

Kommunikationen med personer som har demens

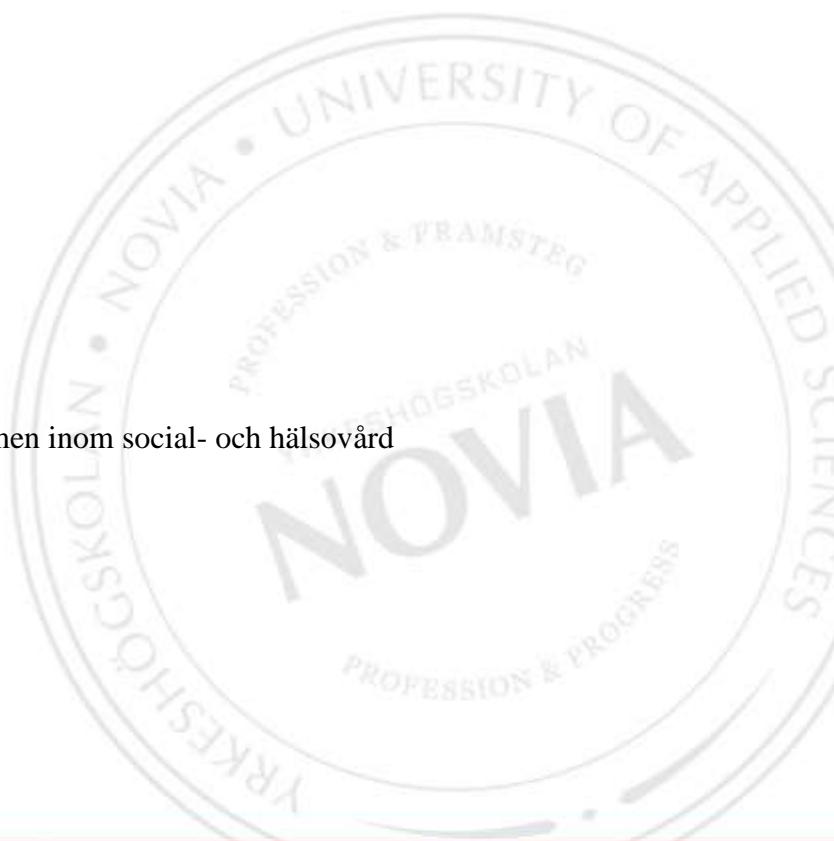
En kvalitativ litteraturstudie

Jenny Ånäs

Examensarbete för (YH)-examen inom social- och hälsovård

Utbildning: Sjukskötare (YH)

Vasa 2017



EXAMENSARBETE

Författare: Jenny Ånäs

Utbildningsprogram och ort: Sjukskötare, Vasa

Handledare: Lena Sandén-Eriksson & Ann-Louise Glasberg

Titel: Kommunikationen med personer som har demens- En kvalitativ litteraturstudie

Datum: 31.05.2017

Sidantal: 49

Bilagor: 1

Abstrakt

Människor blir allt äldre i dagens samhälle. Demens är en starkt åldersrelaterad sjukdom och risken att drabbas av demens föreligger. Samspel och kommunikation är grunden för mänsklig samvaro. Den naturliga förmågan att kommunicera försvagas när en person drabbas av demens. Vårdpersonal bör därför kunna kommunicera på rätt sätt med personer som har demens.

Syftet med studien är att vårdpersonal skall kunna kommunicera med demenssjuka och veta vad som påverkar kommunikationen. För att kommunicera med en person med demens bör man ha förståelse för denne. Syftet skall också relatera till att undvika irritation, våld, depression eller andra skador som en bristfällig kommunikation kan leda till. Frågeställningarna i studien är: hur skall vårdare kommunicera med personer som har demens? Vad påverkar kommunikationen?

Skribenten har använt sig av 19 vetenskapliga artiklar för att besvara frågeställningarna med en kvalitativ litteraturstudie. Utifrån ämnet valdes Joyce Travelbees teori som teoretisk utgångspunkt. En kvalitativ innehållsanalys har använts och utifrån denna uppstod 2 huvudkategorier och 8 underkategorier. Huvudkategorierna är kommunikationsmetoder och meningsfulla aktiviteter. Kommunikationsmetoderna innefattar: empati, förmågan att lyssna, kunskaper, färdigheter, tid och hjälpmedel. Meningsfulla aktiviteter inkluderar miljö och musik. Dessa påverkar kommunikationen men även dessa behövs för att kommunicera med personer som har demens.

Språk: Svenska

Nyckelord: Kommunikation, demens, sjukskötare, vård, interaktion

OPINNÄYTETYÖ

Tekijä: Jenny Änäs

Koulutusohjelma ja paikkakunta: Sairaanhoidaja, Vaasa

Ohjaajat: Lena Sandén-Eriksson & Ann-Louise Glasberg

Nimike: Kommunikaatio henkilöiden kanssa joilla on dementia- Laadullinen kirjallisuustutkimus

Päivämäärä: 31.05.2017

Sivumäärä: 49

Liitteet: 1

Tiivistelmä

Ihmiset elävät vanhemmiksi tämän päivän yhteiskunnassa. Dementia on vahvasti vanhenemissairaus ja riski sairastaa dementiaa kasvaa iän myötä. Yhteispeli ja kommunikaatio on perusta ihmisten yhteiselon. Luonnollinen kyky kommunikoida heikkenee kun henkilö sairastaa dementiaa. Hoitohenkilökunnan pitää sen takia osata kommunikoida oikealla tavalla henkilöille joilla on dementia.

