

EXAMENSARBETE - KANDIDATNIVÅ

VÅRDVETENSKAP MED INRIKTNING MOT OMVÅRDNAD
VID AKADEMIN FÖR VÅRD, ARBETSLIV OCH VÄLFÄRD
2015:19

You are Words
Strategier för kommunikation med personer med demenssjukdom vid
uttryckssvårigheter

Annika Järvenpää

Enikö Lörinczi



HÖGSKOLAN
I BORÅS

Examensarbetets titel:	You are Words – strategier för kommunikation med personer med demenssjukdom vid uttryckssvårigheter
Författare:	Annika Järvenpää, Enikö Lörinczi
Huvudområde:	Vårdvetenskap med inriktning mot omvårdnad
Nivå och poäng:	Kandidatnivå, 15 högskolepoäng
Utbildning:	Sjuksköterskeutbildning GSJUK12H
Handledare:	Claes Ekenstam
Examinator:	Lena Nordholm

Sammanfattning

Vi lever i ett åldrande samhälle där demenssjukdom blir allt vanligare. Sjukdomen innebär en rad förluster av både intellektuell och känslomässig art för den som drabbas. Kort efter sjukdomens debut uppstår kommunikationssvårigheter som försvårar relationen med personen i fråga och gör omvårdnaden komplicerad. Genom denna litteraturstudie, som grundar sig på nio artiklar, samlades befintlig forskning inom ämnet för att få övergripande kunskap om kommunikation inom demensvården. I studiens resultat kom det fram bland annat att kunskapen hos vårdarna var bristfällig och skapade ofta oro i mötet med patienten. Verbal och icke-verbal kommunikation är det som genomsyrar alla analyserade artiklar, där icke-verbal kommunikation lyfts upp som det vanligaste kommunikationssättet. Beröring är också ett sätt att kommunicera som kan påverka vårdrelationen positivt. Genom olika typer av beröring kan man förmedla det man vill ha sagt samt få den sjuke till att uttrycka det han/hon vill. Genom rätt förhållningssätt samt att stödja, vägleda, bekräfta och klargöra kan den verbala kommunikationen underlättas. Att använda sig av ”ja-nej” frågor samt ställa frågor som kräver ett svarsalternativ i taget gynnar också den verbala kommunikationen. Sjukdomen kan inte botas idag men god omvårdnad kan hjälpa patienten att uppleva bättre livskvalitet. Det finns fortfarande för lite kunskap om sjukdomen i samhället som kan förbättras om mer forskning görs.

Nyckelord: Demens, kommunikationssvårigheter, kommunikationsstrategier, verbal kommunikation, icke-verbal kommunikation

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Kortfattat om demens	2
Kommunikation och kommunikationssvårigheter vid demenssjukdom	3
Omvårdnad	5
Omvårdnadsteoretiker	5
Den vårdande kommunikationen	5
Personcentrerad vård	5
PROBLEMFÖRMULERING	6
SYFTE	6
METOD	6
Litteratursökning	6
Analys	7
RESULTAT	8
Verbal kommunikation	8
Stödjande kommunikation	9
Bekräftande kommunikation	9
Vägledande kommunikation	10
Klargörande kommunikation	10
Icke-verbal kommunikation	11
Paraspråk	11
Kommunikation genom kroppsspråk	11
Hjälpmedel	11
Miljö	12
DISKUSSION	12
Metoddiskussion	12
Resultatdiskussion	12
SLUTSATS	16
REFERENSER	17
Bilaga 1	20

INLEDNING

“I’ll tell you if you can understand the language,

And I’m talking, talking all the time.”

(Killick 2011, s. 62)

Vi som är författare av denna studie har valt att studera till sjuksköterska av en anledning: vi brinner för människors välmående.

Demenssjukvården kräver ett speciellt sätt för patientens omhändertagande. Det är en stor utmaning för vårdaren då det ställs speciella krav på dennes attityd och kunskap.

Att studera och skriva om ämnet bidrar med mer kunskap i detta speciella sätt att vårda. Till grund ligger vår önskan att höja livskvaliteten för den som drabbas och lider av sjukdomen. Den som drabbas hamnar snabbt och tydligt i underläge gentemot sin vårdare på grund av sjukdomens följder. Det att vi lever i ett åldrande samhälle och att åldern relateras som en av främsta orsakerna till sjukdomen leder till att antalet personer som insjuknar ökar avsevärt.

Med denna studie lyfts fram interventioner och kommunikationsstrategier som riktar sig såväl till vårdpersonal som till anhängvårdare och kan användas som nyckelredskap med ett gott resultat i omvårdnaden av de som är utsatta för denna sjukdom. I texten kommer vi att använda oss av orden ”demens” eller ”demenssjukdom” som allmänna begrepp och med detta menar vi alla former av demens som påverkar kommunikationsförmågan. Ordet ”patient” avser vi att använda för en person med demens, detta för att förenkla språket.

BAKGRUND

Sedan åttiotalet har det skett en omfattande utveckling gällande demenssjukdomar. Samhällets attityd kring sjukdomen och personer som drabbas har förändrats men trots denna positiva utveckling har sjukdomen fortfarande låg status och det återstår mycket att önska.

Rapporter från 2014 visar att det finns cirka 160 000 personer med demenssjukdom i Sverige (Socialstyrelsen 2014) och siffror visar att demenssjukdomen är västvärldens fjärde vanligaste dödsorsak med höga samhällsekonomiska följder (Alzheimerförbundet).

Främsta orsaken till demenssjukdom sägs vara människans höga ålder och det har konstaterats att frekvensen i insjuknandet hos män och kvinnor efter 60 års ålder fördubblas vart 5:e år. Dock kan sjukdomen debutera även i tidig ålder på grund av hjärnskador av till exempel trafikolyckor eller alkohol (Nationalencyklopedin 2000, s. 338). Sjukdomen debuterar genom att hjärnans funktioner blir påverkade på olika sätt.

Personer som drabbas får svåra kognitiva, språkliga och psykiska problem med konsekvenser som minskad förmåga att tolka intryck, att förstå språk, att förmedla sig, orientera sig och förflytta sig (Edberg 2014, s. 23).

Kortfattat om demens

Ordet demens härstammar från latinets "de mens" som betyder "från förnuft" (Nationalencyklopedin 2000, s. 338)

Människans hjärna är färdigutvecklad vid 20 års ålder, därefter kommer en period med relativ bra stabilitet avseende dess funktion som vid högre ålder börjar svikta. Hjärnans vikt minskas under livets gång med cirka 30 % och det sker mer efter 60 års ålder. Framförallt i tinningslobens neurofibriller förekommer förändringar och ökade mängder av så kallade senila plack som omges av trasiga axoner och neuriter från neuron med olika signalsubstanser. Därmed rubbas nervcellernas inre struktur och transporten via axonets vesikler blir svårare. Samma förändringar sker även vid uppkomsten av demenssjukdom men i betydligt större omfattning. Oftast börjar sjukdomen många år innan det visar sig kliniskt. Sjukdomen klassificeras i olika grader; "mild", "medelsvår" och "svår" demens. Sjukdomen är ofta underdiagnostiserad. Den milda formen kan vara svår att avgränsa från det normala åldrandet som gör begreppet osäkert och risken att behandling sätts in sent förekommer (Marcusson et al. 1995, s. 43).

