Sosialvitenskap
Institutt for Sykepleie- og Helsevitenskap
Postboks 235
3603 Kongsberg

<http://www.usn.no>

© 20xx Forfatternavn

Denne avhandlingen representerer xx studiepoeng

Sammendrag

Denne studien bygger på intervjuer med tre ulike grupper helsepersonell som har nær kontakt med eldre personer diagnostisert med demens. De tre gruppene som inkluderes i studien er assistenter, helsefagarbeidere og sykepleiere. Målet med studien var å undersøke og beskrive erfaringene til disse gruppene når det gjelder kommunikasjon med eldre pasienter med demens innenfor rammen av kommunal hjemmetjeneste.

Problemstilling: «Hvordan opplever helsepersonell i kommunal hjemmetjeneste kommunikasjon med eldre pasienter med demens?».

Mål og hensikt: Målet med studien er å beskrive ulike sider av hvordan helsepersonell i hjemmetjenesten opplever kommunikasjon med eldre personer med demens. Hensikten er å utvikle kunnskap som styrker hjemmetjenestens fokus på kommunikasjon, som dermed bidrar til at ansatte gir eldre med demens best mulig pleie og omsorg i eget hjem.

Metode: Det anvendes en kvalitativ forskningsmetode hvor empirien er samlet inn gjennom fokusgruppeintervjuer. I analyseprosessen er Malteruds fire stegs analyseprosess benyttet.

Resultater: Resultatene viser at de tre gruppene helsepersonell har ulik mestring og opplevelse av kommunikasjon med eldre pasienter med demens. Assistentene rapporterte at de følte seg usikre og manglet tilstrekkelig opplæring og kompetanse når det gjaldt diagnosen demens. Dette hadde konsekvenser for deres kommunikasjon med pasientgruppen, og de måtte lære av sine egne erfaringer. Sykepleierne på sin side uttrykte at de hadde kunnskap om ulike metoder som var viktige i kommunikasjonen med eldre pasienter med demens, men at tidspress og høy arbeidsbelastning hindret dem i å anvende disse metodene i tilstrekkelig grad. Helsefagarbeiderne opplevde mye av det samme som sykepleierne, men nevnte ikke de samme utfordringene knyttet til tid. Alle gruppene var enige i at fokus på kommunikasjon som ferdighet kunne bli bedre innad i virksomheten.

Konklusjon: De tre gruppene som ble intervjuet opplever varierende utfordringer knyttet til kommunikasjon med eldre pasienter med demens. Det er et ønske om å ha økt fokus på kommunikasjon som en ferdighet for å styrke den enkeltes kompetanse. For å sikre at kommunikasjonen fungerer godt er det viktig å tilby tilstrekkelig opplæring og kompetanse, spesielt for ufaglærte assistenter som kan ha begrenset kunnskap om demens. Sykepleierne opplever tidspress og økt arbeidsmengde som den største utfordringen når det gjelder å anvende sin eksisterende kunnskap. Dette resulterer i at eldre pasienter med demens ofte blir nedprioritert. Kunnskapen som er blitt avdekket i studien, er viktig og kan på ulike måter bidra til å styrke fokuset på kommunikasjon med eldre pasienter med demens innenfor hjemmetjenesten. Dette kan føre til bedre pleie og omsorg for denne pasientgruppen i sitt eget hjem.

Nøkkelord: Demens, kommunikasjon, helsepersonellperspektiv, hjemmetjeneste

Abstract

This study is based on interviews with three distinct groups of healthcare personnel who have close interactions with elderly individuals diagnosed with dementia. The three groups included in this study are assistants, healthcare assistants, and nurses. The aim of the study was to investigate and describe the experiences of these groups in terms of communication with elderly patients with dementia within the context of municipal home care services.

Research question: "How do healthcare personnel in community-based home care services experience communication with elderly patients with dementia?"

Aim and purpose: The aim of the study is to describe various aspects of how healthcare personnel in home care services experience communication with elderly persons with dementia. The purpose is to develop knowledge that strengthens the home care service's focus on communication, thereby contributing to employees providing elderly patients with dementia with the best possible care and support in their own homes.

Method: The study has a qualitative research method where the empirical data is collected through focus group interviews. Inductive analysis was used in the analytical process, and Malterud's four-step analytical process was employed.

Results: The results indicate that the three groups of healthcare professionals have different levels of proficiency and experience when it comes to communication with older patients with dementia. The assistants reported feeling uncertain and lacking sufficient training and expertise in relation to the diagnosis of dementia. This had consequences for their communication with the patient group, and they had to learn from their own experiences. The nurses, on the other hand, expressed that they had knowledge of various methods that were important in communicating with older patients with dementia, but time constraints and high workloads prevented them from adequately applying these methods. The healthcare assistants experienced many of the same challenges as the nurses, but did not mention the same challenges related to

time. All groups agreed that there could be better focus on communication as a skill within the organization.

Conclusion: The three groups of healthcare professionals interviewed reported varying challenges in communicating with elderly patients diagnosed with dementia. There is a desire to increase focus on communication as a skill to strengthen individual competence. To ensure effective communication, it is important to offer sufficient training and expertise, especially for unskilled assistants who may have limited knowledge of dementia. Nurses experience time constraints and increased workload as the biggest challenge in applying their existing knowledge, resulting in elderly patients with dementia being often deprioritized.

The knowledge uncovered in the study is significant and can contribute in various ways to strengthen the focus on communication with elderly patients with dementia within home care services. This can lead to better care and support for this patient group in their own homes.

Keywords: Dementia, communication, health personnel perspective, home care

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	4
Abstract	5-6
Innholdsfortegnelse	7-8
Dikt	9
Forord	10
1 Innledning	11-16
1.1 Bakgrunn.....	11-14
1.2 Bakgrunn for studien	14
1.3 Formål og hensikt med studien	15
1.4 Presentasjon av problemstilling.....	15
1.5 Avgrensning og begrepsavklaring	15-16
1.5.1 Avgrensning	15-16
1.5.2 Begrepsavklaring.....	16
2 Teori	17-27
2.1 Demens.....	17-19
2.2 Klinisk kommunikasjon	19-23
2.2.1 Kommunikasjonsferdigheter.....	20-21
2.2.2 Kommunikasjon med eldre med demens.....	21-23
2.3 Teoretisk perspektiv - Personsentrert omsorg	23-27
2.3.1 Tom Kitwood - Personsentrert omsorgsteori.....	23-25
2.3.2 VIPS-modellen.....	25-27
2.4 Litteratursøk	27
3 Metode	28-42
3.1 Design	28-29
3.2 Utvalg og rekruttering	29-31
3.3 Fokusgruppeintervju	31-32
3.3.1 Intervjuguide.....	33
3.4 Ethiske vurderinger	33-34
3.4.1 Bruk av egen arbeidsplass som forskningsarena.....	34-35
3.5 Analyseprosessen	35-41
3.5.1 Å transkribere.....	35-36

3.5.2	Å danne seg et helthetsinntrykk.....	36-37
3.5.3	Å finne meningsbærende enheter.....	37-38
3.5.4	Å finne koder.....	38-40
3.5.5	Å rekontekstualisere og sammenfatte.....	40-41
3.6	Forforståelse.....	41-42
4	Presentasjon av resultater.....	43-53
4.1	Betydningen av kompetanse og ledelse.....	43-45
4.1.1	Oppfatningen av faglig fokus knyttet til demens.....	43-44
4.1.2	Kommunikasjonsferdigheter.....	44-45
4.2	B) Kommunikasjonsutfordringer og muligheter.....	45-53
4.2.1	Personen med demens.....	45-47
4.2.2	Helsepersonellens ferdigheter.....	47-52
4.2.3	Kontekst.....	52-53
5	Diskusjon	54-68
5.1	Betydningen av kompetanse og ledelse.....	54-58
5.2	Kommunikasjonsutfordringer og muligheter.....	59-64
5.3	Metodediskusjon.....	64-68
6	Konklusjon og videre forskning	69-70
6.1	Konklusjon.....	69
6.2	Videre forskning.....	70
	Referanser/litteraturliste	71-78
	Oversikt over tabeller og figurer	79
	Vedlegg.....	80

Dikt

Jeg er ikke den jeg en gang var
Tankene er der men husken er ikke klar
Jeg våkner hver morgen på et fremmed sted
Nye mennesker som kommer, jeg får ikke fred

De sier jeg er hjemme, men hva vet jeg
Det de kaller hjemme, føles fremmed for meg
Jeg ser meg i speilet, et gammelt ansikt jeg ser
«Hvem er du?» sier jeg og ler

Men selv om jeg ikke er den jeg en gang var
Er jeg fortsatt et menneske med en mening som er klar
Du ser meg du engel i blått
Så tar jeg din hånd, den kjenner jeg godt

Av: Kristine Meder Gjertsen

Forord

Denne masteroppgaven er mitt siste bidrag til en spennende tid som masterstudent ved Universitet i Sørøst-Norge. Oppgaven markerer avslutningen på en utfordrende reise med lærdom, selvutvikling, oppturer og nedturer gjennom studiet Master i klinisk helsearbeid – Geriatrisk helsearbeid.

Studiet har gitt meg mye lærdom jeg kommer til å ta med meg videre på min reise som sykepleier, den er verdifull i mitt møte med geriatrien og med mennesker generelt.

Jeg vil takke alle mine flotte informanter som valgte å gi av sin tid slik at denne masteroppgaven ble en realitet. Videre vil jeg takke min gode veileder Lena G. Heyn for godt samarbeid og super veiledning helt til målstreken.

Takk til alle som har lest igjennom oppgaven underveis i prosessen og kommet med tilbakemeldinger.

Sist, men ikke minst en stor takk til mannen min, mine to sønner, mamma, pappa og svigerfamilie som har støttet meg gjennom studiet. Uten dere hadde jeg ikke klart å gjennomføre.

Porsgrunn, 09/05/2023

Kristine Meder Gjertsen

1 Innledning

I innledningen vil det bli redegjort for bakgrunn, bakgrunn for studien, formål og hensikt med studien, presentasjon av problemstilling samt avgrensning og begrepsavklaring.

1.1 Bakgrunn

I et estimat fra 2013 ble det redegjort for at om lag 80.000 personer lever med en eller annen form for demenssykdom, ved undersøkelser gjort i senere tid kom det frem i 2020 at estimatet lå på rundt 101.000 (Kvaal, 2020). Tall fra Helse- og Omsorgsdepartementets Demensplan 2025 viser til at det i 2018 var 84% av de med demenssykdom som bodde hjemme. Om lag 40% av disse mottar hjemmetjenester. Tallene er viktige i sammenheng med kommunens ansvar og oppfølging slik at helsepersonell med ansvar for eldre med demens innehar rett kompetanse. Det er estimert at det i 2040 vil være en fordobling i antall personer med demenssykdom, noe som vil bidra til å legge et stort press på omsorgstjenestene på flere plan (Helse- og Omsorgsdepartementet, 2020, s.31-32). Demensplan 2025 er en konkret plan utarbeidet av Solberg-Regjeringen som går ut på planlegging og forbedring av tjenestetilbudet til de som er rammet av demens samt deres pårørende. Planen strekker seg over 5 år og Norge er et av de første landene som kom med en slik plan. Den første demensplanen kom i 2015. Demensplanene har forskjellige satsningsområder, Demensplan 2025 har tre hovedmål:

1. Personer med demens og deres pårørende fanges opp til rett tid og sikres gode og tilpassede tjenester.
2. Personer med demens og deres pårørende sikres medbestemmelse og deltakelse i et demensvennlig samfunn, slik at de kan leve aktive og meningsfulle liv med fysisk, sosial og kulturell aktivitet som er tilpasset den enkeltes interesser, ønsker og behov.
3. Økt forskning og kunnskap om forebygging og behandling av demens. (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, s. 9).

Helsepersonellkommisjons rapport *Tid for Handling* (2023) handler om de økende utfordringene innen helse- og omsorgstjenesten i Norge. Ifølge rapporten vil det bli

vanskeligere å møte befolkningens økende forventninger og behov i fremtiden på grunn av økt press på helse- og omsorgstjenestene. Dette skyldes blant annet økt levealder og flere behandlingsformer, samt en stadig eldre befolkning. Rapporten påpeker at det vil være vanskelig å øke bemanningen i tjenesten for å møte dette presset, da det allerede er stor konkurranse om arbeidskraften og begrensede ressurser (NOU 2023:4, s. 11-15). Helsepersonellkommissjonen mener derfor at det er behov for å investere i nye teknologier og digitale løsninger for å øke produktiviteten i sektoren. Videre peker rapporten på behov for bedre organisering og oppgavedeling for å optimalisere tjenestene.

Det fremheves behov for å begrense forventningene til hva helse- og omsorgstjenesten kan tilby. Helsepersonellkommissjonen mener at det er nødvendig med en felles erkjennelse av tjenestenes realistiske omfang og kvalitet, samt at dette krever en innsats fra politikere, tilsynsmyndigheter, helseforetakene, kommunene, arbeidslivets parter, personellet, pasienter, brukere og pårørende. Rapporten beskriver at Norge har en høy dekning av helsepersonell i forhold til andre land, samt at det derfor ikke bør være en prioritet å importere helsepersonell fra utlandet for å løse utfordringene i sektoren. I stedet bør hovedprioriteten for helsepolitikkerne i årene fremover være å utvikle tiltak og investere i løsninger som gir lavest mulig personellvekst i helse- og omsorgstjenestene (NOU 2023:4, s. 11-15).

Hjemmetjeneste er et kommunalt helsetjenestetilbud som gis til hjemmeboende med behov for omsorg eller annen bistand. Behovene for pleie og omsorg kan skyldes svekket helse, sykdom, alderdom eller redusert evne til egenomsorg. Tidsperioden for pleie og omsorg avhenger av situasjonen som skaper behovet, noen har behov i lengre perioder mens andre har behov i kortere perioder. Formålet med hjemmetjenesten er at personer skal kunne leve godt hjemme på tross av behov for helsehjelp (Fjørtoft, 2016, s.17-18). Alle personer som mottar helsetjenester, har rett på tilpasset informasjon basert på ulike forutsetninger på individnivå. De ulike forutsetningene kan være alder, modenhet, erfaringer, språk og kultur. I Lov om pasient- og brukerrettigheter paragraf § 3-2 *Pasientens og brukers rett til informasjon* synliggjøres det at alle pasienter og brukere som mottar helsetjenester har krav på

informasjon for å få innsikt i egen helsetilstand samt innholdet i de tjenestene de mottar. I tillegg har pasienten og brukeren krav på informasjon om eventuelle risikoer og bivirkninger. Alle som mottar helsetjenester skal få den informasjonen som anses som nødvendig for å få nok innsikt i tjenestetilbudet som foreligger samt for å kunne ivareta egne rettigheter (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-2). Personer med demenssykdom kan ha behov for tilpasset informasjon og det er helsepersonellens lovpålagte ansvar å sørge for at mottaker har forstått innholdet av informasjonen som blir gitt (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-5).

Forskning viser at eldre med demens har et stort ønske om å bo hjemme lengst mulig, derfor er det viktig at hjemmetjenesten til enhver tid sørger for å lære opp helsepersonell i demensomsorg der kommunikasjon med pasienter med demens står i en særstilling (Polacsek et.al, 2020). I en studie utført av Hoel kommer det frem at eldre med demens tilpasset seg tjenestene de mottok fra hjemmetjenestene, men at de ikke helt forsto organiseringen av omsorgen og støtten de fikk. Dermed var de ikke i stand til å uttrykke eventuelle behov de hadde knyttet til endringer av tjenestene (Hoel et.al, 2021a). En annen studie fremhever betydningen av at helsepersonell må inneha riktig utdanning/kompetanse for å kunne kommunisere for å dekke omsorgsbehovene til eldre med demens (Kamalraj et.al, 2021). Forskning viser at helsepersonell som jobber pasientnært med eldre hjemmeboende med demens føler det var utfordrende å tilpasse tjenestene fordi både hjemmetjenesten og pasienten var kompleks (Hoel et.al, 2021b). En studie gjort av Eggenberger et.al (2013) viser at helsepersonell som mottar opplæring i kommunikasjonsferdigheter knyttet til demensomsorg, bidrar til stor forbedring av livskvalitet og trivsel hos personer med demens. Forbedring av kommunikasjonsferdigheter gir bedre kompetanse og kunnskap hos helsepersonellet som gir omsorg til personer med demens (Eggenberger et.al, 2013).

Kommunikasjon er vårt viktigste verktøy i alle deler av livet, fra vi er barn til vi blir eldre. Kommunikasjon gjør det mulig for helsepersonell å observere pasienter, iverksette tiltak samt evaluere effekten av tiltakene. Det er en måte vi kan dele tanker, følelser og verdier med omverdenen (Hagemann, 2019). Med alderen kommer det utfordringer knyttet til kommunikasjon. Kommunikasjon kan oppfattes på en annen måte, i tillegg

kan det være utfordrende å gjøre seg forstått. Utfordringer knyttet til å gjøre seg forstått kan føre til vanskeligheter knyttet til oppfattelsen av hva pasienten ønsker å formidle. Demens påvirker kommunikasjonen, spesielt knyttet til hvordan den eldre oppfatter og formidler kommunikasjon. Personen med demens kan oppfatte og formidle på en annen måte enn hva personen har gjort tidligere. I hvilken grad kommunikasjonen påvirkes avhenger av hvilken type demens den eldre har (Skovdahl & Berentsen, 2015, s. 416-417). Kursing av helsepersonell i kommunikasjon med eldre med demens er effektivt da dette øker helsepersonellens kompetanse og selvtillit i møte med eldre med demens (O'Brien et.al, 2018). Rokstad et.al (2021) hevder at helsepersonell fremmer og støtter samarbeid i beslutningsprosesser ved hjelp av ærlig og tillitsskapende kommunikasjon, dette for å sikre et selvstendig liv for mennesker med demens (Rokstad et.al, 2021).

1.2 Bakgrunn for studien

Min personlige grunn for valg av tema er en kombinasjon av opplevelser og erfaringer fra fagfeltet. Jeg er utdannet sykepleier og arbeider i kommunal hjemmetjeneste med nær pasientkontakt med eldre personer med demenssykdom. Gjennom erfaringer fra hjemmetjenesten har jeg observert at det til stadig blir leid inn assistenter på grunn av fravær blant faste ansatte i større stillinger. Dette gir for eksempel grunnlag for å stille spørsmål ved hvordan ufaglærte assistenter opplever å kommunisere med personer med demens. Det kan videre stilles spørsmål om i hvilke grad utfordringer i kommunikasjonen med personer med ulik grad av, samt ulik type demens blir tatt opp og diskutert blant ansatte i hjemmetjenesten generelt. Denne masterstudien har som mål å utvikle kunnskap om hvordan helsepersonell i kommunal hjemmetjeneste med ulik bakgrunn opplever kommunikasjon med eldre pasienter med demenssykdom. Studien vil se på hvorvidt ulik kompetanse mellom helsepersonellet gir ulike opplevelser, spesielt med tanke på faglært og ufaglært. Per i dag er det lite forskning som spesifikt omhandler denne tematikken, det er derfor kunnskapshull som jeg i denne studien ønsker å fylle.