Tutkimuksen tarkoitus on että hoitohenkilökunta osaa kommunikoida henkilön kanssa jolla on dementia ja tietää miten kommunikointi vaikuttaa. Voidakseen kommunikoida henkilön kanssa jolla on dementia pitää ymmärtää ja tuntea hänet. Tarkoitus ja pyrkimys on välttää ärsytys, väkivaltaa, masennus tai muita vaurioita johon huono kommunikaatio voi johtaa. Kysymykset tutkimuksessa ovat: Kuinka hoitohenkilö pitää kommunikoida henkilöille joilla on dementia? Mikä vaikuttaa kommunikointiin?

Kirjoittaja on käyttänyt 19 eri tieteilijän päätelmät vastatakseen kysymyksiin laadullisesta kirjallisuustutkimuksesta. Aiheeseen liittyen valittiin Joyce Travelbeen teoria teoreettisesta lähtökohdasta. Laadullinen sisällys on käytetty ja tästä syntyi 2 pääkategoriaa ja 8 alikategoriaa. Pääkategoriat ovat kommunikaatiomenetelmät ja tarkoituksenmukaista toimintaa. Kommunikaatiomenetelmät sisältävät empatiaa, kyky kuunnella, tietoja, osaamista, aikaa ja apuvälineitä. Tarkoituksenmukaista toimintaa sisältävät ympäristöä ja musiikkia. Nämä vaikuttavat kommunikointiin mutta näitä tarvitaan myös kommunikoinnissa henkilöiden kanssa joilla on dementia.

Kieli: Ruotsi

Avainsanat: Kommunikaatio, dementia, sairaanhoidaja, hoito, interaktio

BACHELOR'S THESIS

Author: Jenny Ånäs

Degree Program: Nurse, Vaasa

Supervisors: Lena Sandén-Eriksson & Ann-Louise Glasberg

Title: Communication with people who have dementia- A qualitative literature study

Date: 31.05.2017

Number of pages: 49

Appendices: 1

Summary

People are getting older in today's society. Dementia is a strong age-related disease and the risk of dementia development is present. Interaction and communication are the basis of human cohabitation. The natural ability to communicate weakens when a person suffers from dementia. Healthcare professionals should therefore be able to communicate properly with people who have dementia.

The purpose of the study is that healthcare professionals should be able to communicate with persons with dementia and know what affects communication. To communicate with persons with dementia, you should be able to understand them. The purpose should also relate to avoiding irritation, violence, depression or other injuries that an inadequate communication may lead to. The questions in the study are: how should healthcare professionals communicate with persons with dementia? What affect communication?

The writer has used 19 scientific articles to answer the questions with a qualitative literature study. Based on the subject, Mrs Joyce Travelbees' theory was chosen as the theoretical basis. A qualitative content analysis has been used and from this arosed 2 main categories and 8 subcategories. The main categories are communication methods and meaningful activities. Communication methods include: empathy, ability to listen, knowledge, skills, time and resources. Meaningful activities includes environment and music, these affect communication but are also needed to communicate with people who have dementia.

Language: Swedish

Key words: Communication, dementia, nurse, care, interaction

Innehållsförteckning

1 Inledning	1
2 Syfte och frågeställningar	2
3 Teoretisk utgångspunkt	3
4 Bakgrund	4
4.1 Olika demenssjukdomar	5
4.1.1 Att upptäcka demens	8
4.1.2 Utredning av demens	8
4.1.3 Riskfaktorer	9
4.1.4 Behandlingsmöjligheter	9
4.1.5 Förebyggande	10
4.1.6 Beteendeförändringar vid demens	10
4.2 Kommunikationen med personer som har demens	14
4.2.1 Non-verbal kommunikation	15
4.2.2 Olika kommunikationssvårigheter	18
4.2.3 Att lyssna	18
4.2.4 Individuell förståelse	20
4.2.5 Råd för att kommunicera med en demenssjuk	21
4.2.6 Aktivitet som kommunikation	22
5 Metod	23
5.1 Datainsamlingmetod	23
5.2 Tabell 1	25
5.3 Resuméartikel	26
5.4 Etik	26
5.5 Dataanalysmetod	27
6 Resultat	28
6.1 Kommunikationsmetoder	28
6.2 Meningsfulla aktiviteter	35
7 Diskussion	38
7.1 Resultatdiskussion	38
7.2 Metoddiskussion	40
7.3 Slutledning	43

1 Inledning

Människor blir äldre och äldre i dagens samhälle. Demens är en starkt åldersrelaterad sjukdom och risken att drabbas av demensutveckling föreligger. Okunskapen om alla sjuttioal olika demenssjukdomar som vi kan drabbas av är stor. (Melin & Olsen, 1999, s. 9). I Finland finns det idag enligt uppskattningar 85 000 personer som lider av medelsvåra demenssjukdomar och 35 000 personer lider av lindriga demenssjukdomar. Alzheimers sjukdom är den vanligaste typen av demenssjukdom. Andra demenssjukdomar är bl.a. Lewykroppsdemens, Frontotemporal demens, Cerebrovaskulär sjukdom och Parkinson demens. (THL, 2015).

