

Beteckning: _____



Institutionen för vårdvetenskap och sociologi

Vårdpersonalens kommunikation och bemötande av personer med demenssjukdom

- En Litteraturstudie

*Sofie Lagergren Strindberg
Asha Mohamed Farah
Februari 2009*

Uppsatsarbete C 15 högskolepoäng
Omvårdnadsvetenskap

**Sjuksköterskeprogrammet 180 högskolepoäng
Examinator: Bernice Skytt
Handledare: Gunilla Langeskär**

Abstract

The aim of this study was to, by using scientific literature, describe how nursing staff in a professional way can meet and communicate with persons suffering from dementia. The method was a descriptive literature review. The articles were analyzed based upon if they were about verbal or non-verbal communication and meeting, and also by the factors that affect communication. The result showed that when the caregiver shows respect, care, sees the patient as an individual, support its abilities, give short and precise communication, uses eye contact and touch it leads to a temporarily improved communication and meeting. Episodes of lucidity also lead to a temporary improvement in communication. When the caregiver lies, is stressed, asks too difficult questions, quickly changes the subject, gives many different answers or does not have knowledge of the person's life history and interests it affects the communication with the patient suffering from dementia in a negative way. Factors that affect the communication are; moments of clarity, resources, time and background music. The conclusion is that it takes a special kind of knowledge, patience and also all environmental factors influence the possibility of meeting and communicating with people suffering from dementia in a professional way.

Keywords: Dementia, communication and meeting

Sammanfattning

Syftet med studien var att utifrån vetenskaplig litteratur beskriva hur vårdpersonalen på ett professionellt sätt kan bemöta och kommunicera med personer med demenssjukdom.

Metoden var en beskrivande litteraturstudie. Artiklarna analyserades beroende på om de handlade om Verbal och Icke-verbal kommunikation och bemötande samt Faktorer som påverkar kommunikation. I resultatet framkom det att när vårdgivaren visade respekt, omtanke, såg patienten som en individ, stöttade dess förmågor, gav kort och tydlig information, använde ögonkontakt, hade kunskap om patientens livshistoria och intressen samt använde sig av beröring ledde det till en förbättring av kommunikation och bemötande. Episoder av klarhet ledde till en tillfällig förbättrad kommunikation. Men när vårdgivaren ljög, var stressad, ställde för svåra frågor, ändrade samtalsämne för hastigt och gav för många olika budskap påverkade det kommunikationen med patienten med demenssjukdom på ett negativt sätt. Faktorer som påverkade kommunikationen var stunder av klarhet, resurser, tid och bakgrundsmusik. Slutsatsen var att det krävs en speciell kunskap, tålamod samt att yttre faktorer spelade in för att kunna bemöta och kommunicera med patienter med demenssjukdom på ett professionellt sätt.

NYCKELORD: Demenssjukdom, kommunikation och bemötande.

Innehållsförteckning

1. Introduktion	1
- 1.1 Demenssjukdomar-----	1
- 1.2 Bemötande med personer med demenssjukdom-----	2
- 1.3 Kommunikation med personer med demenssjukdom-----	2
- 1.4 Problemområde-----	3
- 1.5 Syfte-----	3
- 1.6 Frågeställning-----	3
2. Metod	4
- 2.1 Design-----	4
- 2.2 Databas och sökord-----	4
- 2.3 Utfall av sökning-----	4
- 2.4 Urvalskriterier-----	5
- 2.5 Dataanalys-----	5
- 2.6 Forskningsetiska överväganden-----	6
- 2.7 Valda källor-----	6
3. Resultat	9
- 3.1 Verbal kommunikation och bemötande-----	10
- 3.1.1 Samtal-----	12
- 3.1.2 Kommunikation och bemötande i samband med aktivitet-----	13
- 3.2 Icke-verbal kommunikation och bemötande-----	14
- 3.2.1 Beröring-----	17
- 3.3 Faktorer som påverkar kommunikation-----	17
4. Diskussion	20
- 4.1 Huvudresultat-----	20
- 4.2 Resultatdiskussion-----	20
- 4.3 Metoddiskussion-----	24
- 4.4 Allmän diskussion-----	25
5. Referenser	27

1. Introduktion

1.1 Demenssjukdomar

Demenssjukdom uppkommer på grund av sjukliga förändringar i hjärnan som påverkar minnes- och tankeförmågor. Demens orsakas alltid av sjukdom och är inte en normal åldersförändring. Vid demens påverkas flera av hjärnans funktioner och enbart minnesförlust räcker inte för att kunna ställa diagnosen. Andra funktioner som brukar drabbas är förmågan att tänka, planera och skapa överblick, att hitta i miljön, tala och förstå språket, ta egna initiativ, uppleva och att kontrollera sina känslor. De senaste åren har demenssjukdomar blivit den fjärde vanligaste folksjukdomen och ett av samhällets största medicinska och psykosociala problem (1). Människor ökar i mängd och blir äldre och äldre, detta gör att demenssjukdomen är en av de vanligaste sjukdomarna detta århundrade (2).

Demenssjukdomar är indelade i tre stora grupper beroende på var sjukdomen har sitt ursprung. Den första gruppen är primärdegenerativa demenssjukdomar, där en sjukdom med okänd etiologi skadar hjärnvävnaden. Exempel på detta är Alzheimers sjukdom och frontallobsdemens (1). Alzheimers sjukdom är den största gruppen av demenssjukdomar hos personer över 65 år (3). Det är en neurodegenerativ rubbning som kännetecknas av avvikelser på flera områden i hjärnan och deras omfattning tyder på hur allvarlig sjukdomen är (4). Det är en progressiv sjukdom med tilltagande symptom och vanligtvis avlider personen med Alzheimers sjukdom inom tio år efter att den fått diagnos (5). Frontallobsdemens är en ovanlig demensform som ofta yttrar sig i tidig ålder, ibland före 50 års ålder. Minnet och tankeförmågan finns ofta väl bevarad i början av en pannlobsdemens, medan personlighetsförändringar och minskad omdömesförmåga märks tidigt i sjukdomen (1).

Den andra gruppen av demenssjukdomar är vaskulära demenssjukdomar, det är den näst vanligaste typen och orsakas av många små hjärninfarkter (5).

Den tredje gruppen av demenssjukdomar är sekundära demenssjukdomar, vilka är sekundära skador till en annan kroppslig sjukdom orsakade av till exempel B₁₂-brist, Huntingtons sjukdom (danssjukan), alkoholdemens eller lågtryckshydrocefalus (1).

1.2 Bemötande med personer med demenssjukdom

Ett bra bemötande innebär att vårdpersonalen är respektfull, lyssnar med intresse och engagemang samt att personen de möter känner att den är trygg och värdefull. Detta är grundläggande för en god omvårdnad. Vid ett bra bemötande är det viktigt att vårdpersonalen förstår hur personer med demenssjukdom upplever sin omvärld och inte endast agerar utifrån hur de själva upplever situationen. Sättet vi uppträder på mot varandra har stor betydelse och det är individuellt hur en person uppfattar bemötandet. När en person är drabbad av en demenssjukdom blir de mer sårbar och beroende av andra människors behandling och mottagande (6).

1.3 Kommunikation med personer med demenssjukdom

Verbal kommunikation är typiskt för människan och består i det vi säger, skriver och läser. Tolkningen i budskapet beror på dels den som förmedlar det och dels den som tar emot budskapet. Hur den som tar emot budskapet tolkar det beror på dennes egen förmåga och uppfattning om saker och ting (7).

Den icke verbala kommunikationen kompletterar den verbala kommunikationen.

Kommunikationen sker utan ord och ofta omedvetet. Den kan bestå av beröring, ögonkontakt, miner, gester, skratt, gråt, tonfall, kroppsspråk, rörelser och framförande (7). Personer med demenssjukdom kommunicerar ofta på ett icke-verbalt sätt. När personen känner smärta, hunger, törst eller behov av att gå på toaletten kan detta yttra sig i att personen är agiterad, rastlös, aggressiv eller att den kämpar emot (8).

Demenssjukdomen försämrar personens förmåga att kommunicera på ett effektivt sätt (8). De känner att de inte har någon förmåga att uttrycka sig, förstå andra människor och intryck. Dessa negativa förändringar bidrar till att personerna känner sig oroliga och nervösa i främmande miljöer och situationer (2). En person med demens försöker att kommunicera med hjälp av sitt beteende. Deras beteende påverkas av försämring och skador på hjärnan som i sin tur påverkar personens personliga relationer, hur de reagerar på andra människor, försvarsmekanismer och deras sätt att hantera olika situationer (9). Personer med demenssjukdom kan vara bräckliga, krävande och svåra att kommunicera med, därför är det

väsentligt att vårdpersonalen bemöter personer med demenssjukdom på ett kunskapsmässigt och etiskt korrekt sätt. Detta omvårdnadsarbete kräver en specifik kunskap som sjuksköterskan, mer än någon annan profession, har i sin grundutbildning (10). Det är viktigt för den friska personen, i detta fall vårdpersonalen, att tänka på hur den kommunicerar med personer med demenssjukdom. När vårdpersonalen visar närhet, omsorg och respekt för personer med demens reagerar de på ett positivt sätt (6).