Idag vet man fortfarande inte anledningen till insjuknande. Hittills har studier visat att prevalensen för att få Alzheimers sjukdom, som är den vanligast förekommande demensdiagnosen, är större om man har förändringar i ApoE-genen. Bärare av ApoE genen har 1,5-4 gånger större risk att drabbas och personer som har anhöriga som har drabbats av Alzheimers sjukdom har också 2-3 gånger större risk att själva få sjukdomen (SBU ss. 21-22). Sjukdomens svårighetsgrad bestäms under en demensutredning. För att bedöma patientens intellektuella förmåga görs en preliminärbedömning med hjälp av MMT (Mini Mental Test) (Marcusson et al. 1995, s.209-212)

Det är känt att hörsel, syn, smak- och luktsinnen samt känseln som är knutna till olika system i hjärnan försämras med stigande ålder. Dessa system är också knutna till vårt minne. Våra minnen benämns semantiskt-, episodiskt och implicit minne. Systemet i hjärnan där vi lagrar allmän kunskap om världen kallas för *semantiskt minne*, detta bevaras generellt sett in i åldrandet. Systemet som tar emot och lagrar information om episoder och händelser som kan placeras i tid och rum kallas för *episodiskt minne* som vidare kan delas upp i kort- respektive långtidsminne. Vårt medvetande om "här och nu" som finns under en kort tid förstås av korttidsminnet. Information överförs härifrån till långtidsminnet med hjälp av olika processer som till exempel repetition eller visuell föreställning och när information behövs hämtas det från långtidsminnet till korttidsminnet och där hålls det i medvetandet. Korttidsminnet försämras inte avsevärt med åldrandet, största förändringarna hittar man i det episodiska långtidsminnet. Det *implicita minnet* används vid hämtande och användandet av färdigheter och procedurer. Problemlösningsförmåga och kreativa tankesätt kan också försämras vid hjärnans åldrande (Marcusson et al. 1995, ss. 23-29).

Sjukdomen innebär förluster av funktionsförmåga. När sjukdomen börjar utvecklas kommer fortskridande minnesförluster och resulterar i rädslan av att gå vilse, svårigheter att hålla på med vissa sysslor och att kommunicera. Demens innebär också många kognitiva brister som afasi (förlust eller störning av språkförmåga), agnosi (oförmåga att känna igen föremål/personer), apraxi (oförmåga att utföra tidigare inlärda rörelser), anomi (svårigheter att hitta ord) som försvårar patientens möjlighet att kommunicera med omvärlden (Basun et al. 2013, ss. 81-82).

Ju längre sjukdomen fortlöper desto svårare blir det med kommunikationen. Det viktiga i omvårdnaden är att kunna kommunicera med patienter på flera olika sätt, inte bara verbalt utan också icke-verbalt som genom beröring och kroppsspråk (Edberg 2014, ss. 88-90)

Kommunikation och kommunikationssvårigheter vid demenssjukdom

Ordet kommunikation kommer från latinets ”communicatio” och betyder ”ömsesidigt utbyte”. Mellanmänsklig kommunikation kan framföras verbalt och icke-verbalt. Större delen av kommunikationen använder man sig av icke-verbal kommunikation. Forskning visar att 7 % av meddelanden sker med ord 93 % sker via icke-verbal kommunikation varav 55 % sker via kroppsspråk. Vid kroppsspråk använder vi oss av vår kropp på olika sätt, till exempel ögonkontakt och beröring. Vid verbal kommunikation använder vi ett talspråk, paraspråk. Paraspråk innebär hur vi talar, tonläge, vad vi lägger betoningen på, alltså på vilket sätt vi framför ordet (Nationalencyklopedin 2000).

I omvårdnaden av patienter med demenssjukdom uppstår ofta kommunikationssvårigheter, det gör vården komplicerad och skapar osäkerhet hos båda parter. Båda parter möjlighet att nå fram till varandra blir mindre och att förstå samt bekräfta varandra blir svårare (Rahm Hallberg 2014, s. 87). Det resulterar i att personalen hellre vänder sig till varandra istället för att vända sig till patienten. Möjligheterna att etablera en bra relation försämras (Edberg 2014 s. 30). Risken blir att inte kunna erbjuda en fullständig personcentrerad vård som leder till ett vårdlidande (Edberg 2014, s. 43). Vårdaren bär ansvaret för tolkning och validering av tolkning. För att underlätta kommunikationen för patienten är det nödvändigt för vårdaren att vara närvarande och mottaglig för hur patienten kan uttrycka sig. Hennes förhållningssätt hjälper till att underlätta svårigheter i kommunikationen. Vårdaren måste uppmärksamma och kunna tolka patientens icke-verbala uttryckssätt (Edberg 2014, s. 31).

Genom tiderna har det forskats fram tre användbara metoder som än idag appliceras i demensvården: *realitetsorientering*, *reminiscensmetoden* och *valideringsmetoden*. *Realitetsorientering* innebär att man i kommunikationen med patienten försöker att få dem att uppfatta verkligheten som vi gör. Kommunikationstekniken går ut på att konsekvent namnge föremål eller handlingar som kan hjälpa patienten att orientera sig bättre (Asplund & Norman 2014, ss. 72-73). *Reminiscensmetoden* syftar till att stimulera minnen och lusten till att kommunicera och *validering* innebär att man genom verbal och icke-verbal kommunikation bekräftar den sjukes känslor. Valideringsmetoden utvecklades av Naomi Feil (Basun et al. 2013, s. 97).

Välfungerande kommunikation mellan patient och vårdare är viktig för båda parter. Det ställer krav på vårdarens kunskap om både sjukdomen och om patienten som person (SBU s.44)

Olika symtom som hör till demenssjukdomen och som påverkar personens kommunikation med omvärlden bör uppmärksammas. Under sjukdomens utveckling blir patientens förmåga att förmedla sig och tolka språket försämrat. Att tolka intryck, att orientera sig och förflytta sig leder till att patienten kommer i ett underläge i mötet med andra människor. Även vårdaren hamnar i en utsatt position i mötet, denne bör ha kunskap om att patienten har små möjligheter att styra ett negativt möte i positiv riktning (Edberg 2014, s. 29).

Sättet hur man kommunicerar på med en annan människa är unik och påverkar relationen. För att vårdrelationen ska ge terapeutiskt resultat bör vårdaren kommunicera på rätt sätt med patienten. Bra kommunikation är ett effektivt redskap som hjälper att bygga upp en relation med förtroende som grund. Kommunikationen ska vara ömsesidig för att skapa en känsla av tillhörighet. Genom att uppmuntra och visa ödmjukhet mot patienten kan man uppnå terapeutisk kommunikation. För effektiv terapeutisk kommunikation ska vissa krav uppfyllas, nämligen innehåll, ämne och struktur. Orden ska sättas ihop i rätt ordföljd det vill säga rätt grammatik och att konversationen ska ske på ett lämpligt språk som båda parter förstår. Det ska finnas en *avsändare/kodare* och en *mottagare/avkodare*. Avsändaren ansvarar över att meddelandet levereras till mottagaren och att innehållet är korrekt med ett tydligt budskap. Mottagaren ska vara villig att interagera och återkoppla till meddelandet. Avsändare och mottagare ska helst ha samma ordval för att kommunikationen skall flöda och förstås av båda parter. Feedback visar att mottagaren har förstått budskapet (Jootun & McGhee 2011, s. 42).

Fysisk beröring är en av de viktigaste komponenterna i icke-verbal kommunikation, den sänder budskap och det måste finnas en sändare och en mottagare för att det ska bli möjligt, precis som andra kommunikationssätt. Det har upptäckts att beröring är en effektiv metod i kommunikation med patienter med begränsad kognitiv funktion och 1982 insåg man att den har en central roll som icke-verbal kommunikationsstrategi. Beröring lugnar, värmer och ger en stimulering för äldre personer (Gleeson & Timmins 2004, s. 18).

Jootun & McGhee (2011, s. 43) skriver om att icke-verbal kommunikation kan ha kraftfulla meddelanden i professionell interaktion som måste uppmärksammas. Det är viktigt att ta hänsyn till att någonting som är lämpligt i ett sociokulturellt sammanhang kan vara olämpligt i ett annat som till exempel att en patient från en annan kultur kan ha annan hållning till smärta, gråt eller obehag.

Personer med demens läser av kroppsspråk väldigt fort, de kommer alltid att förstå en vänlig klapp på axeln eller tonen i språket man använder. Snabba rörelser, ögonrörelser, ansiktsuttryck kan vara provocerande. Vårdaren bör hålla sig lugn och stilla och försöka läsa av patientens ansiktsuttryck och aldrig stå över personen vid kommunikation (McCullars Varner 2012, s. 5). Kommunikationssvårigheter i mötet med patienten

ställer extra höga krav på personal, därför är det viktigt att det satsas på grundläggande utbildning, vidareutbildning och handledning (Edberg 2014, s. 31).