1.3 Formål og hensikt med studien

Målet med studien er å beskrive ulike sider av hvordan helsepersonell i hjemmetjenesten opplever kommunikasjon med eldre personer med demens. Hensikten er å utvikle kunnskap som styrker hjemmetjenestes fokus på kommunikasjon, som dermed bidrar til at helsepersonell gir eldre med demens best mulig pleie og omsorg.

1.4 Presentasjon av problemstilling

«Hvordan opplever helsepersonell i kommunal hjemmetjeneste kommunikasjon med eldre pasienter med demens?»

1.5 Avgrensning og begrepsavklaring

I avsnitt 1.5 belyses hvilke avgrensninger som er foretatt i arbeidet med tema og problemstilling. Videre blir det skrevet en begrepsavklaring for begreper som går igjen i studien som ikke er selvforklarende.

1.5.1 Avgrensning

Problemstillingen er avgrenset til å omhandle helsepersonell i kommunal hjemmetjeneste, det vil si personer som anses som helsepersonell (sykepleiere, helsefagarbeidere og ufaglærte assistenter) som er i pasientnært arbeid med eldre pasienter med demens. Med eldre menes WHO sin definisjon av eldre og gamle: eldre defineres som mennesker mellom 60-74 år, gamle defineres som 75 år og eldre (Engedal, 2019). Det er helsepersonellens opplevelser som er i fokus i studien. Den aktuelle pasientgruppen er hjemmeboende eldre med demens. Siden dette er en pasientgruppe med varierende alder og type demens, er det ikke gjort nærmere avgrensninger i forhold til dette annet enn alder høyere enn 65 år.

Videre er kommunikasjon i denne studien avgrenset til å omhandle kommunikasjon mellom helsepersonell og pasient. Kommunikasjon i denne studien er avgrenset til å omhandle klinisk kommunikasjon med fokus på å kommunisere med og veilede pasienter med demens. Hjemmetjenesten er valgt som forskningsarena da

helsepersonell som arbeider her møter eldre med demens på daglig basis. Forsker selv arbeider i hjemmetjenesten og har stor interesse og forkjærlighet for denne måten å arbeide på.

1.5.2 Begrepsavklaring

Nedenfor belyses ulike begreper som blir nevnt av enten informanter eller forsker. Begrepene belyses ut ifra informasjon forsker har samlet inn fra kilder innad i hjemmetjenesten eller informasjon forsker sitter på selv. Det er brukt kilder der det er mulig å finne en kilde i form av artikkel eller annen litteratur.

Pasient/bruker: Gjennom denne studien vil eldre med demens bli omtalt som både pasienter og brukere ettersom informantene bytter litt på hva de selv omtaler denne gruppen som.

Demensliste: Demensliste er en egen arbeidsliste i den aktuelle hjemmetjenesten hvor hoveddelen av pasientene/brukerne har en demensdiagnose. Det er foretrukket at det i større grad er det samme helsepersonellet som går demenslistene (Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester, 2021).

Demensarbeidslag: Demensarbeidslaget (DAL) er et selvstyrt arbeidslag med fokus på demens. DAL består av sykepleiere og helsefagarbeidere/hjelpepleiere som sammen har møter hvor demens har stort fokus. Medlemmene i DAL arbeider for å planlegge og gjennomføre forbedringsarbeid og kvaliteten på tjenestene som gis til eldre med demens (Wig, 1999, s. 23).

Kommunikasjon: I denne masterstudien blir informantene stilt spørsmål knyttet til kommunikasjon, med kommunikasjon menes det klinisk kommunikasjon.

Kommunikasjon blir definert som utveksling av budskap mellom minst to aktører. I kommunikasjon mellom helsepersonell og pasient/bruker vil en aktør ha en kompetanse som den andre aktøren har behov for (Heyn, 2018, s. 14). Begrepet blir videre utdypet i studiens teoridel.

2 Teori

I teori avsnittet vil aktuelle begreper, relevant forskning og teoretisk rammeverk bli presentert.

2.1 Demens

Demens er en samlebetegnelse på kronisk og progressiv tilstand i hjernen som påvirker hukommelse, tenkning, kommunikasjon og atferd. Dette kan føre til betydelig funksjonsnedsettelse og endringer i livskvalitet for den som rammes. Det er flere forskjellige typer demens, men alle har noen felles symptomer som nedsatt hukommelse, kommunikasjonsvansker, endringer i atferd og personlighet. Demens kan føre til problemer med å utføre daglige oppgaver og avhengighet av andre for å hjelpe med daglige gjøremål. Det finnes en rekke behandlingsmuligheter og tiltak som kan hjelpe personer som rammes av demens. Helsepersonell kan tilby emosjonell støtte og opplæring, omsorg, veiledning vedrørende demens-spesifikke problemstillinger som daglige gjøremål og oppfølging av behandlingen. Det er viktig at helsepersonellet innehar kunnskap om demens og tilrettelegger tjenestene slik at de kan møte behovene til personer som er berørt av demens (Wyller, 2015, s. 285-288; Engdal & Haugen, 2018, s. 14-29).

De vanligste formene for demens er Alzheimers sykdom, vaskulær demens og demens med lewylegemer. Alzheimer sykdom er den mest vanlige formen for demens. Den kjennetegnes av opphopning av amyloide plakk og tauproteiner i hjernen, noe som fører til skade og død av nerveceller. Alzheimer sykdom deles inn i *Alzheimer med tidlig debut* og *Alzheimer med sen debut*, tidlig debut vil si før fylte 65 år (Wyller, 2015, s. 288-289). En annen vanlig type demens er vaskulær demens, vaskulær demens skyldes redusert blodtilførsel til hjernen. Dette kan føre til skader på hjernevevet og redusert hjernefunksjon. Vaskulær demens kan være et resultat av iskemisk hjernelidelse som hjerneslag eller annen sykdom i blodkarene (Wyller, 2015, s. 292-293). Lewylegeme demens er assosiert med unormale proteinstrukturer, kalt Lewy-legemer. Disse proteinstrukturene er intranevrone og sfæriske proteinstrukturer som bygger seg opp i hjernen. Disse strukturene påvirker kjemiske stoffer i hjernen og fører til endringer i

oppmerksomhet, tenkning, atferd og bevegelse. Personer som har lewylegme demens opplever ofte å ha hallusinasjoner både visuelt og via hørsel (Wyller, 2015, s. 293-294).

Demens kan påvirke kommunikasjonen på flere måter, avhengig av type demens, stadium av tilstanden og den enkelte personens individuelle situasjon. Noen av de vanligste måtene demens kan påvirke kommunikasjon inkluderer kognitiv svekkelse, språkvansker, endringer i sosial interaksjon, emosjonelle endringer og endring i atferd. Demens kan føre til en reduksjon i evnen til å forstå og formidle informasjon. Dette kan gjøre det vanskelig å følge samtaler, forstå instruksjoner og uttrykke tanker og følelser. Videre kan demens føre til språkvansker som å ha utfordringer med å finne riktige ord eller å formulere setninger riktig. Demens kan føre til endringer i sosial interaksjon som å bli mer tilbaketrukket eller å ha utfordringer knyttet til å forstå nonverbal kommunikasjon. Videre kan personer med demens oppleve emosjonelle endringer som å bli mer engstelig eller å utvikle depresjon, som deretter kan påvirke personens evne til å kommunisere. Personer som rammes av demens kan oppleve atferdsendringer som å bli mer apatisk eller aggressiv. Personer med demens kan oppleve forskjellige kommunikasjonsutfordringer som varierer fra person til person. Derfor er det viktig at helsepersonell tilpasser kommunikasjonen til den enkelte personen, samt at helsepersonellet er tålmodige og forståelsesfulle (Wyller, 2015, s. 285-288; Engdal & Haugen, 2018, s. 324-325).

Når det gjelder sosial fungering, kan demens påvirke en persons evne til å kommunisere og interagere med andre mennesker. Personer med demens kan oppleve vanskeligheter med å huske navn og ansikter, samt kan ha vanskeligheter med å forstå eller huske informasjon som blir delt i en samtale. De kan ha vanskeligheter med å uttrykke seg og kan ha vanskeligheter med å finne ord eller setninger som uttrykker deres tanker og følelser. Som et resultat kan personer med demens oppleve økt isolasjon og ensomhet, samt kan ha problemer med å opprettholde sosiale relasjoner (Skovdahl & Berentsen, 2015, s. 422-423).

Effekten av demens på små handlinger og sosialfungering kan variere avhengig av hvor avansert tilstanden er og hvilken type demens som er til stede. Personer med demens

kan ha ressurser og støttesystemer som kan hjelpe dem med å takle disse utfordringene og opprettholde en god livskvalitet (World Health Organization, 2017).

Eriksen et.al (2022) sin studie viser at opplevelsen av levd tid er en vesentlig og aktiv faktor i håndteringen av demenssykdommen. Resultatene viser at personer med demens kan oppleve tid på en annen måte enn friske personer, samt at deres oppfatning av tid kan endres over tid. De fire kategoriene som ble avslørt i analysen av de kvalitative forskningsstudiene viser ulike måter personer med demens kan forholde seg til tid: forankret i fortiden, fokusert på nåtiden, tenker på fremtiden, og endringer i selvpplevelsen over tid. Den latente overordnede betydningen som ble uttrykt som "å være engasjert med dimensjonene av tid", viser at opplevelsen av tid er en kompleks og dynamisk prosess (Eriksen et.al, 2022). Denne innsikten kan være til nytte for helsepersonell som arbeider med personer med demens, ved å bidra til en mer helhetlig forståelse av personens opplevelse av tid og livskvalitet. Fremtidig arbeid som involverer personer med demens, bør ta hensyn til den aktive og viktige rollen som opplevelsen av levd tid har i håndteringen av sykdommen. Dette kan inkludere utvikling av nye intervensjoner som fokuserer på å støtte personers opplevelse av tid, samt videre forskning som søker å forstå hvordan opplevelsen av tid kan påvirke andre aspekter av personens liv (Eriksen et.al, 2022). Engdal (2016) beskriver at opplevelsen rundt å få demensdiagnosen utarter seg individuelt, men at mange reagerer med redsel og fortvilelse knyttet til hvordan fremtiden vil utarte seg med en slik diagnose (Engedal, 2016, s. 27-28).

2.2 Klinisk kommunikasjon

I denne masteren er det utvekslingen mellom helsepersonell og pasient som er essensiell. Kommunikasjonsprosessen er en gjensidig/toveis prosess hvor budskapet blir utvekslet enten verbalt med språk eller non-verbalt med kroppsspråk (Heyn, 2018, s. 14).

2.2.1 Kommunikasjonsferdigheter

Med kommunikasjonsferdigheter menes tilegnede ferdigheter som brukes i kommunikasjonsprosessen. I klinisk kommunikasjon er det flere kommunikasjonsferdigheter som blir dratt frem som viktige hos helsepersonell. Det å få frem pasientens perspektiv er viktig for å kunne gi rett informasjon og ikke minst for å kunne forstå situasjonen fra pasientens ståsted. Ved å få frem pasientens perspektiv, ivaretas pasientens rett til brukermedvirkning og selvbestemmelse (Heyn, 2018, s. 16). For å kunne tilegne seg kommunikasjonsferdigheter må helsepersonellet ha en grunnstamme i bunn som er tillært gjennom teori og praktisk kunnskap. Det er ikke slik at man kan lese seg opp på kommunikasjonsferdigheter ene og alene, det må utøves og trenes på da det ikke finnes en fasit som passer alle. Mennesker er individuelle skapninger og det finnes ikke noen standardprosedyre som passer inn i alle pasientsituasjoner (Heyn, 2018, s. 23). For å kunne yte forsvarlig helsehjelp må det være en felles forståelse mellom helsepersonell og pasient via gjensidig kommunikasjon. Helsepersonelloven er tydelig på at all helsehjelp skal være forsvarlig «Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig» (Helsepersonelloven, 1999, §4).

En studie undersøkte hvordan bevisstgjøring rundt kommunikasjonsferdigheter og aktiv bruk av kommunikasjonsstrategier i samhandling med eldre med demens kunne bidra til glede og sosialisering i hverdagen. Ved å være bevisst rundt egne kommunikasjonsferdigheter, bidras det til økt livsglede hos den eldre med demens. Resultatene pekte på at bevisstgjøringen rundt kommunikasjonsferdigheter hadde ønsket effekt (Perry et.al, 2005).

Norsk Sykepleierforbund sine yrkesetiske retningslinjer understreker at sykepleiere skal utøve god kommunikasjon med pasienter og pårørende, og at dette skal være preget av respekt, åpenhet og ærlighet (Norsk Sykepleierforbund, u.å). Sykepleiere skal legge til rette for at pasienten får informasjon og kunnskap om egen helse og sykdom, samt skal lytte aktivt og vise interesse for pasientens historie og opplevelser. Videre skal sykepleiere unngå diskriminering og sikre at kommunikasjonen er tilpasset den enkelte

pasientens forutsetninger og behov. Dette kan innebære å kommunisere på en annen måte med pasienter som har nedsatt funksjonsevne eller som ikke snakker norsk som morsmål. Det understrekes viktigheten av konfidensialitet og taushetsplikt i kommunikasjonen med pasienter og pårørende. Sykepleiere skal respektere pasientens integritet og personvern, samt ikke dele informasjon om pasienten uten samtykke. Retningslinjene poengterer at sykepleiere skal være bevisste på sin egen kommunikasjon, samt ta ansvar for å utvikle og forbedre kommunikasjonsferdighetene sine. De skal samarbeide godt med andre yrkesgrupper og sikre god kommunikasjon i tverrfaglige team (Norsk Sykepleierforbund, u.å).

2.2.2 Kommunikasjon med eldre med demens

Demens kan gi utfordringer knyttet til hvordan man uttrykker seg samt hvordan man oppfatter kommunikasjon, derfor er det essensielt å knytte sammen kroppsspråk og uttrykk i kommunikasjonsarbeidet (Finnbakk & Heyn, 2018, s. 180-181). Bekreftelse, respekt og struktur er sentrale begreper i kommunikasjon med personer med demens. Bekreftelse av de følelsene og opplevelsene som personen med demens innehar bidrar til å validere den opplevelsen personen sitter med i den gitte situasjonen. Åpne spørsmål som bidrar til å konkretisere hva personen ønsker eller mener gjør det enklere for helsepersonellet å komme til bunns i hva som skjuler seg bak forvirringen eller frykten. Struktur og forutsigbarhet danner et stabilt miljø for personen med demens. Struktur og forutsigbarhet reduserer risikoen for forvirring, redsel og redusert funksjon. Etersom personer med demens ofte har redusert evne til egenomsorg, er det viktig at helsepersonell respekterer og ivaretar deres integritet og autonomi (Eide & Eide, 2017, s. 326-327). Å fortelle hva som skal skje til enhver tid gjennom situasjonen ved bruk av støttende kommunikasjon, bidrar til å forenkle situasjonen for personen med demens i tillegg til å gjøre situasjonen til en god opplevelse. Å stille åpne spørsmål kan bidra til konkretisering, men det kan skape negative følelser eller starte konflikt dersom det gjøres på en lite gjennomtenkt måte. Dersom mottakeren opplever budskapet feil i det sender kommuniserer kan det bidra til økt følelse av redusert selvfølelse samt personen blir påminnet sin kognitive svikt. Derfor må helsepersonellet vurderer om det er lurt å stille spørsmål eller om det kun er konstruktivt å bruke ledende kommunikasjon (Molnes & Vasset, 2021, s. 37-38).

Reminisens er et godt verktøy å bruke i kommunikasjon med eldre med demens fordi tanken på de gode minnene bidrar til å styrke de gode følelsene, verdighet og styrkelse av egen identitet. Reminisens bidrar i tillegg til å åpne en arena for helsepersonellet til å bli bedre kjent med personen og er et bidrag i det relasjonsskapende arbeidet (Finnbakk & Heyn, 2018, s. 184). Validering innebærer å forsøke å forstå og møte de følelsene som ligger bak det pasienten sier og gjør. Dette kan omfatte følelser som frykt, smerte, mistenksomhet eller et forsøk på å bevare sin egen selvbestemmelse og verdighet. Metoden erstatter den sviktende logiske tankegangen ved å konsekvent stimulere hukommelsen for følelser. Validering fokuserer på følelser som lengsel, savn og tap, og unngår å legge fokus på realiteten (Hummelvoll, 2012, s. 413). Tidligere forskning viser at eldre brukere av kommunal hjemmetjeneste hadde bekymringer knyttet opp mot pleie i hjemmet. Opphavet til bekymringene var knyttet til helsepersonellens kompetanse og ferdigheter (Heyn et.al, 2021).

Videre avdekker forskning at helsepersonell ikke alltid anerkjenner eldre sine bekymringer, dette gjaldt spesielt bekymringer rundt smerter som en øyeblikkelig bekymring (Hafskjold et.al, 2018). I relasjonsskapende arbeid er tilpasset kommunikasjon til eldre med demens sentralt. Helsepersonell bør inneha kunnskap om sykdomsbildet og ha kunnskap om hvordan man skal bruke forskjellige kommunikasjonsformer for å komme i posisjon hos den eldre. En studie viser at helsepersonell pekte på flere faktorer som påvirket omsorg til eldre med demens, blant annet mangel på rett kompetanse og stor arbeidsbelastning. Videre viser forskning at det trengs forbedring knyttet til kommunikasjon i møte med eldre med demens og deres pårørende (Monthaisong, 2018). Videre viser en studie at personsentrert omsorg og kommunikasjon er sentralt i møte mellom helsepersonell og eldre med demens. Elementer som tidsmangel og mangel på personell med rett kompetanse, kan ha negative konsekvenser for disse viktige faktorene (Smythe et.al, 2017). Forskning utført hos eldre med Alzheimer sykdom viser at det tydelig foreligger behov for at helsepersonell innehar gode kommunikasjonsstrategier gjennom hele den kliniske utviklingen i sykdomsforløpet (Savundranayagam et.al, 2013). Forskning peker på at eldre med kognitiv svikt kan oppleve begrenset evne til å kommunisere effektivt, dette

kan ha innvirkning på sykepleierens kapasitet til å gjenkjenne behovene til pasientene. Effektiv kommunikasjon er avgjørende for å yte kvalitetsomsorg for personer med demens (Jootun & McGhee, 2011).

2.3 Teoretisk perspektiv - Personsentrert omsorg

Studiens teoretiske perspektiv bygger på Tom Kitwood sin personsentrerte omsorgsteori sammen med Dawn Brooker sin VIPS-modell.

