

**KOMMUNIKATION MED PERSONER MED DEMENS
– HUR KAN DENNA UNDERLÄTTAS?**

FÖRFATTARE: Eva Hegelund
Anna Tolkacheva

PROGRAM/KURS: Sjuksköterskeprogrammet
180 Högskolepoäng
Omvårdnad eget arbete

HT 2008

OMFATTNING: 15 Högskolepoäng

HANDLEDARE: Ingegerd Lindquist

EXAMINATOR: Helle Wijk

Titel (svensk)	Kommunikation med personer med demens – hur kan denna underlättas?
Titel (engelsk)	Communication with persons with dementia – how can this be facilitated?
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program/kurs/kurskod: /kursbeteckning	Sjuksköterskeprogrammet, 180 högskolepoäng OM2240/Omvårdnad – Eget arbete
Arbetets omfattning:	15 högskolepoäng
Sidantal:	18 sidor
Författare:	Eva Hegelund Anna Tolkacheva
Handledare:	Ingegerd Lindquist
Examinator:	Helle Wijk

SAMMANFATTNING

Antalet personer som drabbas av demenssjukdom ökar idag i hela världen. Svårigheter att tolka och förstå vad patienten uttrycker komplicerar vårdandet och gör kommunikationen med personer med demens till en stor utmaning för sjuksköterskan. Demenssjukdom påverkar förmågan att kommunicera på en mängd olika sätt beroende på vilken del av hjärnan som är drabbad. Personen som drabbas av demens kan få försämrade förmågor att förmedla sig och förstå språket, svårigheter att tolka intryck samt att orientera sig. Sjuksköterskans attityd gentemot personen med demens påverkar sättet på vilket han eller hon relaterar till denne. Sjuksköterskans förhållningssätt påverkar relationen till patienten. Delar av Travelbees teori har använts som referensram för att belysa kommunikation ur ett omvårdnadsteoretiskt perspektiv. Syftet med litteraturstudien var att beskriva vilka kommunikationsstrategier som finns beskrivna i den senaste forskningen och som kan användas av sjuksköterskor för att underlätta kommunikationen med personer med demens. Studiens resultat baserades på vetenskapliga artiklar som inhämtades efter sökningar i databaserna Pubmed och Cinahl. Artiklarna analyserades induktivt och resultaten sammanställdes i två övergripande teman: *verbala strategier* och *icke-verbala strategier* samt i subteman. Resultatet visar att till verbala strategier hörde att vara stödjande i samtalet exempelvis genom att hjälpa patienten att hitta ord och avsluta meningar, att bekräfta personen med demens genom att ge beröm och att inte pressa patienten att minnas rätt, att vägleda genom att initiera och hålla kvar samtalsämnen, samt att klargöra, exempelvis genom att ställa frågor. Till de icke-verbala strategierna hörde bland annat ögonkontakt, beröring, leenden, miljöfaktorer samt olika utformade hjälpmedel. Fördjupad forskning på detta område saknas i många fall, exempelvis vad gäller värdering av effektiviteten hos olika kommunikationsstrategier.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INTRODUKTION	1
INLEDNING	1
DEMENS SJUKDOMENS INVERKAN PÅ FÖRMÅGAN ATT KOMMUNICERA ..	1
KOMMUNIKATION MED PERSONER MED DEMENS	2
OMVÅRDNADSTEORETISKT PERSPEKTIV PÅ KOMMUNIKATION OCH FÖRHÅLLNINGSSÄTT	3
KOMMUNIKATIONSSTRATEGIER I HISTORISKT PERSPEKTIV	4
Realitetsorientering.....	4
Validation.....	5
Reminiscensmetoden.....	5
Personcentrerad vård.....	5
SYFTE	6
METOD	6
LITTERATURSÖKNING	6
DATAANALYS	7
RESULTAT	7
VERBALA STRATEGIER	7
Stödjande strategier.....	7
Bekräftande strategier.....	8
Väglödande strategier.....	8
Klargörande strategier.....	9
ICKE-VERBALA STRATEGIER	10
Icke-verbal kommunikation.....	10
Miljö.....	10
Hjälpmiddel.....	11
DISKUSSION	12
METODDISKUSSION	12
RESULTATDISKUSSION	13
Värdering av resultatet.....	13
Verbala strategier.....	14
Icke-verbala strategier.....	16
Slutsats.....	17
REFERENSER	18
BILAGOR	21
BILAGA 1: ARTIKELPRESENTATION	21
BILAGA 2: MEMORY BOOK	26

INTRODUKTION

INLEDNING

I Sverige räknar man med att cirka 140 000 personer har någon form av demenssjukdom. Antalet personer som drabbas av sjukdomen stiger i dagsläget över hela världen. En förklaring till detta är att antalet äldre i befolkningen ökar och ålder benämns som den faktor som starkast är kopplad till risken att drabbats av demens (1). Sjuksköterskan möter personer med demenssjukdom inom vitt skilda delar av vården. Samtidigt är demensdiagnoser många gånger lågt prioriterade och kan sägas inneha låg status inom såväl medicin som omvårdnad (2).

I omvårdnaden av personer med demens är kommunikation ett nyckelredskap. För att på bästa sätt kunna bemöta och vårda dessa patienter är det därför viktigt att ha fördjupad kunskap om hur kommunikationen med dem kan underlättas. Att kommunicera med omgivningen innebär en möjlighet till stimulans för personer som drabbats av demenssjukdom och är även viktigt för att så länge som möjligt bevara förmågan att förmedla sig (3). Kommunikation är en gemensam handling mellan flera parter och innebär en dubbelsidig utmaning i det att varje part måste kunna göra sig förstådd och kunna förstå. Då demenssjukdom påverkar dessa färdigheter riskerar de personer som drabbas av demens att utestängas ur den gemenskap som det innebär att kunna kommunicera med omvärlden (4).

Vi har båda erfarenheter av möten med personer med demens och har upplevt stora utmaningar när det gäller att förmedla sig och att förstå hur de upplever olika situationer. Oförmåga att förstå och göra sig förstådd kan leda till frustration för såväl vårdare som patient. I mötet med personer med demenssjukdom vilar ett stort ansvar på sjuksköterskan då parterna inte samtalar på lika villkor (5).

Vi vill undersöka hur forskningen på detta område ser ut och söka fördjupad kunskap i hur kommunikationen kan förbättras samt undersöka vilka kommunikationsstrategier som finns beskrivna inom forskningen och dessas eventuella effekter.

Vi använder genomgående i studien orden demens eller demenssjukdom som allmänna begrepp och menar med detta alla former av demens som påverkar kommunikationsförmågan. Vidare använder vi ibland ordet patient då vi avser personen med demens, detta framför allt för att förenkla språket.

DEMENS SJUKDOMENS INVERKAN PÅ FÖRMÅGAN ATT KOMMUNICERA

Ordet demens härstammar från latinets "de mens" och betyder "från förnuft". (6)

Det man kallar för demens är ett syndrom som består av störningar i kognitiva, emotionella och motoriska funktioner (7). Demens beskrivs ofta som en omfattande, förvärvad försämring av flera av hjärnbarkens funktioner, men utan försämrat medvetande. Tillståndet förvärras ofta med tiden (1). För demensdiagnos krävs nedsatt minnesfunktion samt ett eller flera av följande symtom: försämrad tanke-, orienterings- eller kommunikationsförmåga, försämrad förmåga att klara vardagssysslor och/eller försämrad social förmåga (7).

Det förekommer olika sätt gruppera demenssjukdomar och oenighet råder i flera fall kring vad som är skilda sjukdomar och vad som är varianter på samma sjukdom (1). Enligt svensk

konsensus indelas demenssjukdomar i primärdegenerativa-, vaskulära- och sekundära. Dessutom förekommer kombinationer av de olika formerna. Vid primärdegenerativ demenssjukdom startar nedbrytningen av nervceller i hjärnan utan känd utlösande orsak. Vid vaskulär demenssjukdom finns känd orsak till nedbrytningen, i form av störningar i blodflödet till hjärnan, liksom vid sekundär demens där orsaken exempelvis kan vara hjärntumör, infektionssjukdomar, metabola störningar, traumatisk hjärnskada eller depression (7).

Vid olika demenssjukdomar påverkas kommunikationsförmågan olika beroende på var skadan sitter. Demens kan förorsaka personlighetsförändringar som karakteriseras av bristande insikt och dåligt omdöme samt av känslomässig avtrubbning. Hämningslöshet och/eller aggressivitet kan uppkomma. Afasi (förlust eller störning av språkförmågan), anomi (svårigheter att hitta ord), agnosi (oförmåga att känna igen föremål, personer med mera) samt apraxi (oförmåga att utföra tidigare inlärd rörelser) är vanligt förekommande symtom vid demenssjukdom som påverkar den sjukes möjligheter att kommunicera med omvärlden (7). Ofta har den drabbade svårigheter att uttrycka sig både verbalt och icke-verbalt (8).

De primärdegenerativa demenssjukdomar som tydligt kan urskiljas är Alzheimers sjukdom och frontotemporal demens (1). Alzheimers sjukdom står för omkring 2/3 av alla demensdiagnoser (1), vid denna uppträder språkstörningar (dysfasi) med svårigheter att hitta ord redan under ett tidigt stadium av sjukdomen. Språkförmågan försämras ytterligare då sjukdomen progredierar och språket blir allt mer svårbegripligt (7). Patienter med frontotemporal demens drabbas ofta av så kallade progressiv afasi. Detta karakteriseras av latens (fördröjning av talet), grammatiska fel, svårigheter att inleda samtal, hitta ord, säga sammanhängande meningar, avsluta meningar samt svårigheter att stava och läsa. Ordförståelsen påverkas dock inte. Vid vaskulär demens orsakad av stroke förekommer ofta afasi och andra språkstörningar (7).

Svårighetsgraden av demenssjukdom kan bestämmas med hjälp av en omfattande demensutredning. Ett sätt att grovt göra en preliminär bedömning är att bedöma patientens intellektuella förmåga med hjälp av MMT (Mini Mental Test) (MMSE = Mini Mental State Examination på engelska). Testet kan maximalt ge 30 poäng och efter antal uppnådda poäng skattas svårighetsgrad av sjukdomen: svår, medelsvår, mild alternativt ingen demens (7).