Demens drabbar mer än 35 miljoner människor i världen och siffran kommer att öka (Lichtner, et al., 2016). Man räknar med att antalet personer med demens kommer nästan fördubblas vart tjugonde år. År 2030 kommer det att finnas 65,7 miljoner och år 2050 kommer det finnas 155,4 miljoner personer med demens. Trots omfattande forskning finns det inget botemedel mot demens. Kvalitetsomvårdnad är en viktig del av behandlingen. För att vårdare skall kunna ta hand om patienter med demens behövs mycket empati. Empatin beskrivs som förståelse, delning och skapandet av ett inre utrymme för att acceptera den andra personen. Om empatin saknas har vårdaren ingen förmåga att kunna se patientens perspektiv och kan inte skapa förtroende till patienten och kan inte heller ge en god vård. De två viktigaste faktorerna för att förbättra en empatisk vård för personer som har demens är utbildning och stöd för vårdare och annan vårdpersonal. (Digby, 2016).

Samspel och kommunikation är grunden för mänsklig samvaro. Den naturliga förmågan att kommunicera försvagas när en människa drabbas av demenssjukdom. Professionella sjukskötare, vårdare, närstående och omgivningen behöver därför kunna kommunicera med den demenssjuke på rätt sätt. (Raneskog, 2013, s. 167). Att kommunicera med en person som har demens är inte alltid lätt. Om man behöver övertala eller be personen att utföra rörelser, är det viktigt att utveckla de färdigheter som behövs för en effektiv kommunikation så att en person som har demens lättare skall kunna förstå. Det underlättar om vårdaren kan ta sig tid, att sitta ner och prata med personen som man hjälper, endera före eller efter varje aktivitet som man utför tillsammans. Syftet är att personen skall känna sig mer avslappnad innan man hjälper till med en uppgift eller bara för att lära känna personen bättre. (Oddy, 2013, s. 29).

Examensarbetet handlar om hur vårdare skall kommunicera med personer som har demens samt vilka faktorer som påverkar kommunikationen eftersom kommunikationen är otroligt viktig i alla patientsammanhang. När en person drabbas av demens försämras språkförmågan och som vårdpersonal och anhörig bör man tänka på hur man uttrycker sig. Det är också väsentligt hur vårdpersonal kan underlätta symptom som t.ex. irritation, oro, våld, frustration, aggressivitet och depression hos den demenssjuke genom god kommunikation. Skribenten har egna erfarenheter från praktik och arbete med personer som har demens och därför har ämnet valts för examensarbetet.

2 Syfte och frågeställningar

Syftet med examensarbetet är att genom en kvalitativ litteraturstudie beskriva hur vårdare skall kommunicera med personer som har demens och vilka faktorer som påverkar kommunikationen. Syftet skall också relatera till hur vårdare kan undvika irritation, aggression, våld, isolering eller depression hos den demenssjuke. För att veta hur man skall kommunicera med patienten bör man förstå den demenssjuke. Denna studie kan också användas av annan personal som jobbar med demenssjuka. Kommunikationen inom vården är oerhört viktig och ännu viktigare för människor med språkhinder som t.ex. demens.

Hur skall vårdare kommunicera med personer som har demens?

Vilka faktorer påverkar kommunikationen?

3 Teoretisk utgångspunkt

Joyce Travelbees teori används som teoretisk utgångspunkt. Joyce Travelbee var en omvårdnadsteoretiker som lade stor vikt vid omvårdnaden som en mellanmänsklig dimension.

Det viktigaste för sjukskötaren hävdar Joyce Travelbee är att förhålla sig deltagande till individens lidande och upplevelsen av sjukdomen. Olika grader av lidande beskrivs av Travelbee. Hon anser att lidande är från övergående emotionellt till fysiskt eller själsligt obehag till extrema lidanden vilka kan övergå till en förtvivlad uppgivenhetsfas och slutligen till en terminal fas av likgiltighet och apati. Det sista kräver omedelbara insatser av sjukskötaren och beskrivs som ”mellanmänskliga akuthjälpsituationer”. (Kirkevold, 2000, s. 132).

Travelbee anser att upplevelsen av mening är att något eller någon behöver en, vilket gör livet värt att leva. Människor behöver ofta hjälp för att hitta en mening i olika livserfarenheter, som Travelbee menar att är det viktigaste syftet med omvårdnad. Det är sjukskötaren som har ansvaret för att en god relation upprätthålls mellan vårdpersonal och den sjuke. Relationen bör vara ömsesidig och kan bara existera mellan konkreta personer. Båda parter bör reagera på den andres ”mänsklighet” för att få en förutsättning för en mänsklig relation och man bör förstå att sjukskötaren har en förstående roll som sjukskötaren tillgodoser i relationen. Om inte detta tas på allvar avhumaniseras omvården enligt Travelbee. (Kirkevold, 2000, s. 133-134).

Travelbee identifierar olika faser: 1) Det första mötet, 2) Framväxt av identiteter, 3) Empati, 4) Sympati, 5) Ömsesidig kontakt och förståelse. I första fasen är det viktigt att sjukskötaren är medveten om hur den sjukas stereotypa uppfattningar präglas av intrycken som sjukskötaren ger, att hon upptäcker den unika individen i patienten. Såsom interaktionen utvecklas kommer sjukskötarens och patientens personligheter och identiteter synas. (Kirkevold, 2000, s. 134).

Empati är upplevelsen som äger rum mellan ett par eller flera personer. Att ha likartade erfarenheter är en förutsättning för empati hos de involverade personerna. Empati kan leda till förmågan att förutse den andre personens handlingar. Sympati är resultatet av den empatiska processen, att gå ett steg vidare i meningen att sympatin hänger samman med en önskan om att lindandet skall lindras. Sympatin kan inte uppstå om man inte upplever närhet till den andra parten. I den sista fasen uppstår en ömsesidig, nära kontakt och

förståelse mellan parterna. Det är resultaten av interaktionen som sjukskötaren och patienten gradvis byggt upp i de föregående faserna. Kommunikation är en process där man förmedlar eller delar känslor och tankar. Tankeutbytet pågår kontinuerligt när man möter en annan människa, både verbalt och icke-verbalt. Syftet är att tillgodose, utforska och lära känna patienten. (Kirkevold, 2000, s. 135-136).