1.4 Problemområde

Vårdpersonalen kommer ofta i kontakt med personer med demenssjukdom. Dessa personer har ofta en nedsatt förmåga att kommunicera och det är svårt att förstå deras viljor och behov. Det kan också finnas yttre faktorer som påverkar kommunikationen, såsom miljö, brist på tid och resurser. Det krävs därför en god kunskap om hur vårdpersonalen kan kommunicera med dessa personer för att kunna ge dem en god omvårdnad och uppfylla deras behov.

1.5 Syfte

Syftet med denna studie var att utifrån vetenskaplig litteratur beskriva hur vårdpersonalen på ett professionellt sätt kan bemöta och kommunicera med personer med demenssjukdom.

1.6 Frågeställning

- Hur beskrivs det i vetenskaplig litteratur hur vårdpersonalen på ett professionellt sätt kan bemöta och kommunicera med personer med demenssjukdom?

2. Metod

2.1 Design

Studien är en beskrivande litteraturstudie (11).

2.2 Databas och Sökord

Artiklar söktes i databaserna Medline och Science Direct samt i tidsskriften American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias.

Vid sökning i databaserna har det använts följande sökord i olika kombinationer: dementia, communication*, lucidity, therapy, nursing, meet, caregiving, caring, giving touch och Alzheimer's Disease .

2.3 Utfall av sökning

Tabell 1. Tabell över databas/tidsskrift, söktermer, träffar, granskade artiklar och använda artiklar.

Databas/Tidsskrift	Söktermer	Träffar	Granskade artiklar	Använda artiklar
Science Direct	Dementia And communication*	129	13	4
Science Direct	Therapy And Dementia And Nursing	34	3	1
Medline	Lucidity And Dementia	5	2	2
Medline	Dementia And Communication*	93	11	3
Medline	Giving touch And Dementia	2	1	1
Medline	Meet and communication and nursing	60	3	1
Medline	Dementia And Caregiving And Communication	43	6	1
Medline	Caring And Communication And dementia	93	8	2
Medline	Alzheimer's Disease And Communication	47	9	2

	And nursing			
American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias	Dementia And Communication	390	7	2
Summering		896	63	19

2.4 Urvalskriterier

I sökningen inkluderades de artiklar som är skrivna på engelska eller svenska samt de som fanns i fulltext. Artiklar som exkluderades svarade inte på studiens syfte genom att de handlade om behandling av demenssjukdomar, medicinska artiklar eller artiklar som beskrev kommunikation och bemötande mellan vårdpersonalen och anhöriga till personer med demenssjukdom. Det exkluderades även litteraturstudier, artiklar som var gjorda före år 1995 samt de artiklar som hade låg kvalitet enligt Forsberg och Wengström (11).

Vetenskapliga artiklar söktes genom användning av sökorden i olika kombinationer, därefter lästes 896 titlar varav 833 titlar valdes bort på grund av att de inte hade med kommunikation och bemötande med personer med demenssjukdom att göra. Hos de artiklar som verkade stämma överens med syftet i studien lästes abstrakten. Om abstrakten verkade vara relevanta granskades artiklarna ytterligare. Det valdes ut 63 vetenskapliga artiklar och genom att syfte och resultat lästes, valdes 19 av dessa ut till studien. Det valdes bort 43 artiklar som inte handlade om kommunikation och bemötande, litteraturstudier samt om artiklarna hade låg kvalitet enligt Forsbergs och Wengströms kvalitetsbedömning (aa).

2.5 Dataanalys

Artiklarna har bearbetats genom att de lästes av båda författarna till föreliggande studie och därefter analyserades de genom att granska och anteckna de delar som beskrev kommunikation och bemötande med personer med demenssjukdom. Artiklarna delades in i tre grupper beroende på om de handlade om verbal eller icke-verbal kommunikation och bemötande samt faktorer som påverkar kommunikation. Sedan utformades underkategorier genom de olika mönster som plockades fram i artiklarna.

Forsbergs och Wengströms (11) bedömningsformulär användes för att kvalitetsgranska artiklarna där de graderades till låg, mellan och hög kvalitet. Artiklar som inte uppfyllde kriterierna till medel eller hög kvalitet valdes bort. Kvantitativa artiklar granskades utifrån bilaga 2 och 3, ”Checklista för kvantitativa artiklar – RCT (Randomiserade kontrollerade studier)” respektive ”Checklista för kvantitativa artiklar – kvasiexperimentella studier” och kvalitativa artiklar granskades utifrån bilaga 4 ”Checklista för kvalitativa artiklar” i Forsberg och Wengström (aa).

2.6 Forskningsetiska överväganden

Studien innehåller kritiskt granskade artiklar som publicerats i vetenskapliga tidskrifter och det har endast använts artiklar som är lämpliga och relevanta för denna studie. Det har inte valts bort något resultat på grund av att det inte stöder författarnas åsikter.

2.7 Valda källor

Tabell 2. Valda källor, författare, publiceringsår, titel, design, undersökningsgrupp och kvalitetsbedömning.

Författare/år	Titel	Design/Metod	Undersökningsgrupp	Kvalitetsbedömning
12. Hansebo, Kihlgren / 2002	Carers' interactions with patients suffering from severe dementia: A difficult balance to facilitate mutual togetherness.	Kvalitativ. Omvårdnadspersonalens interaktioner med patienter med allvarlig demenssjukdom videofilmades före, under och efter en utbildning.	En sjuksköterska, fyra omvårdnadspersonaler och nio patienter på ett boende för personer med demenssjukdom och beteendestörningar.	Författarna förklarade analysprocessen av videofilmningen på ett bra sätt. Hög
13. Long, Slevin / 1999	Living with dementia: communicating with an older person and her family.	Kvalitativ. Ett rollspel utfördes av sjuksköterskor där de visade hur kommunikation med personer med demenssjukdom kan se ut, detta videofilmades.	Fyra sjuksköterskor som spelade rollerna av en 70 – årig patient, hennes son och dotter samt en omvårdnadsansvarig sjuksköterska.	Det finns inga tydliga rubriker för metod och resultat. Men de förklarar metoden och resultatet i den löpande texten Medel
14. Tappen, Williams-Burgess, Edlestein, Touhy, Fishman / 1997	Communicating with individuals with Alzheimer's disease: Examination of	Kvalitativ. 35 stycken 30 – minuters konversationer hölls med patienter med avancerad Alzheimers sjukdom.	23 patienter med Alzheimers sjukdom på ett vårdhem.	Väl beskriven dataanalys. Lättläst resultat. Hög

	recommended strategies.			
15. Small, Perry, Lewis / 2005	Perceptions of family caregivers' psychosocial behaviour when communicating with spouses who have Alzheimer's disease.	Kvantitativ. 40 avsnitt med konversationer mellan personers Alzheimers sjukdom och deras äkta maka/make videofilmades. 20 personer valdes ut för att analysera hur smidigt samtalet gick samt dela in samtalen i fyra psykosociala aspekter.	Ett okänt antal personer med demenssjukdom och deras maka/make deltog i de 40 videinspelningarna. 20 personer analyserade videinspelningarna.	Metoden utförligt beskriven, något svåräst resultat. Hög
16. Nyström, Lauritzen / 2005	Expressive bodies: Demented persons' communication in a dance therapy context.	Kvalitativ. Dansterapi vid tio olika tillfällen med sju personer med demenssjukdom videofilmades. Deras kommunikation och kroppsspråk analyserades.	Sex kvinnor och en man med demenssjukdom.	Otydliga övergångar mellan metod och resultat, ingen tydlig rubrik. Medel
17. Mayhew, Acton, Yauk, Hopkins / 2001	Communication from individuals with advanced DAT: Can it provide clues to their sense of self-awareness and well-being?	Kvalitativ. Studie gjordes där man videofilmade och kritiskt analyserade samtal mellan sjuksköterskor och patienter med DAT (avancerad Alzheimers sjukdom).	15 patienter med DAT samt sjuksköterskor.	Inget tydligt syfte. Kortfattat beskriven metod. Resultat finns bra uppdelat. Medel
18. Thompson / 2002	Communicating with dementia patients on hospice.	Kvalitativ. Ett team på ett vårdhem fick utbildning i bemötande med personer med demenssjukdom, därefter fick de utöva sina kunskaper hos patienter med demenssjukdom.	I teamet ingick sjuksköterskor, läkare, socialarbetare och volontärer. Patienter med demenssjukdom.	Otydligt beskriven metod. Ingen rubrik för metod och resultat. Medel
19. Van Weert, Van Dulmen, Spreeuwenberg, Ribbe, Bensing /2005	Effects of snoezelen, integrated in 24 h dementia care, on nurse-patient communication during morning care.	Kvantitativ. Studien utförs på 12 psykiatriska avdelningar på sex vårdhem, utbredda över olika delar av Nederländerna. Experimentgruppen genomför en individuell 24-timmars snoezelen - program och kontrollgruppen fortsatte med en sedvanlig omsorg.	Experimentgruppen och kontrollgruppen består av sex vårdhemsavdelningar vardera.	Mycket bra framställt syfte, metod och resultat. Tydliga tabeller. Hög
20. Burgio, Allen-Burge,	Come talk with me: Improving	Kvantitativ, jämförande. Vårdgivare fick	67 patienter på fem olika äldreboenden deltog.	Frågeställningen är ej tydligt beskrivet.