2.3.1 Tom Kitwood – Personsentrert omsorgsteori

Tom Kitwood (1937-1998) var en engelsk psykolog og gerontolog som utviklet en teori om personsentrert omsorg for eldre personer med demens. Teorien fokuserer på å forstå og respektere den unike personen og deres erfaringer, samt å fremme deres velvære og livskvalitet. Kitwood mente at personsentrert omsorg innebærer å se personen som et unikt individ med verdighet, å anerkjenne deres følelser og å møte deres grunnleggende behov for sosial interaksjon, tilhørighet, trøst, inklusjon, identitet og mening. Kitwood argumenterte for at denne formen for omsorg kan bidra til å redusere tvang og bruk av medikamenter, samt å øke livskvaliteten for personer med demens. Kitwoods tilnærming har vært svært innflytelsesrik i demensomsorg og eldreomsorg, og har bidratt til å endre hvordan omsorgspersonell tenker på og arbeider med demenspasienter (Rummelhoff, 2016).

Tom Kitwood sin personsentrerte omsorgsteori legger stor vekt på kommunikasjon som et viktig verktøy for å forstå og koble seg til personer med demens. Teorien anbefaler å bruke empatisk og respektfull kommunikasjon for å etablere og vedlikeholde relasjoner med disse personene. Dette innebærer å lytte aktivt til personen, å vise interesse for deres historie og erfaringer gjennom reminisens (Kitwood, 1997, s. 56). Kitwood argumenterte for at kommunikasjon kan bidra til å redusere negative symptomene på demens, for eksempel apati og aggresjon, ved å gi personen en følelse av tilhørighet og mening. Han mente at kommunikasjon kan være et verktøy for å hjelpe personen med å håndtere endringer i kognitiv funksjon og å fremme deres velvære. I tillegg til å

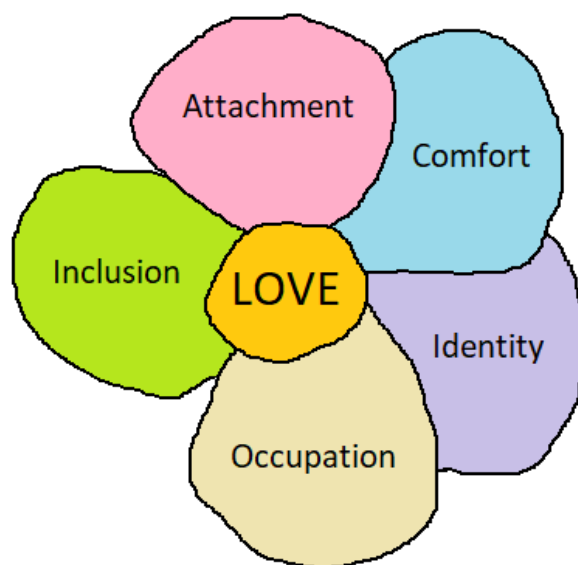
kommunisere med personen direkte, legger teorien også vekt på å involvere og kommunisere med pårørende og omsorgspersoner for å sikre en helhetlig og personsentrert omsorg. Helsepersonell kan bruke teorien som en ramme for å utvikle og implementere omsorgsplaner og intervensjoner som er tilpasset den enkelte personens unike behov og ønsker. En viktig del av personsentrert omsorg for personer med demens er å fremme deres sosiale interaksjon og tilhørighet. Helsepersonell kan gjøre seg bruk av teorien i relasjonsarbeid med personen ved å bruke empatisk og respektfull kommunikasjon, samt ved å involvere pårørende og omsorgspersoner i omsorgen. I tillegg kan helsepersonell bruke teorien til å fremme personens autonomi og selvbestemmelse, ved å involvere dem i beslutninger om omsorgen og ved å legge vekt på selvbestemmelse der det er mulig (Kitwood, 1997, s. 90-97). Kitwood hevder at effektiv kommunikasjon er avgjørende for å skape gode relasjoner mellom omsorgspersonell og personer med demens. Dette innebærer å utvikle en dyp forståelse og empati for personens følelser, tanker og behov, samt å være oppmerksom på verbal og nonverbal kommunikasjon. Omsorgspersonell bør være lydhøre, støttende og tilgjengelige for å hjelpe personer med demens med å uttrykke seg og forstå verden rundt seg (Kitwood, 1997, s. 96-97).

Sentralt i Kitwoods teori er begrepet "*personhood*", som innebærer en dyp respekt for den enkelte som en unik person med iboende verdighet og rettigheter. Kitwood hevder at det er viktig å bevare og styrke *personhood* hos mennesker med demens, da dette kan bidra til økt livskvalitet og velvære (Kitwood, 1997, s. 7-8). Positive sosiale interaksjoner vektlegger betydningen av positive sosiale interaksjoner og relasjoner for å styrke *personhood* og livskvalitet hos personer med demens. Helsepersonell bør oppmuntre til sosial deltakelse og samspill mellom personer med demens og deres familier, venner og lokalsamfunn (Kitwood, 1997, s. 96-97).

Kitwood utviklet en modell kjent som "blomst" eller "sommerfugl" modellen, som la vekt på viktigheten av å møte de psykologiske behovene til mennesker med demens. Ifølge denne modellen er de viktigste psykologiske behovene til mennesker med demens:

- (LOVE) Behovet for kjærlighet: Mennesker med demens trenger å føle at de er verdsatt og elsket av andre. De trenger å ha positive relasjoner med familiemedlemmer, venner og omsorgspersoner.
- (COMFORT) Behovet for trøst og trygghet: Mennesker med demens trenger å føle seg trygge og sikre i miljøet rundt dem. De trenger å ha en følelse av kjennskap og kontinuitet, og de trenger å kunne stole på omsorgspersonene sine.
- (IDENTITY) Behovet for identitet og selverd: Mennesker med demens trenger å føle at de fortsatt er verdifulle medlemmer av samfunnet. De trenger å opprettholde en følelse av sin egen identitet og selverd.
- (OCCUPATION) Behovet for sysselsetting og aktivitet: Mennesker med demens trenger å engasjere seg i meningsfulle aktiviteter og sysselsetting. Dette hjelper til med å opprettholde kognitiv funksjon, fysisk helse og emosjonelt velvære.
- (INCLUSION) Behovet for inkludering: Alle mennesker har behov for å føle seg inkludert i en gruppe, dette ligger i vår natur og overlevelse. Hos personer med demens kan dette behovet komme til syne gjennom oppmerksomhetssøkende atferd.
- (ATTACHMENT) Behovet for tilknytning: Mennesker trenger medmennesker og menneskelig tilknytning for å opprettholde god emosjonell helse. Mangel på tilknytningen kan føre til en følelse av utrygghet.

(Kitwood, 1997, s. 82-84).



Figur1 : Kitwood's Sommerfugl modell

2.3.2 VIPS-modellen

VIPS modellen bygger på Tom Kitwood's personsentrerte omsorgsteori. Modellen er utviklet av Dawn Brooker på midten av 1990-tallet, modellen ble publisert i 1997.

Modellen har fire komponenter:

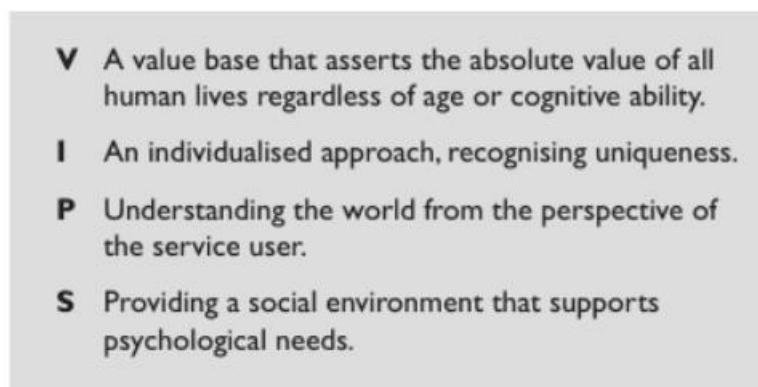
Person-sentrert kommunikasjon: Bruk av empatisk, respektfull og anerkjennende kommunikasjon for å etablere og vedlikeholde relasjoner med personer med demens.

Person-sentrert aktiviteter: Tilrettelegging for aktiviteter og intervensjoner som er tilpasset den enkelte personen, og som kan bidra til å fremme velvære og livskvalitet.

Person-sentrert omgivelser: Tilrettelegging for omgivelser som er sikre, komfortable og som fremmer den enkelte personens unike behov og ønsker.

Person-sentrert organisasjon: Utvikling av organisatoriske systemer og praksiser som er tilpasset den enkelte personen, og som kan bidra til å fremme velvære og livskvalitet.

Modellen er ment å være en praktisk guide for å utvikle og implementere personsentrert omsorg for personer med demens (Brooker, 2007, s. 11-14).



Figur 2: Brooker's VIPS-modell

VIPS-modellen legger stor vekt på kommunikasjon som en viktig del av personsentrert omsorg for personer med demens. Modellen anbefaler å bruke person-sentrert kommunikasjon for å etablere og vedlikeholde relasjoner med personer med demens. Dette innebærer å lytte aktivt til personen, å vise interesse for deres historie og erfaringer, samt å bruke klart og enkelt språk. VIPS-modellen anbefaler også å involvere

personen og deres pårørende i omsorgen, og å gi personen selvbestemmelse og autonomi der det er mulig. Dette kan gjøres ved å involvere personen i beslutninger om omsorgen, og ved å gi dem valgmuligheter. Modellen anbefaler å være bevisst på kommunikasjonsbarrierer som kan oppstå som følge av demens, samt å tilpasse kommunikasjonen for å imøtekomme disse. Det kan for eksempel være å bruke visuelle hjelpemidler, eller å redusere distraksjoner i omgivelsene. I tillegg, anbefaler VIPS-modellen å være tålmodig og å unngå å korrigere eller kritisere personen når det gjelder deres kommunikasjon, da det kan føre til frustrasjon og isolasjon (Brooker, 2007, s. 11-14; Røsvik et.al, 2013).

2.4 Litteratursøk

Det ble foretatt systematiske litteratursøk fortrinnsvis via PubMed, Oria og Google Scholar. Søkeordene er valgt for å passe tematikken i studien for å få resultater som er aktuelle å undersøke videre. Søkeord som er brukt ved gjentatte søk er blant annet home care, nursing, communication og dementia. Det ble lagt inn avgrensninger på noen av søkene som for eksempel type dokument samt årstall. Se vedlagt matriser for søkelogg og mer utfyllende informasjon knyttet til litteratursøket i denne studien (Vedlegg 4).

Av annen litteratur har det i teori blitt brukt diverse fagbøker og pensumbøker.

Oversikt over alle kilder er systematisk skrevet inn i referanselisten i denne studien.

3 Metode

I metode avsnittet presenteres studiens design, litteratursøk, utvalg og rekruttering, metode for datainnsamling, forskningsetikk, analyseprosessen og forforståelse

3.1 Design

Målet med denne studien var å beskrive ulike sider av hvordan helsepersonell i kommunal hjemmetjeneste opplever kommunikasjon med eldre personer med demens, derfor ble det naturlig å velge kvalitativ forskningsmetode da hensikten har vært å utforske erfaringer og opplevelser hos informantene. Under arbeidet med kvalitativ metode har jeg benyttet Malterud sin bok *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring* fra 2011. Jeg valgte å bruke 2011 utgaven istedenfor den reviderte versjonen som kom i 2017, grunne til dette var at 2017 utgaven var utfordrende å få lånt fra biblioteket.

Kvalitative design anvender forskningsstrategier som har som hensikt å beskrive og analysere karaktertrekk og egenskaper ved fenomenene som skal studeres. De bygger på teorier om menneskelig erfaring (fenomenologi) og fortolkning (hermeneutikk). Kvalitative tilnærminger er særlig brukt på områder hvor det foreligger lite forskning fra før. Kvalitativ metode er hensiktsmessig til å blant annet utforske verdier, opplevelser, erfaringer, holdninger og handlinger (Malterud, 2011, s, 26). Ved bruk av kvalitativ metode får forsker mulighet for en dypere innsikt i fenomener enn hva kvantitativ metode kan gi. Ved å fokusere på individuelle erfaringer og perspektiver, kan man få en mer omfattende og detaljert forståelse av hvordan mennesker opplever og tolker verden rundt seg. Kvalitativ metode tillater fleksibilitet i datainnsamlingen. Forskere kan bruke ulike metoder for å samle inn data, som for eksempel dybdeintervjuer, deltakende observasjon eller fokusgrupper, forsker kan da tilpasse disse metodene etter behov. Kvalitativ metode legger til rette for å oppdage nye temaer og konsepter som ikke nødvendigvis er inkludert i forskerens opprinnelige forskningsspørsmål. Ved å la informanter komme med egne perspektiver og erfaringer, kan forskere avdekke nye og uventede temaer og sammenhenger som kan være verdifulle i en videre forskningsprosess. Dette kan bidra til å gi mer innsikt i de ulike dimensjonene av et

fenomen, samt gi en mer helhetlig forståelse av hvordan det fungerer i praksis (Malterud, 2011, s.26-27). I min studie ønsker jeg å få innsikt i hvilke opplevelser helsepersonell i hjemmetjenesten har i forhold til å kommunisere med eldre personer med demens. Studien er deskriptiv og bygger på data som er innsamlet gjennom fokusgruppeintervjuer. I følge Malterud er denne formen egnet til å utforske felles erfaringer og synspunkter (Malterud, 2011, s. 26-27).

3.2 Utvalg og rekruttering

I kvalitativ forskning er rik informasjon om det fenomenet vi ønsker å undersøke helt sentralt. Det er altså nødvendig med informanter som har rike erfaringer og opplevelser knyttet til det aktuelle fenomenet. Dette innebærer et strategisk utvalg av informanter (Malterud, 2011, s. 57-60). I denne studien betydde dette at informantene måtte ha rik erfaring med pleie og omsorg av personer med demens. Siden personer med demens mottar helsetjenester av helsepersonell med ulik kompetanse, var det viktig å innhente informasjon fra alle disse gruppene. Det ble derfor rekruttert tre informanter fra hver av følgende grupper:

Sykepleiere:

- Minst 1 års erfaring i hjemmetjenesten.
- Alle sykepleierne hadde kun grunnutdanning.
- Alle jobbet tett på eldre pasienter med demens.
- Minst 80% stilling eller jobbet tilsvarende 80%.

Helsefagarbeidere:

- Minst 1 års erfaring i hjemmetjenesten.
- Alle helsefagarbeiderne hadde kun grunnutdanning.
- Alle jobbet tett på eldre pasienter med demens.
- Minst 80% stilling eller jobbet tilsvarende 80%.

Assistenten:

- Minst 1 års erfaring i hjemmetjenesten.
- Ingen av assistentene skulle ha helserelatert utdanning.
- Alle jobbet tett på eldre pasienter med demens.
- Minst 25% stilling, men jobbet tilsvarende 80%.

Grunnen til at jeg ønsket å inkludere informanter med minst 1 års erfaring i hjemmetjenesten var å sørge for at informantene hadde hatt muligheten til å ha opparbeidet seg et relativt godt grunnlag for å kunne dele relevant informasjon. Sykepleiere og helsefagarbeidere hadde krav om å kun ha grunnutdanning, grunnen til dette var å ikke skape et utdannesskille mellom informantene. Alle informantene skulle jobbe tett på pasienter med demens, grunnen til dette var å sørge for at informasjonen de ga, var mest mulig pålitelig. Det var ønskelig at informantene hadde kontinuitet i sin arbeidssituasjon slik at de hadde tilstrekkelig erfaring med studiens tema, derfor var det krav om minst 80% stilling eller arbeidsmengde tilsvarende 80%.

Utvalget i denne studien består av ni informanter fordelt i tre grupperinger, disse grupperingene er assistenter, helsefagarbeider og sykepleier.

	Informant 1	Informant 2	Informant 3	Informant 4	Informant 5	Informant 6	Informant 7	Informant 8	Informant 9
Stillingstittel	Assistent	Assistent	Assistent	Helsefagarbeider	Helsefagarbeider	Helsefagarbeider	Sykepleier	Sykepleier	Sykepleier
Utdanningsnivå	Ufaglært	Ufaglært	Ufaglært	Helsefag VGS	Helsefag VGS	Helsefag VGS	3-årig Bachelor	3-årig Bachelor	3-årig Bachelor
Stillingsprosent	50% fast, jobber tilsvarende 80-100%	Vikar, jobber tilsvarende 80-100%	Vikar, jobber tilsvarende 80-100%	90% fast stilling	80% fast stilling	25% fast, jobber tilsvarende 80-100%	100% fast stilling	90% fast stilling	100% fast stilling

Figur 3: Oversikt over informanter

Bakgrunnen for å inkludere informanter med ulik bakgrunn er å få flere nyanser og erfaringer i forhold til studiens problemstilling. I hjemmetjenesten og i helsevesenet generelt er det et mangfold av helsepersonell, for meg var det interessant å se hvordan de ulike gruppene opplevde kommunikasjon med eldre med demens. I startfasen av studien var det ønskelig å intervju informanter fra forskjellige hjemmetjenester i Telemark. Men på bakgrunn av pandemi og bemanningsproblematikk var responsen dessverre negativ fra de ønskede virksomhetene. Etter korrespondanse med veileder og andre representanter ved Universitetet i Sørøst-Norge så jeg meg nødt til å bruke egen

arbeidsplass som forskningsarena til tross for utfordringer knyttet til det, se avsnitt 3.5.1.

Steg én i rekrutteringen var å få tillatelse fra virksomhetsleder ved egen arbeidsplass, dette ble godkjent raskt og selve planleggingen ble iverksatt. Jeg satt sammen grupper med likt utdannelsesnivå med et ønske om at dette ville skape tillit og trygghet innad i gruppene under fokusgruppeintervjuene. Jeg tok kontakt med potensielle informanter med spørsmål om å delta, opplevelsene var at noen var skeptiske til å delta. Skepsisen ble begrunnet med frykt for å fremstå med manglende kunnskap og frykt for å dumme seg ut. Jeg betrygget informantene med at deltakelse er anonymt og at det er opplevelsene rundt tematikken som er interessant for studien. Frykten for å dumme seg ut kunne også ha sammenheng med at intervjuene skulle foregå i fokusgrupper. Det ble derfor informert om at alle som deltok i fokusgruppene, ville bli oppfordret om at det som ble sagt i gruppene ikke skulle snakkes om utenfor gruppene. Før potensielle informanter takket ja til å delta i studien, sendte jeg ut informasjonsskriv med informasjon om hva forskningsprosjektet handler om, retten til å trekke seg samt hvordan data skal oppbevares og annen viktig informasjon (vedlegg 1). Jeg tok kontakt med totalt 10 sykepleiere, 8 helsefagarbeidere og 6 assistenter, av disse ble det 3 stykker som ønsket å delta fra hver gruppe. Underveis i studien var det 1 deltager som trakk seg, erstatter kom raskt til rette. Etter noen dager tok jeg kontakt med de potensielle informantene for å høre om de hadde eventuelle spørsmål, samt om de hadde dannet seg en formening med tanke på deltakelse. Jeg la hele tiden vekt på at deltagelsen var frivillig.