Kommunikationen kan förstärka eller lindra den sjukes ensamhet och isolering, den inkluderar olika färdigheter som förmåga och kunskap att tillämpa den. Ett välutvecklat ”timing” sinne och sensitivitet samt behärskande av olika sorters kommunikationstekniker. Travelbee varnar dock att teknikerna inte är några ”mirakelmediciner”. (Kirkevold, 2000, s. 137).

4 Bakgrund

I detta kapitel redovisar skribenten för vad demens är, vad som händer när man drabbas av demens, graderingar av demens och beteendeförändringar. I kapitlet ingår också hur man upptäcker demens, hur man utreder demens, riskfaktorer för att drabbas av demens, behandlingsmöjligheter och förebyggande. Skribenten belyser några av de vanligaste demenssjukdomarna.

Demens

Ordet demens kommer från latin och med ”de” menas ”bort, från” och ”mens” betyder ”sinne, förstånd” (Demensförbundet, 2014). Demens är en minnessjukdom och en beteckning på flera symptom, som orsakas av olika sjukdomar. Bristen av kunskap om demenssjukdomar kan ofta orsaka en uppgiven attityd för behandlingen av den sjuke. Demens är fortskridande (sjukdomen förvärras) och hjärnans funktioner försvagas. Andra orsaker än själva demenssjukdomen kan förvärra symptomen för demens. (Melin & Olsen, 1999, s. 51).

Det är inte bara äldre människor som drabbas av demenssjukdomar. Begreppet demens har sedan länge i den medicinska litteraturen delats i ”presenil demens” dvs. före ålderdomen, samt ”senil demens” som tillhör ålderdomen. Demenssjukdomar är ett samlingsnamn för

en grupp symptom och inte bara *ett* sjukdomstillstånd. Det tyder på försämring av hjärnfunktioner. (Abrahamsson, 2003, s. 32).

Vid demens tar en del av hjärnan skada. Glömskan är alltid svår vid demens, dvs. sådant som hänt nyligen, däremot finns händelser från tidigare i livet kvar i minnet. Kommunikationen, tolkningen och förståelsen av omgivningen försämras vilket leder till ängslighet och otrygghet. Anpassningsförmågan är reducerad, vilket innebär att kommunikationen sker via beteende. Även personligheten förändras, vilket påverkar människorelationerna. (Raneskog, 2013, s. 13). Demens är en gradvis försämrande process, ofta utan förvarning men vissa människor ändras så långsamt att det är svårt att se förändringen. En plötslig förändring kan t.ex. vara ett tecken på en infektion, uttorkning eller till och med en ischemisk attack. (Barnes, 2012).

Den demenssjuke förlorar mycket av sina kognitiva färdigheter, och den sociala förmågan, vilket resulterar i att det sänker människans livskvalitet och försvårar det dagliga livet. Personen med demens får långsammare tankeverksamhet eftersom demenssjukdomen angriper slutlednings- och tankeförmågan. Demenssjukdomen kan göra att man får vaneföreställningar, hallucinationer, depressiva symptom, ångest och sömnstörningar. (Mäki, Topo, Rauhala, Jylhä, 2011, s. 7).

Forskning bekräftar att akut sjukhusvård inte är optimalt för personer med demens. Sjukskötaren och vårdaren är obekant med den demenssjukes rutiner och den demenssjuke är obekant med miljön, vilket innebär en stor risk för delirium (=förvirringstillstånd), fall, otillräcklig nutrition, uttorkning, obehandlad smärta och otillfredsställda andliga behov. Huruvida en patient med demens är kapabel till samtycke för behandling, en procedur eller kirurgi skapar ofta dilemman. (Weitzel, et al, 2011).

4.1 Olika demenssjukdomar

Primär degenerativ demens: Alzheimers sjukdom med tidig och sen debut, Huntingtons sjukdom (Chorea Huntington), Picks sjukdom, Parkinsons sjukdom med demens och Lewykroppsdemens. **Vaskulär demens (blodkärlsdemens):** Binswangers demens (samband med hypertoni = högt blodtryck), Multiinfarktdemens, upprepade infarkter i hjärnan (MID). **Sekundära demenstillstånd:** Slag mot huvudet, tumörer, infektioner, AIDS, Creutzfeldt - Jacobsons sjukdom, normaltryckshydrocefalus (vattenskalle),

förgiftningar, ätstörningar, alkohol och aluminiumupplagring i hjärnan. (Melin & Olsen, 1999, s. 53).

Alzheimers sjukdom

Alzheimers sjukdom är den vanligaste minnessjukdomen (70%) (Käypähoito, 2016). Alzheimers sjukdom indelas i sju faser, vilka lyder: 1) Glömskan är ofta ett problem i dagliga aktiviteter, men kan fungera i diverse miljöer. 2) Fungerar ofta utan hjälp men endast i välbekanta miljöer. 3) Kan svara riktigt på frågor men behöver hjälp också i välbekanta miljöer. 4) Kan inte svara på endast instruktioner utan behöver praktisk hjälp för att fungera. 5) Som tidigare, samt att personen inte kan kommunicera språkligt. 6) Rullstolsbunden eller sängliggande. 7) Svarar endast på beröring. I ett MMSE (Mini Mental State Exam) anses en prestation under 24 av 30 poäng indikera demens, medan ett resultat på under 12 poäng klassas som grav demens. (Cedersund, 2000, s. 24-25).

