

# Kommunikasjonsstrategier i møte med pasienter med demens

*En litteraturstudie*

Kristine Grini Jacobsen



Prosjektoppgave, Medisinsk fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

Veileder: Siri Rostoft, førsteamanuensis, geriatrik avdeling, Oslo Universitetssykehus

01.02.2019

© Kristine Grini Jacobsen

2019

Kommunikasjonsstrategier i møte med pasienter med demens

Kristine Grini Jacobsen

<http://www.duo.uio.no>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

## **Abstract**

The objective of this paper is to explore the current literature on communication in patients with dementia.

Communication is a skill that can be honed. The medical students at the University of Oslo are trained in clinical communication throughout their studies. Primarily, this training is aimed at cognitively healthy patients. Communicating with patients with dementia can pose challenges and lead to frustration. The aim of this study is to explore different avenues towards improving communication, but also to present a comprehensive list of the different strategies proposed, in order to facilitate more effective communication.

This paper presents findings suggesting that implementing communication training in the education of health professionals shows a small increase in communication effectiveness. However, due to differences in research methodologies, varying definitions of communication, and different strategies implemented, no conclusive consensus can be derived.

This review suggests that physicians may be able to improve communication with patients with cognitive impairment, by varying their communication strategies. A common theme in improving communication is the physicians' attitude and the ability to accommodate the patient's needs, as well as giving the patient sufficient time. This requires careful consideration of the patient's needs, rather than focusing purely on the patient's diagnosis. Improved communication will make history-taking more effective, increase compliance and enhance the patient-physician relationship.

In conclusion, further research with standardized methodologies is needed.

## **Forord**

Denne oppgaven har vært en lang og spennende prosess som har gitt mye inspirasjon og vært en kilde til refleksjon til hvordan jeg ønsker å være som helsepersonell.

Takk til min fantastiske veileder Siri Rostoft, først og fremst for at hun sa ja til å hjelpe meg med oppgaven, men spesielt for gode råd og innspill underveis. Takk til Peter Wetterberg for at jeg fikk lov til å være med på konsultasjoner. En særskilt takk til pasientene og pårørende som lot meg få innblikk i hverdagen deres og de utfordringene en lever med når en har blitt diagnostisert med demens.

Takk til familie, samboer og venner, spesielt Ine og Lema, for motivasjon, gjennomlesninger og et spark bak når det trengs.

Kristine Grini Jacobsen

Oslo, 7.februar 2019

# Innholdsfortegnelse

Abstract .....	3
Forord.....	4
Innledning .....	6
<i>Hva er demens?</i> .....	7
<i>ICD-10-kriteriene for en demens diagnose:</i> .....	7
<i>Ulike sykdommer som kan føre til demens:</i> .....	7
<i>Progresjonen av sykdommen deles inn i tre stadier:</i> .....	9
<i>Kommunikasjonsutfordringer ved ulike typer demens</i> .....	9
<i>Hvorfor er kommunikasjon viktig?</i> .....	11
Metode .....	13
<i>Inklusjonskriterier:</i> .....	13
<i>Avgrensninger:</i> .....	13
Resultater .....	14
Diskusjon .....	17
<i>Generelt om kommunikasjon:</i> .....	17
<i>Kommunikasjonsopplæring</i> .....	19
<i>Holdningsendringer:</i> .....	21
Kommunikasjonsstrategier .....	22
<i>Verbal kommunikasjon</i> .....	22
<i>Nonverbal kommunikasjon</i> .....	23
<i>Annet</i> .....	23
<i>Tips til hva en bør unngå å gjøre:</i> .....	24
Konklusjon .....	25
Litteraturliste.....	26

## **Innledning**

*Som fersk medisinstudent var det en bratt læringskurve da jeg for første gang sto alene med en pasient og skulle ta opp anamnese og undersøke pasienten helt på egenhånd. Da denne pasienten i tillegg var en pasient med demens, ble det veldig tydelig at her kom mine kommunikasjonsferdigheter til kort og jeg hadde lite å stille opp med. Valg av oppgave ble dermed tydelig for meg. Her måtte kunnskapen utvides og kompetansenivået heves. Bakgrunnen for oppgaven er å se på hvilke kommunikasjonsutfordringer pasienter med demens har, hvorfor det er viktig å fokusere på kommunikasjon, men først og fremst å finne frem til gjennomførbare måter å gå frem på i møte med pasienter med demens.*

God kommunikasjon er en fundamental del av interaksjonen mellom helsepersonell og pasienter. Dette gjennom å være oppmerksom på sitt språk, kroppsspråk og annet. På medisinstudiet ved Universitet i Oslo er det et fokus på klinisk kommunikasjon gjennom hele studieforløpet, men denne kommunikasjonsopplæringen fokuserer på en dialog med kognitivt friske pasienter. En stor del av pasientpopulasjonen er rammet av kognitiv svikt og demens, og mitt valg av tema for denne oppgaven er motivert av et ønske om å styrke min egen kunnskap om kommunikasjon i møte med denne pasientgruppen. For å kunne utføre dette arbeidet mest mulig effektivt kan det være fordelaktig å ha noen strategier med på veien. I denne oppgaven skal jeg oppsummere hva jeg finner i artikler som omhandler kommunikasjonsproblemer, men fremfor alt hva en kan gjøre for å fasilitere bedre kommunikasjon. Først vil jeg forklare bakgrunnen for valg av tema. I hoveddelen trekker jeg frem resultater som er hentet fra litteratursøk gjennom Pubmed og annen faglitteratur. Til slutt vil jeg oppsummere funnene, samt presentere ulike tilnæringsmåter som forhåpentligvis vil kunne fremme kommunikasjonen med denne pasientgruppen.

## Hva er demens?

«Demens brukes som fellesbetegnelse på en tilstand/syndrom som kan være forårsaket av ulike organiske sykdommer, og som er kjennetegnet ved en kronisk og irreversibel kognitiv svikt, sviktende evner til å utføre dagliglivets aktiviteter på en tilfredsstillende måte sammenlignet med tidligere, og endret sosial atferd. Redusert hukommelse må alltid være tilstede for at begrepet demens kan brukes, og svikten i evnene til å dagliglivets aktiviteter må relateres til hukommelsesreduksjonen» (1, s.17).