3.3 Fokusgruppeintervju

Fokusgruppeintervju er en kvalitativ datainnsamlingsmetode og handler om å belyse informantenes erfaringer og opplevelser gjennom intervju i gruppe (Malterud, 2012, s. 18). Forskeren presenterer et bestemt tema på forhånd som kan være knyttet opp mot et spesifikt fenomen. Denne intervjumetoden egner seg godt i forskning som har som mål å forbedre en praksis. Ved gjennomføring av et fokusgruppeintervju er hensikten at tematikken skal diskuteres deltakerne imellom for å skape nyanser knyttet opp mot erfaringer og opplevelser som deltakerne sitter på. Praten flyter friere i et

fokusgruppeintervju enn i et standardisert gruppeintervju hvor det en dialog mellom en deltaker og forsker av gangen. Ettersom et fokusgruppeintervju er satt sammen av flere individer, bidrar det til at deltakerne føler seg friere og tryggere i intervjusituasjonen (Lerdal & Karlsson, 2009).

Jeg gjennomførte tre fokusgruppeintervjuer med tre informanter i hvert intervju, se fordelingen på figuren under.

Gjennomføring av fokusgruppeintervjuer

Intervjugruppe 1 «Assistenten»	Intervjugruppe 2 «Helsefagarbeidere»	Intervjugruppe 3 «Sykepleiere»
Informant 1	Informant 4	Informant 7
Informant 2	Informant 5	Informant 8
Informant 3	Informant 6	Informant 9

Figur 4: Gjennomføring av fokusgruppeintervjuer

Intervjuene ble gjennomført nokså tett og alle intervjuene var gjennomført ila en uke. Samtlige intervjuer ble gjennomført ved egnet møterom ved virksomheten utenfor arbeidstid. Under intervjuene var det i tillegg til informantene, kun jeg som deltok i intervjusituasjonen med fokusgruppene. Jeg brukte båndopptaker i tillegg til å notere ned underveis i intervjuene. Bakgrunnen til bruk av båndopptaker var at jeg ikke hadde med meg moderator i intervjusituasjonen. Ved å bruke båndopptaker fikk jeg mulighet til å fokusere på informantenes kroppsspråk, mimikk og nonverbale uttrykk underveis i intervjuene, istedenfor å kun måtte fokusere på å notere ned hva som ble uttrykket verbalt. Informantene fikk ikke utdelt intervjuguiden på forhånd, intervjuguiden lå klar til dem ved ankomst til intervjuene. Jeg valgte å gjøre det slik for å sikre meg at dataene som informantene uttrykket var informasjon som kom til uttrykk «der og da» og var deres reelle opplevelser og erfaringer istedenfor at det var informasjon de for eksempel hadde søkt opp på forhånd. Intervjuene ble kortere enn jeg hadde håpet på og varierte mellom 20-25 minutter.

3.3.1 Intervjuguide

I følge Malterud (2011) bør en intervjuguide utarbeides slik at den gir rom for spontanitet og fleksibilitet i intervjuet og samtidig gi struktur for å dekke alle relevante temaer og spørsmål (Malterud, 2011, s. 133-134).

Malterud fremhever videre betydningen av å teste intervjuguiden før de brukes i selve studien slik at man kan identifisere spørsmål som ikke er forståelige, eller som kan gi feilaktige eller misvisende svar. Dette kan forbedre kvaliteten på intervjuene og øke påliteligheten av resultatene. Videre peker hun på at forskeren bør være åpen for å gjennomføre eventuelle endringer og tilpasninger underveis i prosessen. Dette kan bidra til å avdekke nye temaer og perspektiver som kan være relevante for studien (Malterud, 2011, s. 133-134).

I mitt arbeid med intervjuguiden la jeg vekt på å prøve å unngå «ja/nei» spørsmål samt ledende spørsmål. Jeg tegnet et tankekart hvor jeg skrev ned forslag til spørsmål som kunne svare på problemstillingen i studien. Dette var en tidkrevende prosess. Jeg presenterte intervjuguiden for veileder og fikk innspill på hva som måtte endres eller jobbes videre med. Da jeg følte at intervjuguiden inneholdt spørsmål som var aktuelle og presise, presenterte jeg dem for andre for å få tilbakemeldinger på spørsmålene. Intervjuguiden har totalt ni spørsmål hvor jeg la vekt på spørsmål som informerte om problemstillingen på best mulig måte. Sentreringspunktet for spørsmålene var kommunikasjon, spørsmålene hadde ulike innfallsvinkler som jeg anså som vesentlige for å oppfylle studiens mål og hensikt. Se vedlegg 2.

På grunn av pandemien som foregikk under arbeidet med denne studien, fikk jeg dessverre ikke utført testintervjuer.

3.4 Etiske vurderinger

Ved all forskning er det viktig å ivareta de etiske forholdene, men dette er spesielt viktig i forskning innenfor medisin og helsefag. I Norge finnes det reglement rundt forskningsetikk og personvern (Malterud, 2017, s. 135). Denne forskningsstudien er godkjent av NSD, nå SIKT. Det vil si at NSD har gjennomgått prosjektbeskrivelsen og godkjent studiens etiske grunnlag. I ettertid av studiens første sensorvurdering, tok jeg

kontakt med NSD for å undersøke om noe måtte endres på ettersom studien opprinnelig hadde prosjektslutt 01.10.2022, der ble jeg anbefalt å sende inn endring i forhold til oppdatering av prosjektslutt samt opplysning om at jeg endte med å bruke egen arbeidsplass som forskningsarena. Se vedlegg for NSD meldeskjema med referansenummer (vedlegg 3). Jeg sørget for at alle informantene fikk tilstrekkelig med muntlig og skriftlig informasjon gjennom hele prosessen. Det var viktig for forsker at informantene følte seg trygge gjennom prosessen, både for eget personvern i tillegg til hensikten med informasjonen de ga til meg gjennom intervjuene. Gjennom prosessen ble det ved flere anledninger synliggjort at informantene når som helst kunne trekke seg fra studien, at all deltagelse var frivillig og at deltakelsen ikke var bindende. Informantene fikk informasjon om muligheten til å trekke seg både muntlig og skriftlig via et informasjonsskriv (vedlegg 1). Ettersom ingen informanter har måttet oppgi kjønn, alder eller annen sensitiv informasjon har det vært tilstrekkelig for meg å behandle dataene på gult nivå. Gult nivå betyr at dataene har kunnet oppbevares på kryptert minnepenn eller harddisk gjennom skriveprosessen og i ettertid. For at data blir rangert som gule data innebærer det at dataene ikke inneholder sensitiv informasjon som kan gjøre informantene gjenkjennelige for leser (Vedlegg 5). Ettersom det er gule data, har det vært tilstrekkelig å oppbevare dataene på kryptert minnepenn eller harddisk. Dersom dataene hadde vært røde hadde jeg måttet opprette bruker og oppbevart dataene i for eksempel TSD «*Tjenester for Sensitive Data*» eller USN-safe (Vedlegg 6). Tidsrammen for oppbevaring av dataene er satt til 2 år fra oppgavens start.

3.4.1 Bruk av egen arbeidsplass som forskningsarena

Av pragmatiske hensyn ble det til at jeg brukte egen arbeidsplass som forskningsarena. Det skyldes delvis pandemien, som på mange vis styrte helsevesenet i perioden 2020-2022. Jeg har tatt flere hensyn i forhold til forskningsetikk gjennom hele studien, men spesielt under arbeidet med utvalg og rekruttering. Jeg har lagt vekt på at ingen av informantene følte seg tvunget til å delta, samt at deltagelsen var frivillig. For å forsøke å skape en viss avstand til informantene forsøkte jeg så langt det var mulig å rekruttere informanter fra andre avdelinger enn den jeg selv jobber ved. Informantene ble

forsikret om at deres bidrag ville være anonymt. Jeg har utdypet fordeler og ulemper ved å bruke egen arbeidsplass som forskningsarena under punkt 5.6 Metodediskusjon.

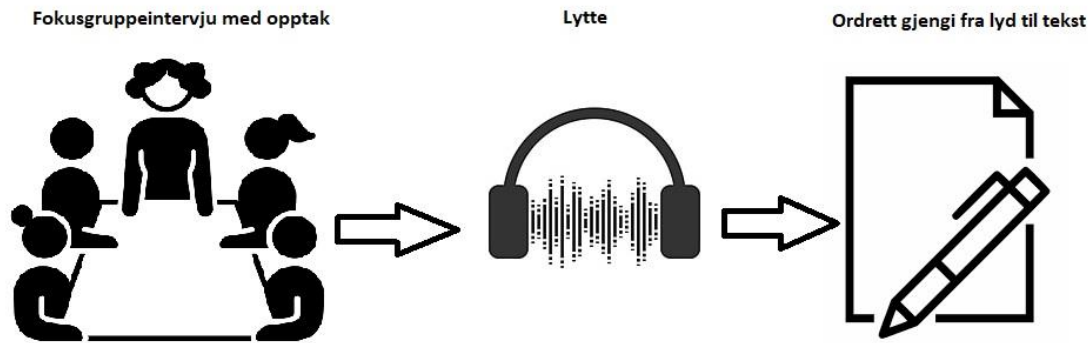
3.5 Analyseprosessen

I dette avsnittet vil jeg systematisk gå igjennom analyseprosessen i studien. Avsnittet vil deles inn i punkter som er basert på Kirsti Malteruds analyseprosess (Malterud, 2011, s. 98-110).

3.5.1 Å transkribere

Å transkribere kvalitative data innebærer å overføre empiriske data som har blitt samlet inn gjennom for eksempel intervjuer, til et skriftlig format. Dette kan gjøres ved å oversette det individuelle materialet fra lyd- eller videoopptak til et skriftlig format. Transkriberingen er en nøkkeloppgave fordi det å gjøre dataene tilgjengelig på skriftlig form gjør at forskere kan analysere og organisere dataene. Det kan også hjelpe forskerne å gjøre deres funn mer konkrete og komme opp med et større bilde av det som ble oppnådd gjennom datainnsamlingen. Under transkribering fra tale til tekst vil det alltid oppstå en viss fordreining av gjengivelsen da muntlig språk er mindre formelt enn skriftlig. Det kan være risiko for å misforstå meningen bak det som formidles når det ordrett skal gjengis fra muntlig til skriftlig i en transkriberingsprosess (Malterud, 2011, s. 77-78). Jeg har selv transkribert studiens tre fokusgruppeintervjuer, dette la til rette for at jeg ble godt kjent med dataene. Fokusgruppeintervjuene ble tatt opp på båndtaker, som jeg videre selv kunne spole frem og tilbake samt endre hastighet på for å kunne få en god flyt gjennom transkriberingen.

Transkripsjonsprosessen



Figur 5: Transkripsjonsprosessen

3.5.2 Å danne seg et helhetsinntrykk

Malterud (2011) definerer helhetsinntrykk som en metode for å oppnå en helhetlig forståelse av et tekstmateriale. Hun mener at helhetsinntrykket som dannes gjennom en gjennomgang av teksten er et resultat av å ta hensyn til alle aspekter av teksten. Dette inkluderer struktur, innhold, språk, tema, sammenhenger og motiver. Dette gjøres ved å først lese hele teksten, deretter konsentrere seg om de sentrale ideene og poengene, for deretter å til slutt analysere disse for å danne et samlet inntrykk (Malterud, 2011, s. 99). Ved å lese gjennom empirien er det viktig å tenke på det teoretiske perspektivet, det vil si de «brillene» forsker har på seg gjennom analyseprosessen. Dog er det viktig å ikke la forforståelsen og personlig oppfatning styre forskeren gjennom denne prosessen. Det å la forforståelsen styre kan være skadelig for funnene og diskusjonen senere i studien. Når forskeren har lest igjennom all empirien er det på tide å lage de foreløpige temaene, poenget med disse temaene er at det skal vekke interessen (Malterud, 2011, s. 98-99). Jeg har gjennom analyseprosessen jobbet induktivt. Å jobbe induktivt med analyseprosessen betyr at det anvendes en metode der man tar utgangspunkt i detaljer eller eksempler fra teksten, for deretter å forsøke å generalisere disse for å danne et overordnet inntrykk av teksten. Prosessen begynner med å lese og analysere detaljene og eksemplene, for deretter å se etter mønstre og sammenhenger som kan hjelpe til med å generalisere disse. Gjennom denne prosessen blir det mulig å formulere et helhetlig inntrykk av teksten (Malterud, 2011, s. 27). Under

arbeidet med dette punktet så jeg raskt at det var flere foreløpige temaer som gikk igjen, eksempler på disse var:

Foreløpig tema	Ikke nok fokus på demens
Foreløpig tema	Savner kursing i demens
Foreløpig tema	For liten tid

Figur 6: Foreløpige temaer

Dataene viste ulike temaer som hadde direkte sammenheng med intervjuguiden og som ikke hadde direkte sammenheng med intervjuguiden, noe jeg synes var spennende og givende for resten av analysen.

3.5.3 Å finne meningsbærende enheter

Neste steg i analyseprosessen går ut på å skille relevant informasjon fra irrelevant informasjon, her går man nøye gjennom dataene for å virkelig forstå hva som er meningen bak. Med lupe skal man se etter meningsbærende elementer i dataene. Med problemstillingen i bakhodet ser man etter meningsbærende enheter som forsker kan bruke til å belyse problemstillingen. Når forsker arbeider med denne delen av analyseprosessen er det viktig å ta med seg de foreløpige temaene fra forrige steg, disse skal brukes når de meningsbærende enhetene skal systematiseres (Malterud, 2011, 100-101).

Sitat	Meningsbærende enheter
<i>«Fordi når du sier det på den måten der så, jeg da, vi da, som er vikarer.. tenk etter, er det noen som har liksom fortalt oss hvordan vi skal være med folk som er demente?»</i>	Ufaglærte vikarer opplever at de ikke får tilstrekkelig opplæring knyttet til demens før de starter
<i>«Ja. Jeg tenker at vi må på en måte ha funnet ut selv hvordan vi skal være med folk som er demente»</i>	Ufaglærte vikarers tilnærming til eldre med demens oppleves som selvlært
<i>«Vi har jo egen, hvert fall inne hos oss, egen demensliste, men det er jo som du sier at vi har mye å gjøre så blir jo det bare omrokkert hele lista»</i>	Avdelingen har egen demensliste, men den blir endret på grunn av stor arbeidsbelastning
<i>«Jeg synes kanskje det gjøres litt lite, det som kunne blitt gjort er å ta det opp på internundervisning»</i>	Sykepleier mener det gjøres lite i forhold til kompetanse knyttet til demens og kommunikasjonsferdigheter, det nevnes internundervisning som alternativ for kompetanseheving

Figur 7: Meningsbærende enheter

Jeg brukte mye tid på å finne meningsbærende enheter som skulle brukes i kodingen, arbeidet var omstendelig og krevde stor konsentrasjon. De meningsbærende kodene ble satt opp i en oversikt sammen med temaene fra forrige steg i analysen.

3.5.4 Å finne koder

Neste steg i analyseprosessen er å finne koder, det betyr at forsker abstraherer kunnskapen som er etablert gjennom kodingen av de meningsbærende enhetene tidligere i analyseprosessen. Å kode dataene innebærer en systematisk dekontekstualisering, det vil si at forsker henter ut deler av tekst fra sin opprinnelige sammenheng hvorpå forsker senere setter dette sammen slik at det kan sees i sammenheng med lignende tekstelementer og det teoretiske rammeverket (Malterud, 2011, s. 104). Jeg jobbet systematisk med å hente ut meningen i de meningsbærende enhetene og deretter sortere dem i kodegrupper. Kodegruppene inneholder subgrupper for å bringe frem nyanser i funnene. Avslutningsvis for dette trinnet i analyseprosessen er å lage et kondensat, det vil si et sitat som skal brukes som utgangspunkt for resultatpresentasjonen (Malterud, 2011, s. 104-106). Jeg valgte å sette sammen alle tre intervjuene til én lang tekst og deretter kondensere og abstrahere de meningsbærende enhetene i dataene, deretter skrev forskeren ned meningen bak dataene informantene kom med.

Sitat	Kode	Meningsbærende enheter
«Fordi når du sier det på den måten der så, jeg da, vi da, som er vikarer.. tenk etter, er det noen som har liksom fortalt oss hvordan vi skal være med folk som er demente?»	Mangler opplæring	Ufaglærte vikarer opplever at de ikke får tilstrekkelig opplæring knyttet til demens før de starter
«Ja. Jeg tenker at vi må på en måte ha funnet ut selv hvordan vi skal være med folk som er demente»	Selvlært	Ufaglærte vikarers tilnærming til eldre med demens oppleves som selvlært
«Vi har jo egen, hvert fall inne hos oss, egen demensliste, men det er jo som du sier at vi har mye å gjøre så blir jo det bare omrokkert hele lista»	Stor arbeidsbelastning	Avdelingen har egen demensliste, men den blir endret på grunn av stor arbeidsbelastning
«Jeg syns kanskje det gjøres litt lite, det som kunne blitt gjort er å ta det opp på internundervisning»	Kompetanseheving	Sykepleier mener det gjøres lite i forhold til kompetanse knyttet til demens og kommunikasjonsferdigheter, det nevnes internundervisning som alternativ for kompetanseheving

Figur 8: Koder

De meningsbærende enhetene dannet grunnlaget til to hovedtemaer med to-tre undergrupper hver, kodene førte jeg med meg videre inn i analyseprosessens fjerde steg.

Sitat	Kode	Meningsbærende enheter	Underkategorier
«Fordi når du sier det på den måten der så, jeg da, vi da, som er vikarer.. tenk etter, er det noen som har liksom fortalt oss hvordan vi skal være med folk som er demente?»	Mangler opplæring	Ufaglærte vikarer opplever at de ikke får tilstrekkelig opplæring knyttet til demens før de starter	Helsepersonellens ferdigheter
«Ja. Jeg tenker at vi må på en måte ha funnet ut selv hvordan vi skal være med folk som er demente»	Selvlært	Ufaglærte vikarers tilnærming til eldre med demens oppleves som selvlært	Helsepersonellens ferdigheter
«Vi har jo egen, hvert fall inne hos oss, egen demensliste, men det er jo som du sier at vi har mye å gjøre så blir jo det bare omrokkert hele lista»	Stor arbeidsbelastning	Avdelingen har egen demensliste, men den blir endret på grunn av stor arbeidsbelastning	Kontekst
«Jeg synes kanskje det gjøres litt lite, det som kunne blitt gjort er å ta det opp på internundervisning»	Kompetanseheving	Sykepleier mener det gjøres lite i forhold til kompetanse knyttet til demens og kommunikasjonsferdigheter, det nevnes internundervisning som alternativ for kompetanseheving	Kommunikasjonsferdigheter

Figur 9: Underkategorier

3.5.5 Å rekontekstualisere og sammenfatte

Det fjerde og siste steget i analyseprosessen er sammenfatning, her skal forsker rekontekstualisere dataene. Å rekontekstualisere vil si å sette sammen bitene igjen slik at man danner nye begreper og ny forståelse. Forsker tar den kondenserte teksten sammen med de utvalgte sitatene og lager en analytisk tekst for hver kodegruppe. Gjennom den analytiske teksten skal forsker presentere funnene i empirien ovenfor leseren, det er dette som danner resultatkapittelet i studien. Eksempler og sitater i den analytiske teksten skal illustrere nyanser, men det er sammenfatningen som viser de egentlige resultatene (Malterud, 2011, s. 107). Jeg valgte å inkludere flere sitater fra informantene for å belyse utvalgte temaer eller for å skape nyanser i resultatene.