Roth, Bourgeois, Dijkstra, Gerstle et al. / 2000	communication between nursing assistants and nursing home residents during care routines	kunskap inom kommunikation som de tillsammans med böcker fick använda sig av i interaktionen med patienter med nedsatt kognitiv och kommunikativ förmåga.	34 av dessa deltog i experimentgruppen och 33 deltog i kontrollgruppen. Sammanlagt deltog 64 vårdgivare i antingen kontroll- eller experimentgruppen.	Medel
21. Edberg, Bird, Richards, Woods, Keeley, Davis-Quarrell / 2008	Strain in nursing care of people with dementia: Nurses' experience in Australia, Sweden and United Kingdom.	Kvalitativ. Diskussioner i fokusgrupper för att förbättra vårdpersonalens stresssituation och därigenom förbättra patienternas vård. Diskussionerna spelades in på band.	Fokusgrupperna hölls med 35 sjuksköterskor i Australien, Sverige och Storbritannien som vårdade personer med demenssjukdom. Det var två fokusgrupper från varje land med fem till sju deltagare vardera.	Sjuksköterskor från tre olika länder deltog, vilket ger resultat från varierande kulturer och arbetsmiljöer. Hög
22. Götell, Brown, Ekman / 2002	Caregiver singing and background music in dementia care.	Kvalitativ. Först videofilmades kommunikationen i samband med morgonrutinerna utan bakgrundsmusik sedan filmades morgonrutinerna med bakgrundsmusik.	Fem kvinnliga sjuksköterskor samt nio patienter på en demensavdelning i Sverige deltog i studien.	Syfte, metod och resultat är bra framställt. Hög
23. Múo, Schindler, Verner, Schindler, Ferrario, Frisoni / 2005	Alzheimer's disease – associated disability: An ICF approach.	Kvantitativ. Mini Mental State Examination (MMSE) och Global Deterioration Scale (GDS) användes för att avgöra vilken grad av kognitiv svikt och i vilket skede av sjukdomen patienterna befinner sig i.	Tjugosex patienter med Alzheimers sjukdom i olika stadier av sjukdomen deltog i studien.	Alla delar är mycket bra beskrivna (Introduktion, syfte, metod, tillvägagångssätt och resultat.) Något svårförståeliga tabeller. Hög
24. Ellis, Astell / 2004	The urge to communicate in severe dementia.	Kvalitativ. Under två tillfällen studeras en kvinnas verbala och icke-verbala beteende. Båda tillfällena videofilmas för att mäta viljan att kommunicera.	En 79-årig kvinna med allvarlig demens.	Otydlig frågeställning och syfte. Metod och analys finns beskrivet, men något kortfattat. Medel
25. Polk / 2005	Communication and family caregiving for Alzheimer's dementia: Linking attributions and problematic integration.	Kvalitativ intervjustudie.	Tre män och fyra kvinnor som var vårdgivare åt personer med Alzheimers sjukdom.	Ingen tydlig rubrik för resultat, men man förstår när resultatet börjar genom att läsa löptexten. Inget resultat i sammanfattningen. Medel
26. Rundqvist, Severinsson / 1999	Caring relationships with patients suffering from dementia – an	Kvalitativ intervjustudie.	Sex vårdgivare på en demensavdelning.	Syfte, metod och resultat är bra beskrivna och uppdelade. Hög

	interview study.			
27. Edvardsson, Sandman, Rasmussen / 2003	Meanings of giving touch in the care of older patients: Becoming a valuable person and professional.	Kvalitativ. Intervjuer med öppna frågor. De fick träning i taktill massage och stimulering som de utövade på patienterna och blev därefter intervjuade om sina erfarenheter.	Tolv omvårdnadsarbetande kvinnor i Norra Sverige.	Tydligt beskrivet syfte. Alla delar är väl förklarade och beskrivna. Resultatet är bra uppdelat och lättläst. Hög
28. Normann, Asplund, Karlsson, Sandman, Norberg/2005	People with severe dementia exhibit episodes of lucidity. A population-based study.	Kvantitativ. Studien är baserad på datainsamling från en tidigare studie gjord på en institution för äldre människor i norra Sverige.	92 patienter som hade långtgående demens och svårt med verbal kommunikation deltog i studien.	Syfte, metod och resultat bra beskrivet. Stort antal patienter deltog i studien. Hög
29. Normann, Henriksen, Norberg, Asplund / 2004	Lucidity in a woman with severe dementia related to conversation. A case study.	Kvalitativ. En 20 timmars lång konversation hölls med en kvinna med allvarlig demenssjukdom. Kvinnans dotter deltog under tre och en halv timme av konversationen. Den spelades in på band.	En kvinna med allvarlig demenssjukdom och hennes dotter.	Endast en kvinna med i studien. Kortfattat resultat. Medel
30. Deponte, Missan / 2007	Effectiveness of validation therapy (VT) in group.	Kvantitativ. Deltagarna delades in i tre grupper. En kontrollgrupp, en bekräftelseterapi-grupp och en sensorisk - minnesterapi grupp. Experimentgrupperna träffades för terapi två gånger i veckan under tre månader.	30 deltagare på ett äldreboende delades in i de tre olika grupperna beroende på ålder och de resultat de fått på tester gällande kognitiv funktion, daglig aktivitet och beteendestörningar.	Validitet och reliabilitet diskuteras ej i studien. Medel

3. Resultat

Resultatet i studien redovisas i tabeller och löpande text med huvudrubriker och underrubriker:

- Verbal kommunikation och Bemötande
 - Samtal
 - Kommunikation och bemötande i samband med aktivitet
- Icke-verbal kommunikation och bemötande
 - Beröring
- Faktorer som påverkar kommunikation

3.1 Verbal kommunikation och Bemötande

Tabell 3. Översikt av författare, syfte och huvudresultat av artiklar under huvudrubriken Verbal kommunikation och Bemötande.

Författare	Syfte	Huvudresultat
12. Hansebo, Kihlgren / 2002	Att belysa vårdgivarens samspel med patienter med allvarlig demenssjukdom genom att analysera videoinspelade vårdsituationer och avslöja förändringar som skett efter interventionen.	Övervakningsinterventionen ledde till en förbättring när det gäller vårdgivarnas förmåga att balansera sina samspel med patienterna. Vårdpersonalen och patienterna delade med sig av varandras erfarenheter och personalen försökte få patienterna att delta i olika handlingar/aktiviteter. Vårdpersonalen gav patienterna större utrymme att utföra saker själva genom att ge dem mer tillit och se deras förmågor. Personalen försökte också se världen utifrån patientens perspektiv.
13. Long, Slevin / 1999	Att undersöka de beståndsdelar i kommunikation som framträder under en interaktionsanalys under ett rollspel.	Resultat som kom fram i rollspelet gällde makt och restriktion, att tala sanning, familjestress, konflikter, ålderdom, sexuell diskriminering, empati och mänsklighet.
14. Tappen, Williams-Burgess, Edlestein, Touhy, Fishman / 1997	Att undersöka om de generellt rekommenderade strategierna för att underlätta kommunikation med personer med Alzheimers sjukdom kunde få understöd av empiriska data.	Öppna frågor, att tala som jämlikar, etablera gemenskap, bjuda på sig själv samt föröka bibehålla en konversation ledde till att patienten hade lättare att uttrycka känslor.
15. Small, Perry, Lewis / 2005	Att undersöka relationen mellan psykosociala aspekter av vårdgivarens beteende och kommunikationens resultat för patienter med Alzheimers sjukdom och deras närstående.	Resultaten visade att kommunikationen var bättre då vårdgivarna använde sig positiva kvaliteter så som respekt, omtanke och när de inte var kontrollerande.
16. Nyström, Lauritzen / 2005	Att undersöka äldre personer med demenssjukdoms kommunikation när situationen skiljer sig från det vardagliga livet genom en serie av gruppterapimöten med fokus på hur verbal och icke-verbal kommunikation användes av deltagarna.	Personer med demenssjukdoms kommunikation kan vara rik om man inte endast ser till den verbala kommunikationen. Kroppsrörelser, sång, uttryck och nynnande var en stor del av kommunikationen. De verbala orden är oftast ett komplement till den icke-verbala kommunikationen. Musiken och dansen fick patienterna att komma ihåg känslor och det hjälpte dem att uttrycka dessa. När personerna inte förstod varandra fick vårdpersonalen hjälpa till att förmedla kommunikationen.
17. Mayhew, Acton, Yauk, Hopkins / 2001	Att förbättra förståelsen för kommunikation hos personer med avancerad Alzheimers sjukdom.	Det upptäcktes att vissa patienter hade en viss självmedvetenhet och var medvetna om att deras förmågor att kommunicera var