KOMMUNIKATION MED PERSONER MED DEMENS

Begreppet kommunikation kommer av latinets *communicatio* som betyder ömsesidigt utbyte. Detta ord härstammar i sin tur från ordet *communico* som betyder göra gemensamt, låta få del i, meddela, av *communis* som betyder gemensam eller allmän (6).

Vi kommunicerar och förmedlar oss med vår omvärld på många olika sätt. Kommunikationen kan se olika ut beroende på vem den riktar sig till. Exempelvis kan olika kommunikationskategorier särskiljas: intrapersonell-, respektive mellanmänsklig kommunikation, gruppkommunikation samt masskommunikation (9).

Mellanmänsklig kommunikation kan delas in i verbal och icke-verbal. Icke-verbal kommunikation består av tecken som inte är ord men som ofta används i kombination med ord. De uttrycks genom att vi använder vår kropp på olika sätt (kroppsspråk), genom vårt sätt att använda det talade språket (paraspråk) samt genom hur vi klär och smyckar oss. Kroppsspråk innefattar gester, mimik, kroppshållning, kroppsutrymme och kroppsnärhet samt beröring. Paraspråk kan vara skilt från själva orden (exempelvis visslingar och suckar) men kan också vara det sätt på vilket orden framförs och innefatta volym, tonfall och betoning (9).

Gester och mimik står för omkring 75 % av det vi förmedlar till vår omgivning när vi kommunicerar. I kommunikationen med personer med demenssjukdom är det extra viktigt att tänka på att det icke-verbala språket stämmer överens med det verbala (3).

Kommunikationssvårigheter mellan sjuksköterskor och personer med demenssjukdom komplicerar vårdandet genom att parternas möjligheter att nå fram till, förstå samt bekräfta varandra försvåras (2). Ansvaret för tolkning och validering av tolkning vilar enbart på sjuksköterskan. Sjuksköterskan skapar sin egen bild av den sjuke och denna bild ligger sedan till grund för sättet att förhålla sig till patienten (2, 5). Genom att vara närvarande och mottaglig för patientens sätt att uttrycka sig kan sjuksköterskan hjälpa denne att överbygga svårigheterna att förmedla sig (5). Då personer med demenssjukdom har svårigheter med att uttrycka sig verbalt måste sjuksköterskan uppmärksamma och tolka deras icke-verbala uttryckssätt (10).

En välfungerande kommunikation mellan personen med demens och sjuksköterskan är viktig för båda parter och kräver att sjuksköterskan har kunskap om både demenssjukdomen och dess konsekvenser (1) samt om patienten som person (5). Flera olika symtom som hör till demenssjukdom inverkar på patientens möjligheter att kommunicera med omvärlden. Försämrad förmåga att förmedla sig och förstå språket, svårigheter att tolka intryck, orientera och förflytta sig gör att personer med demens ständigt befinner sig i underläge i mötet med andra människor. Även sjuksköterskans situation i mötet med dessa patienter är utsatt, framför allt på grund av svårigheter att tolka och förstå vad patienterna uttrycker (5, 11). Detta och svårigheter att bedöma vilka handlingar som var ”rätta” eller ”felaktiga” samt brist på respons och bekräftelse i mötet gör att arbetet med dessa patienter kan upplevas som tungt (11, 12) Kommunikationssvårigheter skapar osäkerhet och ökar personalens benägenhet att vända sig till varandra istället för till patienten, vilket försvårar möjligheterna att etablera en relation (5).

OMVÅRDNADSTEORETISKT PERSPEKTIV PÅ KOMMUNIKATION OCH FÖRHÅLLNINGSSÄTT

Travelbee (13) definierar omvårdnad som en mellanmännisklig process. Hon menar att en mellanmännisklig relation etableras genom interaktion mellan människor där kommunikation spelar en central roll. Kommunikation kan enligt Travelbee antingen lindra eller förstärka den sjukes isolering och ensamhet. Den mellanmänniskliga relationen ska inte förväxlas med relationen sjuksköterska – patient, dessa roller utgör i själv verket ett hinder för att etablera en mellanmännisklig relation menar hon (13).

Kommunikation sker enligt Travelbee i varje möte mellan sjuksköterska och patient, såväl när det talar med varandra som vid tystnad. Parterna kommunicerar således både verbalt och icke-verbalt. Det är viktigt för sjuksköterskan att vara observant på patientens icke-verbala uttryckssätt. Travelbee betonar att icke-verbalt kommunikation ledsagar den verbala och är ett sätt att nå en människa i samtalen. I den icke-verbala kommunikationen kan budskap överföras genom exempelvis beröring, ansiktsuttryck och kroppshållning. Kommunikation är en ömsesidig process där både parter förmedlar sina tankar, känslor och upplevelser till varandra. Genom att kommunicera kan sjuksköterskan söka information samtidigt som det är ett sätt för den sjuke att uttrycka sina behov av hjälp. Interaktion och kommunikation ger sjuksköterskan kunskap om den sjuke som person och hjälper henne/honom att förstå och bemöta patientens problem och behov. Detta ligger sedan som grund för planering och genomförande av omvårdnad (13).

Kommunikationsfärdigheter som enligt Travelbee är viktiga i omvårdnadssituationer är:

- Förmåga att observera samt att tolka observationer.
- Förmåga att styra interaktionen för att uppnå ett visst mål.
- Förmåga att bedöma om kommunikationen når fram och vad som överförs i den mellanmänskliga processen.
- Förmåga att avgöra när det är lämpligt att tala och när man bör vara tyst samt förmåga att uppmärksamma betydelsen av tid och rum.
- Förmåga att invänta och avvakta den andres tempo.
- Förmåga att utvärdera det egna deltagande i interaktionen, utvärdera måluppfyllelse samt planera vidare interaktion baserat på observerade data.

Utveckling av kommunikationsfärdigheter och förmåga att handla målinriktat i interaktionen vilar enligt Travelbee på vissa grundförutsättningar. En av dessa är insikt i de egna kommunikationsmönstren samt förmåga att identifiera starka och svaga punkter. En primär förutsättning för god kommunikation är förmåga att sätta den andre i fokus (13).

I mötet med en annan person spelar vår uppfattning om den andre stor roll för hur mötet skall utvecklas (1, 5). Buber (14) menar att relationer kan karaktäriseras av ett Jag-Du förhållande, då den andre ses som subjekt eller av ett Jag-Det förhållande, då den andre betraktas som ett objekt. Buber menar att då vi börjar plocka isär ett subjekt och urskilja en persons särdrag så upphör han/hon successivt att vara ett subjekt (14). Enligt Edberg (5) kan Bubers tankegångar appliceras på demensvården så att den sjuke i mötet antingen betraktas som ett subjekt – en person med demens, eller som ett objekt – en dement person.

Genom att personer med demens betraktas som icke-personer tillfogas de ett vårdlidande (10). Detta synsätt riskerar att leda till att fokus läggs på symtom istället för på personen och incitamenten att försöka förstå personen bakom sjukdomen minskar. Vidare underlättar detta synsätt för omgivningen att betrakta den sjukas värld och upplevelser som meningslösa (8, 10). Relationen mellan sjuksköterska och patient riskerar därmed att bli opersonlig och uppgiftsorienterad (8, 11).

KOMMUNIKATIONSSTRATEGIER I HISTORISKT PERSPEKTIV

Olika kommunikationsstrategier har i modern tid presenterats och prövats för att underlätta kommunikationen med personer med demens. Här följer en presentation av några i kronologisk ordning.

Realitetsorientering

Realitetsorientering är en kommunikationsteknik som utvecklades av Folsom 1958. Tekniken var från början avsedd att användas i rehabilitering av krigstraumatiserade personer men introducerades senare som en av de första positiva interventionerna i demensvård. RO erkände mänskligheten hos personer som drabbats av demens och uttryckte uppfattningen att det var värt ansträngningen att försöka reorientera dessa till det "normala" livet (15). Enligt Asplund och Normann (8) innebär RO att orientera personen med demens tillbaka till verkligheten och därmed få denne att uppfatta verkligheten som vi gör för att kunna föra ett samtal som båda förstår. Innehållet i samtalet är ofta knutet till en här-och-nu situation (8). Kommunikationen vid användning av RO präglas enligt Solem (4) framför allt av övertalning och korrigerande av felaktiga uppfattningar. I en systematisk behandlingsmetod kan detta innebära enkel och anpassad kommunikation dels genom visuella skyltar för att underlätta orientering i omgivningen men även exempelvis att man ser till att den som har en demenssjukdom är orienterad om vad som sker i olika omvårdnadssituationer (4).

Validation

Under tidigt 1960-tal utvecklade Naomi Feil ett system med kommunikationstekniker anpassade för personer med demenssjukdom som hon kallade Validation therapy (validation). Detta innebar ett skifte mot att fokusera på känslor och sinnesstämningar samt ett uppmärksammande av att terapeutiska psykologiska framsteg hos personer med demens kanske var möjliga (15). Validation innefattar enligt Feil (16) att erkänna en persons känslor som sanna. Hennes ansats bygger på respekt, empatisk inlevelse och ärlighet från personalens sida gentemot den som drabbats av demens (4, 16). Hon menar att relationen inte främjas av att personalen bekräftar personens desorientering. Istället för att möta sakinnehållet i den sjukes uttalanden bör sjuksköterskan fokusera på och bemöta känslor i uttalandet. Då en patient exempelvis säger att han/hon ska gå hem till sin mamma kan sjuksköterskan svara genom att fråga om personen i fråga saknar sin mor. På detta vis har sjuksköterskan erbjudit en möjlighet för personen att blicka tillbaka och fördjupa sig i det som känns viktigt just för tillfället samt visat förståelse och intresse för personens upplevelse utan att korrigera huruvida dennes mor lever eller inte (4). Feil skiljer på hur personer med olika grad av demens bör bemötas och valideras. Exempelvis är beröring lämpligt vid senare stadier av demens men bör användas med större betänksamhet hos personer med lindrigare demens (16).