Omvårdnad

Omvårdnadsteoretiker

Travelbees och Erikssons omvårdnadsteorier (i Kristoffersen, Nordtvent & Skaug 2006, ss. 22-24) används brett inom omvårdnaden och kan mycket väl appliceras i demensvården med god framgång. Travelbee menar att vårdarens roll handlar om att använda sig själv terapeutiskt i mötet med patienten. Vårdmötet skall vara av terapeutiskt syfte, vara målinriktat och bygga på en bra kommunikation (Kristoffersen, Nordtvent & Skaug 2006, ss. 22-23). Travelbees syn på kommunikation är att det sker i varje möte, vårdare och patient emellan. Kommunikationen handlar om att båda parter för fram sina tankar och känslor. Det sker både verbalt och icke-verbalt, den icke-verbala kompletterar den verbala. Genom icke-verbal kommunikation kan budskapet nå fram genom till exempel ansiktsuttryck, kroppshållning och beröring (Kristoffersen, Nordtvent & Skaug 2006, s. 32). Katie Erikssons omvårdnadsteori om ”ansa-leka-lära” kan användas med gott resultat inom demensvården (Eriksson 2000, s. 19).

Den vårdande kommunikationen

Vårdande samtalet är en del av vårdrelationen som etableras mellan vårdare och patient. Ett vårdande samtal kräver två parter för att det skall kunna äga rum, vilket inte alltid är möjligt med en patient inom demensvården. Fredriksson (2003, ss 37-38) påpekar att inom demensvården är vårdande kommunikation är ett mer korrekt uttryck, eftersom patientens lidande i allvarliga fall kan vara ordlöst vilket leder till att den inte kan kommuniceras till någon. Patienten blir därmed berövad gemenskapen med andra. Vårdaren ska i dessa situationer bjuda in till vårdande kommunikation genom att visa sig tillgänglig och vara intresserad av vad patienten vill förmedla. Det är vårdarens ansvar att försöka återupprätta gemenskapen för patientens del. Vårdande samtal enligt Fredriksson leder till att lidande reduceras (Fredriksson 2003, ss. 37-38).

Personcentrerad vård

Tom Kitwood (i Basun et al. 2013, s. 79) var den första att använda begreppet personcentrerad omvårdnad just inom demensvården. Han menar att symtom från den sjuke inte får tolkas som att personen bakom sjukdomen inte längre existerar. Dem sjuka har precis som alla andra behov av samvaro, meningsfulla relationer, uppskattning och meningsfull sysselsättning. Man bör ha god kunskap om demens för att förstå att sjukdomen är en del av personen, personen är inte sjukdomen.

Enligt Jootun & McGhee (2011, s. 44) är personcentrerad vård fokuserad på den enskildes egenmakt som främjar deras självständighet och välbefinnande. Studier visat att vårdare som har bristande kommunikationsstrategier har sämre relation till patienten jämfört med dem med goda kommunikationsstrategier. Vårdaren skall fokusera på patientens kommunikationsförmåga som är kvar istället för att fokusera på dennes brister. Vårdarna måste känna till och ha förståelse om huruvida sjukdomen utvecklas

och ska tillämpa strategier för att kunna ingripa effektivt och kunna erbjuda personcentrerad vård. Motsatsen leder till obekvämt samarbete med missförstånd. Äldre studier visar att demenssjuka patienter blir berövade på mänsklig kontakt eller utsätts för mycket ytlig eller kort kontakt som leder till känsla av utsatthet och isolering. (Basun et. al. 2013, s. 79)

I ett vårdmöte spelar vårdarens uppfattning stor roll i hur mötet kommer att fortskrida. Buber beskriver en ”du-jag” relation där den andra kan uppfattas som subjekt eller uppfattas som objekt i en ”jag-det” relation. Den sjuke kan ses som ett subjekt, alltså en person med demens, eller ett objekt, en dement person. Genom att vårdaren ser den demenssjuke som en icke-person skapas ett vårdlidande för den demensdrabbade. Mötet kan bli väldigt opersonligt och uppgiften ligger i fokus istället för att vårdaren sätter patienten i centrum. Personcentrerad vård handlar om att skapa ett socialt klimat som är positivt där den demenssjuke kan uppleva ett välbefinnande (Edberg 2014, s.19).

PROBLEMFORMULERING

Demenssjukdom är ett växande globalt problem. Det krävs både ekonomiska och kunskapsmässiga satsningar. Patienten kommer i ett utsatt läge mot vårdaren på grund av sjukdomen där kommunikation är en del av problemet. Bra kommunikation är ett centralt nyckelredskap inom demensvården. För att potentialen skall användas fullt ut behövs tillräcklig kunskap om hur vårdaren skall bemöta den demenssjuka. Denna kunskap behöver förbättras hos vårdarna för att demensvården skall utvecklas. Bristerna inom demensvården och kommunikationen leder till att patienten ses som ett objekt, dement person. Ett problem kan också handla om miljön som inte formas för att livskvaliteten skall främjas, detta är ekonomi- och kunskapskrävande.

SYFTE

Denna litteraturstudie har syftet att beskriva olika kommunikationsstrategier som med fördel kan användas i demensvården.

METOD

Som stöd för denna studie användes Fribergs vägledning för litteraturbaserade examensarbeten (Friberg 2012, ss. 115-124). Denna litteraturstudie är baserad på vetenskapliga artiklar från Pubmed och Cinahl. Från början hade vi som avsikt att undersöka kommunikationssvårigheter i omvårdnaden av demenssjuka patienter med utländsk bakgrund bosatta i Sverige, men insåg redan i början att underlaget var för begränsat när det gäller forskning inom ämnet. Därför valdes att enbart inrikta studien på brister inom kommunikation i demensvård.

Litteratursökning

De sökord som använts är: ”communication”, ”nursing”, ”dementia”. I Cinahl hittades 13 artiklar, när samtliga sökord användes, och när sökordet ”nursing” togs bort gav det

142 träffar, i Pubmed användes ”communication”, ”nursing” och ”dementia” som gav 1080 artiklar och bara sökorden ”dementia” och ”communication” ledde till 6245 träffar.

Inklusionskriterier som vi har använt oss av består av de artiklar som belyser just kommunikation vårdare-patient samt närstående- patient. Graden av demens togs inte med i inklusionskriterierna, detta leder till att studien behandlar personer med olika grad av demenssjukdom. De artiklar som var skrivna på annat språk än engelska och de som var äldre än från 1999 valdes bort.

Vi gjorde även en manuell sökning vid ett senare tillfälle i Pubmed där MeSH-termerna vi använde var: ”caregivers” och ”communication disorders” resulterade i en relevant artikel om kommunikation mellan anhörigvårdare- patient.

Vi utgick från titlarna till en början och valde bort de som tycktes var irrelevanta och på de kvarvarande tolv artiklarna har vi valt att till en början läsa Abstrakt. Av dessa tolv artiklar är två kvantitativa och tio kvalitativa. Fyra stycken valdes bort vid senare tillfälle för att de inte var tillräckligt relevanta i relation till dem andra. Två av de artiklar som valdes bort användes i diskussionen. En av de kvarvarande valde vi att inkludera vid senare tillfälle. Artiklarna som ingår i litteraturstudien är från Sverige, USA, Storbritannien och Canada.

Kvalitén på de valda artiklarna säkerställdes med hjälp av Fribergs analysmodell vid kvalitativa och kvantitativa studier och av Högskolan i Borås riktlinjer från 2015 ”Riktlinjer för examensarbete på kandidatnivå - i huvudområdet vårdvetenskap”. Ett bra stöd till studien är SBU-s rapport om Demenssjukdomar från mars 2006.

Analys

Analysarbetet är grundat på Fribergs femstegsmetod för en litteraturöversikt. Enligt Friberg går första steget ut på att läsa genom de valda artiklarna flera gånger för att få en översikt om vad de handlar om. Man bör fokusera på studiernas resultat. Resultaten i kvalitativa artiklar presenteras ofta i form av teman och eventuellt subteman, ofta formulerade på olika sätt beroende på vilken typ av kvalitativ artikel man väljer att använda sig av. I nästa steg ska man identifiera det mest relevanta och konkreta fakta som passar in för varje studie för att sedan i steg tre göra en sammanställning av resultatet. Detta gör man för att få en överblick över studiernas resultat. I steg fyra försöker man sammankoppla de olika studiernas resultat med varandra, här ska man identifiera likheter och skillnader. Liknande artiklar bildar ett nytt tema som kan resultera i nya subteman. Till slut formulerar man tydligt och läsbart på ett konkret sätt en ny beskrivning som grundar sig i de nya teman som kommit fram.