Det er estimert at forekomsten av demens vil øke i takt med den aldrende befolkningen i Norge. Det er i dag ca 80 0000 individer som er rammet av demens i Norge (2). Det er antatt at man kan vente en betydelig økning i antall individer som vil være rammet av demens fra 2020-2050 grunnet en aldrende befolkning (2).

### ICD-10-kriteriene for en demens diagnose: (3, s. 219)

- I. 1) Svekket hukommelse, især for nyere data  
2) Svikt av andre kognitive funksjoner (dømmekraft, planlegging, tenkning og abstraksjon).  
*Mild:* virker inn på evnen til å klare seg i dagliglivet  
*Moderat:* Kan ikke klare seg uten hjelp fra andre.  
*Alvorlig:* kontinuerlig tilsyn og pleie er nødvendig
- II. Klar bevissthet
- III. Svik av emosjonell kontroll, motivasjon eller sosial atferd; >1 av følgende:
  - 1) Emosjonell labilitet
  - 2) Irritabilitet
  - 3) Apati
  - 4) Unyansert sosial atferd
- IV. Tilstanden skal ha hatt en varighet på minst 6 måneder.

### Ulike sykdommer som kan føre til demens: (1, s. 29).

- 1) Degenerative hjernesykdommer, der Alzheimers er hyppigst (ca. 60% av tilfellene) innunder dette går også Lewylegemene demens, frontotemporal demens, Parkinsons sykdom, Huntingtons sykdom og andre degenerative sykdommer.

- 2) Cerebrovaskulær demens. Dette er den nest hyppigst forekomsten av demens. Primærsykdommen kan være aterosklerose eller en blodpropp som sekundært kan gi en blodpropp, småkarsykdom, infarkt, hypoksi demens.
- 3) Sekundær demens. Forekommende ved hyppig alkoholinntak over lengre tid, vitaminmangel, encefalitt, herpes, Lues, AIDS, Borrelia, tumor, hodetraume, hematom, normaltrykkshydrocephalus, endokrine sykdommer, organsvikt.

### **Symptomer på demens: (1, s. 34 )**

- Kognitive symptomer
  - Svekket oppmerksomhet.
  - Svekket læringsevne og hukommelse.
  - Svekket språkevne (ordleting, redusert taleflyt).
  - Apraksi (konstruksjon, ideasjonell, idemotorisk)
  - Handlingssvikt.
  - Agnosi.
  - Svekket forståelse av handling i rom.
  - Svekkede intellektuelle evner.
- Atferdsmessige symptomer
  - Depresjon og tilbaketrekking.
  - Angst, panikkangst og katastrofereaksjoner.
  - Vrangforestillinger og illusjoner.
  - Hallusinasjoner.
  - Personlighetsendringer.
  - Rastløshet, motorisk uro, vandring.
  - Apati og interesseløshet.
  - Irritabilitet og aggressivitet.
  - Repeterende handlinger (roping, hamstringer).
  - Forandret døgnrytme.
- Motoriske symptomer
  - Muskelstivhet, styringsproblemer.
  - Balansesvikt.
  - Inkontinens.



## Progresjonen av sykdommen deles inn i tre stadier: (2)

- *Mild.* Daglig funksjonsnivå kan opprettholdes ved hjelp av teknikker og hjelpemidler. Kommunikasjonsproblemer på dette stadiet kan være vanskelig å oppdage. Oftest er det mest fremtredende vanskeligheter med å navngi hverdagslige objekter eller personer (4). Språkforståelsen er som regel intakt.
- *Moderat.* Pasienten vil trenge hjelp i det daglige. Anomni er gjerne mer uttalt her. Redusert forståelse av hva som leses og økende grad av redusert forståelse av hva som blir sagt. Redusert evne til å uttrykke seg skriftlig kan også forekomme (4). Kommunikasjon med en pasient i dette stadiet vil kunne være utfordrende grunnet økende anomni og perifraserings. Taleproblemer kan og forekomme.
- *Alvorlig.* Pasient blir avhengig av hjelp døgnet rundt. Anomni kan her være så uttalt at de ordene som produseres kan være usammenhengende og gi lite mening. Palialia kan forekomme. Forståelse av skriftlig og muntlig språk kan være alvorlig svekket. Ved dette stadiet kan pasienten være svært avhengig av nonverbal kommunikasjon (4).

## Kommunikasjonsutfordringer ved ulike typer demens

Features	AD	VD	PD	HD	PPA	FLD
<b>Language</b>						
Naming and vocabulary	Errors apparent early in course of disease	Mostly phonemic paraphasic errors	Not normally impaired	Anomia (although depends on study)	Verbal and semantic paraphasias, limited vocabulary (fluent); phonemic paraphasias (non-fluent)	Word fluency problematic
Spoken output	Subtle changes early stage with reduced meaning in middle stage; limited meaning in late stage	Reduced output, agrammatism	Grammar simplified, reduced length of utterances	Loss of conversational initiative, reduced length of utterances	Grammar simplified (nonfluent); semantically empty (fluent)	Nonfluent; reduced amount; stereotyped expressions; mutism in late stage

Repetition	Intact	Relatively intact	Intact	Intact	Impaired (both types)	Echolalic and perseverative
Language use	Subtle changes early but more obvious problems in middle stage, especially with multiple partners	Not normally impaired	Not normally impaired	Organization and initiative worsens with disease progression	Inappropriate (non-fluent); more appropriate among fluent type	Disinhibited, limited repertoire, socially inappropriate
Listening comprehension	Mildly impaired in middle stage for everyday communication	Can range from mild to moderate problems	Intact	Impaired in later stages	May show significant problems among fluent and some nonfluent types	OK early, poor in later stages
Writing	Semantically empty by middle stage	Motor and content problems mirror spoken output	Micrographic	Motor dysgraphia	May be micrographic	Not reported
<b>Speech</b>						
Dysarthria	None	Not normally present	Hypokinetic	Hyperkinetic	Not usually	Not usually
Pitch changes	None	Reduced pitch range	Reduced range	Reduced range	Mildly impaired	None reported
Volume	No problems	Near normal	May be significantly impaired, breathy, inappropriate silences	Weak voice	Not normally impaired	No changes reported
Speaking rate	Normal	May be somewhat slower than normal	Rapid	Severely impaired with disease progression	Not normally impaired	No changes reported
AD = Alzheimer's disease; VD = Vascular dementia; PD = Parkinson's disease; HD = Huntington's disease; PPA = Primary Progressive Aphasia; and FLD = Frontal Lobe Dementia.						