		försämrade. Att förstå kommunikationen innebar ibland för vårdpersonalen att de måste använda sig av extra ord eller läten och vara uppmärksam på icke-verbala beteenden. Beskrev också hur personer med demenssjukdom kommunicerade.
18. Thompson / 2002	Att beskriva vad man ska vara medveten om under sjukdomsprocessen, förstå och besvara vårdgivarens behov samt patientens omvårdnad och kommunikation.	Resultatet beskrev vad vårdgivaren har för behov: psykiska, känslomässiga, ekonomiska och sociala. Det beskriver också hur vårdgivare kan kommunicera och ge omvårdnad till patienter med demenssjukdom.
19. Van Weert, Van Dulmen, Spreeuwenberg, Ribbe, Bensing /2005	Att undersöka effektiviteten av ”Snoezelen”, ett program där patienterna utsätts för sinnesuttryck, vid kommunikation mellan vårdpersonal och patienter med demenssjukdom under morgonrutinerna.	Vårdpersonalen visade en ökad ögonkontakt med patienterna, beröring och leenden. Det totala antalet av verbala yttranden ökade också. Vad gäller patienterna log de mer, använde mer ögonkontakt, mindre negativa verbala beteenden samt en ökad uttryckt självständighet.
20. Burgio, Allen-Burge, Roth, Bourgeois, Dijkstra, Gerstle et al. / 2000	Att undersöka effektiviteten av kompetensträning inom kommunikation och individualiserade minnesböcker för att förbättra kommunikation mellan vårdpersonalen och patienter under omvårdnad.	Utbildad vårdpersonal talade mer, uttalade sig oftare på ett positivt sätt, ökade antalet specifika instruktioner till patienterna. Det fanns också en ökning vad gäller positiv verbal interaktion mellan personal och patienter.
21. Edberg, Bird, Richards, Woods, Keeley, Davis-Quarrell / 2008	Att undersöka sjuksköterskans erfarenheter av stressbelastning inom demenssjukvården.	Sjuksköterskorna beskrev svårigheten i deras situation och hänvisar till miljöfaktorer, samspel med annan personal, boendens anhöriga och sin egen familj. När det gäller vård av personer med demens kunde tre källor identifieras som orsak till stressbelastning: Inte kunna nå personen med demenssjukdom, försöka att skydda dem från obehagliga situationer och kunna balansera deras behov.
22. Götell, Brown, Ekman / 2002	Att belysa betydelsen av verbal kommunikation mellan personer med demenssjukdom och deras vårdgivare med och utan bakgrundsmusik.	Utan bakgrundsmusik hade vårdgivaren och patienten med demenssjukdom svårt att förstå varandra. Med bakgrundsmusik hade patienterna en större förståelse för situationen, de hade lättare att förstå kommunikation och beteenden och vårdgivaren behövde inte instruera patienten lika mycket. Men det är fortfarande av betydelse att vårdpersonalen ger tydliga instruktioner.

3.1.1 Samtal

När vårdpersonalen kommunicerar verbalt med patienter med demenssjukdom finns det många saker som är viktiga att tänka på. Det är viktigt att vårdpersonalen introducerar sig själv, att de använder den demenssjuke patientens förnamn och att de visar tålmod inför patienten om den tar lång tid på sig att uttrycka sig (12). Vårdpersonalen bör vara sanningsenlig och lyhörd när denne talar med en patient för att de ska kunna få ett tillitsfullt förhållande. Att ljuga för patienten hjälper endast dem att hantera och lösa den aktuella situationen på ett enklare sätt för tillfället, men detta leder inte till god omvårdnad (13).

Det finns olika kommunikationsstrategier som hjälper patienten med demenssjukdom att kunna uttrycka sina känslor. Om vårdgivaren ställer öppna frågor, exempelvis ”Hur mår du?”, får denne ut så mycket information som patienten är villig att ge. Men vårdpersonalen bör tänka på att inte ställa frågor som patienten har svårigheter att besvara. Patienten kan då känna sig misslyckad och mindervärdig då den inte kunde besvara frågan (14). Talar patienten och vårdpersonalen som jämlikar utvecklar de ett partnerskap där de får känslan av att de är lika mycket värda och visar ömsesidig ödmjukhet till varandra. Detta utvecklas genom att vårdgivaren är ödmjuk, är öppen att ta lärdom från patienten och att vårdgivaren bjuder på sig själv. När vårdgivaren bjuder på sig själv kan även patienten börja berätta om sig själv (aa).

Kommunikationen förbättras då vårdgivarna använder sig av positiva beteenden såsom respekt, omtanke, när de inte är kontrollerande och när de stöttar personens förmåga (15).

Enligt en kvalitativ studie av Nyström och Lauritzen (16) kan det under ett samtal mellan en patient med demenssjukdom och vårdpersonalen vara svårt för denne att tolka budskapet. Patienten kan yttra bitar av sina tankar och byta ut ord i meningarna. Vårdpersonalen får då försöka tolka yttringarna som personen med demenssjukdom får bekräfta, genom detta sätt utvecklas en förståelse om vad samtalet handlar om och det växer fram ett enat sammanhang (16). När detta sker måste vårdpersonalen följa ämnets gång och undvika att ändra ämnet för att patienten inte ska bli förvirrad (14). För att förstå och kommunicera med patienten krävs att vårdpersonalen lyssnar noggrant, fokuserar på nyckelord och fraser som ger ett sammanhang medan de avlägsnar extra ord och läten som inte hör till sammanhanget (17).

Patienterna kan ha svårt att förstå varandra eftersom de har både en nedsatt förmåga att yttra sig och en nedsatt förmåga att förstå. Därför får vårdpersonalen vara med och förmedla mellan dem genom att hjälpa dem att klargöra och översätta (16).

För att kunna kommunicera med patienter som inte längre kan tala, men fortfarande är medvetna kan vårdgivaren vara i kontakt med dem genom att tala med en mjuk röst, läsa för dem, visa bilder och prata om patientens intressen, exempelvis religion eller sport (18).

Enligt en kvantitativ studie av Van Weert, Van Dulmen, Spreuwenberg, Ribbe och Bensing (19) beskrevs Snoezelen, som ett program där patienterna får använda sig av sina sinnen, exempelvis ögonkontakt och beröring. Detta för att öka intresset och förmågan att uttrycka sig och det har visat sig ge en högre livskvalitet hos personer med demenssjukdom. Programmet utfördes under omvårdnaden på morgonen och ledde till att både patienterna och vårdpersonalen ökade sina sociala konversationer, att de visade mer förståelse för varandra, att vårdpersonalen gav bättre information och att de hade mer respekt för patienternas autonomi. För att utföra detta program krävs det att personalen får mer tid än de tidigare haft för att uppnå positiva effekter på kommunikationen (19).

Använda en minnesbok som innehåller patientens personliga information, intressen och dagliga schema leder till att vårdpersonalen kan förbättra sina kommunikationsperspektiv med patienterna. Minnesboken hjälpte vårdpersonalen att lära känna patienten bättre och den påverkade deras samspel och konversationer på ett positivt sätt samt blev vårdpersonalens muntliga instruktioner förbättrade och tydligare (20). När vårdpersonalen har för lite eller inte har någon information alls om patienten och dess liv kan det vara svårt att kommunicera med och nå fram till patienten (21).

3.1.2 Kommunikation och bemötande i samband med aktivitet

När vårdpersonalen ska hjälpa patienten att utföra någon aktivitet, exempelvis borsta tänderna, är det viktigt att vårdpersonalen ger tydlig information om vad och hur de ska göra. Det är bra om vårdpersonalen uttrycker verbala ord som hänger ihop med de handlingar som de utför tillsammans för att patienten ska känna att det känns bekant nästa gång de utför samma handling (12). Det är viktigt att de också namnger de saker som används vid de olika

aktiviteterna, till exempel tandborste eller tandkräm (22). Vårdpersonalen bör också tänka på att visa respekt inför patienten vid utlämnande situationer, så som vid klädbyte, och bör inte kommentera kroppens utseende och ålder (13).

Något som är vanligt hos patienter med demenssjukdom är att de vägrar att tala, detta kan vårdpersonalen hantera genom att själv fortsätta berätta vad som händer och vad de ska göra. På detta sätt sker det fortfarande en kommunikation mellan personen med demenssjukdom och vårdpersonalen (22).

3.2 Icke-verbal kommunikation och Bemötande

Tabell 4. Översikt av författare, syfte och huvudresultat av de artiklar under huvudrubriken Icke-verbal kommunikation och Bemötande.

Författare	Syfte	Huvudresultat
17. Mayhew, Acton, Yauk, Hopkins / 2001	Att förbättra förståelsen för kommunikation hos personer med avancerad Alzheimers sjukdom.	Det upptäcktes att vissa patienter hade en viss självmedvetenhet och var medvetna om att deras förmågor att kommunicera var försämrade. Att förstå kommunikationen innebar ibland för vårdpersonalen att de måste använda sig av extra ord eller läten och vara uppmärksam på icke-verbala beteenden. Beskrev också hur personer med demenssjukdom kommunicerade.
18. Thompson / 2002	Att beskriva vad vårdpersonalen ska vara medveten om under sjukdomsprocessen, förstå och besvara vårdgivarens behov samt patientens omvårdnad och kommunikation.	Resultatet beskrev vad vårdgivaren har för behov: psykiska, känslomässiga, ekonomiska och sociala. Det beskriver också hur vårdgivare kan kommunicera och ge omvårdnad till patienter med demenssjukdom.
19. Van Weert, Van Dulmen, Spreeuwenberg, Ribbe, Bensing /2005	Att undersöka effektiviteten av ”Snoezelen”, ett program där patienterna utsätts för sinnesuttryck, vid kommunikation mellan vårdpersonal och patienter med demenssjukdom under morgonrutinerna.	Vårdpersonalen visade en ökad ögonkontakt med patienterna, beröring och leenden. Det totala antalet av verbala yttranden ökade också. Vad gäller patienterna log de mer, använde mer ögonkontakt, mindre negativa verbala beteenden samt en ökad uttryckt självständighet.
23. Múo, Schindler, Venero, Schindler, Ferrario, Frisoni / 2005	Att beskriva demensrelaterade funktionshinder för patienter med Alzheimers sjukdom genom International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF).	Data gällande aktivitet och delaktighet visade att inte endast livet i hemmet, egenvård och rörlighet utan även kommunikation och interaktion samt sociala relationer är försämrade hos patienter med Alzheimers sjukdom.