Vi började med att läsa de valda artiklarna ett flertal gånger för att få en bättre förståelse om struktur och resultat. Sedan identifierades det mest konkreta och relevanta fakta för studiens del i varje artikel och därefter sammanställdes varje enskild studies resultat. Likvärdiga resultat kopplades samman som bildade en ny helhet. Detta blev grunden för studiens resultat.

RESULTAT

Efter analysen av artiklarna som valdes som underlag för studien hittades två övergripande teman som presenteras i resultatet, nämligen *verbal* och *icke-verbal kommunikation*. Dessa två använder man sig av för att nå fram med budskapet i sin kommunikation.

Verbal kommunikation har följande subteman:

- *stödjande*
- *bekräftande*
- *vägledande*
- *klargörande*

Icke-verbal kommunikation har följande subteman:

- *paraspråk*
- *kommunikation genom kroppsspråk*
- *hjälpmedel*
- *miljö*

Verbal kommunikation

Omvårdnadens hjärta är relationen till en annan människa och denna relation etableras genom kommunikation. Därmed upptar kommunikationen en central roll inom demensvården. Människan lär sig att kommunicera och interagera med omvärlden genom sina erfarenheter som dessvärre äventyras vid funktionshinder som till exempel vid demenssjukdom. Sättet hur man kommunicerar på med en annan människa är unik och påverkar relationen. För att vårdrelationen ska ge terapeutiskt resultat bör vårdaren kommunicera på rätt sätt med patienten. Bra kommunikation är ett effektivt redskap som hjälper till att bygga upp en relation med förtroende i grunden. Kommunikationen ska vara ömsesidig för att skapa en känsla av tillhörighet. Genom att uppmuntra och visa ödmjukhet mot patienten kan man uppnå kommunikation som ger terapeutiskt resultat (Jootun & McGhee 2011, s. 40).

Verbal kommunikation innebär själva orden som vi sätter ihop i en viss ordning (syntax) och ska följa korrekt grammatik. Yttrandet är en formell term som beskriver en ordsamling som uttryck till vår uppfattning. Talet är en del av människans kultur, genom det får man sin sociala identitet, det bidrar till ett socialt erkännande och är ett hjälpredskap till sociala betydelser (Dimbleby, Burton & Sandin 1999, ss. 60-64).

Vårdaren kan uppnå olika resultat genom till exempel att stödja, att bekräfta, att vägleda och att klargöra patienten beroende på strategin som denne använder (Perry et al. 2005, s. 47)

Stödjande kommunikation

Att stödja patienten genom kommunikationen innebär att man väntar in patienten när hon eller han avslutar sin mening och hittar ord. Man talar långsamt, man använder enkla korta meningar, man avbryter inte och man ställer bara en fråga eller ger en instruktion åt gången (Stokes 2013, s. 15). Stokes (2013, s. 15) har kommit fram till att alla stödjande strategier är effektiva vid kommunikation med personer med demens. Det är viktigt att hålla talet enkelt, att tala långsamt och tydligt, att använda enkla och tydliga ord och inte hålla talet för långt för att patienten inte skall tappa sin fokus som kan leda till irritation och frustration. Med fördel kan man ställa *ja-nej* frågor istället för *öppna* frågor som kan leda till förvirring. Det ska användas namn och ord för personer och saker istället för hon/han och den/det. Till exempel fråga inte: Tycker du om det? istället frågar man: Tycker du om kakan?

I en annan studie (Small & Perry 2005, s. 125) där författarna undersökte vilken typ av frågor anhörigvårdare använder i samtal med sin maka/make och vad resultatet blev i kommunikationen visar också att *ja-nej* frågor kan användas med stor fördel. Öppna frågor som påverkar semantiskt minne, när man vill få ett *här och nu* svar, kan också användas med bra resultat. Det vill säga svaret man får beror på vilket minne som blir påverkat av frågan. Öppna frågor leder inte alltid till kommunikations svårigheter i motsats till vad tidigare studier har visat.

Bekräftande kommunikation

Flera artiklar tar upp bekräftande kommunikation som ett bra sätt att nå fram till personer med demens. Genom att se människan som en egen individ bekräftar man denne. När man kommunicerar med patienten på ett sätt att man inte pressar till att minnas och att inte rättar till denne för man en bekräftande kommunikation (Stokes 2013, s. 15).

Stokes (2013, s. 15) tar upp några enkla punkter utifrån sin forskning: att inte säga emot patienten utan istället fokusera på att lugna personen och minska oron. Att motsäga kan leda till oro och förvirring eftersom det dem säger är deras verklighet. Till exempel om dem ofta frågar efter deras bortgångna mamma kan man istället för att säga att hon är död säga: berätta för mig om din mamma – hur var hon?. Genom att bekräfta något som du vet inte stämmer är oftast det bästa sättet att kommunicera med personer med demens, eftersom det får dem att bli lugna och belättna istället för att bli oroliga och ledsna. Genom att försöka sätta sig in i deras verklighet kan man öka välbefinnandet. Man bör också tänka på att ha tålmod att vänta in tills personen avslutar sin mening och försöka att ställa frågor som hjälper de att hitta rätt ord istället för att avsluta deras meningar. Även om patienten har ställt samma frågor om och om igen bör man aldrig säga: det har jag sagt till dig förut, eftersom för deras del har man aldrig gjort det.

En annan artikel (McCullars Varner 2012, s. 5) tar upp att man skall ge dem tid att svara på frågor och inte visa frustration över att dem inte förstår vad man menar, respektera om de inte vill kommunicera, prova lite senare igen.

Jootun & McGhee (2011, s. 41) tar också upp dessa punkter som strategier för en effektiv kommunikation. Författarna har frågat patienter och deras vårdare om vad som

är störande i kommunikationen. Patienterna tyckte att vårdaren inte skall skynda på, att vårdaren inte skall stressa patienten till att tala och att störande bakgrundsljud helst skall tas bort för att det också upplevs störande.

Vägledande kommunikation

Vårdaren bör vägleda patienten till att hålla kvar samtalet genom att involvera denne. Vårdaren kan kommentera det patienten har sagt eller föra icke-vårdrelaterad social konversation, informera och instruera. Denna typ av kommunikation belyser Stokes och påpekar att relationen mellan vårdare och patient som lever med demensdiagnos ska vara meningsfulla. En framgångsrik relation leder till en djup relation och mening för patienten. Vårdaren ska tala om saker som patienten tycker om och betyder mycket för dem. Som till exempel familj, sport eller annat favoritämne och helst prata om bra minnen som leder till deras välbefinnande. Nonchalanta konversationer och information kan göra dem förvirrade och öka deras oro (Stokes 2013, s. 15). Det har visat sig att vårdaren besitter en maktposition i vårdmötet som möjliggör för denne att styra och vägleda kommunikationen i positiv riktning, patienten är i underläge och har inte denna möjlighet (Edberg 2011, s. 19).

Klargörande kommunikation

Klargörande kommunikation handlar om att man försäkrar sig om att patienten har förstått budskapet och att vårdaren har förstått patienten. Vårdaren måste ha kunskap om hur frågor ska ställas och ska upprepa budskap vid behov. McCullars Varner skriver att genom att skapa ögonkontakt, att göra sig själv tillgänglig, att tilltala personen vid namn, tala långsamt, tydligt och lugnt hjälper personen med demens att förstå budskapet. Öppna frågor eller frågor som ger fler än två alternativ på svar bör undvikas. Vårdaren skall helst upprepa frågor om personen inte förstår (McCullars Varner 2012, s. 5).

För att bemöta en person med demens på bästa sätt skall man tänka på följande: att tilltala personen vid namn, att ha kunskap om fakta om personens liv, familj, dagliga rutiner, matvanor, hygien rutiner eller om saker som gör personen upprörd. Lyssna med hjärta, öron, ögon och hålla lugnet i alla situationer. Försök att läsa av beteenden som inte är normala och ta reda på varför personen beter sig som den gör, det kan vara smärta, hunger eller toalettbehov som yttrar sig på ett ovanligt sätt (McCullars Varner 2012, s. 5). Man bör reducera stimuli utifrån för att få personen att kunna koncentrera sig, vårdaren skall alltid närma sig framifrån och skapa ögonkontakt samt inte argumentera. Personen lever troligtvis i en annan verklighet än vårdaren själv.