*Oversikt over ulike kommunikasjonsutfordringer avhengig av type demenssykdom (5)*

## **Hvorfor er kommunikasjon viktig?**

God kommunikasjon er essensielt for god pasientbehandling, både for å ta opp en sykehistorie, men og for å formidle informasjon. Der det er god kommunikasjon er det økt trivsel og etterlevelse blant pasientene (6, 7). «Pasienter presenterer ulike symptomer og utfordringer ettersom deres demenssykdom interagerer og endrer deres unike intellektuelle og personlige egenskaper» (8, s.188).

Kommunikasjon kan ses på som en form for formidling eller en prosess (9). Det er en dynamisk interaksjon der det er en formidler og en mottaker. Kommunikasjonen består av verbale aspekter slik som språk og tonefall, men også nonverbal kommunikasjon slik som kroppsholdning, ansiktsuttrykk og berøring (10). Ved å se på sin egen kommunikasjon som en egenskap en kan påvirke, vil en få en økt forståelse som gir mulighet til å ta i bruk ulike verktøy for å forbedre denne prosessen. Kommunikasjon er utveksling av informasjon, men også en arena der en kan skape tillit og trygghet. Dårlig kommunikasjon kan føre til usikkerhet, mistro og feilinformasjon. Der det er god kommunikasjon ser man positiv effekt på etterlevelse og effektiv kommunikasjon vil forsterke forståelse (11).

Det er flere ulike forhold som kan påvirke kommunikasjon. Denne oppgaven fokuserer på mental svikt, som er fremtredende ved en demenssykdom. Mental svikt gir svekket evne til konsentrasjon, oppmerksomhet og hukommelse. Dette reduserer evnen til å formidle, men også forstå hva som blir kommunisert. En må være klar over disse forholdene og ta med seg dette inn i hvordan en velger å legge opp pasientsamtalen.

Noen studier viser at hovedproblemet knyttet til kommunikasjon er problemer med å finne ord, afasi (12). «Prospective memory declines when tested under laboratory conditions, but in real-world context is well preserved, possibly as a result of better use of strategies and external cues. The content of semantic memory continues to accumulate, as reflected in increasing vocabulary, but speed and reliability as access declines» (13, s. 315). Andre mener at kommunikasjonsutfordringene går på at man mangler arbeidsminne. Dette vil være mindre åpenlyst i hverdagssituasjoner, men komme tydeligere frem ved testing eller situasjoner som avviker fra kjente og forutsigbare situasjoner. Prospektiv hukommelse gjør at en pasient med demens over lengre tid vil kunne klare seg hjemme, selv med langtkommen sykdom. Her er det viktig med komparentkompenseringer for å kartlegge hvordan pasienten fungerer i hjemmet. «Hos personer med demenssykdommer ser man ofte at de fungerer bedre så lenge de får være i sitt hjem, blant kjente ting. Så snart man tar dem ut fra hjemmet og krever at de

skal fungere i et ukjent miljø, fremstår deres intellektuelle funksjon som mye dårligere. Dette fenomenet skyldes at de hjemme kan fungere hovedsakelig ved hjelp av automatiske programmer i den implisitte hukommelsen, og ikke trenger å lagre inn ny kunnskap eller gjøre bruk av minner fra de siste minutter eller timer, noe som er vanskelig ved demens» (14, s. 112)

Andre problemer som kan oppstå behøver ikke være avhengig av språkproduksjonen, men heller forårsakes av et sammensatt tap av evner som trengs for å kunne ta del i interaksjonen som kommunikasjonen krever. «Decreased speech output or logopenia, reduced conversational initiation, stereotyped utterances, repetitive responses, unelaborated phrases, echolia, and changes in pragmatic aspects of conversation, such as topic maintenance, interrupting others and redirecting conversations to one's own agenda, are seen in FTD» (12).

I dagens kliniske hverdag er det et økende fokus på samhandling med pasienten og inklusjon av pasienten i avgjørelser som tas. Dette er utfordrende dersom en pasient er tydelig preget av sin demenssykdom. Derfor er kommunikasjonsstrategier essensielt for alt helsepersonell, uavhengig av deres spesialitet. Dagens kliniske situasjon har også et økende fokus på samvalg, noe som er krevende ved demens. Ved for eksempel kirurgiske inngrep kan avveiningen mellom nytte og risiko for pasienten kreve avanserte evner til abstraksjon. Således er temaet relevant for alle typer behandlere.

## Metode

Det har blitt gjort et litteratursøk i med følgende søketermer XXXXXXXXX. Litteratursøket har blitt gjennomført mellom januar 2018 til januar 2019.

I tillegg har jeg brukt fagbøker, nettsider og relevante kilder som har blitt sitert i de ulike artiklene jeg har funnet som kilder. Jeg har også gjort et søk i McMaster med termene communication og dementia.

Jeg har hospitert to dager ved Hukommelsesklinikken ved Oslo universitetssykehus der jeg har fått observere diagnostiske tester og intervju av pasienter med demens, og samtaler med pårørende.

Søkeord	Database	Kombinasjoner	Antall treff
1. Health communicat*	Pubmed	(1 OR 2) AND (3 OR 4) AND 5	68
2. communicat*			
3. Dementia			
4. Alzheimer			
5. Proffesional-patient-relations			

### Inklusjonskriterier:

Artiklene må være engelsk eller et skandinavisk språk.

Artikkelen må enten være en review eller clinical trial.

Ingen avgrensning på publikasjonsår.

Alle profesjoner har blitt tatt med.

### Avgrensninger:

Artikler som belyser den kliniske kommunikasjonssituasjonen tas ikke med. Dersom artiklene belyser pårørendes kommunikasjon med pasienter tas de ikke med. Litteratur som fokuserer på formidling av en diagnose er ekskludert.