Overskriftene i resultatkapittelet skal vekke interesse hos leseren, sitater bygger opp under den forståelsen som utvikles hos leseren underveis.

3.6 Forforståelse

Forforståelse er det vi vet fra før og det vi tar med oss inn i forskningen vår, det er det som gjemmer seg bak motivasjonen til å forske på et spesifikt tema. Malterud (2011) beskriver forforståelse som erfaringer, teorier og faglig perspektiv forsker har med seg i «bagasjen», forsker må være bevisst dette ved starten av forskningsprosjektet (Malterud, 2011, s. 40). Forforståelsen kan være positivt for forskningsprosjektet og fungere som en grunnmur som løfter opp prosjektet, men det kan også fungere negativt og rive ned hele prosjektet hvis man ikke klarer å plukke opp nye inntrykk og lærdom som dukker opp underveis i forskningen. Å ha kjennskap til det du skal forske på og deretter gå dypere inn i kan være nyttige, og i mange sammenhenger nødvendig for videre utforskning. Dersom forforståelsen fungerer som skylapper, samt fører til innsnevret horisont, er den imidlertid hemmende og uheldig (Malterud, 2011, s. 40).

De negative elementene som er nevnt over kan forebygges hvis forskeren er klar over dem, forebyggingen krever at forskeren aktivt jobber med forarbeid som går ut på å stille seg selv kritiske spørsmål rundt eget perspektiv, hvordan tolkning hadde vært hvis forskeren hadde hatt en annen erfaringsbakgrunn og lignende. Forebyggingen en prosess som kan være smart å dra frem gjennom forskningsprosjektet. Dersom forskeren tillater at forforståelsen overdøver kunnskapene som kommer fra dataene, vil det ikke komme frem ny kunnskap og resultatene vil være forskerens egne tanker og meninger (Malterud, 2011, s. 41).

Min forforståelse bunner i rollen som sykepleier i hjemmetjenesten og mitt arbeid med eldre med demens hvor jeg selv har opplevd utfordringer med blant annet kommunikasjon, samt opparbeidelse av forståelse for hva demens diagnosen innebærer for den rammede. Gjennom min jobb i kommunal hjemmetjeneste har jeg vært vitne til variasjon i kompetanse innad i ansattgruppen, noe som har gjort meg nysgjerrig på hvordan dette påvirker helsepersonellets møte med eldre med demens og hvordan de

ansatte opplever kommunikasjon med eldre med demens. Det å jobbe som sykepleier i hjemmetjenesten har bidratt til forskjellige inntrykk og erfaringer som spiller en rolle for valg av tema i denne forskningsstudien. Det positive med å ha en slik forforståelse er at jeg kjenner igjen ord og uttrykk som informantene formidler, det er ikke behov for utdypende forklaringer rundt hva betydningen er. Dog kan dette føre til at jeg forhaster meg og trekker slutninger basert på egne erfaringer kontra informantenes opplevelser og erfaringer. Forskeren må til enhver tid være bevisst på å holde en profesjonell avstand når forskeren kan identifisere seg med informantene i studien (Malterud, 2011, s. 41-42).

4 Presentasjon av resultater

I dette avsnittet presenteres resultatene, jeg har fulgt Malteruds fire steg i analysen. Formålet med studien var å beskrive ulike sider av hvordan helsepersonell i hjemmetjenesten opplevde kommunikasjon med eldre personer med demens. Hensikten var å utvikle kunnskap som styrker hjemmetjenestes fokus på kommunikasjon, og dermed bidra til at ansatte gir eldre med demens best mulig pleie og omsorg.

Følgende to hovedtemaer og fem undertemaer er identifisert:

- **Betydningen av kompetanse og ledelse**
 - Oppfatning av faglig fokus knyttet til demens
 - Kommunikationsferdigheter

- **Kommunikasjonsutfordringer og muligheter**
 - Personen med demens
 - Helsepersonellets ferdigheter
 - Kontekst

4.1 Betydningen av kompetanse og ledelse

Hovedtema 4.1 handler om betydning av kompetanse og ledelse innad i virksomheten informantene jobber ved.

4.1.1 Oppfatning av faglig fokus knyttet til demens

Det første undertemaet *Oppfatning av faglig fokus knyttet til demens*, beskriver hvordan informantene oppfatter faglig fokus knyttet til demens avhengig av deres kompetanse innad i virksomheten.

Assistentene opplevde at det var lite fokus på demens innad på avdelingene.

Det var enighet blant helsefagarbeiderne om at deres avdelinger hadde godt fokus på demens. De mente at demenssykepleier var en god ressurs som alle kunne benytte seg av ved spørsmål eller utfordringer. I tillegg til demenssykepleier pekte informantene på at alle avdelingene hadde egne demenslister hvor hovedparten av pasientene hadde demens. En helsefagarbeider understrekte at det innad i avdelingen var mer fokus på demens enn noe annet:

«jeg synes vi har veldig høyt fokus på demens inne hos oss, mer enn mye annet.»

En av helsefagarbeiderne som jobber på tvers av avdelingene fortalte at vedkommende følte at det var lett å kunne gå til demenssykepleier å spørre om råd selv om demenssykepleier har fast avdeling. Sykepleierne ga uttrykk for at demenssykepleier var verdifull og anså denne som en ressurs. De fortalte at demenssykepleier dro hjem til pasientene og kartla behov.

4.1.2 Kommunikasjonsferdigheter

Det andre undertemaet *Kommunikasjonsferdigheter*, tar for seg ulike opplevelser knyttet til hvordan ledelsen vektlegger organisering, veiledning og kurs innad i virksomheten.

Assistentene fortalte tidlig i intervjuet at det ikke var nok fokus på kommunikasjon som ferdighet, men at de var skeptiske for å si det da de fryktet negative eller kritiske tilbakemeldinger fra ledelsen. De savnet opplæring i hvordan de skulle kommunisere med personer med demens, og de poengterte at slik det var nå måtte de lære seg det selv. De følte at de ble kastet ut i det uten erfaring og bakgrunn. En av sykepleierne opplevde at det var litt lite fokus på kommunikasjon som ferdighet og foreslo at det kunne blitt tatt opp på internundervisning. Vedkommende kunne ikke huske at det tidligere har vært fokus på dette heller. Sykepleierne fortalte at det fantes videreutdanninger innenfor Demensens ABC, som har blitt tilbudt til de som ønsket det. En helsefagarbeider trakk frem at det var mye fokus på den verbale kommunikasjonen i

rapporter i vaktskifter fra natt/dag/kveld eller rapportene som holdes etter lunsj, men at det var lite fokus og prat rundt kroppsspråk:

«Nei, jeg ser i forhold til spørsmålet så er det at vi prater mye der, men det er ikke så mye fokus på kroppsspråket og den delen i samtalene vi har rundt bordet da i forhold til hvordan man prater og sånn».

En sykepleier fortalte at det på vedkommende sin avdeling ble satt av tid til refleksjon hvor det indirekte var satt fokus på kommunikasjon. Sykepleierne var enige om at det var rom for veiledning og rådgivning i forhold til kommunikasjon. Helsefagarbeiderne opplevde at det var fokus på kommunikasjon som ferdighet innad i virksomheten i den forstand at det var lett å få veiledning hvis man sto fast og lurte på noe. Det var enighet blant helsefagarbeiderne at det var rom for å stille spørsmål og å gi hverandre veiledning i rapportene etter når alle på avdelingen var samlet rundt bordet og at de følte det var trygt. En av helsefagarbeiderne mente det var bra fokus, men påpekte at det alltid kunne vært mer:

«Men det kunne sikkert vært enda mere fokus på det for vi får jo stadig nye, det blir jo flere og flere og igjen: alle er forskjellige og ting utvikler seg hele tiden.. det som var riktig i går trenger ikke være riktig i dag».

4.2 Kommunikasjonsutfordringer og muligheter:

Det andre hovedtemaet *Kommunikasjonsutfordringer og muligheter* handler om hva som fremmer og hemmer muligheten for å ivareta god kommunikasjon relatert til pasient-, helsepersonell- og kontekst.

4.2.1 Personen med demens

Undertemaet *Personen med demens*, beskriver utfordringer og muligheter informantene opplever i kommunikasjonen med eldre personer som har demens. Dette kan for eksempel være type demens, grad av demens, utfordringer knyttet til hørsel eller andre sanser.

Assistentene synes det var utfordrende når den eldre hadde nedsatt hørsel. Nedsatt hørsel førte til at informantene følte de måtte gjenta seg selv stadig i tillegg til å skulle forklare hva den eldre skulle gjøre. Informantene understrekte at de bevisst snakket tydeligere og høyere når de gikk inn til en pasient med demens. En assistent understreket at det kunne være slitsomt å måtte gjenta seg selv hele tiden. Det første som kom fra helsefagarbeiderne var utfordringer rundt bruk av munnbind, de pekte på at munnbindet hemmer i når det gjaldt å kunne se leppene og at det kan skape forvirring rundt hvilket humør de var i. Det var også enighet blant assistentene at munnbind hadde gjort kommunikasjon vanskeligere da dette tok bort en del av ansiktet som er essensiell i kommunikasjonen, nemlig leppene. En helsefagarbeider fortalte at vedkommende opplevde at munnbindet kunne skape en form for utrygghet hos den eldre da det skjulte ansiktet og at dette kunne påvirke kommunikasjonen:

«Ja, det hemmer jo litt sånn i forhold til å ikke kunne se lepper og de hører jo ikke hva vi sier alltid» «Ja, også bare den kommunikasjonen altså.. står du der og er sur, eller smiler du? Altså brukeren blir jo lissom, jøss kan du ta av munnbindet litt lissom?».

«Det å bli kjent med oss og da, det er jo mange av de som sier sånn: åh skulle gjerne sett ansiktet ditt og hvem du er, og det fremmer jo litt tillit og trygghet, og det påvirker jo kommunikasjonen det og på en måte».

Dårlig hørsel og hukommelse kom igjen opp som tema blant informantene, gjentagelse kunne gå utover tålmodigheten. Det var enighet blant helsefagarbeiderne at nedsatt hørsel og nedsatt hukommelse var utfordrende i kommunikasjonen med eldre med demens. Flere av helsefagarbeiderne dro frem at det var viktig å være tålmodig og at dette sammen med tilrettelagt kommunikasjon bidro til å nå målet man hadde inne hos den eldre:

«det er lissom det å ha den tålmodigheten og gjenta seg selv ganske mange ganger.. det kan jo være ganske utfordrende å få fram et budskap på en måte».

Sykepleierne trakk også frem munnbind som en utfordring, spesielt hos eldre med demens. Munnbind tok bort en del av det nonverbale og skjulte ansiktsuttrykk som en av informantene pekte på som svært viktig for de med demens og at dette kunne skape misforståelser:

«Ja og de, det nonverbale er jo ofte like viktig, altså veldig viktig for de. De ser jo veldig mye på ansiktsuttrykk, og når de kun ser øyne og ikke munn eller resten av ansiktet så, det er mange situasjoner som en blir misforstått, eller at pasientene kan misforstå».

En annen helsefagarbeider pekte på viktigheten av å ha kunnskap om hvilken type demens den eldre har og tilpasse kommunikasjonen etter det. Vedkommende fremhevet realitetsorientering som en måte å kommunisere med den eldre på:

«for du blir jo kjent med de ulike brukerne ut ifra hvilken type demens de har da på en måte» «noen hjelper det at å realitetsorientere noe med».

En sykepleier pekte på at den eldre kunne ha redusert evne til å gjøre seg forstått, dette kunne føre til at helsepersonellet ikke klarte å oppfatte hva den eldre ville:

«eh ja og at de ikke gjør seg ordentlig forstått, at ikke vi får ordentlig tak i hva de mener, at ikke de klarer å finne ord bestandig heller på en måte..».

4.2.2 Helsepersonellens ferdigheter

Undertemaet *Helsepersonellens ferdigheter*, omhandler helsepersonellens kunnskap, språkferdigheter, verdier og holdninger.

Intervjuet med assistentene avdekket en viss usikkerhet knyttet til hva som legges i diagnosen demens og hva som var forventet at de kunne om denne diagnosen. En informant ga uttrykk for at spørsmålene i intervjuguiden skapte uro og redsel på grunn

av manglende kunnskap om tematikken rundt demens og kommunikasjon. Videre delte assistentene opplevelser om hvordan de selv var usikre i forhold til hvordan man kommuniserte med en person med demens:

«For å være ærlig, har jeg ikke peiling på hvordan jeg skal kommunisere med en dement».

Den samme informanten fortalte at vedkommende ikke klarte å skille mellom en person med demens og en person uten:

«For meg er det noe vanskelig. Jeg klarer ikke å skille mellom en med demens eller en som ikke har demens.».

Assistentene hadde en samlet oppfatning om at demens betydde dårlig hukommelse og ikke lenger klarte å huske på lik måte. Assistentene fortalte at de følte seg usikre på hva demens var og hva diagnosen innebar, de fortalte at de forbandt dårlig hukommelse med demens og at de hadde opplevd forskjellig grad og type demens.

Helsefagarbeiderne var enige i at lange setninger og mange spørsmål ikke var en god måte å kommunisere med eldre med demens på. De la vekt på at kort og konsis talemåte sammen med tydelig og rolig fremgangsmåte var det som fungerte best for dem. En helsefagarbeider fortalte at vedkommende var med en sykepleier inn til en krevende pasient med demens hvor sykepleier bevisst brukte teknikker for å komme i posisjon, vedkommende beskrev dette slik:

«Husker jeg var med en sykepleier til en veldig krevende bruker og jeg blei nesten stående og måpe hvor dyktig og lett det kan gjøres. Ja, også har det kanskje noe med den derre kroppskommunikasjonen eller.. jeg så jeg hadde en lang vei å gå, men det var veldig moro å se på hvordan hu med en tålmodighet som ikke ligna grisen.. kjempegøy».

Sykepleierne fortalte at de opplevde at en del av kunnskapene som de hadde tilegnet seg gjennom sykepleiestudiet hadde blitt borte og at dette var noe som de burde hatt oppfriskning på. En informant følte at vedkommende ikke hadde nok kunnskap til den

dårligste gruppen. En sykepleier fortalte om metoder som fungerte, men at pasienter med demens krevde at helsepersonell har tid til rådighet. Realitetsorientering, reminisens og validering ble nevnt som metoder sykepleierne kjente til:

«Vi kan jo de her forskjellige vi bruker som realitetsorientering og reminisens og de her.. validering og ja».

Det var utfordrende å definere hva kommunikasjon var for informantene, selv om det ble beskrevet gjentatte ganger på en mer diffus måte. En assistent pekte på at kommunikasjon for vedkommende var målet vedkommende hadde mot den andre personen:

«målet jeg har imot den andre personen».

En annen informant mente at kommunikasjon var å ha en samtale. Videre ble det poengtert at mottakeren spilte en rolle i forhold til om kommunikasjonen opplevdes utfordrende eller ikke samt om det kunne skape utfordringer. En assistent fortalte at det spilte en rolle hvordan du selv ønsket å bli mottatt. Alle informantene opplevde kommunikasjon som å gjøre seg forstått begge veier i en dialog. En sykepleier pekte på at man må være to og at en gjør seg forstått begge veier. Sykepleierne opplevde at det meste gikk på automatikk, men at de måtte lese personen for å kunne vite hvordan de skulle te seg. En annen fortalte at vedkommende ikke alltid var bevisst rundt bruk av kommunikasjon.

Det var enighet blant informantene om at kroppsspråk var noe som definerte kommunikasjon for dem. En av helsefagarbeiderne pekte på betydningen av holdning og klesstil forhold til kommunikasjon. En informant var veldig bevisst på eget kroppsspråk og hadde lært seg en teknikk for å ha kontroll på følelser og kroppsspråk utad. En assistent mente det var viktig å legge vekt på åpenhet om hvem man er og hvor man kommer ifra, spesielt når en var hos pasienter med langtkommen demens. Assistentene var enige om at gjentakelse og tydelig språk var viktig i kommunikasjonen

med eldre med demens. De erfarte at gjentakelse og tydelig språk skapte en trygghet for den eldre.

Assistentene knyttet raskt en kobling mellom begrepet kommunikasjon og kroppsspråk. De pekte på at de ofte brukte kroppsspråk i jobbsammenheng for å formidle til den eldre hva som var budskapet i det de ønsket å kommunisere. I tillegg var øyekontakt noe som informantene fortalte at de bevisst brukte, spesielt var dette viktig når man møtte noen for første gang. En av assistentene pekte på at språk generelt gjorde kommunikasjonen utfordrende fordi manglende vokabular kunne gjøre det vanskelig å formidle et budskap. Det var lettere å gjøre ting selv når språket ikke strakk til. Vedkommende fortalte at mangel på språk og vokabular gjorde at vedkommende opplevde utfordringer i pasientsituasjonen. Informantene svarte raskt at øyekontakt og kroppsspråk var noe de brukte bevisst i sin kommunikasjon med andre generelt.

Det ble poengtert at informantene var bevisst på mottakerens kroppsspråk i tillegg til sitt eget. Ved å være bevisst på mottakerens kroppsspråk, leste informantene hvordan mottakeren kom til å reagere på kommunikasjonen. Igjen ble det lagt vekt på at denne måten å lese mottakeren på var viktig når det gjaldt kommunikasjon med fremmede i jobbsammenheng og i privat sammenheng. Det ble understreket at øyekontakt var viktig for å kunne skape og opprettholde en interesse i hva som ble kommunisert. En av assistent kunne fortelle at det i vedkommende sin kultur var unormalt med mye øyekontakt og at det kunne oppleves som rart.

En assistent understrekte at vedkommende endret på «alt» når vedkommende kommuniserte med eldre med demens. Igjen ble viktigheten rundt det å snakke høyt og tydelig samt bevissthet rundt kroppsspråk trukket frem. Det ble også påpekt at blick var viktig i kommunikasjonen og at for eksempel et hevet øyebryn kunne bety mye. I tillegg pekte informantene på imøtekommenhet, hyggelighet og blidhet som gode egenskaper som var viktige i kommunikasjonen. En assistent hevdet at det var viktig å smile selv med munnbind da dette vises på øynene også. En helsefagarbeider fortalte at vedkommende stilte spørsmål på en lur måte:

«Å stille spørsmål på en litt annen måte.. Ja.. eller du spør ikke om vi skal gå inn på badet, det er mer Nå går vi inn på badet.».