I en studie undersöktes i vilken utsträckning anhörigvårdare har använt sig av *ja-nej* eller *öppna* frågor och med vilket resultat i vården av deras maka/make med demens diagnos fick. Samtalen spelades in, granskades och resultatet visade att kommunikationsproblem med patienten kan minskas om man ställer episodiska frågor (Kommer du ihåg...?) och *ja-nej* frågor. Öppna frågor ska inte heller uteslutas om den påverkar semantiska minnet dvs. få svar från *här och nu* (Small & Perry 2005, s. 128).

Icke-verbal kommunikation

Paraspråk

Paraspråk betyder hur vi uttrycker, utan ord, vad vi vill uttrycka. Till exempel vissla, dra andan eller pusta ut. Det handlar om tonfall, betoning och volym. Man kan vara sarkastisk eller ironisk med hjälp av speciella tecken. Paraspråk kan antyda om en persons sinnessillstånd eller känslor (Dimbleby, Burton & Sandin 1999, ss. 56-57).

Kommunikation genom kroppsspråk

Kroppslig kommunikation innebär ögonkontakt, mimik, kroppshållning, beröring och gester. Kroppsutrymme och kropps närhet handlar om hur nära andra människor vi står eller sitter. (Dimbleby & Burton 1999, ss. 54-56)

I vårdandet är fysisk beröring den viktigaste delen av icke-verbal kommunikation. Den subjektiva upplevelsen och andra uppfattningar av beröring hos vårdaren blir ett hinder av användandet av beröring i vården. En studie nämner två typer av beröring: nödvändiga och icke-nödvändiga. Nödvändig beröring innebär att vårdaren utför en uppgift medan icke-nödvändig är en oavsiktlig beröring som innehåller känslor. Inom vården berövas de äldre den fysiska beröringen och det borde vårdarna se som ett problem att försöka lösa. Beröring används idag inom vården oftast när något vårdmoment skall göras. Forskare har noterat att tiden man spenderade med dem äldre utöver allt som skulle göras var minimal och knappt existerade. Detta leder till oro eftersom behovet av fysisk beröring ökar med åldern. Tidigare artiklar tar också upp att den taktila hungern ökar alltmer ju äldre man blir eftersom känslan är det sinnet som finns kvar vid hög ålder (Gleeson & Timmins 2004, s. 18).

Hjälpmedel

Jootun och McGhee (2011) skriver om en mall med fem punkter som kan användas i kommunikationen med personer med demenssjukdom. Den förkortas SOLER där S står för att man skall *sitta rakt*, O som tar upp *öppen hållning (open)*, L betyder att man skall *luta sig framåt*, E att man skall *etablera och bibehålla ögonkontakt* samt R står för *relaxerad hållning*. Denna kan fungera som ett användbart hjälpmedel.

I en annan artikel har forskare satt ihop ett system som är som en mall som kan vara ett hjälpmedel för vårdaren att kunna interagera med patienten. Den består av bland annat *klargörande-, undersökande- och validerande* kommunikationssätt (Perry & Galloway 2005, s. 48).

Som användbart hjälpmedel nämns *Talking Mats* som är ett lågteknologiskt stöd och kan göra kommunikationen mer effektiv för personer med demens. På mattan lägger patienten olika bildsymboler på ett strukturerat sätt. Med hjälp av dessa bilder kan patienten uttrycka sina känslor genom att placera bilderna på relevant plats (Jootun & McGhee 2011, s. 46). Tidigare studier har visat att multisensoriska hjälpmedel som foton, musik, tidningar och meningsfull personlig information leder till en bättre kommunikation. Som hjälpmedel kan man också använda sig av reminiscensmetoden i

grupp. Denna stimulerar verbaliseringsförmågan genom att man samtalar om olika ämnen utan att använda sig av några multisensoriska hjälpmedel. (Small & Perry 2005, s. 130)

Miljö

Miljö spelar stor roll i hur kommunikationen blir. I artiklarna kommer författarna fram till att om man tar bort onödig stimuli och bakgrundsljud påverkas kommunikationen positivt och distraherar inte den dementa (Söderlund et al. 2013, s. 268). Personen kanske även har nedsatt syn och hörsel som också spelar in på deras sätt att kunna kommunicera (McCullars Varner 2012, s. 5).

DISKUSSION

Metoddiskussion

I litteraturstudien inkluderades nio vetenskapliga artiklar både av kvalitativ och kvantitativ ansats. Alla artiklar är granskade (peer-review) och skrivna på engelska. Artiklarna bidrar till en djupare förståelse om olika kommunikationsstrategier som kan användas inom demensvården.

Som vi tidigare nämnt var den ursprungliga idén att studera kommunikationstekniker vid svårigheter som uppkommer i vårdrelationen med demensdrabbade som har utländsk bakgrund och ett annat modersmål. Men det fanns för få artiklar med evidens inom detta ämne. Vi stannade kvar vid temat kommunikation för det intresserar oss mest och breddade ut studiens syfte för att istället studera kommunikationsstrategier/tekniker som är applicerbara i allmänhet inom demensvården.

Vi har diskuterat och analyserat artiklarna och var eniga om de synpunkter som de tar upp.

Svagheten i studien kan bero på att det användes sökord med brett spektrum och att graden av demenssjukdom inte är specificerad kan göra att resultatet blir brett. Dock tar artikeln av Small et al. (1999, s. 354) upp att vårdare uttryckt att kommunikationssvårigheter, av olika slag, förekommer i alla stadier av demenssjukdom. Till en början lästes bara titel och abstrakt som också kan ha begränsat urvalet då de artiklar som valdes bort kan ha innehållit viktig information för studien.

Resultatdiskussion

Ämnet har bidragit mycket kunskapsmässigt och ger en bättre förståelse för hur det är att leva med kommunikationssvårigheter vid demenssjukdom. Fynden från artiklarna och litteraturen diskuterades och resulterade i att det mest centrala i omvårdnaden av demenssjuka patienter är icke-verbal kommunikation och framförallt kroppsspråket. Detta är rätt verktyg för att stödja patientens välbefinnande och lugn och bidra till upplevelsen av bättre hälsa och livskvalitet.

Det är vårdarens ansvar att se till att fylla patientens vardag med glädje och olika aktiviteter som gör dennes liv mer innehållsrikt. Eftersom omvårdnadens mål ska syfta till att öka patientens känsla av belåtenhet och tillfredsställelse, på grund av att sjukdomen inte går att bota, ska vårdaren använda sig av terapeutisk kommunikation, berömma och uppmuntra patienten och ge dem glädje för stunden. Man vet att deras minne sviktar och de lever i här och nu så annat kan inte uppnås (Edberg 2014, s. 88). Att använda sig av Erikssons teori *om leka-lära-ansa* i omvårdnaden kan man förmedla känslan av *tro-hopp-kärlek*. Därmed ges den sjuke bekräftelse, glädje och gör deras vardag lite mer intressant och främjar deras hälsa. (Kristoffersen, Nordvedt & Skaug 2006, s. 23-24).

”Att ansa är en konkret kärleksgärning, ett sätt att bekräfta den andres existens” (Eriksson 2000, s. 24). Ansan det inom vården är den beröring som har positiv effekt på patientens livskvalitet. Leka är ett uttryck för hälsa och därför har den en viktig roll i professionell omvårdnad. ”I leken finns övning, prövning, lust, skapande och allvar” (Eriksson 2000 s. 26). Lärandet innebär en utveckling till förändring i livet som vi kan relatera till patientens självförverkligande. Lärandet inom demensvården innebär egentligen inte att utveckling sker utan att de kvarvarande funktionerna bibehålls som till exempel daglig hygien. Genom ansning ger vi den demenssjuke bekräftelse. Med sin närvaro kan vårdaren ge denna bekräftelse, en klapp på axeln kan göra att patienten känner sig trygg. Lekandet kan göra patientens vardag lite mer glädjefull. Vi vet att glädje främjar hälsa. Om vi kopplar ihop och anpassar alla dessa moment bidrar vi till en hälsobefrämjande omvårdnad (Eriksson 2000, ss. 19-32).