		Tre huvudområden framkom som underlättar aktiviteterna: Produkter och teknologi, stöd och relationer samt tjänster, system och politik.
24. Ellis, Astell / 2004	Att undersöka längtan att kommunicera och interagera vid Alzheimers sjukdom.	Personen med demenssjukdom försöker kommunicera och interagera genom ögonkontakt, icke-verbal kommunikation genom ljudyttringar så som "uh huh" och nicka som svar på konversationen samt imitation genom att repetera det sista ordet som konversationspartnern säger.
25. Polk / 2005	Att utforska de teman som genom intervju dyker upp relaterat till familjeomvårdnadsfrågor gällande Alzheimers demenssjukdom och hur vårdgivarna hanterar osäkerhet.	De teman som framkom var vårdgivarens befogenhet gällande behagligt och obehagligt, vårdgivarnas reaktioner till behag och obehag samt redskap för att hantera osäkerhet. Vårdgivarna var säkra på att personen med Alzheimers sjukdom upplevde behag då den skrattade, log eller då aggression var frånvarande. Det var svårare att uppfatta när och varför personen kände obehag. Humor var ett viktigt redskap i kontakten med personen med Alzheimers sjukdom, detta lockade fram glädje och tillstånd av klarhet.
26. Rundqvist, Severinsson / 1999	Att beskriva och analysera omvårdnadspersonalens omvårdnads relationer med patienter som lider av demenssjukdom.	De faktorer som framkom som viktiga när det gäller omvårdnadsrelationer med patienter med demenssjukdom var beröring, ömsesidig bekräftelse och vårdgivarnas värderingar vad gäller omvårdnad. Kompetens inom kommunikation och grundläggande värderingar är mycket viktigt inom vården av personer med demenssjukdom.
27. Edvardsson, Sandman, Rasmussen / 2003	Att belysa betydelsen av beröring inom omvårdnaden av äldre patienter.	Beröring leder till att vårdpersonalen upplever sitt arbete som meningsfullt och professionellt och att de därmed kan hjälpa drabbade patienter i deras vardag. Beröring hjälper också personalen att se personen bakom demenssjukdomen, att se denne som en människa och individ. Ett lugnt, vänskapligt och mänskligt förhållande skapas mellan vårdgivaren och patienten vid beröring.

I en kvantitativ studie av Múo, Schindler, Venero, Schindler, Ferrario och Frisoni (23) har det visat sig att under det tidiga stadiet av demenssjukdomar är icke-verbal kommunikation

mindre begränsad än verbal kommunikation (aa). När demenssjukdomen har kommit till ett senare skede vill patienterna fortfarande uttrycka sig även om de inte har någon förmåga att tala. Med hjälp av ögonkontakt, beröring, imitation och olika ljudyttringar kan de kommunicera på ett icke-verbalt sätt (24).

Snoezelen, programmet där de får använda sig av sina sinnen för att öka intresset och förmågan att uttrycka sig, gjorde att patienternas beteende förändrades i en positiv riktning, de var gladare och kommunicerade mer med leenden och ögonkontakt i samband med morgonomvårdnaden. Hos vårdpersonalen har detta program inneburit att de använder sig av mer ögonkontakt, känslomässig beröring och att de använder sig av leenden i större utsträckning (19). Patienterna visar att de är glada och nöjda genom att le, skratta och att vara lugna och avslappnade. När de är missnöjda och frustrerade visar de detta genom ett stressat ansiktsuttryck eller ett irriterat röstläge (17).

Humor är ett viktigt redskap för att skapa kontakt med patienter med demenssjukdom. Patientens förmåga att förstå och använda sig av humor lockade fram glädje, vilket också ledde till ögonblick av klarhet (25).

När patienten inte längre kan tala men fortfarande är medveten kan vårdpersonalen ta med patienten på en promenad eller någon annan aktivitet för att de ska få stimulans. När patienten har en lägre grad av medvetande är det viktigt, när det gäller bemötandet, att vårdpersonalen tar hänsyn till att sjukdomen gör att personens reaktions- och uppfattningsförmåga kan vara försämrade. Snabba rörelser, ljud och andra plötsliga stimuli kan göra patienten rädd och nervös. Vid detta tillstånd kan vårdpersonalen använda sig av andra sätt för att kommunicera, exempelvis de fem olika sinnen. Detta kan ske genom att visa bilder på familjen, olika färger, att de får lyssna på musik, radioprogram och att vårdgivaren talar till dem, att de får känna olika dofter så som blommor, parfym och ramlödder eller att de får beröring och massage eller att de får smaka på godis och choklad (18).

Bekräftelse, jämlikhet, ögonkontakt, att lägga märke till patienten och noggrant lyssnande är viktiga delar för ett bra samspel mellan patienten och vårdgivaren. Att visa omtanke, tålmod och medkänsla kan visa sig genom att vårdgivaren använder sig av mjuka rörelser, mjuk röst och tar sig tid att sitta ner hos patienten och prata (26).

3.2.1 Beröring

Beröring är ett viktigt sätt att kommunicera och det kan innebära att hålla patientens hand, en smekning av kinden eller att hålla om och krama patienten. Beröring ger en känsla av att vårdpersonalen som berör har en förståelse för patienten, att denne ger tröst och stöd (26). Beröring kan användas som ett redskap för att lindra lidande och smärta. Detta får vårdpersonalen att känna sig meningsfulla och professionella genom att de kan hjälpa patienter med demenssjukdom att hantera sin svåra situation. Den innebär att vårdpersonalen måste vara känslig och respektfull, annars kan patienterna känna att de blir tvingade att ta emot beröring (27). Det är viktigt med ögonkontakt och att känna av om patienten tillåter att bli kroppsligt berörd (26).

Vid beröring blir patienterna lugnare, får ett högre välbefinnande och får en känsla av belåtenhet. Beröring hjälper också personalen att se personen bakom demenssjukdomen, som människa och individ. Ett lugnt, vänskapligt och mänskligt förhållande skapas mellan vårdgivaren och patienten vid beröring (27).

Patienterna tar inte bara emot beröring, utan de ger även beröring genom att ta vårdpersonalens händer i sina, visar att de är tacksamma, använder en mjuk röst och ett positivt beteende (17).

3.3 Faktorer som påverkar kommunikation

Tabell 5. Översikt av författare, syfte och huvudresultat av artiklar under huvudrubriken Faktorer som påverkar kommunikation.

Författare	Syfte	Huvudresultat
21. Edberg, Bird, Richards, Woods, Keeley, Davis-Quarrell / 2008	Att undersöka sjuksköterskans erfarenheter av stressbelastning inom demenssjukvården.	Sjuksköterskorna beskrev svårigheten i deras situation och hänvisar till miljöfaktorer, samspel med annan personal, boendens anhöriga och sin egen familj. När det gällde vård av personer med demens kunde tre källor identifieras som orsak till stressbelastning: Inte kunna nå personen med demenssjukdom, försöka att skydda dem från obehagliga situationer och kunna balansera deras behov.