En helsefagarbeider fortalte om bruk av teknikker for å få den eldre til å føle seg validert og at pasienten får en slags medbestemmelse, men at det var utfordrende å finne og lære seg disse teknikkene. Det ble nevnt at det var viktig å fremstå rolig, være bevisst over kroppsspråk, gi enkle og konsise instruksjoner, samt å være trygg for å unngå å være stresset. Sykepleierne fortalte at de opplevde å være tydeligere når de kommuniserte med personer med demens. Videre fortalte sykepleierne at det å ta for seg ett gjøremål av gangen i tillegg til korte instruksjoner var noe de var bevisst på. Informantene var enige om at kroppsspråk var viktig i kommunikasjonen, i tillegg ble validering av den eldre sine følelser dratt frem:

«kanskje det med validering i forhold til det med følelser, hva pasienten uttrykker når en er der holdt jeg på å si».

Samtlige informanter var enige om at de bevisst la om måten de kommuniserte på i møte med eldre med demens. De beskrev at tonefall, direktehet, ordvalg, teknikk og lydnivå var noe de tenkte over og endret på. En helsefagarbeider fortalte at vedkommende tilpasset kommunikasjonen ut ifra hvilken demenstype den eldre har og at det er viktig å bli kjent med den eldre for å kunne bruke teknikker som fungerer:

«Når man blir litt sånn kjent med de så er det mye lettere det å være direkte og kommunisere med de fordi demenstypen er jo veldig forskjellig og det er jo ingen fasit på hva som fungerer.».

Videre fortalte den samme sykepleieren at vedkommende brukte metoden reminisens i kommunikasjonen for å finne ut mer om den eldre og for å ha samtaleemner for å ta fokuset bort fra utfordrende situasjoner som for eksempel stell:

«bruker en jo litt det når en kommuniserer i forhold til det prinsippet med reminisens og da at man finner litt ut om pasienten» «sånn at du har noe å snakke sammen om når du for eksempel skal utføre et stell da».

4.2.3 Kontekst

Undertemaet *Kontekst*, omhandler i denne sammenheng faktorer som tid, ressurser, å legge til rette for, relasjonsarbeid og primærsykepleie.

Sykepleierne fortalte om egne demenslister, men bemerket at demenslistene stadig ble omrokkert på grunn av tidsmangel og mange oppdrag som gikk foran. Videre beskrev de demensarbeideslaget som var en gruppe helsepersonell med ekstra kunnskap om og fokus på demens. Dessverre har dette sklidd litt ut under pandemien. I tillegg ble det beskrevet i et senere spørsmål følgende i forhold til demensarbeidslaget.

En sykepleier pekte på at eldre med demens ofte krevde mer tid enn andre, og at det krevde mer planlegging. I tillegg blir det nevnt at denne gruppen pasienter noen ganger forsvant litt i mengden arbeid som falt på sykepleierne:

«Også er det kanskje noen ganger det er de det går utover og fordi det er på en måte ikke så synlig hvis du skjønner hva jeg mener?».

Det med tid ble brakt frem av samtlige sykepleiere, tid var noe som tydelig påvirket kvaliteten på arbeidet:

«Jeg er enig med deg der, det med tid. Hadde vi hatt mere så hadde vi nok gjort en bedre jobb».

Sykepleierne hevdet at de som har demens fort kan bli nedprioritert og forsvinne litt i mengden, samt at eldre med demens ikke nødvendigvis ble satt på en sykepleierliste siden de ikke krever sykepleier på samme måte. Tre forskjellige utsagn bekrefter at

eldre personer med demens ble nedprioritert i forhold til andre pasientgrupper som for eksempel kreftpasienter:

«men da måtte jeg ut av det fordi sykepleierne har for mange andre oppgaver i forhold til kreft og andre ting som må gjøres, så jeg syns det blei vanskelig å følge opp»

«det er litt vanskelig for en må nødt til å la kreftpasienter og visse ting vi må gjøre gå foran de med demens da ikke sant så ja».

«Og hvem som helst kan på en måte gå til de for de krever ikke sånn type sykepleie.. Men det blir ikke prioritert lissom».

Det kom også frem at det var mye snakk om at eldre med demens må flytte fra sine hjem på grunn av stor arbeidsmengde på sykepleierne, og at denne pasientgruppen ikke ble prioritert. En av assistentene mente at helsepersonellet hadde for mange pasienter i forhold til tiden og at dette var negativt for kommunikasjonen.

Vedkommende syns at det burde være mer tid og færre pasienter per ansatt:

«Jeg syns det burde være færre brukere per ansatt for å være mer effektiv i jobben du gjør. Vi har jo masse brukere du må rekke. Du har ikke engang nok tid».

En sykepleier fortalte at vedkommende opplevde at det ble sendt mange forskjellige helsepersonell til de eldre med demens og at dette kunne skape utfordringer i forhold til at sykepleierne ikke like raskt fikk fanget opp endringer.

En sykepleier fortalte at vedkommende savnet mer primærsykepleie og at dette hadde falt litt bort. Vedkommende begrunnet viktigheten ved primærsykepleie slik:

«men jeg syns kanskje det har gått litt bort ifra det med primærsykepleie som jeg syns er litt viktig i forhold til pasienter med demens at det er litt mere faste som følger opp og det syns jeg har sklidd litt ut og at vi har hatt mye å gjøre og sånn for da blir pasientene flytta rundt på listene så da er det ikke.. da blir ikke det tatt så mye hensyn til og det tenker jeg kanskje er litt viktig da at vi kjenner pasientene litt».

5 Diskusjon

Denne studien tok sikte på å få innsikt i hvordan helsepersonell i kommunal hjemmetjeneste opplever kommunikasjon med eldre pasienter med demens. Målet med studien var å avdekke og beskrive ulike sider ved deres erfaringer som kan bidra med kunnskap som fremmer god kommunikasjon med eldre pasienter med demens. Hovedfunnene tyder på at assistenter opplevde å ikke ha fått tilstrekkelig opplæring om demens og kommunikasjon samt at sykepleiere opplevde at eldre med demens fort ble bortprioritert.

Problemstillingen som empirien skal diskuteres opp mot er *«Hvordan opplever helsepersonell i kommunal hjemmetjeneste kommunikasjon med eldre pasienter med demens?»*.

5.1 Betydningen av kompetanse og ledelse

Det var flere kraftfulle utsagn fra en av studiens informanter som tydeliggjorde synet på egen kompetanse knyttet til kommunikasjon og demens. Et av dem er som skrevet i studiens tittel *«for å være ærlig har jeg ikke peiling»*. Et annet utsagn var *«jeg klarer ikke å skille mellom en med demens eller en som ikke har demens»*. Disse utsagnene kommer fra en assistent som har tett pasientkontakt med eldre pasienter med demens. Man kan undres hvordan det har seg at helsepersonell som skal observere, vurdere og bistå denne gruppen eldre ikke innehar tilstrekkelig med grunnleggende kunnskap om demens. Forskning viste at bevissthet rundt kommunikasjonsferdigheter sammen med kommunikasjonsstrategier førte til glede og økt livsglede hos den eldre (Perry et.al, 2005). Ledelsen har et ansvar for å tilby slik opplæring til sine ansatte. Videre skriver Heyn (2018) at for å kunne tilegne seg kommunikasjonsferdigheter må man ha grunnkunnskap tillært gjennom teori og praktisk kunnskap (Heyn, 2018, s. 23).

Ansaret ligger ikke ene og alene på den assistenter selv om man som helsepersonell har ansvar for å følge lover og regler. Ifølge Helsepersonellkommissjonen er det viktig med en samlet forståelse av de realistiske grensene for omfanget og kvaliteten av helse- og omsorgstjenester, samt at dette krever en felles innsats fra politikere,

tilsynsmyndigheter, helseforetak, kommuner, arbeidslivets parter, personell, pasienter, brukere og pårørende. Ledelsen har et ansvar for å samarbeide med disse gruppene for å sikre at helsepersonell, inkludert assistenter, har tilstrekkelig opplæring og kunnskap for å gi en trygg og kvalitetssikker tjeneste til pasientene (NOU 2023:4, s. 11-15).

I Helsepersonelloven står det følgende «Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig» (Helsepersonelloven, 1999, §4). Assistenter inngår i denne loven og må arbeide etter loven på lik linje som autorisert helsepersonell. Ledelsen har ansvar for å organisere virksomheten slik at helsepersonellet har de nødvendige kvalifikasjonene og kan overholde sine lovpålagte plikter. Assistentene i studien fortalte at de følte de fikk for lite opplæring og at de måtte lære det meste selv. Mangelen på opplæring gjaldt både i forhold til diagnose, lovverk og kommunikasjon. Ledelsen har et overordnet ansvar for å sørge for at helsepersonell, inkludert assistenter, har tilstrekkelig opplæring og kunnskap for å utføre jobben sin på en forsvarlig måte (Willadssen, 2020, s. 154). Likevel var det ingen som oppga at de har gitt arbeidsgiver tilbakemelding om dette.

Mangel på kunnskap kan føre til utrygghet hos den eldre med demens, tidligere forskning viser at eldre som mottar hjemmetjenester har bekymringer knyttet opp mot helsepersonellens kompetanse og ferdigheter (Heyn et.al, 2021). En annen studie viser at eldre opplever at helsepersonell ikke alltid anerkjenner eldre sine bekymringer, spesielt bekymringer knyttet til smerter (Hafskjold et.al, 2018). Forskning gjort i 2013 viser at assistenter ofte er de som jobber nærmest pasientene og i tillegg er de som får minst opplæring, dette medfører at de føler seg usikre (Pedersen et.al, 2013). Det er et faktum at helsevesenet har for lite fagutdannet personell i arbeid og at virksomheter er avhengig av assistenter for å få driften til å gå rundt. En kartlegging fra 2019 viser at det ble benyttet 1034 assistenter mer enn planlagt (Brasetvik, 2019). Tallene viser et tydelig bilde av hvor mange assistenter som er i jobb i helsevesenet og som har tett pasientkontakt. Helsepersonell må få rett opplæring for å kunne utføre en trygg og kvalitetssikker tjeneste. Helsepersonelloven er tydelig på at det er virksomheten som er ansvarlig for at helsepersonellet er i stand til å utføre sin jobb etter lover og

retningslinjer: «Virksomhet som yter helse- og omsorgstjenester, skal organiseres slik at helsepersonellet blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter» (Helsepersonelloven, 1999, § 16). På tross av denne paragrafen opplevde ufaglært helsepersonell å ikke ha «peiling», det ligger et delt ansvar i forhold til hvem som er ansvarlige for at assistenter innehar rett kunnskap. Ledelse spiller en viktig rolle i å håndtere variasjoner knyttet til faglig standpunkt i omsorgsarbeidet for eldre med demens. Resultatene viser at det er forskjeller i tilnærming og kunnskap mellom ulike grupper av helsepersonell, som assistenter, helsefagarbeidere og sykepleiere. Ledelsen bør sørge for at alle ansatte har tilgang til nødvendig opplæring og faglig utvikling for å sikre at de kan utføre jobben sin på best mulig måte (Willadssen, 2020, s. 154).

Pedersen et.al (2013) hevder i sin studie fra 2013 at ufaglært pleiepersonell/assistenter opplevde opplæringen som tørr og kjedelig, og at dette medførte at kunnskapen ikke ble sittende (Pedersen et.al, 2013). I Bing-Jonsson et.al (2016) sin studie viser hun til et gap i hva myndighetene forventer at helsepersonell skal inneha av kompetanse kontra hva realiteten er. Hun peker blant annet på at myndighetene forventet at helsepersonellet skal ha kunnskap om sykdom og medisinsk teori samt arbeide kvalitetssikkert og pasientsikkert (Bing-Jonsson et.al, 2016). Resultatene i denne studien peker på at både helsefagarbeiderne og sykepleierne opptatte av at avdelingene hadde godt fokus på demens i form av demenssykepleier, demenslister og demensarbeidslag. Dette ble nevnt flere ganger under intervjuene. Assistentene syntes ikke å vite om demenssykepleier, demenslister eller demensarbeidslag da dette aldri ble nevnt av dem. Assistentene følte at de sto alene og måtte lære alt selv mens helsefagarbeiderne og sykepleierne nevnte muligheten til å be om veiledning samt råd fra andre.

Videre beskrev de videreutdanninger som Demensen ABC. Denne typen videreutdanninger hadde imidlertid ikke assistentene anledning til å delta på. Dette kan være en viktig grunn til at de ikke hadde kjennskap til denne type utdanninger. Flere informanter gav uttrykk for at ledelsen burde legge mer vekt på nå styrke de ansattes kommunikasjonsferdigheter gjennom for eksempel veiledning og kurs. Ledelsen bør jobbe for å skape en kultur som fremmer samarbeid og kunnskapsdeling mellom ulike grupper av helsepersonell. Dette kan bidra til å redusere forskjeller i tilnærming og

kunnskap, samt sikre at alle ansatte jobber mot samme mål om å gi eldre med demens god omsorg og oppfølging (Willadssen, 2020, s. 143-144).

Forskningsresultatene viser at assistenter og helsefagarbeidere opplevde at fokuset på demensomsorg innad i virksomheten og hvordan ledelsen vektlegger kommunikasjonsferdigheter gjennom organisering, veiledning og kurs. Ifølge Tom Kitwood (1997) er det viktig å se personen bak diagnosen og tilpasse omsorgen samt kommunikasjonen til vedkommende sitt individuelle behov og preferanser, personsentrert tilnærming er grunnleggende viktig i denne sammenhengen (Kitwood, 1997, s. 96-97).

Resultatene viser at det er en generell oppfatning blant helsefagarbeiderne om at det er godt fokus på demens innad på avdelingene, og at dette kan sees som et tegn på person-sentrert omsorg. Selv om noen av informantene ga uttrykk for et betydelig fokus på demens, betyr ikke informantene vet hva personsentrert omsorg er og hva det innebærer. Det er derfor grunn til å øke bevisstheten og kunnskapen rundt denne tilnærmingen. Det er også verdt å merke seg at informantene trekker frem demenssykepleiere som en ressurs for veiledning og rådgivning, og at det var lett å få veiledning hvis man følte seg utrygg eller sto fast i en situasjon. Dette kan tolkes som et tegn på at ledelsen har ønsker å prioritere ressurser for å kunne tilby best mulig pleie til pasienter med demens, selv om det oppstår ytre påvirkninger som for eksempel tidsmangel som kan gjøre det vanskelig å gjennomføre. Dawn Brookers VIPS-modell fokuserer også på person-sentrert omsorg og kommunikasjon, samt legger til rette for en helhetlig tilnærming til omsorg. Resultatene viser at det er rom for veiledning og rådgivning i forhold til kommunikasjon, og at det er lett å få veiledning hvis man føler seg utrygg eller står fast i en situasjon. Dette kan tolkes som en indikasjon på at virksomheten legger vekt på å tilby en helhetlig tilnærming til omsorg gjennom VIPS-modellen (Brooker, 2007, s. 11-14).

Assistenter som føler seg usikre i møte med eldre med demens kan ha utfordringer med å gi person-sentrert omsorg dersom de ikke har fått opplæring i hva det innebærer. Forskning viser at assistenter har en større risiko for å utføre tvang (Pedersen et.al, 2013). Økt risiko for utførelse av tvang kan bunne i lite faglig kunnskap om demens samt

være påvirket av ytre faktorer som stress, tidsmangel eller frustrasjon. Det er ikke greit å utføre tvang under noen omstendigheter dersom det ikke vedligger vedtak om tvang, dette er Pasient- og brukerrettighetsloven svært klar på: «Dersom vilkårene i § 4A-3 er oppfylt, kan helsehjelp gjennomføres med tvang eller andre tiltak for å omgå motstand hos pasienten.» (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 4A-4). Vilårene i § 4A-3 handler om at dersom det å ikke gi helsehjelpen fører til vesentlig helseskade på pasient eller bruker, kan tvangsvedtak vurderes (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 4A-3).

Selv om assistenter har større risiko for å trå over grensen og bruke tvang, foreligger det ingen konkret risiko for at assistenter fører til mer pasientskade eller død. Forskning viser imidlertid at det er grunn til å anta at større dekning av fagpersonell gir en lavere dødsrisiko blant pasienter (Flodgren et.al, 2017, s. 8).

Når det gjaldt kommunikasjon som ferdighet, var det ulike opplevelser av hvordan informantene opplevde at det ble satt søkelys på dette. Helsefagarbeiderne opplevde at virksomheten hadde godt fokus på kommunikasjon mens assistentene og sykepleierne opplevde at det kunne vært bedre. Det informantene pekte ut som negativt var mangelen på kursing og fokus på kommunikasjon som ferdighet fra virksomheten, det de derimot mener er positivt var at det alltid var rom for veiledning, refleksjon og rådgivning fra kolleger. Det er lite forskning på dette, men et samarbeidsprosjekt mellom hjemmetjenesten i Hommelvik og Høgskolen i Sør-Trøndelag viste hvordan kompetanseutvikling i kommunikasjon og samarbeid med personer med demens kan gjennomføres. Deres fremgangsmåte var å få virksomheten til å sette fokus på kommunikasjon ved å øke helsepersonellens kompetanse innenfor demens og kommunikasjon gjennom ni samlinger. Hovedmålene deres var å ha trygge og harmoniske pasienter, samt en trivelig og interessant arbeidsplass (Hagen, 2007, s. 4).

Informantene i min studie fortalte videre at det på grunn av Covid-19 ikke har vært mulighet for internundervisning eller kurs på grunn av strenge smittevernstiltak, dette er forståelig. Evalueringen av prosjektet viste at helsepersonellet fikk en bredere forståelse i forhold til demens og kommunikasjon i tillegg til en bevisstgjøring rundt temaet (Hagen, 2007, s. 24).

5.2 Kommunikasjonsutfordringer og muligheter

Variasjoner knyttet til faglig standpunkt i forhold til demens anses som naturlig i og med at informantene hadde ulik faglig bakgrunn. Det kan ikke forventes at assistenter hadde lik faglig kunnskap som en helsefagarbeider eller en sykepleier. Men det er noen forskjeller som ble synliggjort uavhengig av faglig bakgrunn, spesielt mellom helsefagarbeidere og sykepleiere. Alle tre gruppene var opptatt av å møte pasienten med godt humør, være imøtekommende og rolig. Alle gruppene hadde kunnskap om at demensrammede krever rolig fremtoning og at stressende oppførsel kan skape forvirring og frustrasjon (Hummelvoll, 2012, s. 413). Alle pekte på at det å fremstå rolig og trygg var viktig i omsorgsarbeidet med pasienten, både i det verbale og i det nonverbale.

Assistentene fortalte at de ofte brukte kroppen til å demonstrere gjøremål da den eldre hadde redusert hørsel eller av andre grunner ikke klarte å oppfatte hva som ble kommunisert verbalt. Det samme gjorde også helsefagarbeiderne, sykepleierne la ikke like stor vekt på det nonverbale på lik linje som de to andre gruppene. Alle mente at kroppsspråk var tett forbundet med kommunikasjon og at kroppsspråk var noe de var bevisste på i sitt kommunikasjonsarbeid. Det ble pekt på viktigheten av å kjenne pasienten godt og at det tar tid å bygge relasjoner. Helsefagarbeiderne og sykepleierne brukte faguttrykk som validering, reminisens og realitetsorientering og beskrev hvordan de brukte disse metodene i sin kommunikasjon med pasientene.