Kroppsspråket speglar våra tankar, känslor, hur man är som person och hur en annan människa uppfattar den andre. Patienten kan i det tillståndet denne befinner sig i läsa av kroppsspråket snabbt, oftast bättre än det verbala språket. Vi räknar kroppsspråket som det viktigaste verktyget i omvårdnaden som skall användas på rätt sätt. Det innebär att personal skall medvetet vara glada och positiva och bekräftande vid mötet med patienten. En annan viktig och intressant aspekt i kroppsspråket är beröringen som oftast underskattas av vårdpersonal. I flera studier kan man läsa att det är skillnad i beröring, det vill säga att det finns en mekanisk och rutinmässig *nödvändig* beröring och en tröstande, varm och vänlig mer *känslomässig* beröring. Genom att sitta och hålla patientens hand visar man att man finns där för den sjuke och denne är viktig. Den sjuke kommer att uppfatta den som tröstande, varm och vänlig och kommer att inge trygghet till dem, detta leder åter igen till en positiv upplevelse som främjar hälsa. Oftast händer det tyvärr att personal visar, leder och lotsar i olika vardagssituationer och det blir till en rutinmässig, *nödvändig* beröring (Gleeson & Timmins 2004, s. 20). Enligt Erikssons teori har beröring en positiv effekt på välbefinnande och genom den bekräftar man den andres existens (Kristoffersen, Nordvedt & Skaug 2006, s. 55).

Det är viktigt att en god vårdrelation byggs upp eftersom den gynnar både patient och vårdare, i en svår och olöslig situation känner sig vårdaren frustrerad för att denne inte kan leverera god omvårdnad. *Taktil massage* skulle kanske vara en bra lösning, den görs med lätt och skön beröring. Massage stimulerar beröringsreceptorer och frigör oxytociner som bidrar till välbefinnande. Att erbjuda den gynnar båda parter och bidrar till en ömsesidig förståelse och fysiskt välbefinnande för patienten. Det har gjorts en interventionsstudie om taktil massage som kommer fram till att i gruppen som fick

massage jämfört med kontrollgruppen har relationen mellan vårdare och patient främjats. Det ledde till en ömsesidig djupare förståelse i motsats till kontrollgruppen (Suzuki et al. 2010, s. 685). Kan det vara en önskan att införa det på våra särskilda boenden? Att patienter får den sortens beröring ofta och regelbundet och att den ska ingå i vårdarens arbetsuppgifter? Det finns en medvetenhet om hur stor roll ekonomin spelar in och att det kan leda till att personalen inte kommer att ha den tid och då bortprioriteras det.

Forskning söktes på nätet men den information som finns är minst tio år gammal. Det är ett mycket intressant ämne. I och med att det forskats mycket är det förvånansvärt att det fortfarande finns så mycket brister i vården/omvårdnaden av dementa. Det finns funderingar kring varför det inte läggs mer vikt på att få fram mer om demenssjukdomar medan hjärt- och lungforskning går framåt väldigt mycket. Kan det vara så att det har med sjukdomens låga status att göra? Eller att sjukdomen inte syns eller märks lika väl som hjärt-, kärl- och lungsjukdomar? Dessutom kommer nästan alla studier fram till snarlika fynd som till exempel vilket sätt man skall kommunicera på.

Miljön är också ett kommunikationssätt som räknas som en influerande faktor på patientens välmående. Är vårdpersonalen verkligen medvetna om detta?

Vissa medel kan också användas med framgång i kommunikationen med patienten, som till exempel multisensoriska- eller enkla teknologiska hjälpmedel. En artikel tar upp Talking Mats, som ett verktyg som hjälper patienten att uttrycka sina känslor. Då undrar vi om det verkligen är så att vårdarens arbetsdag bjuder på tillräcklig tid för att stödja detta? Det kan vara så att vissa metoder forskare kommit fram till i sina studier är mycket framgångsrika, men tidskrävande och svåra att anpassa till möjligheterna som vården bjuder på idag (Jootun & McGhee 2011, s. 45)

I nästan alla artiklar och litteratur kan man läsa om att vårdaren ska stödja patienten till att bibehålla sina kvarvarande förmågor. Vårdaren ska anpassa sin hjälp individuellt efter varje enskild patients behov och önskemål samt motivera och uppmuntra patienten till aktiviteter för ett ökat välbefinnande. Hur detta ser ut i vårdarens och patientens vardag? Många vårdare har förhoppningsvis en önskan om att utföra sitt arbete enligt dessa punkter men vården kämpar idag med ständiga tidmässiga- och ekonomiska brister. Finns det verkligen den möjligheten att individanpassa vården? I studier står det om kostnadseffektiva hjälpmedel som man kan använda sig av. Som vi tidigare nämnt finns en mall som kan användas i interaktionen med patienten (Small & Galloway 2005, s. 50).

Efter en diskussion om personalens utbildning finns funderingar om vem som bär ansvaret över att vårdarna får kunskap om alla dessa metoder och använder sig av dessa på ett lämpligt sätt? I Hälso- och sjukvårdens och Socialtjänstens (2010) riktlinjer skriver dem om vikten av personcentrerad vård och utbildning av vårdpersonal inom demensvården. Det är oerhört betydelsefullt för patientens välmående och livskvalitet. Ingår det i sjuksköterskans yrkesroll att utbilda och handleda övrig vårdpersonal? Finns det resurser för det?

I tidigare studier har det lästs om att sjuksköterskor med vidareutbildning, främst inom psykiatri, lyckas bättre med att individanpassa vården (Normann et al. 1999, s. 353). Är alla lämpliga till att utföra denna utmanande omvårdnad i den känsliga och sköra situationen? Personalbrist leder till att unga och oerfarna personer tas in för att vikariera på ett boende. Kan de verkligen tolka ansiktsuttryck, och vara tillräckligt lyhörda för patientens reaktioner? Kan den vikarierande kanske oerfarna personen använda ett korrekt kommunikationssätt mot patienten? Här uppkommer en viktig aspekt ur etisk synpunkt, nämligen hur man i det läget bibehåller patientens autonomi?

Invandring och kommunikationssvårigheter var vår tanke från första början att undersöka. Invandringen ökar mer och mer och människorna blir bara äldre och äldre. Hur kommer dessa personer bemötas i framtiden när de drabbas av demenssjukdom och får svårt att uttrycka sig? Dessutom är det känt att människor med två språk ofta återgår till sitt modersmål och tappar det andra språket. Dessa personer kommer förr eller senare att flytta in på särskilda boenden runt om i Sverige.

Det är av största vikt att personalen har kunskap och utbildning i hur man kommunicerar med en person med demensdiagnos samt att det behövs mer forskning i området. Att inte ha utbildning och veta hur man bemöter personer med demenssjukdom kan leda till oro och rädsla hos vårdaren och kan i slutändan leda till att vårdaren undviker att möta dessa patienter. Det leder till ett lidande för patienten samt att vårdaren inte känner tillfredsställelse i vårdmötet (Edberg 2014, s. 87). Patienten får inte vård enligt lika villkor som Socialstyrelsen undertrycker.

Vi anser att sjuksköterskan ska sträva efter att vara uppdaterad med ny forskning om nya metoder och att dessa appliceras och tas på allvar av samtliga inblandade i omvårdnaden runt den demenssjuke. Dessutom ska hon få möjligheten att informera och handleda övrig vårdpersonal och kräva att vårdpersonal deltar i olika utbildningar. Personal måste ha kunskap i all form av kommunikationshjälpmedel och icke verbal interaktion för att kunna leverera bästa möjliga omvårdnad för att omhändertagandet av patienten ska bli optimal. Den kommer att öka välbefinnandet inte enbart hos patienter utan också för vårdaren.

Vi tycker att mer forskning behövs för att hitta nya och anpassningsbara kommunikations metoder om hur man ska hantera personer med invandrarbakgrund eftersom invandring ökar globalt. Vi tycker också att personalbrist och kampen mot ständig tidsbrist gör det svårt att individanpassa kommunikationen.