Reminiscensmetoden

Reminiscens introducerades med influenser från Robert Butlers arbete från 1963 och utvecklades ytterligare av Peter Coleman under 1980-talet (15). Reminiscens betyder enligt Nationalencyklopedin svag minnesbild av något (6). Inom denna metod tar man fasta på att avlägsna minnen oftast finns kvar relativt intakta hos personer med demens (15). Reminiscens som arbetsmetod innebär att återge minnen i en tillåtande atmosfär med syfte att öka förståelsen för en händelse eller skapa förändring i det nuvarande livet. Man använder ofta fotografier, musik eller vardagsföremål för att underlätta samtal om det förflutna. Minnen kan även användas som en resurs för att kunna samtala kring nutiden på ett hanterbart sätt. Reminiscens kan sägas vara både processen att minnas och själva berättandet. Olika typer av reminiscensmetoder har utvecklats, såväl individuella- som gruppaktiviteter (15, 17). Reminiscensarbete kan hjälpa vårdarna att få ett förhållningssätt till de demensdrabbades ångslan. Ökad kunskap om patienternas livshistoria kan även bidra till att förbättra livskvaliteten i nuläget (17). Positiva effekter kan bland annat vara bibehållande av identiteten, möjlighet att uttrycka känslor, upprätthålla och skapa relationer samt möjlighet till självuppskattning och bekräftelse (17).

Personcentrerad vård

Personcentrerad vård utvecklades vid sidan om reminiscens delvis som en reaktion mot realitetsorientering som enligt kritiker kan uppfattas som problematisk då patientens brister fokuseras och personen bakom symtomen på så vis osynliggörs (18). Kitwood (15) var en av de första som betonade vikten av att inte objektifiera personer med demens utan sätta personen först. Personcentrerad vård innebär enligt Asplund och Normann (8) att försöka förstå hur den andre upplever verkligheten för att kunna föra samtal som båda förstår. Ju mer kunskap vi har om personens bakgrund, desto lättare blir det att kommunicera med denne (8). I den personcentrerade vården strävar sjuksköterskan tillsammans med övrig personal efter att bibehålla och rekonstruera personligheten hos den som drabbats av demens. Exempelvis uppmärksammas patientens livshistoria, tidigare roller, värderingar, kultur och självbild (18). Genom personcentrerad vård sätts personen bakom sjukdomen i centrum. Personhood är inom denna riktning ett centralt begrepp vilket betyder *det att vara människa* och innefattar mer än den kognitiva förmågan (6, 18).

Det finns även andra sätt att kommunicera med personer med demens beskrivna i litteraturen som inte är lika lättplacerade i ett tidsperspektiv. Solem (4) tar upp viktiga aspekter att ta hänsyn till i samtal med en person som har en demenssjukdom, exempelvis tekniska faktorer så som omgivning, störande ljud, dialekt och diktion. I samtal med personer med demens är det viktigt att tala tydligt, att artikulera samt att inte tala för fort. Meningarna bör inte vara för långa, och man bör tala om en företeelse i taget och undvika att använda abstrakta uttryck (3, 4). För att göra samtalet så konkret som möjligt kan föremål användas för att illustrera vad samtalet handlar om. Det är även viktigt att inte avbryta patienten samt att invänta svar (3, 19). För att förtydliga för patienten kan det vara till hjälp att upprepa budskap (19, 20). Direkt ögonkontakt kan vara nödvändigt för att fånga uppmärksamheten (4, 19, 20). Vanligen rekommenderas ja/nej-frågor som mest effektiva i kommunikation med personer med demens (19, 21). Tappen et al (21) fann dock ingen skillnad i deltagarnas förmåga att besvara ja/nej-respektive öppna frågor i sin studie om kommunikation med personer med Alzheimers sjukdom (21).

SYFTE

Syftet med litteraturstudien är att undersöka vilka kommunikationsstrategier som finns beskrivna inom aktuell forskning och som kan användas av sjuksköterskor för att underlätta kommunikationen med personer med demens.

METOD

LITTERATURSÖKNING

Litteraturstudien är baserad på vetenskapliga artiklar från sökningar i databaserna Pubmed och Cinahl. I sökningen i Pubmed användes MESH-termer som sökord och i Cinahl användes motsvarande "headings"-termer för *communication* och *dementia*. Sökningen i Pubmed gav 135 träffar och den i Cinahl gav 97 träffar. Av dessa valdes artiklar bort som var skrivna innan år 2000. Även artiklar som var skrivna på annat språk än engelska valdes bort. Inga artiklar som var skrivna på svenska framkom i sökningarna. Abstract lästes om titeln tycktes vara relevant, på detta sätt valdes 40 artiklar ut. Artiklar som fokuserade på tvåspråkighet, samt de artiklar som handlade om att tolka kommunikativa uttryck för smärta hos patienter med demens valdes bort. Dessutom valdes artiklar som belyste vilka svårigheter som sjuksköterskor upplever i mötet med patienter med demens bort. Även artiklar som fokuserade på kommunikation mellan personal och närstående till patienter med demens uteslöts. Av de granskade artiklarna var tio reviewartiklar, av dessa valdes en ut (22). Några artiklar valdes bort på grund av att den vetenskapliga kvaliteten bedömdes vara för låg, då något steg i den så kallade IMRAD-modellen saknades, exempelvis utförlig metodbeskrivning. Även en manuell sökning gjordes utifrån referenslistan på en artikel (23) vilket gav ytterligare en artikel (24).

De artiklar som ingår i litteraturstudien var från USA, Canada, Sverige, Norge, Nederländerna, Storbritannien och Irland. I inkluderingskriterierna ingick inte restriktioner kring grad av demens, vilket resulterade i att studien baseras på artiklar som behandlade personer med olika grad av demenssjukdom.

Av artiklarna var fyra kvalitativa (23-26), tre kvantitativa (27-29), två av artiklarna använde både kvalitativ och kvantitativ metod (30, 31) en av artiklarna var en systematisk litteraturstudie (22).

För att säkerställa artiklarnas kvalitet granskades de med hjälp av checklistor för kvalitativa och kvantitativa artiklar samt systematiska litteraturstudier i Göteborgs universitets ”Riktlinjer för examensarbete på grundnivå, 15 högskolepoäng”.

DATAANALYS

De utvalda artiklarna analyserades induktivt efter Burnards analysmetod. Denna metod består av fyra steg. Enligt Burnard (32) läses texten i det första steget igenom och en öppen kodning görs. Texten summeras i ord och kortare meningar. I steg två grupperas orden och fraserna under rubriker. I det tredje steget tilldelas varje rubrik en färg, varpå de nedskrivna orden och meningarna läses igen, markeras med en passande färg och på så vis indelas i kategorier. I det fjärde steget beskrivs och förklaras det resultat som uppkommit under analysen (32).

Under dataanalysen läste vi först samtliga artiklar i sin helhet i syfte att få en överskådlig bild av deras innehåll. Därefter gjordes en systematisk genomgång av artiklarna för att hitta de kommunikativa redskap som beskrevs i artiklarnas metod- och resultatdel. Relevanta resultat sammanfattades och skrevs tillsammans med respektive referensnummer in i ett Word-dokument varpå denna text analyserades och en första kodning gjordes. För att skapa en överblick skrevs alla koder dessutom upp på en white board och grupperades ihop under mer övergripande rubriker, som sedermera blev subteman. Istället för att tilldela varje subtema en färg och indela texten i Word-dokumentet i färger så skrevs respektive subtema i marginalen av texten och på detta vis indelades hela texten under subtema som så småningom grupperades ihop i två övergripande teman.

RESULTAT

Resultatet presenteras utifrån de teman som framkom under analysen av artiklarna. Två övergripande teman hittades: *verbala strategier* respektive *icke-verbala strategier*. Subteman som urskiljdes ur temat verbala strategier var stödjande strategier, bekräftande strategier, vägledande strategier samt klargörande strategier. Subteman som urskiljdes ur temat icke-verbala strategier var icke-verbal kommunikation, miljö samt hjälpmedel.

VERBALA STRATEGIER

Stödjande strategier

Stödjande strategier under samtal togs upp i fyra artiklar (24, 26, 28, 31). Till denna strategi hör *att hjälpa patienten att hitta ord och avsluta meningar, att tala långsamt, använda korta, enkla meningar, enbart ställa en fråga eller ge en instruktion åt gången, undvika att avbryta samt att vänta in* personen med demens.

Att använda korta, enkla meningar var associerat med effektiv kommunikation enligt en artikel (31). Small et al (31) fann även att kommunikationen fungerade sämre när anhörigvårdarna i studien talade långsamt. Studien visade vidare att de flesta anhörigvårdarna använde sig av strategierna att endast ställa en fråga eller ge en instruktion åt gången samt att vänta in sin make/maka med demens. Användning av dessa strategier visade sig vara förenad med ineffektiv kommunikation (större antal avbrott i samtalen), författarna kunde dock inte säkerställa signifikans i skillnaden mellan användarna av strategierna jämfört med icke-användarna som utgjorde kontrollgrupp. Vikten av att vänta in personer med demens i samtal

betonades dock i två andra artiklar (26, 28). Denna strategi var enligt Holm et al (26) viktigt för att patienten skall få en möjlighet att formulera sina tankar.

Aktivt lyssnande visade sig vara en förutsättning för att öka förståelsen för vad patienten med demens vill förmedla (26). Ytterligare ett sätt att stödja patienten i konversationen var enligt Normann et al (24) att hjälpa patienten att hitta ord samt att inleda och avsluta meningar. Att uppmuntra patienten att beskriva eller tala omkring ordet han/hon sökte var förenat med ökat antal avbrott i kommunikationen (31).

Bekräftande strategier

Bekräftande strategier togs upp i fyra artiklar (23-25, 28). Till detta tema hör att *bekräfta patienten, ge uttryck för att man delar patientens syn, ge beröm, inte pressa patienten att minnas eller svara rätt samt att inte betona fel*.

Van Weert et al (28) menar att bekräftelse hör till känslorienterad kommunikation och beskriver att detta innebär att erkänna den andras rätt till sin subjektiva upplevelse, oavsett om denna är sann eller inte samt att anpassa kommunikationen efter denna. Författarna menar att positiv känslorienterad kommunikation är nödvändig för att etablera en förtroendefull relation mellan personal och boende (28).