Etter hva som har blitt presentert i de ulike artiklene har jeg satt sammen en liste som skal fungere som en smørbrødtype med tips en kan ta i bruk ved kommunikasjonen med pasienter med demens.

## Resultater

Litteratursøket ga 68 artikler. En gjennomgang av artikkeltitlene resulterte i en seleksjon av hvilke artikler som var relevante for problemstillingen.

8 ble valgt bort grunnet språk. 42 ble valgt bort da de ikke var aktuelle for problemstillingen. De resterende 18 artiklene listes opp i tabellen under. Alle disse hadde titler som gjorde at de var interessante å se nærmere på. Disse ble gjennomgått ved enten å lese abstract eller selve artikkelen. Ikke alle var relevante og 5 var ikke tilgjengelig gjennom UiOs nettverk.

De artiklene som ble selektert bort ble det grunnet:

- Tema var hvordan en kommuniserer en demensdiagnose til en pasient.
- Manglet kommunikasjon som tema.
- Omhandlet kommunikasjon mellom pasient og pårørende.

	<b>Tittel</b>	<b>Forfatter</b>	<b>År</b>	<b>Type</b>	<b>Funn</b>
1	Communicating with patients who have dementia	Bush T.	2003	Review	Communication with the patient with dementia may be the key to understanding and resolving behavioral disturbances.
2	Are we speaking the same language?	Castaneda L. et al.	2007	Review	Usikker på hva jeg skal skrive her. Artikkelen belyser ingenting om problemstillingen min, jeg vurderer også artikkelen som en dårlig kilde.
3	Behavior management and communication strategies for dental professionals when caring for patients with dementia	Chalmers JM	2000	Review	Task breakdown is one of the most useful strategies to improve communication with cognitively impaired adults and involves the breaking down of activities into smaller steps to allow the person with dementia to tackle one step in the activity at a time. Improved knowledge and teaching of these behavior management and communication strategies will assist and encourage dental professionals to care for patients with dementia.
4	Communication in healthcare interactions in dementia: a systematic review of observational studies	Dooley J et al.	2015	Review	Patient-companion-professional communication in dementia care raises various ethical questions: how to strike a balance between different communicative needs of patients and companions; clarity versus sensitivity in delivery of the diagnosis; and whether to minimize or expose interactional difficulties and misunderstanding to

					enrich patient understanding and involvement. Healthcare professionals need guidance in delivering a diagnosis and strategies to optimize patient and companion participation.
5	Communication skills training in dementia care: a systematic review of effectiveness, training content, and didactic methods in different care settings.	Eggenberg et al.	2013	Review	Communication skills training in dementia care significantly improves the quality of life and wellbeing of people with dementia and increase positive interactions in various care settings. Communication skills training shows significant impact om professional and caregivers' communication skills, competencies and knowledge. Additional organizational features improve the sustainability of communication interventions.
6	Barriers to treatment: the unique challenges for physicians providing dementia care	Foster NL	2001	Review	Ikke relevant. Tar ikke for seg kommunikasjon.
7	Touch: a fundamental aspect of communication with older people experiencing dementia	Gleeson M, Timmins F	2004	Review	Ikke adgang til artikkel.
8	Alzheimer's dementia. Coping with communication decline	Hendryx-Bedalov PM	2000	Review	Ikke tilgang til artikkel.
9	Touch-stress model and Alzheimer's disease: using touch intervention to alleviate patients' stress	Kim EJ, Buschmann MT	2004	Review	Ikke tilgang til artikkel.
10	Language changes and Alzheimer's disease: a literature review	Lee VK	1991	Review	Ikke god nok kvalitet for å bli inkludert.
11	Therapeutic communication training in long-term care institutions: recommendations for future research	Levy-Storms L	2008	Review	Some evidence exists to support that nursing aides can improve their therapeutic communication during care
12	Interventions to improve	Machiels M et al	2017	Review	Few studies have been identified with wide variation in interventions and outcome measures. In addition, the

	communication between people with dementia and nursing staff during daily nursing care				methodical shortcomings make it difficult, to draw conclusions about the effectiveness. More research is needed to develop and evaluate communication interventions effectiveness.
13	Alzheimer's disease and other dementias. Implications for physician communication	Orange JB, Ryan EB	2000	Review	Communication with dementia patients requires physician knowledge of the patient's language, speech and communication skills as obtained through
14	Alzheimer's disease. Physician-patient communication	Orange JB et al.	1994	Review	Memory problems and changes in language and communication place tremendous strain on physicians who are searching for a differentialdiagnose and are trying to communicate with them. Reviewing the salient language and communication features of AD patients leads to strategies for improving effective physician. Patient communication.
15	Communicating more effectively with the confused or demented patient	Ostuni E, Mohl G.	1995	Review	Ikke tilgang til artikkel.
16	Informed consent and Huntington disease: a model for communication	Sharpe NF	1994	Review	Ikke relevant for problemstilling.
17	Alzheimer's disease: communication techniques to facilitate perioperative care	Tappen RM	1991	Review	Ikke tilgang til artikkel.
18	Dementia, personhood, and nursing: learning from a nursing situation	Touhy TA	2004	Review	Mangler kommunikasjonsperspektivet.



## Diskusjon

Basert på litteratursøket er det ulike måter å tilnærme seg utfordringene som følger med når vi skal kommunisere med personer med demens – alt fra opplæring av personell til taktil stimulering.

### Generelt om kommunikasjon:

Uten mulighet til å kommunisere ender pasienter ofte opp med å bli marginaliserte. Ofte står pasientene i en posisjon der de ikke lenger klarer å uttrykke behov eller følelser. Den økende frustrasjonen dette medbringer kan gi opphav til atferdsforstyrrelser (15). En trekker herfra konklusjonen om at det å leve med demens påvirker pasienten fysisk, psykologisk og sosialt. Bush hevder i sin artikkel at det grunnet økt kunnskap om sykdomsprosesser ved demens er et økt fokus på den fysiske delen av demensbehandlingen. Dette gjør at det emosjonelle perspektivet forsvinner (15).