Lewykroppsdemens och Parkinson demens

Med lewykroppsdemens menas att personen med demens har lewykroppar som är små sfäriska proteinstrukturer. Dessa utvecklas i hjärnans nervceller, vilket ger upphov till att nervcellerna förstörs. Lewykroppsdemens uppgår till ca. 2-10% av dem som har demens. Symptomen liknar Alzheimers sjukdom men även i kombination med symptom på Parkinsons sjukdom, t.ex. muskelstelhet, darrningar, övertygande hallucinationer, dåsighet under dagen och svimningsanfall. (Oddy, 2013, s. 17). Parkinsons sjukdomar kännetecknar förändringar i muskelfunktioner men längre fram i sjukdomsförloppet kan mentala störningar i form av demens uppträda (Melin & Olsen, 1999, s. 53).

Frontallobsdemens, FLD

En människa har fem olika hjärnlobber i var hjärnhalva. Frontalloberna är störst, vilka omfattar nästan en tredjedel av totala arean av loberna. Frontallobsområdets största funktion är viljekraft och planläggning. Om området skadas av olika anledningar kan planeringsförmågan eller viljan påverkas. Minnesproblemen kan uppträda relativt sent i sjukdomsförloppet och det kan dröja innan man misstänker demenssjukdom. Symptomen är impulsiva handlingar, taktlöshet och hämningslöshet. Senare märker man en tydlig personlighetsförändring, svårigheter att anpassa sig till normer, nedsatt inlevelseförmåga och saknad av medkänsla för andra människor. (Melin & Olsen, 1999, s. 43).

Demenssjukdomarna delas in i mild-, medelsvår- och svår demens. (Demenscentrum, 2013).

Mild demens

När personen får mer än 20 av 30 poäng i Mini Mentaltest avses mild demens. Svårighetsgraderna av demens görs utifrån vårdbehov och social anpassning. Vid mild demens klarar personen vardagen med lite stöd från omgivningen. Den demenssjuke kan småprata som vanligt men avslöjar sig när hon säger något helt orimligt. I början kan det vara ovanliga ord som är svåra att hitta. Samtalet kan gå långsammare när hon inte finner rätt ord, upprepar sig och letar efter ordet. Att hålla den röda tråden i samtalet kan bli problematiskt. Kommunikationen fungerar bra om det är lugnt omkring och hon känner sig trygg. Personen förstår vad hon läser och hör men glömmar snabbt. (Skog, 2016, s. 66).

Medelsvår demens

Vid medelsvår demens (10-19 poäng i Mini Mentaltest) behöver personen ofta dagligen hjälp. Flytet i språket blir sämre och sökandet efter ord blir märkbarare. Talet får mer stopp och blir långsammare. Omskrivningar blir vanligare och förmågan att skapa sammanhängande meningar försämras. Personen kan t.ex. säga ”du vet den man har på huvudet” eftersom personen inte finner ordet för mössa. Ord kan ersättas med liknande ord, exempelvis ”gråter det eller regnar det?”. Välbekanta vanliga fraser kan hjälpa den demenssjuke att förstå situationen och orientera sig. Ironi och skämt blir allt svårare att förstå men humor och spex kan uppskattas. (Skog, 2016, s. 66-67).

Svår demens

Vid svår demens kan personen inte lämnas utan tillsyn och hjälpbehoven är omfattande (mindre än 10 poäng i Mini Mentaltest). Ett boende av någon form är i regel nödvändigt. Den demenssjuke får svårare att förmedla önskemål och behov samt språket blir ordfattigt. Det kan vara endast 5-10 ord som personen kan säga. Koncentrationsförmågan blir nedsatt. Ordspråk och sånger kan fungera bra. Favoritord kan förekomma men oftast utan sammanhang. Den demenssjuke slutar delvis eller helt med att ta initiativ till att tala. Mimiken stelnar och gesterna blir färre, förmågan att le kan till och med försvinna. Den demenssjukes blickar kan uppfattas som ömsesidig förståelse i en mycket sen fas, exempelvis när ljud tolkas som samtal eller när personen får taktil stimulering. (Skog, 2016, s. 68).

4.1.1 Att upptäcka demens

Det är inte alltid det lättaste att upptäcka demens. Första symptomet är vanligen att minnet börjar svikta. Att minnet börjar svika kan bero på att det är mycket att göra på arbetet, allmänt stressiga situationer m.m. Det är därför lätt att förneka tankarna till att något är fel. Senare kan personen känna att hon förlorar greppet om situationen. Kännetecken man ska observera är: dåligt minne, t.ex. att personen inte längre minns om hon ätit eller inte, eller att hon inte minns vad barnen heter. Förmågan att fungera normalt i vardagen sviktar. Att personen inte känner igen sig i närområdet eller inte hittar hem. Rädsla, obehagskänslor, hopplöshet och förvirring. När sjukdomen förvärras kan anhöriga uppleva att obehagskänslorna blir mer och mer för den drabbade än hon själv upplever det. Man bör kontakta läkare om man själv eller någon anhörig har symptomen som nämnts ovan för att påbörja en utredning och utesluta eventuella andra orsaker. (Abrahamsson, 2003, s. 34).

4.1.2 Utredning av demens

I utredningen kan konstateras om symptomen beror på andra orsaker än demens. Där fastställs vilken typ av demens det är frågan om och orsaken till demensen. Undersökningar som görs i samband med utredningen är: blodprover, läkarbesök på mottagningen, hembesök av personal, EKG- och EEG- undersökningar, spatial förmåga, dvs. rumsliga emotionella och motoriska funktioner. Undersökningen kan göras på psykiatriska eller medicinska kliniker, primärvården, eller på en geriatrisk klinik. (Abrahamsson, 2003, s. 32-33, 53).