22. Götell, Brown, Ekman / 2002	Att belysa betydelsen av verbal kommunikation mellan personer med demenssjukdom och deras vårdgivare med och utan bakgrundsmusik.	Utan bakgrundsmusik hade vårdgivaren och patienten med demenssjukdom svårt att förstå varandra. Med bakgrundsmusik hade patienterna en större förståelse för situationen, de hade lättare att förstå kommunikation och beteenden och vårdgivaren behövde inte instruera patienten lika mycket.
25. Polk / 2005	Att utforska de teman som genom intervju framkom relaterat till familjeomvårdnadsfrågor gällande Alzheimers demenssjukdom och hur vårdgivarna hanterar osäkerhet.	De teman som framkom var vårdgivarens befogenhet gällande behagligt och obehagligt, vårdgivarnas reaktioner till behagligt och obehagligt samt redskap för att hantera osäkerhet. Vårdgivarna var säkra på att personen med Alzheimers sjukdom upplevde behag då den skrattade, log eller då aggression var frånvarande. Det var svårare att uppfatta när och varför personen kände obehag. Humor var ett viktigt redskap i kontakten med personen med Alzheimers sjukdom, detta lockade fram glädje och tillstånd av klarhet.
26. Rundqvist, Severinsson / 1999	Att beskriva och analysera omvårdnadspersonalens omvårdnads relationer med patienter som lider av demenssjukdom.	De faktorer som framkom som viktiga när det gäller omvårdnadsrelationer med patienter med demenssjukdom var beröring, ömsesidig bekräftelse, vårdgivarnas värderingar vad gäller omvårdnad och miljö påverkade. Kompetens inom kommunikation och grundläggande värderingar är mycket viktigt inom vården av personer med demenssjukdom.
28. Normann, Asplund, Karlsson, Sandman, Norberg/2005	Att beskriva förekomsten och karaktären hos människor med svår demenssjukdom som enligt vårdgivaren visar episoder av klarhet.	Patienter som uppvisade episoder av klarhet hade högre poäng i orientering och de uttryckte mer känslor än boende som inte visade episoder av klarhet. De som visade episoder av klarhet tog oftare utomhuspromenader än de som inte visade klarhet.
29. Normann, Henriksen, Norberg, Asplund / 2004	Att utforska närvaron av klarhet hos en kvinna med allvarlig demenssjukdom under en konversation.	Klarhet främjades då kvinnan själv fick välja de samtalsämnen hon ville prata om samt när konversationspartnern var stöttande. Kvinnan visade ingen klarhet då konversationspartnern valde ämne eller hade för höga krav på kvinnan.
30. Deponte, Missan / 2007	Jämföra effekterna av bekräftelseterapi, sensorisk påminnelse terapi samt ingen terapi behandling av kognitiva, funktionella eller känslomässiga förmågor hos deltagarna.	De två experimentgrupperna visade förbättrade resultat i jämförelse med kontrollgruppen vad gäller de kognitiva och de dagliga aktivitetsfunktionerna. Bekräftelseterapi gruppen visade

		en minskning av beteendestörningar. Vid bekräftelseterapi lades större fokus på individen och dess behov och det blev ett mer nära förhållande mellan vårdgivaren och personen med demenssjukdom.
--	--	---

Patienter med demenssjukdom kan uppleva episoder av klarhet. Vid dessa tillfällen är det lättare att kommunicera med dem. Tillfällen då klarhet uppstår kan vara när patienterna byter miljö, till exempel går ut på en promenad (28). Miljöombyte kan leda till att patienten blir positivt stimulerad. Befinna sig i en miljö där de känner sig hemma eller gå ut i naturen kan göra att de upplever tillfredsställelse, då kan kontakten mellan vårdgivare och patienten med demenssjukdom förbättras (26).

Klarhet kan också främjas om den sjuka personen själv får välja samtalsämne, när vårdgivaren är stöttande och repeterar yttrandena. Något som kan göra patienten förvirrad och tappa sin klarhet är när samtalspartnern väljer samtalsämne, ställer för många frågor samtidigt, inte väntar på svar eller när vårdgivaren rättar patienten för ofta (29). Vårdgivare har också berättat att dessa stunder av klarhet kan ge dem falska förhoppningar om att personen är friskare än vad de tidigare trott, men att dessa stunder ändå är värdefulla för att kunna kommunicera och komma närmare personen med demenssjukdom (25).

Bekräftelseterapi leder till en minskning i beteendestörningar, större fokus läggs på individen och vårdpersonalen ser inte patienten som ett objekt. Att sätta mer fokus på individen och dess behov ger ett mer förtroligt förhållande. Förhållandet mellan vårdgivaren och patienten förbättras genom att bekräftelseterapin ökar de kognitiva funktionerna och förmågan till de dagliga aktiviteterna hos patienterna (30).

I en kvalitativ studie av Götell, Brown och Ekman (22) visade det sig att patienter med demenssjukdom som tidigare hade varit aggressiva, slagits och knuffats hade blivit lugnare och mer harmoniska med hjälp av bakgrundsmusik vid olika aktiviteter. Studien visade också att med hjälp av musiken verkade patienterna få en högre förståelse för det de skulle göra och den kommunikation som skedde runt omkring dem (aa).

Faktorer som kan påverka kommunikationen mellan vårdpersonalen och patienten med demenssjukdom är miljöfaktorer, samspel med annan personal, patientens anhöriga och sin egen familj. Dåligt med tid, resurser och stress hos personalen kan också leda till att de inte har möjlighet att kommunicera på ett professionellt sätt med patienterna. De känner då att de inte har tid att nå patienterna, skydda patienterna från obehagliga situationer eller balansera deras behov (21).

4. Diskussion

4.1 Huvudresultat

I resultatet framkom det att när vårdgivaren visade respekt, omtanke, såg patienten som en individ, stöttade dess förmågor, gav kort och tydlig information, använde ögonkontakt, hade kunskap om patientens livshistoria och intressen samt använde sig av beröring ledde det till en förbättring av kommunikation och bemötande. Episoder av klarhet ledde till en tillfällig förbättrad kommunikation. Men när vårdgivaren ljög, var stressad, ställde för svåra frågor, ändrade samtalsämne för hastigt och gav för många olika budskap påverkade det kommunikationen med patienten med demenssjukdom på ett negativt sätt. Faktorer som påverkade kommunikationen var stunder av klarhet, resurser, tid och bakgrundsmusik. Slutsatsen var att det krävs en speciell kunskap, tålmod samt att yttre faktorer spelade in för att kunna bemöta och kommunicera med patienter med demenssjukdom på ett professionellt sätt.

4.2 Resultatdiskussion

I resultatet framkom det hur vårdpersonalen kan kommunicera med och bemöta patienter med demenssjukdom på ett professionellt sätt och det finns många olika beståndsdelar som spelar in för att uppnå en god kommunikation och ett bra bemötande. Demenssjukdomen kan orsaka att patienten får svårigheter att prata, uttrycka sig, koncentrera sig eller att den förlorar minnet. Beroende på vilket stadium i sjukdomen patienten befinner sig i kommunicerar denne på olika sätt verbalt eller icke-verbalt. Något som kom fram som allmänt för patienter med demenssjukdom är att de tar till sig instruktioner lättare om vårdpersonalen talar med korta och tydliga meningar. I tre kvalitativa artiklar av Tappen, William-Burgess, Edelstein, Touhy

och Fishman, 1997 (14), Edvardsson, Sandman och Rasmussen, 2003 (27) samt Normann, Henriksen, Norberg och Asplund, 2005 (29) belystes det att när vårdpersonalen ställer för höga krav, ger för många direktiv på en gång eller tvingar patienten till att göra någonting blir patienten förvirrad och möjligheten att kommunicera och bemöta på ett professionellt sätt försämras. Detta överrensstämmer med studier gjorda av Eriksson och Saveman, 2002 (2) och Frazier- Rios och Zembruski, 2005 (8) vilka påvisar att demenssjukdomen försämrar patientens förmåga att kommunicera och uttrycka sig bidrar det till att patienterna kan känna sig oroliga och nervösa på grund av deras förlust av trygghet. Om meningarna och direktiven blev för många leder det till att patienten får svårt att ta in all information. De får även problem med att utföra de handlingar som de fått information om på grund av förvirringen. Vårdpersonalen bör inte kräva och förvänta sig att patienten klarar av samma saker som en människa utan demenssjukdom och därför är det viktigt med kunskap om sjukdomen och vad den för med sig. Annars finns det risk att vårdpersonalen tror att patienterna är envisa och inte vill göra som de blir tillsagda, när de i själva verket inte förstår. Detta leder till att vårdpersonalen tror att det inte går att samtala med patienterna och därför inte heller anstränger sig till att åstadkomma en god kommunikation.

När det gäller konversationer med patienter med demenssjukdom framkom det att då vårdpersonalen visar respekt, ser patientens möjligheter och behandlar patienten som en individ leder det till gott bemötande och kommunikation enligt studier gjorda av Hansebo och Kihlgren, 2002 (12), Tappen, Williams-Burgess, Edelstein, Touhy och Fishman, 1997 (14) och Small, Perry och Lewis, 2005 (15). Det kan tyckas att det är självklart att bemöta patienterna på detta vis, men i praktiken finns det många omständigheter runt omkring som påverkar situationen och att vårdpersonalen inte alltid agerar på ett korrekt sätt. För att undvika detta är det viktigt att vårdpersonalen har kunskap, förmåga, intresse och kan se patientens behov. Utan dessa egenskaper kommer inte patienternas goda omvårdnad att tillgodoses eftersom det då saknas resurser hos vårdpersonalen som bidrar till att patienterna får ett professionellt bemötande. Alla människor har inte dessa kvaliteter vilket kan bero på uppfostran, fallenhet eller intressen men dessa kvaliteter kan förbättras med hjälp av kunskap och erfarenhet.

Vårdpersonalen uppfattar patientens verbala kommunikation bättre om den lyssnar ordentligt och försöker hitta en röd tråd i det patienten säger. Om vårdpersonalen visar sig lugn och trygg påverkar detta även patientens beteende, detta kan leda till att patienten får lättare att

uttrycka sig. För att vårdpersonalen ska förstå patienten krävs det att denne plockar ut de viktigaste beståndsdelarna ur de meningar som kommer från patienten och försöker få ett sammanhang i dessa ord enligt Nyström och Lauritzen, 2005 (16) och Mayhew, Acton, Yauk och Hopkins, 2001 (17). Enligt Mitty och Flores, 2007 (9) försöker patienter med demenssjukdom att kommunicera med hjälp av sitt beteende, men deras neurologiska skador eller nedsatta kognitiva funktioner förhindrar dem att kunna uttrycka sig på det sätt som dem har lärt sig tidigare i livet. Detta gör det svårt för vårdpersonalen att förstå vad patienten vill ha sagt eftersom den kan blanda ihop saker, ord och har svårigheter att uttrycka gester och rörelser. Det är viktigt att vårdpersonalen har tålamod och inte visar stress även om det är frustrerande att inte förstå vad patienten vill säga. Vårdpersonalen bör då visa att det finns tid för kommunikationen, annars leder det till att patienten själv blir stressad, orolig och får ännu svårare att uttrycka sig.