Videre viser Bush til forskning der det hevdes at den som kommuniserer med en person med demens, grunnet utfordringene som opptrer, legger bort normal samtalekutyme. Manglende kunnskap eller evner til å tilpasse kommunikasjonen til den kliniske situasjonen kan lede til at kommunikasjonen opphører med medfølgende problematikk. Tap av somatisk helse kan gjøre det nødvendig med en innleggelse på en akutt avdeling der en rigid klinisk rutine og nye omgivelser kan gi økt forvirring hos pasienten. Hovedkonklusjonen til Bush er påstanden om at dersom en klarer å løse opp i kommunikasjonsutfordringene vil dette løse opp i atferdsproblemer og gi økt forståelse (15).

Det samme konklusjonene finnes igjen i Chalmers artikkel der det hevdes at atferdsforstyrrelsene som kan opptre ved demens er pasientens forsøk på å regulere og takle interne og eksterne stressorer, eller følelser/behov som ikke møtes — dette spesielt i form av redsel eller forvirring (16). Orange trekker også frem betydningen av kommunikasjon i samhandlingen med pasienten (4). Dersom kommunikasjonen er god er pasientens tilfredshet i det kliniske møtet betydelig økt. Det vises til en sammenheng mellom atferdsproblematikk og tap av kommunikasjonsevne.

Videre i Chalmers review angis det at det ikke utelukkende er tilpasning av verbal kommunikasjon som vil kunne imøtekomme pasientenes behov. Betydningen av riktig setting/omgivelser vektlegges også, da spesielt med tanke på å redusere mengden stimuli

pasienten utsettes for. Artikkelenes svakhet er at påstandene baseres på egen klinisk erfaring, og det henvises lite til bakgrunns litteratur. Strategiene presentert er knyttet til gjennomføringen av en odontologisk behandling og undersøkelse, så det blir til en viss grad lite appliserbart i en annen setting. Derimot er det særdeles to viktige poeng en kan hente fra overnevnte artikkel. Dersom pasienten skal gjennom et inngrep i våken tilstand er det god hjelp i distraksjon, her kan man gi pasienten noe i hendene som kan virke avledende. Så fremt en trenger samarbeid fra pasienten er det særdeles viktig å bryte ned oppgavene i flere trinn. Gjør en ting om gangen og sett av god tid til hvert steg, slik at en får et godt samarbeid.

Helsepersonell er ikke fullt bevisste på egen kommunikasjon, det er derfor nødvendig med økt refleksjon rundt hvordan man kommuniserer for å lettere kunne tilpasse individuell kommunikasjon. Ved å bli bedre til å tilpasse ulike kommunikasjonsstrategier til pasientene en møter vil man kunne møte pasientenes behov, følelser og bekymringer mer effektivt (4). Chalmers trekker også frem viktigheten av å tilpasse de ulike strategiene til alvorlighetsgraden av pasientens demens. F.eks. En pasient med langtkommen demens vil ha lite utbytte av endring i bruk av ord, men vil ha et stort utbytte av reduksjon i tempo. Det trekkes også frem hvor ulik en pasient kan være, avhengig av tid og sted. En strategi som har fungert tidligere trenger ikke nødvendigvis å ha like god effekt senere. Dette gjenfinnes også i Oranges artikler (5).

Small er kritisk til effektiviteten til de ulike kommunikasjonsstrategiene F.eks. redusert tale tempo, og i den aktuelle artikkelen hevder han at den rapporterte effekten av denne type strategier baseres på kun klinisk observasjon (17).

Å kun lene seg på strategier som verktøy til kommunikasjon kan ses på som en forenkling (5), dessuten er denne pasientgruppen preget av stor variasjon, noe som krever individualisert tilpasning. Imidlertid ser det ut til at enkelte strategier har en viktig plass i behandlingen, siden de er gjentakende og tydeligvis reproduserbare da de gjenfinnes i flere ulike studier.

Dooley og medarbeidere skiller de ulike problemene som kan oppstå ved interaksjon med pasienter med demens i tre stadier (11).

### **Kommunikasjonsproblemer oppstår:**

1. Umiddelbart etter helsepersonell har snakket, noe som tyder på problemer vedrørende forståelse.

2. Midt i en setning, som kan antyde ordletingsproblemer.
3. Etter at helsepersonell er ferdig å snakke. Dette kan tyde på manglende oppmerksomhet og forståelse av upassende responser.

Gjentagende problematisk kommunikasjon kan stamme fra redusert flyt, innhold og forståelse. Forfatterne påstår at dette kan være forårsaket av at pasienter bruker mye fokus på å prøve å dekke over reduserte evner. Eksempler på dette er å gi bekreftende svar uavhengig om pasienten har forstått eller ikke, bruk av standardfraser eller forsøk på å snakke rundt et tema, eller endre tema i et forsøk på å ta kontroll over samtalen. Denne avbrytelsen kan komme midt i en samtale og det er opp til helsepersonell å forsøke å lede samtalen tilbake til opprinnelig tema uten at det oppleves ubehagelig for pasienten. Her påpekes betydningen av å anerkjenne hva pasienten forsøker å kommunisere, ikke endre tema uten en forklaring eller overgang (11).

Machiels og medarbeidere viser resultater som tyder på at selv om det er betydelig tap av kommunikasjonsevner er evnen til å formidle og forstå korte og enkle setninger godt bevart. Det samme gjelder evnen til å forstå nonverbal kommunikasjon. Det som skiller seg fra de andre artiklene er at det påstås at atferdsproblematikken ikke er et resultat av manglende møte behov, men er i seg selv en form for kommunikasjon (10).

## **Kommunikasjonsopplæring**

Litteratursøket ga flere treff på artikler som så på implementering av kommunikasjonsopplæring i ulike settinger. Vil det gi resultat i form av bedre kommunikasjon dersom det systematisk gis opplæring i hvordan en kan forbedre kommunikasjon med fokus på demens? Gir det resultater dersom det implementeres bedre kommunikasjon, det være seg ulike profesjoner eller vedrørende poliklinisk eller inneliggende pasienter?