Grunden för diagnos fastställs genom bedömning av symptomen (frågeformulär till både patient och närstående om minnesproblem), undersökning av patienten och läkarens intervju. En annan undersökning är ett minnestest CERAD, vilket är t.ex. en serie uppgifter. Det görs också en magnetundersökning av hjärnan och neuropsykologiska undersökningar. Dessa är de gemensamma nationella redskapen i Finland för att diagnostisera demenssjukdomar. (Käypähoito, 2016).

4.1.3 Riskfaktorer

Den ärftliga dispositionen är en betydande riskfaktor av att drabbas av demens. En annan riskfaktor är åldern. Det sägs att alla skulle utveckla demens bara vi levde tillräckligt länge, men detta är ett påstående och inget resultat av en vetenskaplig undersökning. Personer med Downs syndrom kommer att utveckla demens av Alzheimerstyp med relativt stor säkerhet under senare tiden av sitt liv. Forskare har länge misstänkt att det finns ett samband mellan Alzheimers sjukdom och Downs syndrom eftersom hjärnförändringarna liknar varandra. Depression kan vara en bidragande faktor till utvecklingen av demens. Några undersökningar har visat att människor som saknar utbildning har större risk att utveckla en demenssjukdom. Antiinflammatoriska preparat, mediciner till reumatiker verkar minska risken för att insjukna i demens. Hjärnan arbetar som ett försvarssystem, som finns i hjärnan och påverkar minnesfunktionen och försöker bryta ner den sjuka vävnaden. Den friska vävnaden angrips också vid överhettning i försvarssystemet. Antiinflammatoriska medel antas dämpa reaktionen. (Melin & Olsen, 1999, s. 29-31).

4.1.4 Behandlingsmöjligheter

Idag är det inte omöjligt att hejda sjukdomen. Vissa typer av demens går att behandla, när man funnit orsaken till symptomen. Det gäller sjukdomar i sekundära demenstillstånd (=då hjärnan fungerar sekundärt till fysiska tillstånd), vilket beror på störd blodtillförsel. Vid insättning av behandling kan tillståndet stabiliseras. Medicin eller miljöterapi kan dämpa demenssymptomen. (Melin & Olsen, 1999, s. 52).

Läkemedelsbehandling bör påbörjas utan dröjsmål oberoende stadium på sjukdomen när en framskridande demenssjukdom diagnostiserats. Mot parkinsondemens och Alzheimers sjukdom finns en trygg symptomlindrande och effektiv läkemedelsbehandling, kolinesterashämmande (galantamin, rivastigmin, donepezil) eller memantin. Vid svåra beteendestörningar (oro, depression, ångest, vanföreställningar, hallucinationer) kan också en annan läkemedelsbehandling behövas. (Käypähoito, 2016).

4.1.5 Förebyggande

Genom att upptäcka och åtgärda riskfaktorerna i ett tidigt skede kan man lindra demenssjukdomarna. Riskfaktorerna avses bl.a. här som högt blodtryck, övervikt, diabetes och högt kolesterol. Undvikande av rusmedel, intellektuell aktivitet, motion och god kost skyddar också mot demenssjukdomar. Genom att främja hjärnans hälsa, förebygger vi demenssjukdomar. (Käypähoito, 2016).

I en uppföljningsundersökning under 20 år vid Östra Finlands universitet har visat att män som bastar många gånger i veckan har en mindre chans (66%) att insjukna i demens än män som badar bastu endast en gång i veckan har. Kvinnor kan också få positiva effekter av bastubadandet men det har inte undersökts. Sambandet mellan demens och bastubad har inte undersökts tidigare men Jari Laukkanen (professorn som ledde undersökningen) hävdar att bastubad kan skydda minnet och hjärtat via samma mekanismer. Det finns redan bevis för att bastubad sänker blodtrycket och minskar risken för hjärt- och kärlsjukdomar. Sambandet mellan sjukdomar och bastubad måste utredas ytterligare. (Vasabladet, 20.12.2016, s. 19).

4.1.6 Beteendeförändringar vid demens

Ett aggressivt beteende kan uppstå från en frustrerande situation eller utan någon egentlig anledning. Det kan ge sig i uttryck både verbalt med svordomar och skrik men också fysiskt med t.ex. slag eller knuffar. En person med demens kan säga eller göra saker om och om igen. I de flesta fall söker denne närhet, trygghet eller trivsel. En person med en demenssjukdom kan vara förvirrad och kanske inte känner igen platser, saker eller till och med familjemedlemmar. Den demenssjuke kanske inte förstår längre hur man använder kniv och gaffel eller vad de är till för. Situationerna kräver mycket förståelse och tålamod och kan vara svåra att hantera. En minnesnedsättning kan göra att personen uppfattar saker felaktigt. Den demenssjuke kan bli misstänksam mot personer i närheten och anklaga dem för otrohet, stöld eller annat. En person med demens kan känna sig upprörd eller vara orolig och kan behöva gå omkring för att motverka rastlösheten. Om den demenssjuke befinner sig på ett boende kan det vara svårt att känna igen sig och är ständigt på väg hem. Detta kan leda till att den demenssjuke känner sig otrygg och vill konstant följa efter personal. (Demenscentrum, 2013).