Genom att samtalspartnern ger beröm, visar att han/hon delar patientens syn, inte pressar patienten att minnas och inte betonar fel kan personen med demens stöttas i samtal (24). Perry et al (23) fann att uppmuntran och positiva kommentarer påverkade responsen hos patienter med svår demens. Normann et al. (24) diskuterade vidare att genom att inte påpeka att patienten säger fel och genom att ha en tillåtande attityd kan samtalspartnern stimulera patientens minne vilket inverkar på dennes förmåga att kommunicera. Författarna visade att de tillfällen då episoder av psykisk klarhet uppkom i studien kännetecknades av att forskaren undvek att betona fel samt att ställa krav på patienten. Episoder av psykisk klarhet är tillfällen då en person med svår demens ter sig mer orienterad än förväntat (24).

Pulsford et al (25) visade att samtal som utgår från patientens perspektiv och erfarenhet ledde till mer positiv respons än samtal som utgick från personalens perspektiv. Kommunikationen var som mest effektiv då personalen gav beröm och bekräftelse (25).

Vägledande strategier

Till detta tema hör att *initiera eller hålla kvar samtalsämne samt involvera patienten i samtal, kommenterande uttalanden* (kommentera det patienten har sagt genom att lägga till ytterligare fakta, exempelvis "jag har också en bror"), *social konversation* (icke-vårdrelaterad-) samt att *informera, instruera och orientera patienten*. Vägledande redskap analyserades i fyra av artiklarna (23, 25, 28, 30).

Perry et al (23) menar att personalen genom att inta en ledande roll kan hjälpa patienten att engagera sig i samtal samt att hålla kvar samtalsämnet. Detta kan göras genom att introducera samtalsämnen, delta i samtalet och se till att det inte avstannar, styra tillbaka till samtalsämnet, ge möjlighet för patienten att använda sin kunskap, försöka involvera patienten genom att ställa frågor och rikta sig till patienten i samtalet. Författarna fann positiv respons från patienterna då dessa samtalsmodeller användes (23).

I social konversation ingår bland annat hälsningar, skämt och vänlig konversation som handlar om annat än omvårdnad (23, 28). Detta samt att ge information, instruktioner och att

orientera patienten vid omvårdnad räknas av Van Weert et al (28) till positiv kommunikation (28). Instruktioner och orienterande kommentarer kan vara nödvändiga för att genomföra en planerad omvårdnadsåtgärd (25). Bourgeois et al (30) menar att kommenterande uttalanden kan underlätta konversationen med personer med demens.

Klargörande strategier

Med klargörande strategier menas här att försäkra sig om att man har förstått patienten rätt samt att ta reda på vad patienten vill eller tycker. Hit hör att *ställa frågor, ge valmöjlighet* samt att *upprepa budskap*. Detta tas upp i sju artiklar (23-25, 27, 28, 30, 31).

I två studier framkom signifikant färre avbrott i samtalen vid användning av ja/nej-frågor i jämförelse med öppna frågor (27, 31). Small och Perry (27) betonade att inte bara frågetyp (ja/nej- respektive öppna frågor) har betydelse för den demensdrabbades förutsättningar att besvara en fråga utan att även vilken typ av minne (semantiskt eller episodiskt) som krävs för att svara spelar in. Studiens resultat visade att deltagarna hade lättare att svara på frågor som involverade semantiskt än episodiskt minne. Dock fanns inget signifikant samband mellan frågetyp och typ av minne (semantiskt eller episodiskt) som involveras. När det gäller episodiskt minne visade det sig att deltagarna hade lättare att besvara frågor som rörde avlägsna episodiska minnen än närliggande, detta resultat kunde dock inte säkerställas statistiskt. Signifikans fanns för samband mellan frågetyp och vilken typ av episodiskt minne som krävdes för svar. Detta samband visade på färre avbrott i samtalen vid öppna frågor som rörde närliggande episodiska minnen än avlägsna. Vid ja/nej-frågor visade det sig vara lättare för deltagarna att svara på frågor som rörde avlägsna minnen än närliggande (27). Pulsford et al (25) visade att kommunikationen mellan sjuksköterska och patient fungerade sämre då minnesbaserade frågor användes.

Affektiva frågor beskrevs av Van Weert et al (28) som frågor som har för avsikt att skapa kontakt på ett emotionellt plan och som visar känslomässigt engagemang. Författarna benämnde denna typ av frågor som tillhörande positiv känslorienterad kommunikation (28). Normann et al (24) diskuterade att frågor som rörde känslor kan bidra till att skapa en öppen atmosfär genom att den svarande inte pressas att tänka i en särskild riktning. Perry et al (23) fann att patienter med svår demens kommunicerade mer när personalen ställde frågor eller gav påstötning än då de själva lämnades utrymme att initiera samtal och frågor.

Van Weert et al (28) delade in kommunikationen i affektiv och instrumentell. Affektiv kommunikation innefattar enligt författarna känslorienterad kommunikation som inte rör omvårdnad. Instrumentell kommunikation innefattar bland annat information, orientering, instruktioner och faktakunskap. Författarna kategoriserade både öppna och slutna frågor som kräver faktakunskap av den svarande som negativ instrumentell kommunikation (28).

Vad gäller valmöjlighet visade van Weert et al (28) att personalen i studien gav fler valmöjligheter till de boende efter införandet av snoezelen som arbetsredskap. Snoezelen är en metod för att kommunicera med personer med svår demenssjukdom. Detta innebär stimulans av sinnen genom ljus, ljud, känsel, lukt och smak. Metoden ämnar inte vända sig till patientens intellektuella förmågor, användning av kognitiv kommunikation kan förvirra och skall därför undvikas. Författarna fann vidare att de boende gav mer uttryck för självständighet genom att göra egna val efter att snoezelen introducerades (28).

Normann et al (24) benämnde upprepning och/eller omformulering av budskap som ett sätt att stödja patienten under kommunikation. Bourgeois et al (30) fann ett samband mellan ökade

antal uttalanden hos de boende och användning av upprepning av meningar och frågor hos personalen. Pulsford et al (25) menade att parafrasering (att upprepa samma budskap med andra ord) kan användas som ett sätt att utgå från patientens referensram och verka stödjande i samtalet. Small et al (31) tog upp parafrasering och ordagrann upprepning som två olika strategier i kommunikationen med personer med demens. De fann att parafrasering var associerat med *mindre* framgång i kommunikationen. Vad gäller ordagrann upprepning kunde författarna inte säkerställa effektiviteten (31).

ICKE-VERBALA STRATEGIER

Icke-verbal kommunikation

Till detta tema hör *ögonkontakt, beröring, leenden* samt *att närma sig patienten framifrån*. Icke-verbal kommunikation analyserades i tre artiklar: 22, 28 och 31.

Van Weert et al (28) fann signifikans för ökad duration av ögonkontakt och ökat antal leenden hos de boende vid användning av snoezelen. Vad gäller personalen så fann man ökad duration av ögonkontakt med de boende, ökad affektiv beröring och fler leenden i jämförelse med personalens beteende före införandet av snoezelen. Författarna fann att genom att etablera ögonkontakt, genom leenden och affektiv beröring kan personalen främja kontakt med och respons från de boende. Ingen signifikans för detta resultat redovisas dock (28). Small et al (31) observerade bland annat hur strategin att närma sig personen med demens långsamt och framifrån samt att etablera och upprätthålla ögonkontakt påverkar kommunikationen mellan personer med Alzheimers sjukdom och dessas anhängvårdare. De fann inga bevis för att kommunikationen underlättades då denna strategi användes (31).

Beröring har enligt Gleeson och Timmins litteraturgenomgång (22) visat sig vara en effektiv metod för kommunikation med personer med demenssjukdom. Beröring kan vara ett sätt att främja lugn, värme, tröst, avslappning, omtanke samt ge stimulans för äldre personer. Författarna visade att lyssnande beteende och uppmärksamhet hos patienter med Alzheimers sjukdom förstärktes genom att personalen berörde, höll patientens hand, la en arm runt patientens midja eller på annat sätt upprätthöll fysisk kontakt med patienterna. De fann även att expressiv fysisk beröring i kombination med verbal kommunikation hade positiv effekt på patienters oro och dysfunktionella beteende. Detta sätt att kommunicera bör enligt författarna uppmärksammas då det ibland kan vara det enda sättet att få kontakt med personer med demenssjukdom. Snabba, skrämmande och påskyndade rörelser bör undvikas, författarna understryker istället att det är viktigt med lugnande och stödjande beröring (22).

Miljö

Till temat miljö räknas *fysisk* respektive *social miljö*. Miljö togs upp i fyra artiklar (23, 26, 29, 31).

Till fysisk miljö hör att eliminera störande moment i omgivningen, att assistera samt att sörja för fysisk komfort. Small et al (31) fann att kommunikationen mellan personer med demens och deras vårdare var mer effektiv då distraherande moment i omgivningen, exempelvis TV och radio, minimerades. Perry et al (23) nämnde assistans samt att se till patientens fysiska komfort som strategier för att stödja kommunikationen mellan personer med demens och personal. Användning till exempel bilder, mjukdjur, väldoftande tvålar och andra fysiska objekt kan bidra till ökad förståelse och stimulera personer med demens till att delta i samtal (23, 28, 29).

Vad gäller social miljö fann Holm et al (26) att ett positivt klimat samt att vårdaren har ett öppet och flexibelt förhållningssätt är viktigt för att involvera personer med demens i samtal. Informell miljö som till exempel kan uppstå under kaffepauser är viktigt för att ge utrymme för reflektion. Den avslappnade miljön kan stimulera samtal av mer vardaglig natur (26, 29). Placeringen i gruppen under gruppaktiviteter kan inverka på deltagarnas kommunikationsmöjligheter (23, 26, 29).

Hjälpmedel

Hjälpmedel som beskrevs i artiklarna var *memory book*, *multisensorisk stimulering* (snoezelen, reminiscencegrupp och Woodlands terapi) samt *sagoberättande*. Dessa analyserades i fem artiklar (25, 26, 28, 29, 30).