Snoezelen är enligt Van Weert, Van Dulmen, Spreeuwenberg, Ribbe och Bensing, 2004 (19) ett effektivt program som utfördes under omvårdnaden på morgonen för att få patienterna att uttrycka sig bättre både verbalt och icke-verbalt. Studien visade att genomförandet av detta program förbättrar livskvaliteten för personer med demenssjukdom och ger högre kvalitet på arbetslivet för vårdpersonalen på äldreboenden. Programmet ledde till att både patienter och vårdpersonalen blev mer öppna och positiva. Det ledde också till fler konversationer, mer ögonkontakt och att negativa verbala beteenden blev färre (aa). Även en tidigare studie gjord av Livingston, Johnston, Katona, Paton och Lyketsos, 2005 (31) visade att Snoezelen är ett effektivt program som leder till att patienter som tidigare haft beteendestörningar blev lugnare och mer psykiskt balanserade. Snoezelen är ett program som gynnar både patienten och vårdpersonalen eftersom det ger mer harmoniska patienter. Om patienterna blir lugnare är det också lättare att kommunicera med dem och det blir lättare för de att koncentrera sig på olika aktiviteter. Det gynnar vårdpersonalen genom att kontakten med patienterna blir mer positiv vilket leder till ett bättre arbetsklimat. Detta program skulle kunna vara genomförbart på de flesta demensavdelningar då det handlar om att stimulera de olika sinnen genom till exempel beröring, ögonkontakt och leenden. Om vårdpersonalen får särskild utbildning och kunskap om sinnenas betydelse är det är enkelt att utföra samtidigt som det ger ett gott resultat.

Användandet av humor, miljöombyte och när personen själv får välja samtalsämne visade sig leda till en stunds klarhet hos personen med demenssjukdom. Detta leder i sin tur till att det

blir lättare att kommunicera med personen enligt Polk, 2005 (25), Rundqvist och Severinsson, 1999 (26), Normann, Asplund, Karlsson, Sandman och Norberg, 2006 (28) och Normann, Henriksen, Norberg och Asplund, 2005 (29). Vårdpersonalen skulle kunna ta tillvara på dessa stunder och försöka förklara för patienten att den är drabbad av demenssjukdom. Patienten kan ha många frågor, undra vad som har hänt och kanske inte är medveten om att den lider av demenssjukdom. De kanske i detta läge är känsliga för den information de får så vårdpersonalen bör vara försiktig med vilka ord de använder. De bör också tänka på att denna klarhet kan försvinna när som helst och att de inte ger patienten för mycket eget ansvar under perioden, till exempel låter den gå ut på promenad själv.

Beröring är ett viktigt redskap i omvårdnaden av patienter med demenssjukdom. Det gör att de blir lugnare och att de får tröst och stöd. Det är viktigt att vårdpersonalen visar respekt och är känsliga för om patienterna visar att de inte vill ta emot beröring (26, 27). Beröring ger trygghet och närhet och det hjälper patienterna att känna sig säkra med vårdpersonalen och den miljö de befinner sig i. Alla människor har olika behov och erfarenheter så det finns risk att patienterna ser beröringen som ett övergrepp och att de har svårigheter att uttrycka hur de känner. Därför är det väldigt viktigt att vara lyhörd för patientens vilja.

Resurser, tid och stress är viktiga faktorer som påverkar möjligheten till en god kommunikation och bemötande (19, 21). Finns det inte resurser, till exempel kunskap och bra arbetsmiljö, finns det inte heller så stora möjligheter för personalen att kunna kommunicera med och bemöta patienten på ett professionellt sätt. När tiden inte räcker till blir vårdpersonalen mer stressade och har inte tid till att ge en god omvårdnad. Detta leder till stress vilket i sin tur gör att vårdpersonalen kan ha svårt att prioritera vad som är viktigast för patienten. Dessa faktorer är något som vårdpersonalen inte alltid kan påverka själva, till exempel tid och resurser. Detta kan leda till att de känner en utmattning och känsla av hopplöshet för att de inte kan ge den bästa omvårdnaden till patienten.

Bakgrundsmusik visades ha en förmåga att få patienterna lugnare och att de fick en högre förståelse för vad som skedde runt omkring dem (22). Sätta på bakgrundsmusik är en enkel handling samtidigt som det är effektivt för patientens beteende. Det gör att patienterna blir gladare och om de känner igen musiken kan de sjunga med eller ha något att prata om. Det går att tillämpa på de flesta demensboenden bara de har tillgång till en musikanläggning.

Det krävs kunskap om hur sjukdomen påverkar patientens sätt att kommunicera och uttrycka sig för att vårdpersonalen ska förstå och få insikt i vilken sorts kommunikation patienten är i behov av. Det krävs även kunskap om vad kommunikation innebär och på vilka sätt vårdpersonalen kan kommunicera. Dessa kunskaper krävs även vid bemötande av personer utan demenssjukdom och är en stor del av att ge en god omvårdnad. Exempelvis behövs kommunikationsfärdigheter även till att berätta dåliga nyheter, att någon avlidit eller en sjukdomsdiagnos, för en anhörig eller patient (32), när vårdpersonalen ska avväga vilken sorts information och hur den skall ges till cancerpatienter (33) och det är även viktigt när det gäller kommunikationsfärdigheter mellan vårdpersonal, för att de ska kunna samarbeta så att patienten får en god omvårdnad (34). Det är av betydelse att vårdpersonalen har kunskaper inom kommunikation då det verkar vara en central del av omvårdnaden. Alla människor är i behov av olika kommunikation och bemötande beroende på vilken sjukdom de har, vilken situation de befinner sig i eller vilken personlighet de har.

4.3 Metoddiskussion

Syftet med denna studie var att beskriva hur vårdpersonalen på ett professionellt sätt kan bemöta och kommunicera med personer med demenssjukdom. Metoden som användes för att besvara syftet var en beskrivande litteraturstudie som innefattade 19 vetenskapliga artiklar. Denna metod valdes för att sammanställa tidigare forskning från olika delar av världen.

Styrkor med denna studie är att den är baserad på ny forskning. En artikel är från år 1997, två artiklar är från år 1999 och resterande 16 artiklar är från år 2000 till år 2008. Artiklarna kvalitetsgranskades enligt Forsbergs och Wengströms (11) bedömningsformulär vilket ökar uppsatsens trovärdighet. Granskningen gjordes utifrån vilken design artiklarna hade. Kvantitativa artiklar granskades utifrån bilaga 2 och 3 och kvalitativa artiklar granskades utifrån bilaga 4 i Forsberg och Wengström. De frågor och kriterier som fanns i bilagorna besvarades och utifrån svaren bedömdes det vilken kvalitetsnivå artikeln höll. Tio av artiklarna uppfyllde kriterierna till hög kvalitet, 9 av artiklarna uppfyllde medelhög kvalitet och 3 artiklar valdes bort på grund av att de var av låg kvalitet. Artiklarnas kvalitetsbedömning redovisades i tabell 2.

Det ingick 13 kvalitativa och 6 kvantitativa artiklar vilket ger en trovärdig och heltäckande bild om kommunikation och bemötande med patienter med demenssjukdom. Detta eftersom

det både finns artiklar som innefattar intervjuer och samtal med enskilda personer samt artiklar som består av större antal deltagare i studien. Det leder till att det växer fram en bild av vad den unika individen är i behov av när det gäller kommunikation och bemötande samt ger det även en bild av vilka metoder som fungerar hos ett större antal personer med demenssjukdom. En del av artiklarnas resultat överensstämde eller liknade varandra, vilket innebär att samma resultat har framkommit i flera olika studier och därmed styrker deras trovärdighet.

Svagheter med att göra en litteraturstudie är att de tidigare gjorda studierna kan misstolkas då de analyseras på grund av att deras resultat kan tolkas på fel sätt. Alla artiklarna är skrivna på engelska vilket också kan leda till språkliga misstolkningar. Risken för dessa misstolkningar minskades genom att båda författarna till föreliggande studie läste artiklarna och diskuterade deras innehåll.

Artiklar söktes i databaserna Medline via Pubmed och Science Direct samt i tidskriften American Journal of Alzheimer´s Disease and Other Dementias. Det fanns ett stort utfall av vetenskapliga artiklar vid sökningen och efter att dessa artiklar lästs och granskats valdes 19 ut till studien. Endast artiklar som överensstämde med studiens syfte och frågeställning inkluderades.