Helsefagarbeiderne fortalte at de brukte ledende kommunikasjon for å få med seg pasienten på gjøremål. Mens sykepleierne ikke brukte ledende kommunikasjon, men korte og konsise beskjeder og spørsmål. Assistentene nevnte ikke reminisens, validering eller realitetsorientering, men ga uttrykk for at trygghet er viktig. Alle mente at de opplevde at tålmodighet og gjentagelse var viktig i omsorgsarbeidet med eldre med demens. En annen ting som også ble tatt opp av alle gruppene var tidsmangel og hvordan dette påvirket arbeidet. Det var spesielt sykepleierne som trakk frem problematikken rundt tidsmangel og erfarte at pasienter med demens ofte ikke ble

prioritert. De opplevde ofte at listene ble endret på til fordel for andre mer akutte eller det som ble ansett som mer alvorligere tilfeller som for eksempel kreft.

Tidspress og begrenset ressurser i arbeidet med personer med demens kan dermed føre til at personer med demens blir nedprioritert og ikke får den oppfølgingen de trenger. Dette står i motsetning til Kitwoods omsorgsteori, som vektlegger betydningen av å møte personen med demens som et individ med egne behov og ønsker. Omsorgen skal tilpasses personens individuelle behov, og ikke tilpasses tidsplaner og ressurser. Dette kan også samsvarer med VIPS-modellen, som legger vekt på individuell tilpasning og verdighet (Kitwood, 1997, s. 96-97; Brooker, 2007, s. 11-14).

Sykepleierne beskrev situasjoner der eldre med demens ikke ble prioritert på grunn av tidsmangel og mangel på ressurser, samt hvordan dette skapte frustrasjoner. De viste til konkrete eksempler på nedprioriteringer av disse pasientene, om demenslister som ble omgjort, ufaglært helsepersonell som skrev mangelfulle journalnotat og manglende primærsykepleie. Dette viser at mangelen på fagutdannet helsepersonell kan få konsekvenser for kvaliteten på helsetjenestene som blir gitt til de forskjellige pasientgruppene (Gautun, 2021). Resultatene av min studie viser at ledelsen bør sørge for å rekruttere og beholde kvalifisert personell, samt tilby nødvendig støtte og ressurser for å sikre at de kan utføre jobben sin på best mulig måte etter målene som foreligger Helsepersonellkommissjonen og Demensplanen 2025 (NOU 2023:4, s. 11-15; Helse- og omsorgsdepartementet, 2020).

Selv om sykepleierne i denne studien fortalte at de opplevde at det var tilstrekkelig fokus på demens innad i avdelingene, var det likevel faktorer som førte til at personer med demens ikke ble prioritert på samme måte som for eksempel personer med kreft eller mer akutte tilfeller. Men at eldre med demens skal bli skadelidende i denne sammenhengen er uakseptabelt. Demens påvirker store deler av hele mennesket fra det fysiske, det kognitive og til det sosiale (Skovdahl & Berentsen, 2015, s. 416-417). Det krever at denne pasientgruppen blir ivaretatt av helsepersonell med tilstrekkelig og nødvendig kompetanse innenfor feltet.

Mangel på sykepleiere er et stort problem, samtidig med mangelen så sender sykehusene hjem stadig dårligere pasienter som skal få behandling hjemme (Gautun, 2021). I 2012 la Regjeringen frem Samhandlingsreformen som skulle sørge for godt samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, kommunene skulle få flere oppgaver og pasientenes liggedøgn skulle kortes ned (Meld.St. 47 (2008-2009)). Samhandlingsreformen førte med seg mer komplekse pasientsituasjoner og større behov for sykepleie til pasienter som tidligere ville fått behandlingen inneliggende på sykehus. Grimsmo har gjennom sin forskning synliggjort hvordan Samhandlingsreformen har bidratt utfordringer i kommunen med stadig sykere pasienter som blir sendt hjem som deretter krever mer av sykepleierne i kommunen i form av prosedyrer og behandling i hjemmet (Grimsmo, 2015).

«Tidsklemma» er et kjent begrep i helsevesenet, kanskje særlig aktuelt når det gjelder sykepleierne. En dansk studie fra 2021 viser at sykepleiere i hjemmetjenesten opplevde at tiden som var til rådighet ikke var lang nok til å dekke de behovene som forelå for å kunne gi personsentrert omsorg til personer med demens. Forskningsartikkelen er i tråd med erfaringene til informantene i denne studien. De opplevde at personer med demens ble bortprioritert til fordel for økt effektivitetskrav, forverring av andre pasienter, mangel på ressurser eller andre faktorer som sykepleierne ikke hadde rådekraft over (Andfossen et.al, 2021, s. 22-23). Andfossen et.al (2021) sin forskning speiler informantene i denne studien sine opplevelser. Informantene beskrev videre hvordan assistenter ble sendt til eldre med demens hvor det hendte at journalnotater ble mangelfulle og at forhold som krevde endring i tjenestene ikke ble fanget opp. Mangel på gode observasjoner og utfyllende journalnotater fører til at sykepleierne ikke kunne iverksette de rette tiltakene.

Demensplan 2025 har tre mål hvor ett av dem er at personer med demens skal fanges opp i rett tid slik at de sikres et godt og tilpasset tjenestetilbud. Det vil si at dersom det oppstår endringer så skal dette fanges opp raskt, det krever at kompetent helsepersonell observerer og vurderer den enkelte pasient (Helse- og Omsorgsdepartementet, 2020, s. 9). Men dersom helsepersonell uten rett kompetanse tildeles ansvaret for pasienter med demens, vil det ikke bli fanget opp raskt.

En studie viser at helsepersonell peker på at faktorer som tidsmangel, stor arbeidsbelastning og manglende kompetanse gjør demensomsorgen mer utfordrende. Pårørende til eldre med demens mente det forelå forbedringspotensialet (Monthaisong, 2018).

Å få en demensdiagnose blir beskrevet som en krise med tap av kontroll på eget liv (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, s. 7). Derfor er det viktig at personer med demens finner støtte i omsorgen de mottar, det krever empati og medmenneskelighet. Dette krever kunnskap og relevante metoder samt verktøy. Sykepleierne i denne studien la vekt på validering som et viktig verktøy i demensomsorgen. Å validere trekker pasientens fokus vekk fra realiteter som kan oppfattes vanskelige og styrer heller fokuset inn på pasientens følelser rundt savn, lengsel og sorg. Det kan være godt for pasienten å oppleve å få støtte og omsorg rundt utfordrende følelser (Hummelvoll, 2012, s. 413). Eriksen et.al (2022) viser til at eldre med demens kan ha en annen oppfattelse og følelse rundt tid. Fremtidig arbeid som omhandler eldre med demens bør ta hensyn til den aktive og viktige rollen som opplevelsen av levd tid har i håndteringen av sykdommen (Eriksen et.al, 2022). Videre erfarte sykepleierne at reminisens var et godt verktøy i utfordrende situasjoner. Reminisens bidrar til å styrke den eldre sin identitet og styrker de gode følelsene (Finnbakk & Heyn, 2018, s. 184). Forskning viser at bruk av reminisens og validering bidrar til å finne mening, samt ulike strategier for å finne måter å akseptere endringer i livet (MacKinlay et.al, 2010).

Resultatene peker på viktigheten av å tilpasse kommunikasjonen til personer med demens, samt å være rolig og trygg i møte med dem. Dette er i samsvar med Kitwoods som betoner betydningen av å kommunisere med personen på en måte som gir mening for vedkommende, og å tilpasse omgivelsene slik at de fremmer trivsel og livskvalitet (Kitwood, 1997, s. 96-97).

VIPS-modellen som fokuserer på verdighet og individuell tilpasning (Brooker, 2007, s. 11-14).

Informantene fortalte at de brukte metoder for å få med seg den eldre med demens med på gjøremål som den eldre fort kunne motsette seg eller opplevde som utfordrende. De erfarte at det å stille spørsmål førte til at den eldre sa nei, derfor hadde de funnet metoder som overtalelse eller åpne spørsmål. Det å bruke overtalelseteknikker for å nå frem og gjennomføre en oppgave kan være en utfordrende måte å kommunisere på. Det å bruke ledende kommunikasjon krever at helsepersonellet til enhver tid tenker gjennom hvordan man går frem for å «overtale», dersom det gjøres på en lite gjennomtenkt måte kan det bidra til konflikt og vonde følelser som redusert selvfølelse (Molnes & Vasset, 2021, s. 37-38).

Når det gjelder helsepersonellens kompetanse og kunnskap, mente Kitwood at det var viktig at helsepersonell som arbeider med personer med demens, hadde en grundig forståelse av sykdommen og dens ulike stadier. Dette er nødvendig for å kunne gi personen tilstrekkelig omsorg og støtte. Videre mente Kitwood at helsepersonell måtte være i stand til å kommunisere effektivt med personen, samt at de måtte kunne tilpasse kommunikasjonen til personens individuelle behov og preferanser. Dette inkluderte å bruke enkle og tydelige setninger, å være tålmodige og å gi personen tilstrekkelig tid til å uttrykke seg (Kitwood, 1997, s. 95-97). Informantene var opptatte av å ikke bruke lange setninger, men heller bruke konsise og korte setninger med tydelig språk. Teori viser at struktur og forutsigbarhet er med på å skape trygge rammer for den med demens (Eide & Eide, 2017, s. 391-392).

En studie fremhever at personsentrert omsorg og kommunikasjon er sentralt mellom helsepersonell og eldre med demens (Smythe et.al, 2017). Personorientert kommunikasjon går ut på å kjenne og anerkjenne den eldre, det vil si at helsepersonellet må fokusere både på oppgaven i tillegg til relasjonen til den eldre (Finnbakk & Heyn, 2018, s. 163). Forskning viser at bruk av personsentrert kommunikasjon bidrar til en positiv opplevelse hos eldre med demens. Dette har særlig sammenheng med muligheten til å bidra i samtaler og å få kunne dele personlige preferanser (Savundranayagam et.al, 2016). Forskning viser også at VIPS-modellen bidrar til humanisering, samt økning i empati og håp hos eldre med demens. Helsepersonellet meldte at de benyttet seg av mer spesifikke

kommunikasjonsstrategier som anses å være effektive for dem som er rammet av demens. Med tanke på den oppmuntrende foreløpige evidensen, konkluderer forskningsstudien med at VIPS-kommunikasjonsintervensjonen er et verdifullt verktøy for å heve kvaliteten på demensomsorgen (Passalacqua et.al, 2012).

Informantene i denne studien fortalte at den enkleste måten å kommunisere med de eldre på var å kjenne dem godt, det forenklet kommunikasjonen og relasjonsarbeidet. Kitwood var opptatt av at helsepersonell skulle være følsomme for personens følelsesmessige tilstand og at de skulle være i stand til å tolke og respondere på personens ikke-verbale kommunikasjon, som for eksempel kroppsspråk og ansiktsuttrykk. Videre mente Kitwood at det var viktig at helsepersonell hadde en holdning som var preget av empati og respekt for personen, samt at de behandlet personen med verdighet og respekt uansett hvor avansert sykdommen var. Dette krever en helhetlig tilnærming til omsorg og en forståelse av personens individuelle behov og preferanser (Kitwood, 1997, s. 15-19). Informantene i denne studien var klare på at de la vekt på kroppsspråk og var observante knyttet til det.

5.3 Metodediskusjon

Det ble valgt kvalitativ metode i denne studien da problemstillingen omhandler hvordan helsepersonell opplever kommunikasjon med eldre pasienter med demens, det vil si at det er selve opplevelsene som er essensiell for meg. I følge Malterud er kvalitativ forskningsmetode en strategi for beskrivelse og analyse av et fenomen. Kvalitativ forskning bidrar til å belyse mangfold og nyanser (Malterud, 2011, s. 26). Induktiv analysetilnærming ble brukt, men jeg opplevde tidvise utfordringer knyttet til induktiv tilnærming da jeg ikke har erfaring med slik forskning fra tidligere. Induktiv tilnærming går ut på å danne teori ut ifra empiri hvor dataene kodes og deretter danner kategorier og temaer ut ifra meningsbærende elementer i dataene, dette danner resultatkapittelet (Malterud, 2011, s. 104). Svakheter ved kvalitativ metode er at mye av dataene som innhentes er kompleks informasjon, det vil si at datamengden ofte er stor

og lite strukturert. Dette er ressurskrevende da det er mange nyanser i dataene som må tas hensyn til kontra kvantitative metoder som er mer deduktiv (Malterud, 2011, s. 33).

I startfasen av planleggingsperioden var det personer med demens sine opplevelser av kommunikasjon som jeg ønsket å se på, men dette ble endret på grunn av flere faktorer. Jeg innså at prosessen for å få godkjenning til å bruke pasienter som informanter er langt mer komplisert og tidkrevende på grunn av sensitiviteten på personopplysninger og krav til godkjenning fra REK. I tillegg forelå det en god del forskning på tematikken fra pasient perspektiv fra tidligere, jeg ønsket å utforske noe det ikke forelå mye forskning på fra før. Derfor landet problemstillingen på en motsatt vri: «hvordan opplever helsepersonellet kommunikasjon med eldre med demens?». Forskningsarena ble lagt til hjemmetjenesten da dette er en arena jeg har god kjennskap til. Det er en arena hvor helsepersonell av forskjellig bakgrunn jobber tett sammen og hvor det er mange eldre med demens. Tidlig i prosessen begynte jeg å sende ut forespørsler til forskjellige hjemmetjenester i egen kommune samt nabokommune, dessverre uteble responsen. I tillegg satte Covid-19 pandemien kjepper i hjulene på grunn alle sine begrensninger og innstramminger i forhold til å samle for mange mennesker eller blande sammen mennesker som normalt ikke omgås. Derfor så jeg meg nødt til å velge å bruke egen arbeidsplass som arena.

Når man forsker på egen arbeidsplass, kan det være vanskelig å være objektiv. Egne erfaringer og meninger kan påvirke hvordan man tolker og presenterer data, dette kan påvirke kvaliteten og gyldigheten av forskningen. Forskning på egen arbeidsplass kan føre til at man påvirker arbeidsforholdene til kolleger og/eller deg selv. Dette kan ha konsekvenser for hvordan man behandler data, det kan gjøre det vanskelig å være upartisk og objektiv.

Det kan være vanskelig å ivareta personvern og konfidensialitet når man forsker på egen arbeidsplass. Det kan også oppstå spørsmål om hvorvidt det er etisk forsvarlig å inkludere kolleger eller pasienter som informanter i studien, det kan være utfordrende å opprettholde en passende avstand til informanter som deltar. Det kan gjøre det vanskelig å skille mellom rollene som forsker og som ansatt. Dette kan føre til at man opplever konflikter eller at man mister fokus på forskningsprosjektet. Resultatene av

forskning på egen arbeidsplass kan være begrenset til den spesifikke arbeidsplassen eller konteksten, og kan derfor ha begrenset overførbarhet. Den bidrar imidlertid til innsikt i tematikken. Dette kan gjøre det vanskelig å trekke generelle konklusjoner fra forskningsresultatene. Ved å bruke egen arbeidsplass er risikoen for feltblindhet foreliggende, det betyr at forskeren overser nye nyanser fordi man ser etter bekræftelser for å styrke egne erfaringer og opplevelser (Malterud, 2011, s. 151). Dog kan man se fordeler med å bruke egen arbeidsplass, blant annet kan det føre til at man har større tillit og aksept fra deltakere, kolleger og ledere. Dette kan gjøre det lettere å samarbeide og kommunisere med dem, samt å kunne gi deg tilgang til viktig informasjon og perspektiver. Forsker har god for forståelse og tilknytning til feltet, noe som gir forståelse av koder og uttrykk en utenforstående ikke hadde hatt kjennskap til. Det kan også bidra til å skape tillit mellom forsker og informanter (Malterud, 2011, s. 151).

Jeg sendte ut forespørsel til virksomhetsleder ved egen arbeidsplass som ga meg tillatelse til å starte datainnsamlingen. Rekrutteringsprosessen kunne vært gjennomført på en bedre måte ved at virksomhetsleder for eksempel kunne informert helsepersonellet på arbeidsplassen, på den måten kunne helsepersonellet selv meldt interesse. Da ville kanskje utvalget informanter sett annerledes ut selv om jeg gjennom hele prosessen har gjort mitt beste for å passe på at ingen har følt seg presset til å delta, samt passet på at informantene har vært innforstått med at deltagelse er frivillig. Det ble rekruttert totalt ni deltakere: tre assistenter, tre helsefagarbeidere og tre sykepleiere. Et større eller et mindre antall informanter kunne gitt et annet resultat, dog er jeg fornøyd med antall informanter da det oppleves at det har gitt flere nyanser av erfaringer og opplevelser i empirien. Igjen bød Covid-19 på utfordringer i form av å samle informantene da flere uteble fra oppsatte avtaler på grunn av sykdom, men til slutt fikk jeg samlet informantene og gjennomført fokusgruppeintervjuene.

Fokusgruppeintervjuer ble valgt ettersom hjemmetjenesten er en arena hvor mange mennesker samhandler, derfor ble det naturlig for meg å velge denne metoden da det er helsepersonellens erfaringer og opplevelser innad i hjemmetjenesten som er av interesse. Fordelen med fokusgruppeintervjuer er at det er mindre ressurskrevende enn

enkeltintervjuer da man får samlet inn et større volum empiri på kort tid. En svakhet ved fokusgruppeintervju er at forskeren ikke nødvendigvis får like dyptgående empiri som man muligens ville oppnådd ved å intervju en og en informant (Malterud, 2011, s. 133-135).

Tanken bak å gjennomføre fokusgruppeintervjuer var å skape et trygt miljø rundt informantene ved at det er flere i samme kategori som deltar og deler sine erfaringer og opplevelser. Fokusgruppeintervju ga ønsket effekt og jeg opplevde at deltakerne åpnet seg på en god måte slik at informantene turte å dele fritt om sine syn, erfaringer og opplevelser uten å møte dømmende oppførsel fra de rundt. Dog kan man spørre seg om jeg kunne oppnådd at informantene dykket dypere inn i spørsmålene dersom det hadde vært enkeltintervjuer. Jeg kunne kanskje oppnådd svar som var mer personlige for informantene. Enkeltintervju hadde krevd mer tid og planlegging, noe som mistenkes å ville hatt en negativ effekt på tidsrammen for prosjektet.

Jeg har i ettertid av intervjuene sett at spørsmålene i intervjuguiden kan være vanskelig å skille fra hverandre og jeg erfarte å måtte presisere flere ganger i intervjuene (vedlegg 2). Informantene ga tilbakemeldinger på at ordlyden i spørsmålene var nokså like, dog fikk jeg nyanserte og varierende funn i empirien.