Memory book är ett hjälpmedel vars effekt på kommunikationen mellan personal och boende med mild till medelsvår demens har undersökts av Bourgeois et al (30). Hjälpmedlet utgörs av en personbunden 12-sidig bok som innehåller information om patientens bakgrund, dagligt schema, och individanpassad problemlösande information (30), se bilaga 2. Användning av memory books i kombination med utbildning för personalen i kommunikativa färdigheter förändrade kvaliteten och kvantiteten i konversationen mellan vårdpersonal och de boende. Författarna fann att de boende ökade antalet meningsfulla uttalanden vid användning av memory books samtidigt som den totala tiden som de talade minskade. Även personalen talade mindre och ställde mindre antal frågor till de boende vilket enligt författarna resulterade i mer jämlika konversationer. Då personalens totala samtalstid minskade tycktes detta uppmuntra de boende till att öka sin totala samtalstid och antalet meningsfulla uttalanden (30).

Tre artiklar (25, 28, 29) undersökte hur användning av olika multisensoriska stimuli kan inverka på kommunikation med personer med demens. Van Weert et al (28) undersökte hur kommunikationen mellan personal och de boende med demens påverkades vid införandet av snoezelen på ett sjukhem. Snoezelen är en metod för att kommunicera med personer med svår demenssjukdom. Detta innebär stimulans av sinnen genom ljus, ljud, känsel, lukt och smak. Metoden ämnar inte vända sig till patientens intellektuella förmågor, användning av kognitiv kommunikation kan förvirra och skall därför undvikas. Författarna fann signifikans för ökat antal uttalanden hos de boende efter införandet av snoezelen. De fann även att personalen minskade den negativa instrumentella kommunikationen (kräva faktakunskap, korrigera fel) och den negativa affektiva kommunikationen (visa ogillande, ge kritik) samtidigt som de ökade den positiva instrumentella kommunikationen (orientera, instruera, ge valmöjlighet) och den positiva affektiva kommunikationen (social konversation, icke-vårdrelaterad) (28).

Moss et al (29) analyserade kommunikationen hos patienter med lätt till medelsvår grad av Alzheimers sjukdom i en så kallad reminiscensgrupp. Syftet med denna metod var att hjälpa patienter att återfå minnen av sina livserfarenheter. Under möten i reminiscensgrupp användes olika hjälpmedel som temakort, digitala bilder, videofilmer och/eller musik. Möten ägde rum i en vanlig vardagsrumsmiljö. Samtalsämnen kunde röra sig kring husdjur, skoldagar, arbetsliv och helgaktiviteter. Mötena var inte strikt strukturerade och deltagarna uppmuntrades att uttala sig så fort de ville dela sina tankar med andra. Reminiscensgruppen uppvisade signifikant bättre resultat vad gällde både berättande och verbaliseringsförmåga i jämförelse med kontrollgruppen där samtalen berörde samma ämnen, men inga multisensoriska hjälpmedel används. Deltagarna i reminiscensgruppen visade även bättre förmåga att introducera samt behålla samtalsämnen, ge feedback, bidra med ytterligare information, söka förklaringar, invänta sin tur samt att föra sammanhängande samtal (29).

I en studie undersöktes effekterna av införandet av Woodlands terapi inom demensvård (25). Detta hjälpmedel är en strukturerad gruppaktivitet vars mål är att uppmuntra interaktion hos personer med medelsvår till svår demens genom lekbaserade aktiviteter och sinnesstimuli. Genom exempelvis bollekar och samtal kring sinnesstimuli uppmuntras deltagarna till interaktion med varandra. Personalen är närvarande och strävar efter att göra patienterna delaktiga (25). Pulsford et al (25) fann att de vanligaste reaktionerna hos deltagarna var passivt iakttagande eller lyssnande, kommentarer samt aktivt deltagande i aktiviteter. Vägran att delta förekom också. Ouppmärksamhet var ovanligt, vilket författarna tolkar som ett resultat av personalens ansträngningar att fånga deltagarnas uppmärksamhet. Även interaktion mellan deltagarna var ovanligt, patienterna var ofta intoleranta mot varandra och mot andra patienters beteenden som var en följd av sjukdomen. Eget initiativtagande var mycket ovanligt (25).

Holm et al. (26) undersökte hur införandet av sagoberättande som en planerad aktivitet på ett demensboende kan påverka de boendenas kommunikativa förmåga. Författarna fann att sagans utformning och innehåll hjälpte till att aktivera en associativ konversation mellan de boende med demensdiagnos. Med associativ konversation menas att samtalsämnet efter sagans slut härleds ur de associationer och reflektioner som väcktes av sagans innehåll. Studien visade att sagoberättande hjälpte till att involvera de boende i samtal och väckte nyfikenhet (26). Sagans innehåll uppmuntrade deltagarna att vara aktiva i existentiella konversationer samt underlättade diskussioner kring svåra ämnen som döden, ensamhet, att vara orättvis behandlad osv. Holm et al (26) fann att sagoberättande stimulerade patienternas möjlighet och vilja att dela sina livserfarenheter och minnen med andra deltagare. Patienterna berättade om händelser i sina liv och visade känslor som väcktes av sagoberättandet (26).

DISKUSSION

METODDISKUSSION

Inledningsvis under arbetet med litteraturstudien var vårt syfte att undersöka vilka svårigheter som sjuksköterskor stöter på i kommunikationen med personer med demens samt att undersöka hur de kommunikationsstrategier som finns beskrivna i litteraturen används av sjuksköterskor i praktiken. Vi upptäckte dock ganska snart att detta syfte var för omfattande och egentligen utgjorde utgångspunkt för två separata studier, varför vi valde att inrikta oss enbart på kommunikationsstrategier. Under arbetet med introduktionen fann vi flera strategier beskrivna. När vi började fundera på sökord gjorde vi först några provsökningar inriktade på dessa strategier och övervägde att göra en deduktiv studie. Anledningen till att vi slutligen valde ett annat arbetssätt var att vi inte hittade tillräckligt mycket material för detta.

Genom att istället välja ett induktivt arbetssätt fick vi ett bredare material att arbeta med. Vår intention var att göra en så förbehållslös granskning som möjligt i enlighet med induktiv forskningsmetod. Dock kan det inte uteslutas att vårt inledande arbete kan ha påverkat vårt sätt att granska och analysera materialet.

Under genomgången av sökresultatet gallrades artiklar bort om titeln tycktes irrelevant. Detta arbetssätt innebar dock viss risk att vi missade artiklar som hade kunnat bidra till resultatet. Att vi begränsade oss till artiklar skrivna innan år 2000 kan ha inneburit att artiklar med resultat som var relevanta för vårt syfte uteslöts. Denna begränsning kan ha påverkat resultatet i det slutgiltiga arbetet. Begränsning gjordes för att få det senaste forskningsmaterialet samt för att avgränsa ett stort sökresultat.

Då vi har granskat artiklarna utifrån Göteborgs universitets ”Riktlinjer för examensarbete på grundnivå, 15 högskolepoäng” och då samtliga artiklar dessutom har genomgått granskning av experter inom aktuellt område (peer review) anser vi att deras kvalitet är tillfredställande.

Litteraturstudien baseras på kvalitativa och kvantitativa artiklar samt på en systematisk litteraturstudie (22). Denna valdes ut då den innehåller en sammanställning av den senaste forskningen inom området beröring som är en viktig del av den ickeverbala kommunikationen. Ickeverbala kommunikation beskrivs av flera författare som en viktig kanal för kommunikation med framför allt personer med svår demens (10, 13). Då vi saknade detta i de övriga artiklarna valde vi att inkludera denna studie.

Artiklarna analyserades manifest och vi strävade efter att inte göra några egna tolkningar. Detta minimerade risken för feltolkningar och förvanskning av resultatet. Att de inkluderade artiklarna var utformade enligt olika metoder (kvalitativ, kvantitativ, blandvarianter mellan dessa två samt en litteraturstudie) försvårade sammanställning av resultatet. De flesta studierna hade relativt små urval, en av de kvalitativa studierna baseras på enbart en deltagare (24). Detta gör att det är svårt att säga om resultatet är applicerbart på andra personer med demenssjukdom. Vi fokuserade på att beskriva kommunikativa redskap oavsett om signifikans för deras effektivitet fanns beskrivna eller inte.

Resultatet baseras på artiklar från Storbritannien, Irland, Nederländerna, Sverige, Norge, USA och Canada. Kanske hade det varit önskvärt att inkludera fler artiklar från de nordiska länderna för att få ett resultat som är mer applicerbart på svenska förhållanden. Exempelvis USA:s vårdkultur skiljer sig från den svenska men det kan ändå antas att levnadsvillkoren i dessa länder är jämförbara med de svenska vilket försvarar valet av artiklar.

Burnards analysmetod (32) passade bra då den utgår från ”det lilla” (kodning) till ”det stora” (kategorier). Enligt Burnard görs kodning av meningsbärande enheter varpå koderna grupperas i mer övergripande kategorier, som sedan beskrivs. Istället för att som Burnard föreslår indela rubrikerna i kategorier valde vi att använda teman eftersom vi upplevde att gränserna mellan grupperna ibland flöt in i varandra. För att få en bättre struktur i arbetet upplevde vi det nödvändigt att även indela våra teman under större rubriker, så att vi fick två större teman med tillhörande subteman.

RESULTATDISKUSSION

Värdering av resultatet

Med vår studie ville vi undersöka vilka kommunikationsstrategier som finns beskrivna och som kan användas av sjuksköterskor för att underlätta kommunikationen med personer som har demenssjukdom. Vi har funnit ett brett spektra på strategier, både verbala och ickeverbala. Vi anser att syftet är uppnått, då vi har beskrivit de strategier som tas upp i den senaste forskningen som vi anser relevanta för sjuksköterskans möte med personer med demens.