Agitation kan försvåra patientbehandlingen och till och med göra den farlig. Därför skall de bakomliggande orsakerna till agitation upptäckas genom att kännas igen på det upprörda beteendet som är en form av kommunikation. Vårdaren kan ifrågasätta om beteendet kan tangeras smärta, fysisk sjukdom, överstimulering eller biverkningar av läkemedel. Vårdarens stress och oro kan återspegla sig till patienten. (Weitzel, et al., 2011).

Ilska

Om den demenssjuke blir upprörd eller arg kan man ställa sig frågorna: har personen sovit tillräckligt? Är det därför hon är arg? Kan medicinerna gett biverkningar och påverkar aggressiviteten? Kan personen ha smärta men är oförmögen att förmedla känslan? Är personen överstimulerad av oordning och höga ljud? Känner sig personen vilsen? Hur beter man sig mot personen? Man skall försöka komma på vad det var som triggade igång beteendet. Fokusera mera på känslan och inte fakta. Bli inte arg eller upprörd och ta inte hennes beteende personligt. Var positiv, tala långsamt, lugnande och uppmuntrande. Eventuellt kan man lämna personen i fred en stund. (Demenscentrum, 2013). Stå inte för nära och tänk på det personliga reviret. Den demenssjuke är känslig för kroppsspråk, därför skall man tänka på sitt eget kroppsspråk. (Skog, 2016, s. 147). En person med demens kan ropa personalens namn upprepade gånger, något som kan tolkas negativt av en vårdare och upplevas som irriterande, medan personen i fråga kan ha ett fysiskt behov som smärta eller törst men kan inte uttrycka det på ett konventionellt sätt. (Digby, 2016).

Vanliga orsaker till aggressivitet och ilska är kommunikationsproblem: - att inte få sin vilja igenom i maktkamp, känsla av instängdhet och ensamhet, under- eller överstimulering, kläder som sitter åt, störande musik, ljud eller lågt blodsocker. Många personer med demens blir mer rastlösa och irriterande mot eftermiddagen och kvällen, det kallas för sundown syndrome. Ilska kan också orsakas av vaxproppar, hörselnedsättning, dåliga batterier i hörapparaten, smutsiga glasögon eller dålig syn. (Skog, 2016, s. 146).

Vandrande

Drivkraften att flytta på sig hos personer med demens har många aspekter, t.ex. överdrivna promenader eller att planlöst vandra fram och tillbaka och att köra bort. I en undersökning beskrev vårdare vandrande som rastlöshet, steg för timme, oförmåga att äta, går ut och in i andra boendens rum, oförmåga att sitta ner, kan inte hitta sitt eget badrum eller att de söker efter andra samt att de inte kan hitta vad de söker efter. (Halek & Barthomeyczik, 2012).

Vandrande kan definieras som en nedsättande term som förnedrar personligheten hos personen med demens. En normal mänsklig aktivitet, som de flesta människor gör under sitt liv. Sökande av något välbekant, trevligt och säkert i en värld, som är hotande och främmande för en person med demens. Vandring kan definieras som en tendens att röra på sig, antingen på ett desorienterat eller planlöst sätt, eller i jakten på ouppnåeligt eller obestämt mål. (Halek & Barthomeyczik, 2012).

Förvirring

Vårdaren måste behålla sitt lugn. Även om man inte blir igenkänd eller kallad vid fel namn, skall man försöka att inte visa att man blivit sårad även om det kan vara smärtsamt. Ge enkla förklaringar. Erbjud hjälp istället för att rätta personen, fråga t.ex. ”jag trodde det var en sked” eller ”jag tror det är ditt barnbarn”. Uppmuntrandet och stödet är viktigt för att underlätta vardagen. (Demenscentrum, 2013).

Misstänksamhet och oro

Tänk på att ge enkla svar och strunta i långa resonemang eller förklaringar. Låt personen uttrycka sina åsikter. Försök inte övertyga och argumentera inte. En extra plånbok kan vara bra att ha om den demenssjuke ofta letar efter sin plånbok. Låt personen få veta att du är där för henne eller honom. Musik, konst eller promenader kan vara ett alternativ för att avleda oron. Många personer på samma ställe och höga ljud kan undvikas. (Demenscentrum, 2013).

Upprepning

Sök efter orsaken till upprepningarna. Istället för att fundera på vad personen gör, tänk på personens känslor och hur hon känner sig. Lugna personen med en lätt beröring och en mjuk röst, till meningsfull aktivitet från handling. Om personen stryker sin hand fram och tillbaka på bordet kan man ge en trasa och be om hjälp att torka bordet. Fotografier, kalender, klocka och anteckningar kan underlätta den demenssjuke i vardagen om personen gör samma saker om och om igen. Personen kan behöva en sysselsättning. Engagera personen i en trivsamt sysselsättning. (Demenscentrum, 2013).

Smärta

Skador på tinningloben kan förändra upplevelsen av smärta och förmågan att uttrycka den. Detta leder till dålig smärtupptäckt och otillräcklig behandling. Obehandlad smärta leder till många konsekvenser. Den underliggande orsaken till smärtan är att den eventuellt inte kunnat identifieras. En obehandlad smärta kan leda till oönskade beteenden såsom irritation, aggression och våld. Ihållande smärta kan också påverka det psykiska

välbefinnandet samt orsaka sömnstörningar, försämring av funktionsförmågan, minskad socialisation och depression. (While & Jocelyn, 2009).