Författarna till föreliggande studie läste de 19 artiklarna och delade därefter in dem i tre olika grupper som växte fram. De berörde verbal samt icke-verbal kommunikation och bemötande eller faktorer som påverkar kommunikation. Detta gjordes genom att författarna läste en artikel i taget, numrerade dem och antecknade de bitar i artiklarna som var relevanta för denna studies syfte och frågeställning. Efter att alla artiklarna blivit granskade på detta sätt, framkom det olika mönster i varje grupp som placerades under huvud- eller underrubriker beroende på vilket område de berörde.

4.4 Allmän diskussion

Kommunikation och bemötande av personer med demenssjukdom är ett ständigt aktuellt problem inom hälso- och sjukvården. Problemet är världsomspännande och en bra kommunikation och bemötande kan användas över hela världen för att ge patienterna bättre vård i deras sista skede i livet.

Demenssjukdomar har under de senare åren blivit den fjärde största av folksjukdomar (1). Troligtvis kommer denna folksjukdom att bli ännu större eftersom det i framtiden, om ungefär 10 – 20 år, kommer att bli en stor ökning av äldre människor enligt statistiska centralbyrån (35). Det kommer år 2025 att finnas omkring 450 000 fler personer i Sverige i ålder mellan 70 och 85 år i jämförelse med år 2008 (aa). Detta innebär att det sannolikt blir allt fler personer som drabbas av demenssjukdomar. Det leder till att kommunikation och bemötande får en allt större roll i vården. Vårdpersonalen kommer att behöva mer kunskap och de kommer också att få mer erfarenhet vad gäller demenssjukdom. Mer forskning är troligtvis att vänta inom detta område då det blir en stor del av hälso- och sjukvården.

Det skulle vara intressant att se fler studier där personerna med demenssjukdom själva varit delaktiga. Men eftersom patienterna inte är kognitivt friska är det svårt att veta om patienten är medveten om vad den deltar i. Det skulle kunna vara genomförbart hos patienter med demenssjukdom i ett tidigt skede.

Det som är genomgående i studiens resultat oavsett om det handlar om verbal eller icke-verbal kommunikation och bemötande är att det krävs kunskap och utbildning för att kunna kommunicera och bemöta patienter med demenssjukdom. Även tålmod och inlevelseförmåga behövs för att ge omvårdnad till en patient med demenssjukdom. Det tar ofta tid och är omständligt att få patienten att förstå vad man vill eller komma dit man ska och det kan ske under stressade förhållanden. Därför är inte alla människor lämpade att arbeta med dessa patienter. Enligt Kihlgren, 2002 (10) är personer med demenssjukdom är känsliga och svåra att kommunicera med. Det är därför viktigt att all omvårdnadspersonal som jobbar med personer med demenssjukdom får speciell utbildning och träning i kommunikation och bemötande av dessa patienter för att kunna ge dem en god omvårdnad och trygghet eftersom det är en speciell sorts bemötande och kommunikation som krävs.

Denna studie har tillfört författarna väsentligen ökad kunskap om bemötande och kommunikation med personer med demenssjukdom. Kunskap som kommer att kunna utnyttjas i mötet med patienter och delas med till medarbetare.

5. Referenser

1. Larsson M & Rundgren Å (2003) Geriatriska sjukdomar. Studentlitteratur, Lund
2. Eriksson C & Saveman B-I (2002) Nurses' experiences of abusive/non-abusive caring for demented patients in acute care settings. *Scand J Caring*, 16;79-85
3. Kim KY, Yeaman PA & Keene RL (2005) End of life care for persons with Alzheimer's disease. *Psychiatr Serv*, 56(2):139-41
4. David S & Geldmacher MD (2007) Treatment guidelines for Alzheimer's disease: redefining perceptions in primary care. *Prim Care companion J Clin Psychiatry*, 9:113-121
5. Grossman H, Bergman C & Parker S (2006) Dementia: a brief review. *Mt Sinai J Med*, 73(7):985-92
6. Edberg A-K (2002) Att möta personer med demens. Studentlitteratur, Lund
7. Thornquist E (2001) Kommunikation i kliniken – Möte mellan professionella och patienter. Studentlitteratur, Lund
8. Frazier-Rios D & Zembrzuski C (2005) Communication difficulties: Assessment and interventions. *Dermatol Nurs*. 17(4):319-320
9. Mitty E & Flores S (2007) The language of dementia: theories and interventions. *Geriatr Nurs*, 28:283-288
10. Kihlgren M (2002) Sjuksköterskan, ledande och ledare inom omvårdnad. Studentlitteratur, Lund
11. Forsberg C & Wengström Y (2003) Att göra systematiska litteraturstudier. *Natur och Kultur*, Stockholm

12. Hansebo G & Kihlgren M (2002) Carers' interactions with patients suffering from severe dementia: a difficult balance to facilitate mutual togetherness. *J Clin Nurs*, 11:225-236
13. Long A & Slevin Y (1999) Living with dementia: communicating with an older person and her family. *Nurs Ethics*, 6(1):23-36
14. Tappen RM, Williams-Burgess C, Edelstein J, Touhy T & Fishman S. (1997) Communicating with individuals with Alzheimer's disease: examination of recommended strategies. *Arch Psychiatr Nurs*, 11(5):249-256
15. Small JA, Perry J & Lewis J (2005) Perceptions of family caregivers' psychosocial behaviour when communicating with spouses who have Alzheimer's disease. *Am J Alzheimers Dis Other Demen*, 20(5):281-9
16. Nyström K & Lauritzen SO (2005) Expressive bodies: demented persons' communication in a dance therapy context. *Health*, 9(3):297-317
17. Mayhew PA, Acton GJ, Yauk S & Hopkins BA (2001) Communication from individuals with advanced DAT: can it provide clues to their sense of self-awareness and well-being?. *Geriatr Nurs*, 22(2):106-10
18. Thompson PM (2002) Communicating with dementia patients on hospice. *Am J Alzheimers Dis Other Demen*, 17:299-303
19. Van Weert J, Van Dulmen AM, Spreeuwenberg P, Ribbe MW & Bensing JM (2004) Effects of Snoezelen, integrated in 24h dementia care, on nurse-patient communication during morning care. *Patient Educ Couns*, 58(3):312-26
20. Burgio LD, Allen-Burge R, Roth DL, Bourgeois MS, Dijkstra K, Gerstle J, et al. (2000) Come talk with me: Communication between nursing assistants and nursing home residents during care routines. *Gerontologist*, 41(4):449-60

21. Edberg A-K, Bird M, Richards DA, Woods R, Keeley P & Davis-Quarrell V (2008) Strain in nursing care of people with dementia: nurses' experience in Australia, Sweden and United Kingdom. *Aging Ment Health*, 12(2):236-43
22. Götell E, Brown S & Ekman S-L (2002) Caregiver singing and background music in dementia care. *West J Nurs Res*, 24(2):195-216
23. Muó R, Schindler A, Vernerio I, Schindler O, Ferrario E & Frisoni G (2005) Alzheimer's disease- associated disability: an ICF approach. *Disabil Rehabil*, 27(23):1405-13
24. Ellis MP & Astell AJ (2004) The urge to communicate in severe dementia. *Brain Lang*, 91:51-52
25. Polk DM (2005) Communication and family caregiving for Alzheimer's dementia: linking attributions and problematic integration. *Health Commun*, 18(3):257-73
26. Rundqvist EM & Severinsson EI (1999) Caring relationships with patients suffering from dementia – an interview study. *J Adv Nurs*, 29(4):800-807
27. Edvardsson JD, Sandman P-O & Rasmussen BH (2003) Meanings of giving touch in the care of older patients: becoming a valuable person and professional. *J Clin Nurs*, 12:601-609
28. Normann HK, Asplund K, Karlsson S, Sandman P-O & Norberg A (2006) People with severe dementia exhibits episodes of lucidity. A population based study. *J Clin Nurs*, 15:1413-1417
29. Normann HK, Henriksen N, Norberg A & Asplund K (2005) Lucidity in a woman with severe dementia related to conversation. A case study. *J Clin Nurs*, 14:891-896
30. Deponte A & Missan R (2006) Effectiveness of validation therapy (VT) in group: Preliminary results. *Arch Gerontol Geriatr*, 44(2):113-7
31. Livingston G, Johnston K, Katona C, Paton J & Lyketsos CG (2005) Systematic review

of psychological approaches to the management of neuropsychiatric symptoms of dementia. *Am J Psychiatry*, 162:1996–2021

32. Zakrzewski PA, Ho AL & Braga-Mele R (2008) Should ophthalmologists receive communication skills training in breaking bad news?. *Can J Ophthalmol*, 43:419-424
33. Ngo-Metzger Q, August KJ, Srinivasan M, Liao S & Meyskens FL (2008) End-of-life care: guidelines for patient-centered communication. *Am Fam Physician*, 77:167-174
34. Reader TW, Flin R, Mearns K & Cuthbertson BH (2007) Interdisciplinary communication in the intensive care unit. *Br J Anaesth*, 98:347-352
35. Statistiska Centralbyrån (2008-05-30). Folkmängd efter ålder och kön 2008-2110.
Tillgänglig: <http://www.ssd.scb.se/databaser/makro/MainTable.asp?yp=tansss&xu=C9233001&omradekod=BE&omradetext=Befolkning&lang=1&langdb=1>. [läst 09-01-24]