Alla artiklar behandlar inte kommunikation mellan sjuksköterskor och personer med demens, två artiklar handlar exempelvis om kommunikationen mellan anhörigvårdare och deras make/maka med demenssjukdom (27, 31). Den ena av dessa (27) behandlade hur man ställer frågor till personer som har demenssjukdom och undersökte dessas förmåga att besvara olika typer av frågor. Den andra artikeln (31) analyserade tio vanligen rekommenderade strategier för att underlätta samtal med personer med demens. Det går naturligtvis att fundera kring om

resultatet hade blivit annorlunda om vi hittat artiklar som behandlade kommunikation mellan sjuksköterskor och personer med demens. Möjligen hade utbildade sjuksköterskor ställt frågor på ett mer medvetet sätt än anhörigvårdarna. Frågor är dock en väsentlig del av mellanmänsklig kommunikation, hur de ställs och besvaras kan anses vara universellt oavsett relationen mellan den som ställer frågan och den som den riktar sig till. Det kan antas att konversationen fick en mer naturlig prägel tack vare att samtalspartnerna var anhöriga. Vad gäller den andra artikeln som behandlade vanligen rekommenderade strategier så kan det antas att dessa används på ett snarlikt sätt oavsett om det gäller utbildad personal eller anhöriga. Vi anser därför att dessa artiklar var relevanta och viktiga att inkludera i studien.

De valda artiklarna behandlar kommunikation med personer som har olika grad av demenssjukdom vilket gav ett mycket brett resultat. På grund av detta försvårades dock jämförelsemöjligheterna studierna emellan. Kanske hade resultatet blivit mer entydigt och applicerbart om vi hade inriktat oss på en specifik svårighetsgrad av demenssjukdom, exempelvis mild demens. Det blev dock tydligt för oss under artikelgranskningen att detta inte hade varit möjligt då underlaget inte var tillräckligt stort. Vi valde att ta upp alla kommunikationsstrategier som vi kunde hitta oavsett vilken grad av demens som de riktade sig mot. En svaghet med detta är att resultatet kan tyckas spretigt och att delar av det styrks av enbart en artikel. Detta tyder på att forskningen inom området befinner sig i ett tidigt skede och ännu inte är så omfattande.

Verbala strategier

Verbala strategier som visade sig vara effektiva var *att använda korta enkla meningar* (31), *att ge bekräftelse* (23-25, 28), *att inte betona fel* (16, 24), *använda ja/nej-frågor* (27, 31) samt *att upprepa budskap* (24, 25, 30).

Att använda korta enkla meningar stöds även av AlMBERG och Jansson (3) och av Solem (4) och kan användas av sjuksköterskor som en strategi för att underlätta kommunikationen med personer med demenssjukdom. Dock kan det diskuteras om det enbart är gynnsamt för patienten att samtalspartnern förenklar språket. Detta leder visserligen till ökad förståelse men kan kanske även vara negativt i viss mån på så vis att personens förmåga att förstå komplexare meningar inte upprätthålls aktivt.

Att bekräfta patienten är ett sätt för sjuksköterskan att visa empati och förståelse för patienten som person och att gå utanför de roller som Travelbee (13) beskriver som ett hinder för etablering av en mellanmänsklig relation. Bekräftelse är viktigt inte bara inom demensvård utan i varje möte med en unik patient. Extra ansträngning och inlevelseförmåga kan dock krävas från sjuksköterskans sida i mötet med personer med demens då dessa inte nödvändigtvis upplever verkligheten som vi gör. Att uppmärksamma känslolagret snarare än faktainnehållet är enligt Feil (16) ett sätt att bekräfta patienten upplevelser som sanna. Sjuksköterskan bör *inte betona fel* i det som sägs (16), detta tas även upp av Normann et al (24) som ett sätt att bekräfta patienten som en värdefull person.

Ja/nej-frågor tycks vara effektiva för att möjliggöra för personen med demens att svara framgångsrikt (27, 31) något som även stöds av tidigare forskning (19, 21). Det bör dock betänkas att denna frågetyp samtidigt begränsar den svarandes alternativ och eventuellt kan uppfattas som kontrollerande och uppmuntra till passivitet. Tappen et al (21) har visat att personer med demenssjukdom även har förmåga att besvara öppna frågor. Författarna understryker vikten av att utvärdera val av strategianvändning. Trots att en strategi är effektiv för att tillgodose kommunikativa behov hos personer med demens kan den ha negativa

konsekvenser när det gäller att upprätthålla existerande förmågor och kan reducera individens oberoende (21). Att som sjuksköterska använda ja/nej-frågor kan dock vara befogat i vissa lägen då effektiv kommunikation är nödvändig.

Tre studier visade att *upprepning av budskap* var ett sätt att underlätta kommunikationen med personer med demens (24, 25, 30), detta i enlighet med Aremyr och Hallin (19) och Marcusson et al (20). I en studie skiljer författarna på ordagrann upprepning av budskap och att upprepa något med andra ord, parafrasering (31). Då det var svårt att säkerställa effektiviteten av dessa strategier rekommenderas användning av båda men vid olika tillfällen: ordagrann upprepning kan användas då personen med demens förstår vad som sägs men glömmet medan parafrasering kan användas när personen med demens inte förstår någon aspekt av den ursprungliga meningen (31).

Verbala strategier som inte var bevisat effektiva men som togs upp i artiklarna som sätt att underlätta kommunikationen för personer med demens var *att hjälpa patienten att inleda och avsluta meningar, hålla kvar samtalsämnet och att sträva efter att göra patienten aktiv i samtalet* (23, 24, 28, 30), *instruera och orientera patienten* (25, 28) samt *att ställa känslorienterade frågor* (24, 28).

Att inleda samtalet, hålla kvar samtalsämnet och att sträva efter att göra patienten aktiv i samtalet kan ses som kompletterande strategier för de kommunikativa funktionsbortfall som är vanliga vid demens (7). Dessa strategier innebär att sjuksköterskan intar en dominerande, ledande roll gentemot patienten, vilket kan vara effektivt då sjuksköterskan har ett särskilt mål med kommunikationen. Detta kan härledas till Travelbee's beskrivning av kommunikationsfärdigheter som är viktiga i omvårdnadssituationer, bland vilka hon nämner just förmågan att styra interaktionen för att uppnå ett visst mål (13). Användning av vägledande strategier kräver en medvetenhet om det egna handlandet hos sjuksköterskan, vilket Travelbee också betonar (13). *Att instruera och orientera patienten* kan vara nödvändigt för att genomföra omvårdnadsåtgärder (25). Här kan en parallell dras till realitetsorientering, vilken bland annat motiverar att sjuksköterskan månar om att patienten är orienterad vid omvårdnadssituationer (4, 15).

Resultatet visar att då personalen var stödjande var även personer med medelsvår och svår demenssjukdom kapabla att besvara frågor (23), göra val och fungera mer adekvat än förväntat (24, 28).

Verbala strategier som var förenade med försämrad effektivitet i kommunikationen var *långsamt tal* (31), *att ställa en fråga/ge en instruktion åt gången* (31) samt användning av minnesbaserade frågor (25, 27, 28).

Det visade sig något överraskande att *långsamt tal* var förenat med ineffektiv kommunikation (31). Vi tycker här att författarnas antagande att detta mycket väl kan bero på den extra ansträngning av minnet som krävs då uttalandets längd ökas låter rimligt.

Minnesbaserade frågor var enligt två artiklar förenat med försämrad kommunikation mellan sjuksköterska och patient med demens (25, 28). Small och Perry (27) visade i sin studie att patientens möjlighet att besvara frågor inte enbart beror på vilken typ av fråga som ställs utan att även typ av minne som måste involveras för att svara har betydelse. Detta är intressanta resultat som vi inte har stött på under litteraturgenomgången. I enlighet med övrig litteratur (21) fann Small och Perry (27) att öppna frågor inte nödvändigtvis alltid leder till försämrad kommunikation med personer med demens. Resultaten visar att sjuksköterskan kan minimera

kommunikationsproblem genom att inte använda frågor som kräver att den svarande använder episodiskt minne. Ett överraskande resultat var att användning av öppna frågor som rörde närliggande episodiska minnen var förenat med effektivare kommunikation än öppna frågor som rörde avlägsna minnen (27) Resultaten kan leda till slutsatsen att sjuksköterskan bör välja frågetyp som minskar kraven på den försämrade minnesfunktionen hos personen med demens. Öppna frågor behöver inte undvikas helt i konversation med personer med demens så länge de rör semantiskt minne.

Motstridiga resultat fanns vad gäller strategin *att hjälpa patienten att hitta ord* (24, 31) och *att vänta in patienten* (26, 28, 31).

Vad gäller strategi *att hjälpa patienten att hitta ord* beskrev Normann et al (24) att detta är ett sätt att stödja personer med demens i samtal. Att uppmuntra patienten att hitta ord genom att tala omkring det ord han/hon söker ledde enligt Small et al (31) till ökat antal avbrott i kommunikationen. Svårighet att hitta ord samt nedsatt kognitiv förmåga hör till sjukdomsbilden vid demens (1, 7) och att uppmuntra patienten att tala omkring ett ord kanske innebär en för stor utmaning.

Att vänta in patienten visade sig vara en ineffektiv kommunikationsstrategi enligt en artikel (31), medan två andra artiklar betonade vikten av att stödja patienten på just detta sätt (26, 28). Att invänta respons och inte avbryta patienten rekommenderas även av flera andra författare som ett sätt att underlätta kommunikationen med personer med demens (3, 19). Vi antar därmed att denna strategi är användbar i sjuksköterskans arbete. Att strategin visade sig vara ineffektiv i en artikel kan bero på tillfälligheter, men mer forskning på området vore önskvärt. Ekberg (5) menar att svårigheter att tolka och att förstå det som kommuniceras många gånger leder till ökad stresskänslighet hos personer med demens. Lång latens eller fördröjning är ett vanligt förekommande symptom vid demenssjukdom (7). Travelbee (13) poängterar vikten av att vara lyhörd för och att anpassa sig efter den andres tempo. Vid kommunikation med personer med demens blir det extra viktigt att sjuksköterskan förmedlar lugn och ger patienten den tid de behöver.

Icke-verbala strategier

Resultaten visar att den icke-verbala kommunikationen är viktig och att uppmärksammandet av denna medför positiva effekter hos personer med demens.