Mangelen på erfaring knyttet til forskning på masternivå oppleves gjennom selve intervjusituasjonen og gjennom skriveprosessen, men på tross av dette mener jeg at studien har viktige momenter og funn. Jeg innser at det burde ha blitt gjennomført et prøveintervju for å gjøre meg tryggere i min rolle, muligens burde det vært med en intervjuassistent. Erfaringer tilegnet gjennom denne masterstudien er lærdom jeg kan ta med meg videre til neste studie. Etter intervjuene opplevde jeg at lengden på intervjuene ikke var slik som forsker hadde sett for seg på forhånd, intervjuene ble kortere enn tiltenkt. Bekymringene rundt mengden innsamlet data stresset meg. I ettertid har jeg analysert og sett flere meningsbærende temaer i empirien til tross for kortere lengde enn først ønsket, dette har ikke gått utover resultatene slik jeg fryktet. Det kan spekuleres i om studien ville blitt lengre dersom intervjuene hadde vært lengre, dog kan det være at informantene ville gjentatt seg selv flere ganger istedenfor å presentere nye funn gjennom intervjuene.

Jeg har i ettertid fulgt opp informantene og informert om skriveprosessen samt når studien anses å være ferdigstilt. Det har kommet positive tilbakemeldinger fra informantene hvor en stor del gleder seg til å få lese studien etter ferdigstillingen.

Underveis i skriveprosessen har studien endret tittel fra «Kommunikasjon med eldre personer med demens i kommunal hjemmetjeneste – Erfaringer fra et helsepersonell perspektiv» til den nåværende tittelen. Endringen ble gjort på bakgrunn av kraften i utsagnet med håp om at dette kunne vekke interessen hos leseren helt fra starten av. Derfor vil studien i vedlegg 1 og vedlegg 2 være oppført med gammel tittel.

6 Konklusjon og videre forskning

I avsnitt 6 synliggjøres studiens konklusjon samt forslag til videre forskning.

6.1 Konklusjon

Studien avdekker flere interessante funn knyttet til helsepersonells opplevelse av kommunikasjon med eldre demens i hjemmetjenesten. Funnene viser at ulikheter mellom helsepersonell, avhengig av deres kunnskap, erfaring og utdanning, påvirker deres kommunikasjon med eldre med demens. Ufaglærte assistenter opplever kunnskapshull knyttet til demens, noe som gjør kommunikasjon utfordrende. Mangelfulle kommunikasjonsferdigheter og grunnkunnskap om demens kan påvirke pasientsikkerheten både direkte og indirekte. Virksomheten bør særlig sikre bedre opplæring for ufaglærte assistenter. Helsefagarbeidere og sykepleiere med faglig bakgrunn besitter generelle kunnskaper om demens, samt spesielle kunnskaper om kommunikasjonsmetoder og hvordan de kan etablere relasjoner med eldre med demens. Det er nødvendig at virksomheten tar ansvar for å opprettholde og oppdatere helsepersonellens kunnskaper og ferdigheter gjennom ulike tiltak som er tilgjengelige for alle grupper helsepersonell. Videre er det viktig at helsepersonell med spesialisert kunnskap om demensomsorg også har tilstrekkelig tid og kapasitet til å anvende denne kompetansen i praksis. Alle faggrupper ønsker mer fokus på kommunikasjon som en ferdighet for å styrke egen kompetanse i forhold til kommunikasjon med eldre med demens.

Studien konkluderer med at kommunikasjon med eldre pasienter med demens i kommunal hjemmetjeneste er tidkrevende, utfordrende og krever at helsepersonellet har kunnskap om demens og kommunikasjonsferdigheter. Slik kompetanse er avgjørende for å håndtere utfordringer og for å møte de behovene den enkelte pasient har. Dette må både virksomheten og de som utøver omsorgen være seg bevisst og ta ansvar for, slik at tjenestene oppfyller målene i Demensplan 2025 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020) og samfunnets forventninger.

6.2 Videre forskning

Ettersom denne studien er gjennomført ved én virksomhet vil det i fremtiden være interessant om helsepersonell i andre virksomheter har den samme opplevelsen, dette legger til rette for videre forskning på tematikken. Videre legges det til rette for forskning rundt hva utfordringene knyttet til kommunikasjon fører til i forhold til pasientsikkerhet og kvalitet på tjenestene. I tillegg handler det om kompetanse: Hva slags kompetanse kan det forventes at assistenter skal ha tilegnet seg? Hva skal til for at assistenter får denne kompetansen og føler seg trygg i sin rolle i helsevesenet? Dette er spørsmål som kan lede til videre forskning, for alt tyder på at helsevesenet blir mer og mer avhengig av helsepersonell med varierende faglig bakgrunn.

Referanser/litteraturliste

Andfossen, N.B., Devik, S.A., Obstfelder, A. & Olsen, R.S. (2021). Kapasitets- og kvalitetsutfordringer i kommunale helse- og omsorgstjenester: oppgaver som blir satt på vent, oversett, glemt eller utelatt - En hurtigoversikt over forskningslitteratur. *Senter for omsorgsforskning*.

<https://hdl.handle.net/11250/2827814>

Bing-Jonsson, P., Foss, C., & Bjørk, I. T. (2016). The competence gap in community care: Imbalance between expected and actual nursing staff competence. *Nordic Journal of Nursing Research*, 36(1), 27–37.

<https://doi.org/10.1177/0107408315601814>

Brasetvik, K. (2019). Det mangler sykepleiere og det brukes assistenter. *Sykepleien*.

<https://sykepleien.no/meninger/innspill/2019/06/det-mangler-sykepleiere-og-det-brukes-ufaglaerte>

Brooker, D. (2007). *Person-centred dementia care : making services better*. Jessica Kingsley Publishers.

Eggenberger, E., Heimerl, K., & Bennett, M. I. (2013). Communication skills training in dementia care: a systematic review of effectiveness, training content, and didactic methods in different care settings. *International Psychogeriatrics*, 25(3), 345–358.

<https://doi.org/10.1017/S1041610212001664>

Eide, T. & Eide, E. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner: personorientering, samhandling, etikk* (3. utg., p. 420). Gyldendal akademisk.

Engedal, K. (2016). *En bok om demens: husk meg når jeg glemmer* (p. 236). Pax Forlag

Engedal, K., Haugen, P. K., Brækhus, A., & Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse. (2018). *Demens: sykdommer, diagnostikk og behandling* (p. 398). Forlaget aldring og helse akademisk.

Engedal, K. (2019, 11.mars) *Alderdom*. Store norsk leksikon.

<https://sml.snl.no/alderdom>

Eriksen, S., Grov, E. K., Ibsen, T. L., Mork Rokstad, A. M., & Telenius, E. W. (2022). The experience of lived body as expressed by people with dementia: A systematic meta-synthesis. *Dementia (London, England)*, 21(5), 1771–1799.

<https://doi.org/10.1177/14713012221082369>

Finnbakk, E. & Heyn, L.G. Kommunikasjon med eldre personer og pasienter i ulike situasjoner. I: Heyn, L.G. (2018). *Klinisk kommunikasjon i sykepleie* (p. 275). Gyldendal.

Fjørtoft, A. (2016). *Hjemmesykepleie: ansvar, utfordringer og muligheter* (3. utg., p. 248). Fagbokforlaget.

Flodgren, G. & Meneses, J. (2017). Ufaglært personell, profesjonsblanding, kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenestene: en kartleggingsoversikt. Område for helsetjenester i Folkehelseinstituttet. https://fhi.brage.unit.no/fhi-xmlui/bitstream/handle/11250/2471227/Flodgren_2017_Ufa.pdf?sequence=1

Gautun, H. (2021). For få på jobb? Sykepleierbemanning i sykehjem og hjemmesykepleien. *Søkelys på arbeidslivet*, 38(2), 142–157.

<https://doi.org/10.18261/issn.1504-7989-2021-02-05>

Grimsmo, A. (2015). Samhandlingsreformen - hva nå? *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 135(17), 1528–1528. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.15.0810>

- Hafskjold, L., Sundling, V. & Eide, H. (2018). Nursing staff's responses to thematic content of patients' expressed worries: Observing communication in home care visits. *BMC Health Services Research*, 18(1), 597.
<https://link.springer.com/article/10.1186/s12913-018-3390-5>
- Hagen, P.I. (2007). Kompetanseutvikling i kommunikasjon og samarbeid med personer med demens som bor hjemme og deres pårørende i Hjemmesykepleien i Hommelvik: prosjektrapport. Fylkesmannen i Sør-Trøndelag, HiST.
<http://hdl.handle.net/11250/148703>
- Hagemann, K. (2019, 30 mai). *Kommunikasjon*. Store norske leksikon.
<https://snl.no/kommunikasjon>
- Helse- og Omsorgsdepartementet. (2020). Demensplan 2025. [Brosjyre].
<https://www.regjeringen.no/contentassets/b3ab825ce67f4d73bd24010e1fc05260/demensplan-2025.pdf>
- Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell (LOV-1999-07-02-64).
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Heyn, L., Brembo, E., Eide, H., Hafskjold, L. & Sundling, V. (2021). Older persons' expressed worries during nursing care at home: Do health complexity and nature of nursing care in the visit matter? *Patient Education and Counseling*, 104(10), 2418- 2424. [https://www.sciencedirect-com.ezproxy2.usn.no/science/article/pii/S073839912100478X](https://www.sciencedirect.com.ezproxy2.usn.no/science/article/pii/S073839912100478X)
- Heyn, L.G. Hvordan tilegne seg kommunikasjonsferdigheter? I: Heyn, L.G. (2018). *Klinisk kommunikasjon i sykepleie* (p. 275). Gyldendal.
- Hoel, K., Rokstad, A. M. M., Feiring, I. H., Lichtwarck, B., Selbæk, G. & Bergh, S. (2021a). Person-centered dementia care in home care services – highly recommended

but still challenging to obtain: a qualitative interview study. *BMC Health Services Research*, 21(1), 1–723. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06722-8>

Hoel, K., Rokstad, A. M. M., Feiring, I. H., Lichtwarck, B., Selbæk, G. & Bergh, S. (2021b). Staff's perspectives on the organization of homecare services to people with dementia—A qualitative study. *Nursing Open*, 8(4), 1797–1804. <https://doi.org/10.1002/nop2.822>

Hummelvoll, J.K. & Dahl, T. E. (2012). *Helt - ikke stykkevis og delt : psykiatrisk sykepleie og psykisk helse* (7. utg., p. 630). Gyldendal akademisk.

Jootun, D., & McGhee, G. (2011). Effective communication with people who have dementia. *Nursing Standard*, 25(25). https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/44341106/comunication_Dementia_patient-libre.pdf?1459645733=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DCONTINUING_PROFESSIONAL_DEVELOPMENT_Aims.pdf&Expires=1681978273&Signature=WSJ2OuHnDp7GWCGtqI7TOI3VN9FDD~6Lb9idOZ4PNuJopyVmpuskYHj1y-4os3lq7ZCX5IPFqHisU~a4DOGxhi8MV2vUswDZ~l12uzQJSINUWAfrFKKB-NtSqQG19JvNjy7bPsy4UfOuRHJkmqXmWttcHvdxAAGRnhY8bto1Mvm-MVY5DaHBm0lfOTSKg4gz61iNa6Vb94EhllM-RZ-tXRi-xYXmle29A-HbnjgpAVMuKJrDTM5E39N-KS3ww4Ogb5zbrP9liAQ8RfbkX76zD1itiFetStRZDJRZuUk19dp6f35EM4VCpfEsDePMU4eTZvGHgfV4uUncOs9k02HA_&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA

Kamalraj, P., Savundranayagam, M. Y., Orange, J. B. & Kloseck, M. (2021). Communication in home care: Understanding the lived experiences of formal caregivers communicating with persons living with dementia. *International Journal of Older People Nursing*, 16(6), e12401–n/a. <https://doi.org/10.1111/opn.12401>

- Kitwood, T. (1997). *Dementia reconsidered : the person comes first* (pp. VIII, 160). Open University Press.
- Kvaal, J.N. (2020, 4.desember). *Dramatisk økning av demens i Norge*. Universitetet i Oslo. <https://www.med.uio.no/klinmed/forskning/aktuelt/aktuelle-saker/2020/dramatisk-okning-av-demens-i-norge.html>
- Lerdal, A., & Karlsson, B. (2009). Bruk av fokusgruppeintervju. *Sykepleien forskning* (Oslo), 3, 172–175. <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2008.0036>
- MacKinlay, E. & Trevitt, C. (2010). Living in aged care: Using spiritual reminiscence to enhance meaning in life for those with dementia. *International Journal of Mental Health Nursing*, 19(6), 394–401. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2010.00684.x>
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning : en innføring* (3. utg., p. 238). Universitetsforlaget.
- Malterud, K. (2012). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag* (p. 164). Universitetsforlaget.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitativ metasyntese som forskningsmetode i medisin og helsefag*. Universitetsforlaget.
- Meld.St. 47 (2008-2009). Samhandlingsreformen: Rett behandling – på rett sted – til rett tid. Det Kongelige Helse- og Omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>
- Molnes S. I. & Vasset, F. P. (2021). *Kommunikasjon i klinisk og sosialt arbeid* (1. utgave.). Fagbokforlaget.

Monthaisong, D. (2018). Nurses' Experiences Providing Care for People with Dementia: An Integrative Literature Review. *Journal of Nursing and Care*, 2018 (7:2).

<https://pdfs.semanticscholar.org/4647/ed249bd2a021b0a25dbe675dc0721293c188.pdf>

Norsk Sykepleier Forbund. (u.å). *Yrkesetiske retningslinjer*. Hentet 20 april 2023 fra:

<https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>

NOU 2023:4 (2023). *Tid til handling*. Helse- og Omsorgsdepartementet.

<https://www.regjeringen.no/contentassets/337fef958f2148bebd326f0749a1213d/no/pdfs/nou202320230004000dddpdfs.pdf>

O'Brien, R., Goldberg, S. E., Pilnick, A., Beeke, S., Schneider, J., Sartain, K., Thomson, L., Murray, M., Baxendale, B., & Harwood, R. H. (2018). The VOICE study – A before and after study of a dementia communication skills training course. *PLoS One*, 13(6), e0198567–e0198567. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0198567>

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient>

Pedersen, R., Hem, M. H., Gjerberg, E. & Førde, R. (2013). Bruk av tvang i sykehjem etter ny lovgivning. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 133(18), 1935–1939.

<https://doi.org/10.4045/tidsskr.13.0237>

Perry, J., Galloway, S., Bottorff, J. & Nixon, S. (2005). Nurse-patient communication in dementia: Improving the odds. *Journal of Gerontological Nursing*, 31(4), 43-52.

<https://web-s-ebsohost-com.ezproxy2.usn.no/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=3c74223f-49d5-405a-b60f-237cd0824667%40redis>

Polacsek, M., Goh, A., Malta, S., Hallam, B., Gahan, L., Cooper, C., Low, L., Livingston, G., Panayiotou, A., Loi, S., Omori, M., Savvas, S., Batchelor, F., Ames, D., Doyle, C., Scherer, S. & Dow, B. (2020). 'I know they are not trained in dementia': Addressing the need for specialist dementia training for home care workers. *Health & Social Care in the Community*, 28(2), 475–484.

<https://doi.org/10.1111/hsc.12880>

Passalacqua, S. A., & Harwood, J. (2012). VIPS Communication Skills Training for Paraprofessional Dementia Caregivers: An Intervention to Increase Person-Centered Dementia Care. *Clinical Gerontologist*, 35(5), 425–445.

<https://doi.org/10.1080/07317115.2012.702655>

Rokstad, A. M. M., Eriksen, S., & Bjørkløf, G. H. (2021). The facilitation of user-involvement for people with dementia as experienced by health care professionals: A qualitative study using focus groups. *Aging & Mental Health*, 26(12), 2511–2517. <https://doi.org/10.1080/13607863.2021.1975094>

Rummelhoff, G.R., Smebye, K.L., & Tombre, B. (2016). Gir individuell omsorg. *Sykepleien forskning* (Oslo), 8, 48. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2016.58391>

Røsvik, J., Brooker, D., Mjorud, M., & Kirkevold, Øyvind. (2013). What is person-centred care in dementia? Clinical reviews into practice: the development of the VIPS practice model. *Reviews in Clinical Gerontology*, 23(2), 155–163.

<https://doi.org/10.1017/S0959259813000014>

Savundranayagam, M. Y., & Orange, J. B. (2013). Matched and mismatched appraisals of the effectiveness of communication strategies by family caregivers of persons with Alzheimer's disease. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 49(1), 49-59. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12043>

- Savundranayagam, M. Y., Sibalija, J. & Scotchmer, E. (2016). Resident Reactions to Person-Centered Communication by Long-Term Care Staff. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 31(6), 530–537.
<https://doi.org/10.1177/1533317515622291>
- Skovdahl, K. & Berentsen, V. Kognitiv svikt og demens. I: Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, A. H. (2014). *Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., p. 560). Gyldendal akademisk.
- Smythe, A., Jenkins, C., Galant-Miecznikowska, M., Bentham, P. & Oyeboode, J. (2017). A qualitative study investigating training requirements of nurses working with people with dementia in nursing homes. *Nurse Education Today*, 50, 119-123.
https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0260691716303173?casa_tok%20en=zUkRSDoSG8AAAAA: Ea2xfekaWtikSBnXEO3o6YiONzoofCb23M8B5KmSHMFkO1OX3Dplv4%20bEwAaTyeDAaibhSvO0cg
- Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester. (2021, 8 januar). *Demensliste i hjemmetjenesten*. Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjeneste.
<https://www.utviklingscenter.no/prosjekter/demens/trygghet-og-sikkerhet/demensliste-i-hjemmetjenesten>
- World Health Organization. (2017). Dementia: Fact sheet. Hentet fra
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
- Wig, B. B. (1999). *Det uslåelige arbeidslaget* (p. 150). Tiden.
- Willadssen, B., & Keeping, D. (2020). *Arbeidsmiljø og HMS-arbeid : integrasjon, problemløsning, utvikling* (2. utgave.). Gyldendal.
- Wyller, T. B. (2015). *Geriatri : en medisinsk lærebok* (2. utg., p. 483). Gyldendal akademisk.

Oversikt over tabeller og figurer

Figur 1: Kitwood's Sommerfugl modell

Figur 2: Brooker's VIPS-modell

Figur 3: Oversikt over informanter

Figur 4: Gjennomføring av fokusgruppeintervjuer

Figur 5: Transkripsjonsprosessen

Figur 6: Foreløpige temaer

Figur 7: Meningsbærende enheter

Figur 8: Koder

Figur 9: Underkategorier

7 Vedlegg

Vedlegg 1: Informasjonsskriv med innhenting av signaturer

Vedlegg 2: Intervjuguide

Vedlegg 3: NSD meldeskjema

Vedlegg 4: Matriser fra litteratursøk

Vedlegg 5: Klassifisering av informasjon for studenter og ansatte - USN

Vedlegg 6: Lagringsguide (studenter) - USN