Machiels artikkel ser på de ulike kommunikasjonsstrategiene som er forsøkt integrert i en pleiesetting. Intervensjonene hevdes å være integrerbare i alle kliniske settinger. Dette innebefatter enkle intervensjoner og intervensjoner kombinert med ulike verktøy. Opplæringen i de ulike strategiene har ulik varighet, fra 20 minutter til flere timer. Studiene tok for seg både verbal og nonverbal kommunikasjon, kvalitativ og kvantitativ data. 5 av 6 studier viste signifikant forbedring med tanke på en av de to typene kommunikasjon (10).

En tydelig svakhet til den overnevnte artikkel påpeker er at de ulikestudiene ikke differensierer mellom hvilke kommunikasjonsstrategier som virker mest hensiktsmessig (10). Også her fremheves det betydningen av at en oppnår forståelse for hva det er som årsaken til svekkelse av kommunikasjonen. Det påpekes at skriftlige råd som verktøy for opplæring av helsepersonell har vist dårlig resultat, men at praktisk trening gir betydelig mer lovende resultater (10). Til slutt påpekes det at intervensjonene/strategiene som helsepersonell tar i bruk fungerer best når den er tilpasset den kliniske situasjonen de skal brukes i og betydningen av en godt etablert relasjon. Dette kan vise seg å være vanskelig ved struktureringen av helsevesenet der spesialisthelsetjenesten preges av kontakt med ulike helsepersonell, men har stor betydning i kontakten med primærhelsetjenesten.

Small er kritisk til effektiviteten til de ulike kommunikasjonsstrategiene F.eks. redusert taletempo, og i den aktuelle artikkelen hevder han at den rapporterte effekten av denne type strategier baseres på kun klinisk observasjon (17).

Eggenbergers gjennomgang av flere studier viser at all intervensjon i pleiesetting har en positiv effekt på kunnskap, evner og holdninger, sammenlignet med kontrollgruppen (6). Viktigste resultat er at dette gir økt trivsel for pasientene. Dette kan også overføres til pårørende. Der det gis systematisk kommunikasjonsopplæring vil de samme resultatene kunne forekomme. Gjennomgangen viser imidlertid ikke noen signifikant nedgang i bruk av tvang eller sederende midler. Dette står i kontrast til hva Vasse belyser (18). Det hevdes at der det er god kommunikasjon vil en kunne se en nedgang i nevropsykiatriske symptomer – dette kan ses i noen studier, men resultatene er ikke entydige. Artikkelen til Vasse belyser også behovet for et organisatorisk fokus på opplæringen, da dette vil gi et mer varig og dermed signifikant resultat (18). Daglig intervensjoner for å bedre kognisjon gir økt kvalitet på pleien pasientene mottar, men ikke signifikant resultat med tanke på nevropsykiatriske symptomer.

Litteraturstudien til Machiels beskriver også svakheter som blir tydelig ved gjennomgang av tilgjengelig litteratur. Kommunikasjon defineres ulikt, det samme gjelder intervensjonene. Det er ulike studiedesign og svært ulik beskrivelse av resultater som gjør det vanskelig å sammenligne de ulike studiene og resultatene. Kommunikasjon er i seg selv vanskelig å måle. Forfatteren etterspør en konsensus med tanke på definisjon av kommunikasjon, og standardisering av tematikken knyttet til kommunikasjon ved demens.

## **Holdningsendringer:**

En annen tilnærming til hvordan en kan forbedre pasientkommunikasjonen trenger ikke nødvendigvis være knyttet til endring av handling, men derimot være holdningsbasert. Foster påpeker viktigheten av perspektivet man møter kommunikasjonsutfordringer med.

Kommunikasjon med demenssyke er svært krevende. En kan velge å se på det som en spennende utfordring, som krever mye av helsepersonell og er derfor vil det også oppleves som intellektuelt stimulerende. Det er viktig å anerkjenne at det kan være frustrerende, til tider oppleves som håpløst, og kan vekke ubehag (8). «Negative holdninger vedrørende demensbehandling er ikke nødvendigvis korrelert til personlige refleksjoner, men er en emosjonell reaksjon tilknyttet erfaringer fra behandling og arvet fra kolleger og lærere ved profesjonell opplæringen. Dette er uheldige holdninger, men kan motvirkes dersom bakgrunnen for dem forstås og adressert» (8, s.189).

Dersom en ikke utelukkende jobber med demenssyke vil det være ofte være andre fysiske tilstander som er årsaken til pasientkontakten. Det aktuelle kan fort kreve mye fokus, men det er viktig å se personen bak tilstanden. Dersom man beholder perspektivet på pasientens kognitive evner, væremåte, personlighet og daglige aktiviteter vil dette kunne fasilitere diagnostisering og behandling (8). Det er viktig å ha grundig kjennskap til pasienten og deres sosiale situasjon for å kunne avgjøre hvilken behandling/tiltak som er hensiktsmessig. Ved OUS observerte jeg at dette ble dette gjort ved å ha to separate konsultasjoner. Mens pasienten var inne til konsultasjon med en lege hadde pårørende en samtale med en sykepleier. Her forsøkte en å kartlegge endring i tilstand eller om det har oppstått noen utfordringer som det må tas tak i.

Denne pasientkontakten kan være opphav til svært givende interaksjoner, da pasient og pårørende ofte opplever situasjonen som svært krevende, dette kan føre til berikende personlige og givende møter. «Selv små justeringer i medikamenter og behandling kan utgjøre en stor forskjell i livskvalitet for pasienter og deres pårørende. Demenssykdom er kritisk og demensbehandling er relevant og en signifikant del av medisinsk praksis» (8, s 189). Dette fokuset kan lett forsvinne i en travel klinisk hverdag, spesielt på sykehus.

## Kommunikasjonsstrategier

Universelle strategier gir en generell innfallsvinkel til hvordan du skal møte pasienter med demens. Denne må tilpasses pasienters ulikhet. Tanken med dette er at man gjennom ulike innfallsvinkler, triks og økt forståelse klarer å møte pasienten der de er og gir rom for best mulig resultat og gjennomførelse av kommunikasjonen.

Et argument er at disse strategiene er svært generelle og kan tas i bruk i alle sammenhenger uavhengig av om pasienten har demens eller ikke. Ved økende grad av kognitiv svikt er det desto mer relevant å ta i bruk disse punktene for å ivareta pasienten og for å sikre god informasjonsutveksling.