Det diskuteras mycket om det vårdande samtalet och hur viktigt det är i mötet med patient. I en situation där patienten har en demensdiagnos blir det vårdande samtalet annorlunda. Om inte vårdaren förstår patienten eller vice versa uteblir kommunikationen och leder till förvirring och lidande och till sämre livskvalitet. Patienten kan då inte uttrycka sina känslor och det han eller hon vill få fram, vårdaren kan därmed inte vårda patienten enligt hans eller hennes önskemål. Patienten blir inte delaktig i sin vård därför är det också av stor vikt att sjuksköterskan och annan vårdpersonal har kunskap och utbildning i hur man bemöter dessa människor (Fredriksson 2003, ss. 86-87).

Eftersom det inte finns något botemedel för demens kan tillståndet hanteras på ett sympatiskt och känslösamt sätt. Man kanske känner oro över att möta personer med demenssjukdom men det är viktigt att inse vikten i mötet, även om dem inte längre tycks leva i nuet. Man kan lära sig olika sätt att bemästra kommunikationssvårigheterna som uppstår. Detta gör att man hamnar i en position som gör att man kan vårda dessa utsatta människor på bästa sätt. Man får också möjlighet till att hjälpa vänner och anhöriga att kunna njuta av stunder av meningsfull kommunikation med deras familjemedlem vilket kan vara väldigt givande för alla inblandade (Stokes 2013, s. 15).

SLUTSATS

Studien pekar på att icke-verbal kommunikation, särskilt kroppsspråk och beröring, är avgörande kommunikationsstrategier i mötet med demenssjuka patienter. Studien pekar också på att patienter med demenssjukdom som tappat sin kommunikationsförmåga är mycket känsligare mot visat kroppsspråk och dem tolkar den snabbare än andra människor gör. De korta mötena utgör den demenssjuke patientens vardag. Därför är det extra viktigt att vårdaren kan använda sig av rätt kroppsspråk i mötet med patienten och genom det bidra till att patientens vardag blir fylld med glädje och välbehag.

Eftersom sjukdomen uppträder i livets slutskede är det viktigt att omgivningen visar respekt. Detta kan vårdaren i stor grad göra genom att besitta kunskap om beröring och rätt kroppsspråk. Utbildning bidrar till att vårdaren får djupare kunskap och det ger denne möjlighet till att inleda en mer vårdande kommunikation.

REFERENSER

- Alzheimersföreningen. *Om Demenssjukdomar*. Tillgänglig på:
[http://www.alzheimerforeningen.se/demenssjukdomar/#Om Demenssjukdomar](http://www.alzheimerforeningen.se/demenssjukdomar/#Om%20Demenssjukdomar)
Senast tillgänglig: 150425.
- Basun, H, Skog, M, Wahlund, L-O, Wijk, H. (red.) 2013. *Boken om demenssjukdomar*. Stockholm: Liber.
- Dahlberg, K & Segesten, K. (2011). *Hälsa & vårdande i teori och praxis*. Stockholm: Natur & Kultur 2010.
- Dimbleby, R. Burton, G & Sandin, G. (1999). *Kommunikation är mer än ord*. Lund: Studentlitteratur.
- Edberg, A-K. (red.) (2011). *Att möta personer med demens*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Efrainsson, E. (2007) Vårdplaneringsmötet som institutionellt samtal. I Määttä, S & Segesten, K. (red.) *Vårdens språk - en antologi*. Stockholm: Liber.
- Eriksson, K. (2000). *Vårdandets ide*. Stockholm: Liber.
- Fredriksson, L. (2003). *Det vårdande samtalet*. DISS. Åbo Akademi. Åbo: akademi university press.
- Friberg, F. (2012). *Dags för uppsats*. Lund: Studentlitteratur.
- Gleeson, M. Timmins, F. (2004). *Touch: a fundamental aspect of communication with older people experiencing dementia*. Nursing Older People, vol. 16 (2), ss. 18-21.
- Jootun, D & McGhee, G. (2011). *Effective communication with people who have dementia*. Nursing Standard. vol: 25 (25) ss. 40-46.
- Killik, J. (2011). *You are words - Dementia poems*. London: DG3.
- Kristoffersen, N, Nordvedt, F, Skaug, E-A. 2006. *Grundläggande omvårdnad del 4*. Stockholm: Liber.
- Marcusson, J. Blanc, T L. (1995). *Demenssjukdomar*. Stockholm: Liber utbildning/Almqvist & Wiksell medicin.
- Mazaheri, M. Eriksson, L E. Nikbakht Nasrabadi, A. Sunvisson, H. Heikkilä, K. (2014). *Experiences of dementia in a foreign country: qualitative content analysis of interviews with people with dementia*. BMC Public Health, vol. 14 (794), 9 s. doi: 10.1186/1471-2458-14-794.
- McCullars Varner, J. (2012). *Managing Communications and Behavioral Challenges in Dementia*. The Alabama Nurse. Mar-May 36 (1), ss. 5-8.

Nationalencyklopedin (2000). Höganäs: Bra Böcker.

Normann, H. K. Asplund, K. Norberg, A. (1999). *Attitudes of Registered Nurses towards patients with severe dementia*. Journal of Clinical Nursing, vol: 8 ss. 353-359. doi: 10.1046/j.1365-2702.1999.00261.x

Northouse, P., & Northouse, L. (1992). *Health communication: strategies for health professionals*. Norwalk: Appleton & Lange.

Perry, J. Galliway, S. Bottorff, J & Nixon, S. (2005). *Nurse-patient Communication in Dementia-Improving the Odds*. Journal of Gerontological nursing, vol: 31 (4) ss. 43-52.

Potkins, D. Myint, P. Bannister, C. Tadros, G. Chithramohan, R. Swann, A. O'Brien, J. Fossey, J. George, E. Ballard, C. & Margallo-Lana, M. (2003). *Language impairment in dementia: impact on symptoms and care needs in residential homes*. International Journal of Geriatric Psychiatry, vol: 18. ss.1002-1006. doi: 10.1002/gps.1002.

SBU Sammanfattning av SBU:s rapport om: Demenssjukdomar - en systematisk litteraturoversikt. Tillgänglig på:
http://sbu.se/upload/Publikationer/Content0/1/Demens_sammanfattning.pdf
Senast tillgänglig: 150420.

Small, J A. Gutman, Gloria. Makela, Saskia. Hillhouse, Beth. (2003). *Effectiveness of Communication Strategies Used by Caregivers of Persons With Alzheimer's Disease During Activities of Daily Living*. Journal of Speech, Language, and Hearing Research. vol: 46 (2) ss. 353-367.

Small, J A. Perry JA. (2005). *Do you remember? How caregivers question their spouses who have alzheimers disease and the impact on communication*. Journal of speech, Language and Hearing Reaseach, vol: 48 (1) ss. 125-136.

SOSFS 2010. *Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom 2010: stöd för styrning och ledning*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Suzuki, M, Tatsumi, M. Otsuka, A. Kikuchi, T. Mizuta, K. Makino, A., et al. (2010). *Physical and psychological effects of 6-week tactile massage on elderly patients with severe dementia*. American Journal Alzheimers Disease and Other Dementia. Vol: 25: ss. 680-686. doi: 10.1177/1533317510386215

Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2006). *Demenssjukdomar*. (SBU-rapport, 172). Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering.

Stokes, G. (2013). *Tackling communication challenges in dementia*. Nursing Times. Feb 26-Mar 4 109 (8), ss. 14-15.

Svenskt demenscentrum. Tillgänglig på: <http://www.demenscentrum.se/>
Senast tillgänglig: 150422.

Söderlund, M. Cronqvist, A. Norberg, A. Ternestedt, B-M & Hansebo, G. (2013). *Nurses' movement within and between various paths when improving their communication skills - An evaluation of validation method training*. Open Journal of Nursing. vol: 3 ss. 265-273. <http://dx.doi.org/10.4236/ojn.2013.32036>.