Då icke-verbala kommunikation kan vara det enda sättet för en person med svår demens att uttrycka sig krävs det att omgivningen är uppmärksam på detta för att möjliggöra kommunikation (10, 13). Fysisk *beröring* var lugnande och främjade uppmärksamhet och lyssnande hos personer med demens enligt Gleeson och Timmins (22).

Van Weert et al (28) fann att *leenden* och *ögonkontakt* var ett sätt för personalen att söka kontakt med de boende med svår demens. Då antal leenden och durationen i ögonkontakt ökade från personalens sida fick de respons från de boende genom ökat antal leenden och mer ögonkontakt. Travelbee (13) betonar att kommunikation sker i varje möte mellan sjuksköterska och patient, även vid tystnad. Genom exempelvis beröring och ansiktsuttryck kan känslor och upplevelser förmedlas. Vårt resultat visar att kommunikation med personer med svår demens är möjlig men att det kan kräva kreativitet från sjuksköterskans sida när det gäller både att förmedla och att inhämta information. Sjuksköterskan bör uppmärksamma vad hon/han förmedlar genom icke-verbala uttryck i möten med personer med demens.

Användning av *hjälpmedel* som memory book, multisensorisk stimulering och sagoberättande visade sig på olika sätt stimulera kommunikationen med personer med demens. Införandet av

hjälpmedel krävde i vissa fall utbildning av samtliga i personalstyrkan (28, 30). Möjligen kan utbildningen i sig ha påverkat personalen till ökad medvetenhet om sitt handlande vilket kan ha inverkat på kommunikationen med de boende och lett till positiva resultat. Multisensorisk stimulering visade sig vara effektivt för att underlätta kommunikation med personer med demens (25, 28, 29). Användning av flera sinnen öppnar upp för kommunikation med personer med svår demens (15). Detta kan vara ett sätt att skapa kontakt och etablera mellanmänskliga relationer med personer som kan vara svåra att nå fram till på annat sätt.

Miljöfaktorer spelar stor roll för hur samtalet mellan sjuksköterskan och personen med demens kommer att utvecklas. Att *eliminera distraherande* moment i omgivningen kan rekommenderas som en effektiv strategi (4, 31). Vad gäller den sociala miljön så visade det sig i två artiklar att informell miljö stimulerade till samtal (26, 29). Travelbee betonar att en förutsättning för att skapa en mellanmänsklig relation är att två människor möts som just människor, inte som sjuksköterska respektive patient (13). Detta kan också motivera att informella miljöer eftersträvas vid kommunikation med personer med demens. Den information som framkommer i reminiscensgruppen samt reflektioner efter sagoberättande kan vara till hjälp för sjuksköterskan, då den bidrar till ökad kunskap om patientens bakgrund och livshistoria (26, 29). På så vis kan för sjuksköterskan användbar information införskaffas under lättsammare former än formella samtal.

Samtliga hjälpmedel undersöks i endast en artikel vardera. Detta måste naturligtvis vägas in vid värdering av resultaten. Dock visar dessa artiklar på en tendens att användning av hjälpmedlen kan underlätta sjuksköterskans arbete genom att förenkla kommunikationen med personer med demens.

Slutsats

Kommunikationen mellan sjuksköterskan och personer med demens kan underlättas på flera sätt. Sjuksköterskan kan exempelvis använda ett förenklat språk med korta meningar, undvika att betona fel, använda ja/nej-frågor, upprepa budskap som patienten inte tycks förstå, hjälpa patienten att inleda och avsluta meningar, instruera och orientera patienten, uppmärksamma den icke-verbala kommunikationen genom användning av leenden, beröring och ögonkontakt och sträva efter att eliminera störande moment i omgivningen. Ett medvetet handlande från sjuksköterskans sida kan hjälpa patienten att förmedla sig och att förstå given information.

Vidare forskning behövs inom området kommunikation med personer som har demenssjukdom. Exempelvis vore det önskvärt med ytterligare kartläggning av vilka strategier som är effektiva vid olika stadier av demenssjukdom.

REFERENSER

1. 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 081215
2. Rahm Hallberg I. Att vara vårdare. I: Edberg A K. (red). Att möta personer med demens. Lund: Studentlitteratur; 2002. s. 45-60.
3. Almberg B, Jansson W. Fånga stunden. Hur man bemöter och förhåller sig till personer med demenshandikapp. Trelleborg: Liber AB; 2003.
4. Solem P E. Kommunikation med dementa. I: Solem P E, Ingebretsen R, Lyng K, Nygård A-M (red). Demens – psykologiska perspektiv. Lund: Studentlitteratur; 1996. S 120-133.
5. Edberg A K. Att möta personer med demens. I: Edberg A K. (red). Att möta personer med demens. Lund: Studentlitteratur; 2002. s. 13-27.
6. Nationalencyklopedin. <http://www.ne.se.ezproxy.ub.gu.se/> Tillgänglig senast: 081215
7. Marcusson J, Blennow K, Skoog I, Wallin A. Alzheimers sjukdom och andra kognitiva sjukdomar. Falköping: Liber AB; 2003.
8. Asplund K, Normann K. Episoder av psykisk klarhet hos personer med svår demenssjukdom. I: Edberg A K. (red). Att möta personer med demens. Lund: Studentlitteratur; 2002. s. 82-95.
9. Dimpleby R, Burton G. Kommunikation är mer än ord. Lund: Studentlitteratur; 1999.
10. Norberg A, Zingmark K. Att leva med svår demens. I: Edberg A K. (red). Att möta personer med demens. Lund: Studentlitteratur; 2002. s. 28-44.
11. Holst G, Edberg A K, Rahm Hallberg I. Nurses' Narrations and Reflections about Caring for Patients with Sever Dementia as Revealed in Systematic Clinical Supervision Sessions. J Aging Stud. 1999; 13: 89-107.
12. Hallberg I R, Norberg A. Nurses' experiences of strain and their reactions in the care of severely demented patients. Int J Geriatr Psychiatry. 1995; 10: 757-66.
13. Travelbee J. Mellommenneskelige forhold i sykepleie. Oslo: Gyldendal; 2001.
14. Buber M. I and thou. Edinburgh: T&T Clark; 1994.
15. Kitwook T. Dementia reconsidered – The person comes first. Storbritannien: Open University Press; 1997.
16. Feil N. Validation – Feilmetoden. Hur man hjälper desorienterade äldre-äldre. Lund: Studentlitteratur; 1994.

17. Gynnerstedt K. Reminiscensmetoden: tillämpad i äldrevården. Lund: Studentlitteratur; 2005
18. Normann H. K, Asplund K, Norberg A. Attitudes of Registered Nurses towards Patients with Severe Dementia. *J Clin Nurs.* 1999; 8: 353-9.
19. Aremyr G, Hallin S. Asta i inre och yttre balans – att stödja personer med demens. Stockholm: Liber AB; 2005.
20. Marcusson J, Blennow K, Skoog I, Wallin A. Demenssjukdomar. Falköping: Liber AB; 1997.
21. Tappen R M, Williams-Burgess C, Edelstein J, Touhy T, Fishman S. Communicating with Individuals With Alzheimer's Disease. Examination of Recommended Strategies. *Arch Psychiatr Nurs.* 1997; 11: 249-56
22. Gleeson M, Timmins F. Touch: a Fundamental Aspect of Communication with Older People Experiencing Dementia. *Nurs Older People.* 2004; 16: 18-21.
23. Perry J, Galloway S, Bottorff J L, Nixon S. Nurse- Patient Communication in Dementia – improving the odds. *J Gerontol Nurs.* 2005; 31: 44-51
24. Normann K H, Norberg A, Asplund K. Confirmation and Lucidity During Conversations with a Women with Severe Dementia. *J Adv Nurs.* 2002; 39: 370-6.
25. Pulsford D, Rushforth D, Connor I. Woodlands therapy: an ethographic analysis of a small-group therapeutic activity for people with moderate or severe dementia. *J Adv Nurs.* 2000; 32: 650-7.
26. Holm A K, Lepp M, Ringsberg K. Dementia: involving patients in storytelling – a caring intervention. A pilot study. *J Clin Nurs.* 2005; 14: 256-63.
27. Small J A, Perry J A. Do you remember? How Caregivers Question their Spouses Who Have Alzheimer's Disease and the Impact on Communication. *J Speech Lang Hear Res.* 2005; 48: 125-36.
28. Van Weert J C M, van Dulmen A M, Spreeuwenberg P M M, Ribbe, M W, Bensing J M. Effects of snoezelen, integrated in 24 h dementia care, on nurse-patient communication during morning care. *Patient Educ Couns.* 2005; 58: 312-326.
29. Moss S. E, Polignano E, White C. L, Minichiello M. D, Sunderland T. Reminiscence Group Activities and Discourse Interaction in Alzheimer's Disease. *J Gerontol Nurs.* 2002; 28: 36-44.
30. Bourgeois M S, Dijkstra K, Burgio L, Allen-Burge R. Memory Aids as an Augmentative and Alternative Communication Strategy for Nursing Home Residents with Dementia. *Augment Altern Commun* 2001; 1: 196-209.

31. Small J A, Gutman G, Makela S, Hillhouse B. Effectiveness of Communication Strategies Used by Caregivers of Persons With Alzheimer's Disease During Activities of Daily Living. *J Speech Lang Hear Res.* 2003; 46: 353-67.
32. Burnard P. Teaching the analysis of textual data: an experiential approach. *Nurse Educ Today.* 1995; 16: 278-81.