Etter å ha gått igjennom de artiklene jeg fant som var relevante og som jeg vurderte som valide har jeg valgt å kategorisere de ulike kommunikasjonsstrategiene. Alle strategier som er presentert er ikke tatt med i resultatene. Noen av strategiene oppfatter jeg som innlysende fra før av, andre har blitt slått sammen.

Jeg har sortert de ulike strategiene i tre kategorier:

- Verbal kommunikasjon
  - Språk
  - Stil
- Non-verbal kommunikasjon
- Annet
  - Miljø
  - Individuell tilpasning

Det er viktig å starte hver samtale med å sette en kontekst. Avhengig av hvor langtkommen sykdom pasienten har kan det være at pasienten ikke kjenner deg igjen eller sliter med å plassere hvor han eller hun har deg fra.

### **Verbal kommunikasjon** (4, 5, 16, 17).

- Start hver samtale med å presentere deg selv med navn og tittel. Begrens bruken av pronomen: Si heller f.eks. Elisabeth, fremfor henne.
- Forklar inngrep og undersøkelser før disse gjennomføres.

- Legg inn gode pauser og fremhev hva som er viktigst ved å presentere dette først, og legg trykk på de viktige ordene i hva du prøver å formidle.
- Snakk rolig, tydelig og bruk enkelt språk.
- Gi positive tilbakemeldinger og ros.
- Unngå spørsmål så langt det lar seg gjøre, se boks under.

**Dersom det likevel er nødvendig å stille spørsmål er det viktig å følge et par punkter:**

- Unngå åpne spørsmål, Bruk ja/nei-spørsmål. F.eks. «Har du vondt?»
- Fremfor å spørre om hvor en har vondt kan du spørre om det gjør vondt i skulder eller albu?  
Pasienter med demens kan slite med nomenklatur, så hjelp pasienten med å finne ordene, men uten å legge ord i munnen på dem.
- Still ett spørsmål om gangen og gi god tid til å svare.
- Instruksjoner deles opp og tas et punkt om gangen.
- Plaser adjektiv etter subjektiv «Har du vondt ... skarp» eller gi alternativ ved spørsmål. «Mener du smerte som er skarp (pause) eller verkende»

(4, 5, 16).

**Nonverbal kommunikasjon** (4, 5, 16).

Kommunikasjon ved hjelp av kroppsspråk, tonefall og mimikk (9 s.1).

- Ha god blikkontakt og sitte ovenfor eller ved siden av pasienten.
- Beveg seg rolig og unngå brå bevegelser.

Smil og bruk lett berøring dersom det føles naturlig

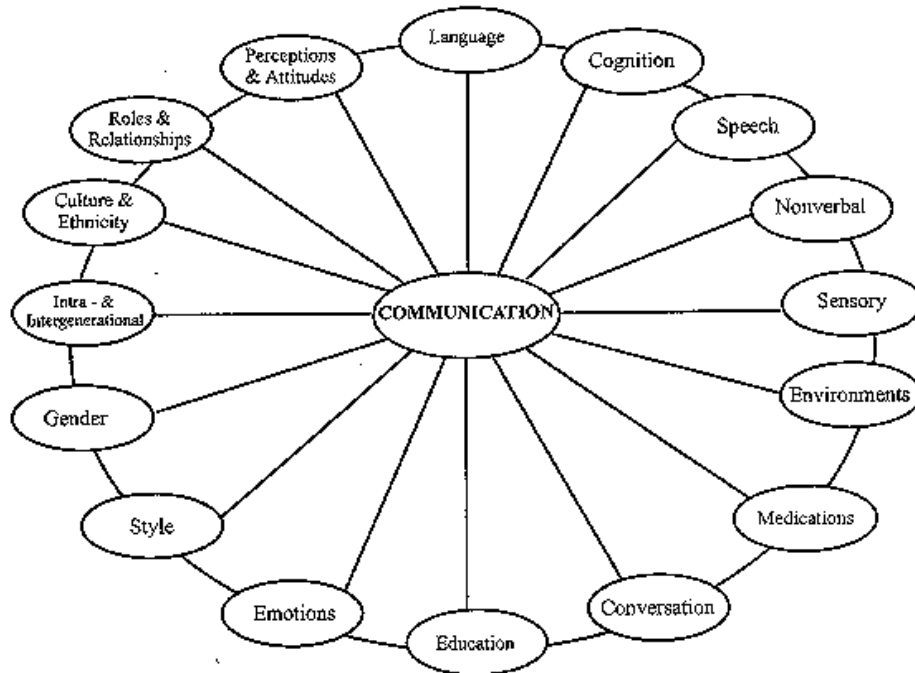
**Annet** (4, 5, 16):

Miljø:

- Prøv å ha så få deltagere i samtalen som mulig.
- Dersom det er en pleier/pårørende pasienten føler seg fortrolig med er det fint om de kan være tilstede i rommet.
- Finn en avskjermet lokalisasjon for samtalen. Fjern så mange distraksjoner som mulig (andre mennesker, radio, tv, spill).
- Unngå bakgrunnsstøy

### Individuell tilpasning:

- Ta utgangspunkt i at pasienten forstår mer enn hva han/hun kan gi uttrykk for.
- Se personen, ikke diagnosen. Anerkjenn følelser, vis empati.
- Har pasienten et sansetap? Tilpass deg dersom pasienten hører dårlig, er synshemmet osv.



*Faktorer som må tas hensyn til med tanke på individuell tilpasning av kommunikasjonen (5)*

### **Tips til hva en bør unngå å gjøre: (15)**

- Bruk av distraksjon eller bedrag for å få pasienten til å samarbeide.
- Disempowerment. Ikke underminere en pasient ved gjøre ting for pasienten en klarer selv, eventuelt klarer med litt hjelp.
- Infantilisering- patroniserende språk eller fremgangsmåte. I andre artikler beskrives dette som elderspeak (19).
- Marginalisering.
- Stigmatisering- se pasienten og ikke diagnosen.
- Outpacing. Sett av tid og ta pasienten med i samtalen, tilpass tempo slik at pasientens klarer å holde følge.
- Ignorering. Henvend deg til pasienten, unngå å snakke over hodet på dem.
- Ikke hold tilbake informasjon. Ta som utgangspunkt at pasienten forstår mer enn hva de klarer å uttrykke.
- Unngå å avbryte pasienten, tid er essensielt for god kommunikasjon.