Bilaga 1

	Syfte	Metod och Urval	Resultat
<p>Titel: Do You Remember? How Caregivers Question Their Spouses Who Have Alzheimer`s Diseased the Impact on Communication</p> <p>Författare: Jeff A. Small, JoAnn Perry</p> <p>Tidskrift: Journal of Speech, Language and Hearing Research</p> <p>Årtal:2005 land: USA</p>	<p>Undersökning av typ av frågor ("ja-nej" resp. "öppna" frågor) som anhängvårdare använder i kommunikation med sin demenssjuke maka/make samt effekten av valda frågor</p>	<p>Kvalitativ studie utförd på observationer av konversation hos 18 par anhängvårdare och deras maka/make med diagnosen Alzheimer`s sjukdom</p>	<p>Anhängvårdare använder i "ja-nej" och "öppna" frågor i samma utsträckning i kommunikation med maka/make. Öppna frågor resulterade i sämre kommunikation än "ja-nej" frågor. Patienter med mild dementia interagerar mera och använder episodiskt minne.</p>
	Syfte	Metod och urval	Resultat
<p>Titel: Effective communication with people who have dementia</p> <p>Författare: Jootun D., McGhee G.</p> <p>Tidskrift: Nursing Standard</p> <p>Årtal: 2011</p> <p>Land: Storbritannien</p>	<p>Att undersöka nödvändiga färdigheter som behövs till en effektiv terapeutisk kommunikation med personer som har demens, samt att beskriva kommunikationsprocessen och belysa de olika hinder som påverkar vårdare-patient relationen.</p>	<p>Litteratur baserad analysmetod</p>	<p>I vårnaden av patienter med dementia ska man ha förståelse för olika kommunikationsformer som ska appliceras i terapeutiskt syfte och för att bidra till patientens välbefinnande och livskvalitet. Att skraddarsy kommunikationen efter personens behov eller att</p>

			använda sig av strategier i denna är nyckel till att få patientens engagemang därmed ett bättre resultat i omvårdnaden.
	Syfte	Metod och Urval	Resultat
<p>Titel: Experiences of dementia in a foreign country: qualitative content analysis of interviews with people with dementia.</p> <p>Författare: Monir Mazaheri, Lars E Eriksson, Alireza Nikbakht Nasrabadi, Helena Sunvisson och Kristiina Heikkilä.</p> <p>Tidskrift: BMC Public Health</p> <p>Årtal: 2014</p> <p>Land: Storbritannien</p>	<p>Syftet var att undersöka den subjektiva upplevelsen att leva med demens med iransk invandrarbakgrund i Sverige.</p>	<p>Kvalitativ innehållsanalys av semistrukturerade intervjuer gjorda på 15 personer med demensdiagnos med iransk invandrarbakgrund. Inklusionskriterier: Alzheimers- eller vaskulär demensdiagnos, kunna prata om hur det är att leva med demenssjukdom samt vara födda i Iran men vara bosatta i Sverige. 10 st bodde hemma, själva eller med närstående, 5 st bodde på särskilt boende. Alla hade emigrerat till Sverige 10-30 år innan intervjuerna genomfördes. Innehållet i intervjuerna ledde till tre grupper och sju subgrupper.</p>	<p>Personerna kände att dem tappat sin position i familjen och att närstående såg dem på ett annat sätt. Dem kände sig också inkompetenta men fortfarande älskade av familjen. I samhället kände dem sig fortfarande säkra och bekväma i sociala situationer. Dock kände några att dem blivit isolerade på grund av språket och då dem inte längre kände något ansvar gentemot samhället.</p>
	Syfte	Metod och Urval	Resultat
<p>Titel: Language impairment in dementia: impact on symptoms and care needs in residential</p>	<p>Att utvärdera hur språkliga svårigheter hos patienter med demenssjukdom påverkar deras beteende, psyke och</p>	<p>Kvantitativ studie 315 äldre patienter inneboende på 9 vårdhem i Newcastle har fått en ”standardiserad psykiatrisk</p>	<p>Studien visar att kommunikations-svårigheter (både uttryck och tolkning) är förknippat med vanföreställningar</p>

<p>homes</p> <p>Författare: Potkins D., Myint P., Bannister C., Tadros G., Chithramohan R., Swann A., O'Brien J., Fossey J., George E., Ballard C., Margallo-Lana M.</p> <p>Tidskrift. International Journal of Geriatric Psychiatry</p> <p>Årtal: 2003</p> <p>Land: Storbritannien</p>	socialisation.	bedömningsformulär” där tester och skalor användes för att identifiera patienters beteende-störningar, graden av psykiskt besvär och stigmatisering beroende av kommunikations- svårigheter som sjukdomen medför	och avvikande motorik, dessutom finns korrelation mellan språkstörning och patientens deltagande i olika aktiviteter och högre social isolering.
	Syfte	Metod och Urval	Resultat
<p>Titel: Managing Communication s and Behavioral Challenges in Dementia</p> <p>Författare: Joyce McCullars Varner</p> <p>Tidskrift: The Alabama Nurse</p> <p>Årtal: 2012</p> <p>Land: USA</p>	Syftet var att få en övergripande kunskap om sätt att hantera beteende- och kommunikationspro- blem när det gäller personer med demenssjukdom.	Översiktsartikel	Artikeln tar upp problem rörande kommunikation med personer med demenssjukdom. Det finns flera delar som gör att kommunikationen brister. Bland annat personens försämring när det gäller kommunikation samt vårdarens sätt att prata med patienten. Det finns även störande moment i omgivningen som kan skapa problem i

			<p>kommunikationen</p> <p>.</p> <p>Dem kommer fram till 5 punkter som underlättar kommunikationen</p> <p>. Punkterna handlar om både verbal- och icke verbal kommunikation.</p>
	Syfte	Metod och Urval	Resultat
<p>Titel:Nurse`s Movements within and between various path when improving their communication skills- An evaluation of validation method training</p> <p>Författare: Mona Söderlund, Agneta Cronqvist, Astrid Norberg, Britt-Marie Ternstedt, Görel Hansebo</p> <p>Tidskrift: Open Journal of nursing</p> <p>Årtal: 2013</p> <p>Land:</p>	<p>Att undersöka sjuksköterskors färdigheter i kommunikation med demenssjuka patienter när de använder sig av validerings metod</p>	<p>Deskriptiv kvalitativ design med fokus på sjuksköterskans kommunikation</p>	<p>Att använda sig av olika intervention komponenter kan utveckla sjuksköterskans kommunikations färdigheter, vidare forskning behövs.</p>
	Syfte	Metod och Urval	Resultat
<p>Titel: Nurse-Patient Communication in Dementia-Improving the</p>	<p>Att undersöka effektiva konversations modeller som vårdaren kan</p>	<p>Deskriptiv kvalitativ studie utförd med hjälp av 8 patienter inneboende på särskilda vårdhem. Konversation i</p>	<p>Att använda namn, objekt och händelser och försöka hålla kvar patientens fokus</p>

<p>Odds</p> <p>Författare: Perry J., Galliway S., Bottorff J., Nixon S.</p> <p>Tidskrift: Journal of Gerontological Nursing</p> <p>Årtal: 2005</p> <p>Land: Canada</p>	<p>använda sig av som hjälpmedel i interaktionen med patienter som har svår demens.</p>	<p>grupp med vårdare under 10 veckor har bandats, vårdarna har använt olika kommunikationsstrategier som har resulterat i patienters olika sociala engagemang.</p>	<p>så klar som möjligt, att hålla sig kvar vid ett ämne, upprepa nyckelord, och inte avbryta- leder till bra konversation. Detta är ett kostnads-effektivt hjälpmedel som vårdaren kan använda sig av. Vårdarens klagörande, undersökande, stödjande, validerande kommunikation underlättar interaktionen med patienter som har svår demens.</p>
	<p>Syfte</p>	<p>Metod och Urval</p>	<p>Resultat</p>
<p>Titel: Tackling communication challenges in dementia.</p> <p>Författare: Graham Stokes.</p> <p>Tidskrift: Nursing Time.</p> <p>Årtal: 2013.</p> <p>Land: Storbritannien</p>	<p>Syftet är att belysa de begränsningar som finns i kommunikationen samt vilka hjälpmedel det finns som kan användas för att underlätta kommunikationen.</p>	<p>Översiktsartikel</p>	<p>Många i vårdpersonalen känner en osäkerhet när det kommer till kommunikation med demenssjuka patienter. Genom att lära sig de metoder och tekniker dem tar upp blir kommunikationen lättare. Det handlar om att hålla sig till enkelt språk, att inte rätta om personen säger fel, ge personen tid att säga det den vill säga och att försöka finna en</p>

			mening i personens beteende.
--	--	--	------------------------------------