BILAGOR

BILAGA 1: ARTIKELPRESENTATION

Referens nr:	22
Författare:	Gleeson M och Timmins F.
Titel:	Touch: a Fundamental Aspect of Communication with Older People Experiencing Dementia
Tidskrift:	Nursing Older People
År:	2004
Land:	Irland
Syfte:	Att undersöka användningen av beröring när det gäller äldre personer med demenssjukdom.
Metod:	Systematisk litteraturstudie. Sökningar i databaserna Cinahl och Pubmed gjordes med sökorden "touch", "elderly" och "dementia". En sökning gjordes även i tidskriften Dementia Care, varvid sökordet "touch" användes.
Urval:	Ej beskrivet.
Antal ref:	32

Referens nr:	23
Författare:	Perry J, Galloway S, Bottorff J L och Nixon S.
Titel:	Nurse - Patient Communication in Dementia – improving the odds.
Tidskrift:	Journal of Gerontological Nursing.
År:	2005
Land:	Canada
Syfte:	Att beskriva de kommunikativa strategier som sjuksköterskor använder i kommunikation med patienter med svår demens, samt att bedöma vilka av dessa strategier som var mest effektiva för att stödja patientens deltagande i social konversation.
Metod:	Kvalitativ deskriptiv studie. Datainsamling gjordes genom ljudinspelning av tio samtal ledda av en sjuksköterska. Samtalen transkriberades och kodades sedan.
Urval:	Åtta kvinnor med demensdiagnos av svår typ deltog i studien. Inkluderingsskriterier för patienterna: bor på boendet, har diagnostiserad demenssjukdom, MMSE skala mellan 0-19.
Antal ref:	48

Referens nr:	24
Författare:	Normann K H, Norberg A och Asplund K.
Titel:	Confirmation and Lucidity During Conversations with a Women with Severe Dementia
Tidskrift:	Journal of Advanced Nursing
År:	2002
Land:	Norge
Syfte:	Att analysera eventuella samband mellan samtalets karaktär och förekomst av episoder av klarhet hos en kvinna med svår demens

Metod:	Kvalitativ samtalsanalys. En av författarna träffade kvinnan vid fem tillfällen under två veckor. Sammanlagt 20 timmars konversation spelades in. Analyserades med hjälp av innehållsanalys.
Urval:	En kvinna med svår demenssjukdom och språksvårigheter ingick i studien.
Antal ref:	33

Referens nr:	25
Författare:	Pulsford D, Rushforth D och Connor I
Titel:	Woodlands therapy: an ethnographic analysis of a small-group therapeutic activity for people with moderate or severe dementia
Tidskrift:	Journal of advanced Nursing
År:	2000
Land:	Storbritannien
Syfte:	Att undersöka patienternas respons på de sinnesupplevelser och lekbaserade aktiviteter som utgör Woodlandterapiens delar, att undersöka vilka faktorer som påverkar patienternas respons samt vilka verbala interventioner som personalen använder.
Metod:	Kvalitativ metod. Woodlands terapi (WT) genomfördes i sessioner om en timme per tillfälle, en till två gånger/vecka. Sammanlagt baseras studien på fem sessioner. Dessa leddes av forskaren eller av en sjuksköterska utbildad i WT. Datainsamling gjordes via videoinspelning och reflektiva anteckningar som transkriberades och tolkades.
Urval:	Urvalsmetod ej beskriven, fem kvinnliga patienter med svår demens ingick i studien.
Antal ref:	30

Referens nr:	26
Författare:	Holm A K, Lepp M och Ringsberg K.
Titel:	Dementia: involving patients in storytelling – a caring intervention. A pilot study.
Tidskrift:	Journal of Clinical Nursing
År:	2005
Land:	Sverige
Syfte:	Att undersöka den potentiella terapeutiska effekten av användning av sagoberättande i vården av personer med demens, samt undersöka om användning av sagoberättande kan stimulera till ökat deltagande i konversationer för dessa patienter.
Metod:	Kvalitativ metod. Deltagarna träffades vid sex tillfällen under en period av två månader, varje möte varade i omkring 1,5 timme. Gruppledaren förde dagbok, vars text senare analyserades av en av författarna med hjälp av innehållsanalys. Ur texten framkom teman som grupperades ihop till tre grupper: emotionell respons, verbal respons samt ledarens pedagogiska reflektioner.
Urval:	Strategiskt urval. Man valde patienter som antogs kunna ha fördel av deltagande i studien. De sex patienter som deltog hade diagnostiserad Alzheimers sjukdom, förstod svenska och bodde på äldreboende.
Antal ref:	25

Referens nr:	27
Författare:	Small J A och Perry J A
Titel:	Do you remember? How Caregivers Question their Spouses Who Have Alzheimer's Disease and the Impact on Communication
Tidskrift:	Journal of Speech, Language, and Hearing Research
År:	2005
Land:	Canada
Syfte:	Att undersöka vilken typ av frågor (ja/nej-frågor respektive öppna frågor) som anhängvårdare använde när de pratade med sin make/maka med Alzheimers sjukdom, samt effekten av valet av frågetyp.
Metod:	Kvantitativ studie som baseras på observationer av konversationer mellan anhängvårdare och respektive make/maka. 18 par bestående av anhängvårdare och dessas make/maka med Alzheimers sjukdom ingick i studien.
Urval:	18 anhängvårdare och deras make/maka med diagnostiserad Alzheimers sjukdom av mild eller medelsvår typ rekryterades från the Clinical for Alzheimer Disease and related Disorders in the Vancouver Hospital and Health Sciences Centre.
Antal ref:	40

Referens nr:	28
Författare:	van Weert J C M, van Dulmen A M, Spreeuwenberg P M M, Ribbe, M W och Bensing J M.
Titel:	Effects of snoezelen, integrated in 24 h dementia care, on nurse-patient communication during morning care.
Tidskrift:	Patient Education and Counseling
År:	2005
Land:	Nederländerna
Syfte:	Att undersöka hur införandet av snoezelen (Multi Sensory Stimulation) påverkar kommunikationen mellan undersköterskor och vårdtagare med demens under morgonomvårdnad på sjukhem.
Metod:	Kvantitativ interventionsstudie. Studien utfördes på 12 avdelningar på 6 olika sjukhem i olika delar av Nederländerna. På varje sjukhem valdes kontroll- respektive experimentgrupp ut genom randomiserat urval. Datainsamlingen gjordes genom videoupptagning före införandet av snoezelen som arbetsmetod samt efter 18 månader. Tre oberoende observatörer analyserade datan med hjälp av deskriptiv statistik och kodade icke-verbal och verbal kommunikation.
Urval:	Tydliga inklusionskriterier finns beskrivna för utvalda sjukhem, deltagarna med demenssjukdom och för undersköterskorna.
Antal ref:	64

Referens nr:	29
Författare:	Moss S. E, Polignano E, White C. L, Minichiello M. D. och Sunderland T.
Titel:	Reminiscence Group Activities and Discourse Interaction in Alzheimer's

	Disease.
Tidskrift:	Journal of Gerontological Nursing.
År:	2002.
Land:	USA
Syfte:	Jämföra effekter vid konversation mellan patienter med demensdiagnos och gruppleddare då olika strategier för organisation av samtalsmiljö användes (reminiscence grupp och diagnostik språk grupp).
Metod:	Kvantitativ studie. Dataninsamling gjordes med hjälp av observationer. För bedömning av interaktioner användes NIH rating Scale for functional communication abilities of dementia vilken mäter olika aspekter av kommunikation.
Urval:	Urvalsmetod ej beskriven. 15 deltagare bestående av de 6 kvinnor och 9 män ingick i studien, dessa hade mild till medelsvår grad av demenssjukdom.
Antal ref:	20

Referens nr:	30
Författare:	Bourgeois M S, Dijkstra K, Burgio L och Allen-Burge R.
Titel:	Memory Aids as an Augmentative and Alternative Communication Strategy for Nursing Home Residents with Dementia
Tidskrift:	Augmentative and Alternative Communication
År:	2001
Land:	USA
Syfte:	Att undersöka hur konversationen mellan vårdpersonal och boende på (care setting) påverkas av användning av Memory Books.
Metod:	Dataninsamling med hjälp av video- och ljudupptagning av samtal mellan vårdpersonal och boende före och efter införandet av Memory Books i arbetet. Datan analyserades både kvantitativt (samtalsduration och antal uttalanden/frekvens) och kvalitativt (innehållsanalys).
Urval:	Studien var del av en större studie där sju boenden ingick. Inklusionskriterier för patienterna för båda studierna: diagnostiserad demenssjukdom, under 25 enligt MMSE-skala, kvar på boendet minst 3 månader framåt. Inkluderingskriterier för undersköterskor: kontaktmannaskap för de inkluderade patienterna. 66 par bestående vardera av en vårdare och en patient deltog i denna studie. Av dessa tillhörde 33 par undersökningsgruppen och 33 par tillhörde en kontrollgrupp.
Antal ref:	64

Referens nr:	31
Författare:	Small J A, Gutman G, Makela S och Hillhouse B
Titel:	Effectiveness of Communication Strategies Used by Caregivers of Persons With Alzheimer's Disease During Activities of Daily Living
Tidskrift:	Journal of Speech, Language, and Hearing Research
År:	2003
Land:	Canada
Syfte:	(1) Att identifiera vilka av tio vanligen rekommenderade kommunikationsstrategier som anhörigvårdare använder och med vilken

	framgång. (2) Att bedöma i vilken utsträckning anhörigvårdare spontant använder de tio strategierna i vardagliga situationer. (3) Att bedöma samstämmigheten mellan anhörigvårdarnas uppgivna och faktiska användning av dessa strategier. (4) Att utvärdera vilka strategier som resulterar i förbättrad kommunikation.
Metod:	Både kvalitativ (innehållsanalys) och kvantitativ (frågeformulär). Anhörigvårdarnas användning av kommunikationsstrategier samt hur dessas upplevda effekt bedömdes mättes med hjälp av ett frågeformulär. Anhörigvårdarnas spontana användning av kommunikationsstrategierna undersöktes under fyra olika vardagliga aktiviteter i vårdtagarnas hem under ljudupptagning och observation av en av författarna. Effekterna av användning av de olika strategierna bedömdes genom skattning av den observerande forskaren, anhörigvårdaren samt personen med Alzheimers sjukdom efter varje observerad aktivitet, samt genom senare analys och kodning av antal avbrott i samtalen.
Urval:	18 personer med Alzheimers sjukdom (AD) av mild eller medelsvår typ och dessas anhörigvårdare ingick i studien. Deltagarna rekryterades från the Clinical for Alzheimer Disease and related Disorders in the Vancouver Hospital and Health Sciences Centre.
Antal ref:	52

BILAGA 2: MEMORY BOOK