## Konklusjon

Denne oppgaven er en litteraturstudie som har sett på ulike tilnærminger til kommunikasjon med pasienter med demens. De ulike artiklene er skrevet av forfattere med bakgrunn fra ulike profesjoner, i all hovedsak leger, tannleger og sykepleiere. Kommunikasjonsutfordringer er noe som alle profesjonene må forholde seg til, så mye av det som presenteres går på tvers av profesjoner.

Det er sprikende resultater med tanke på hvilke kommunikasjonsstrategier som er mest effektive, eller om strategiene i det hele tatt er virkningsfulle. Det er stor variasjon i hva som betegnes som en kommunikasjonsstrategi og hva som utgjør kommunikasjon med pasienter med demens. Ulike metoder er tatt i bruk for å dokumentere resultatene. Det en kan argumentere for er at dersom det tas i bruk ulike strategier som øker fokuset på kommunikasjonen er dette i seg selv fasiliterende for samtalen, grunnet hvilke holdninger en tar med seg inn i det kliniske møtet.

Noen artikler viser effekt ved systematisk tilnærming til opplæringen, mens andre peker på betydningen av individualisering. Dette behøver ikke nødvendigvis utelukke hverandre, men viser to ulike synsvinkler på fremgangsmåten til forbedring.

Det er viktig med et fokus på hvilke metoder og strategier en tar i bruk når en kommuniserer med pasienter, men det er like viktig å ha fokus på hvilke holdninger og innstilling en har til kommunikasjonen med en krevende pasientgruppe. Ved hospitering ved hukommelsesklinikken ved OUS var dette tydelig, der det var satt av god tid til konsultasjonen, der både pasient og pårørende ble sett og hørt. Det ble tydelig hvor mye mer effektiv sykehistorie og ulik testing ble ved å ta seg god tid og ved å utforske pasientperspektivet, men også ved å være klar over kommunikasjonsutfordringer og være fleksibel i tilnærmingen til kommunikasjonen.

Pasienter som er affisert av en demenssykdom er en sammensatt og variert pasientgruppe. Arbeidet med artikkelen synliggjør hvor krevende kommunikasjonen kan være og at det ikke finnes en uniform tilnærming, men at dette er noe som må tilpasses den enkelte pasienten og at en kombinasjon av ulike teknikker og strategier kan forbedre kommunikasjonen, ikke minst ved at helsepersonell endrer sine holdninger til disse pasientmøtene.

## Litteraturliste

1. Engedal k. Demens-Fakta og utfordringer; Lærebok 5ed. Tønsberg Forlaget Aldring og helse 2009.
2. Engedal k. Demens 2018 [updated 01.11.18. Available from: <https://sml.snl.no/demens>
3. Engedal k. Alderspsykiatri i praksis; Lærebok Tønsberg Forlaget Aldring og helse 2008
4. Orange JB, Molloy DW, Lever JA, Darzins P, Ganesan CR. Alzheimer's disease. Physician-patient communication. Canadian family physician Medecin de famille canadien. 1994;40:1160-8.
5. Orange JB, Ryan EB. Alzheimer's disease and other dementias. Implications for physician communication. Clinics in geriatric medicine. 2000;16(1):153-73, xi.
6. Eggenberger E, Heimerl K, Bennett MI. Communication skills training in dementia care: a systematic review of effectiveness, training content, and didactic methods in different care settings. International psychogeriatrics. 2013;25(3):345-58.
7. Livingston G, Kelly L, Lewis-Holmes E, Baio G, Morris S, Patel N, et al. Non-pharmacological interventions for agitation in dementia: systematic review of randomised controlled trials. The British journal of psychiatry : the journal of mental science. 2014;205(6):436-42.
8. Foster NL. Barriers to treatment: the unique challenges for physicians providing dementia care. Journal of geriatric psychiatry and neurology. 2001;14(4):188-98.
9. Solheim KV. Grunnmur basishefter; Kommunikasjon In: aldersdemens Nkf, editor. Eldreomsorgens ABC 1ed. Tønsberg Forlaget Aldring og helse 2007.
10. Machiels M, Metzeltin SF, Hamers JP, Zwakhalen SM. Interventions to improve communication between people with dementia and nursing staff during daily nursing care: A systematic review. International journal of nursing studies. 2017;66:37-46.
11. Dooley J, Bailey C, McCabe R. Communication in healthcare interactions in dementia: a systematic review of observational studies. International psychogeriatrics. 2015;27(8):1277-300.
12. Blair M, Marczyński CA, Davis-Faroque N, Kertesz A. A longitudinal study of language decline in Alzheimer's disease and frontotemporal dementia. Journal of the International Neuropsychological Society : JINS. 2007;13(2):237-45.
13. Baddeley A, Eysenck MW, Anderson MC. Memory East Sussex Psychology Press 2009. 451 p.
14. Wetterberg P. Hukommelsesboken- Hvorfor vi husker godt og glemmer lett 1ed. Oslo Gyldendal norsk Forlag AS; 2005. 198 p.
15. Bush T. Communicating with patients who have dementia. Nursing times. 2003;99(48):42-5.
16. Chalmers JM. Behavior management and communication strategies for dental professionals when caring for patients with dementia. Special care in dentistry : official publication of the American Association of Hospital Dentists, the Academy of Dentistry for the Handicapped, and the American Society for Geriatric Dentistry. 2000;20(4):147-54.
17. Small JA, Gutman G. Recommended and reported use of communication strategies in Alzheimer caregiving. Alzheimer disease and associated disorders. 2002;16(4):270-8.
18. Vasse E, Vernooij-Dassen M, Spijker A, Rikkert MO, Koopmans R. A systematic review of communication strategies for people with dementia in residential and nursing homes. International psychogeriatrics. 2010;22(2):189-200.

19. Williams KN, Herman R, Gajewski B, Wilson K. Elderspeak communication: impact on dementia care. *American journal of Alzheimer's disease and other dementias*. 2009;24(1):11-20.