Personen med demens får en förändrad kroppsuppfattning i samband med demens. Det betyder att personen får svårare att visa var det gör ont och känner inte igen delar på kroppen. Andra ord som kan beskriva smärtan är ”skärande”, ”pulserande”, ”krampaktig”, ”ömmande” eller ”brännande”. Även vanliga ord som ”usch”, ”aj”, ”obehag” och ”ont” kan användas. Den demenssjuke kan verbalt förneka smärta även om denne visar tydliga tecken på fysisk smärta. Personen med demens kan även ha svårt att ge uttryck med ord för sin smärta fastän hon vet var den sitter. Alla former av känslouttryck måste ses som ett budskap, oavsett hur svårtolkat det kan vara. (Skog, 2016, s. 177-178).

Ett plötsligt förändrat beteende kan vara ett tecken på smärta. Det kan vara t.ex. plötslig oro eller spända skratt. Smärtan visas oftast genom förändrade kropps- och ansiktsuttryck. Förvirrat tal, svordomar, skrik, stön, protester eller språkliga uttryck som ”usch” eller ”aj”. Andra tecken på smärta kan vara när den demenssjuke gör grimaser eller kniper ihop ögonen. Sinnesstämningen påverkas, och den demenssjuke kan vara ångestfylld, rädd eller ledsen. Att personen haltar, kurar ihop sig eller masserar någon kroppsdel kan också vara ett symptom på smärta. Även fysiska tecken på smärta, personen kan kräkas eller ha snabb andning. Ett förändrat ADL (aktiviteter i det dagliga livet), den demenssjuke kan äta mindre, röra på sig mindre och vara inaktiv vid smärta. Genom att observera den demenssjukes verbala samt icke-verbala tecken kan man få en uppfattning om graden av smärta. (Skog, 2016, s. 178).

I en studie av Lichtner (2016) tycktes patienterna använda olika gester, kroppsrörelser, ställningar, metaforer och kombinationen av dessa tolkades som uttryck av smärtupplevelsen. T.ex. hade en patient beskrivit sin smärta i knä som ”det är mord, det är förfärligt”. Ett antal smärtbedömningsverktyg har tagits fram för att försöka systematisera processen. Dessa verktyg är verbal intensitet, observationsverktyg och skattningsskalor. (Lichtner, et al., 2016.) De sex saker som kan observeras är kroppsspråk, ansiktsuttryck, negativ vokalisering, förändringar i aktivitetsmönster och rutiner, förändringar i mellanmänniska interaktioner och förändringar i den mentala statusen såsom ökad irritation eller depression. Det är också vårdarens uppgift att ta reda på möjliga orsaker till stress och hantera den innan hon ger en diagnos gällande smärtan. (Cunningham, McClean & Kelly, 2010).

4.2 Kommunikationen med personer som har demens

Begreppet kommunikation kommer från latinets *communicatio* som betyder ömsesidigt utbyte. *Communicatio* kommer från *communico* som betyder göra gemensamt, få del av, meddela av *communis*, gemensam. (Uppslagsverket, 2016). Kommunikation betyder att göra gemensam, att dela och innebär att dela en erfarenhet eller en handling. Kommunikation kan beskrivas som en överföring av ett budskap från en individ till en annan. De flesta samtal går ut på att känna av varandra socialt. I och med kommunikationen med andra döljer vi eller visar vi vem vi är. Kommunikation kan vara allt från talat språk till skrik eller skratt. Samtal och samspel hör till kommunikationen. Behov av kommunikation är t.ex. att uttrycka önskemål och grundläggande behov, som att säga vad man vill ha, hur man känner sig eller vem man vill träffa. Att informera, bl.a. att berätta vad som hänt eller vad man vill göra. Att småprata för att få umgås och vara nära varandra. Småprat har syftet att lära känna varandra. Vara ärlig, att använda sig av fraser för att det vardagliga samspelet skall kännas bra som t.ex. ”tack!”, ”tack detsamma”. Det vanligaste syftet till kommunikation är faktiskt småprat. (Trygg, 2008, s. 11).

I ett vanligt samtal svarar man med ord på en fråga som en annan människa ställt. Man märker själv när man kan begripligt uttrycka vad man vill ha sagt och tänker. Då har man ett fungerande samtal med en annan människa. Den andra personen visar att hon hör och förstår vad man menar samt svarar på det man sagt så att man själv också förstår och hör. Ibland sker det missförstånd genom att personen man pratar med inte lyssnar alternativt inte tar till sig det man säger. (Trygg, 2008, s. 12-14).

Kommunikationen är oftast oförändrad i ett tidigt skede av ålderdomen. Den äldre kan till och med bli mer aktiv i samtal tack vare tiden man har som pensionär. En reduktion av kommunikationsfärdigheten sker hos många äldre längre fram i ålderdomen. Minne, energi, koncentrationsförmågan kan reduceras samt förmågan till varierande, detaljerad och effektiv kommunikation kan avta. Besvikelsen och förvirringen kan upplevas som ett nederlag från vårdpersonalens sida. De flesta undviker helst att ställa sig ansikte mot ansikte. Detta gör att vårdpersonal drar sig undan från kommunikationsförsvagade äldre och utmaningar som de ger. Då ligger det nära till hands att de kan ses som slöa och omöjliga. I äldreomsorgen får vårdpersonalen aldrig helt släppa problemställningen. Är det personen med demens som är slö som jag inte kan förstå eller är det jag som är för slö att jag inte klarar av att förstå personen? Samspelet mellan vårdpersonalens låga tolerans

mot otillräcklighet och sköra äldres reducerade kommunikationsförmåga kan få betydelsefulla konsekvenser. (Heap, 1995, s. 67-68).

En person med en demenssjukdom får allt svårare att kommunicera. Till en början kan det vara knepigt att hitta de ord hon letar efter men andra märker inte så mycket av svårigheterna hos den demenssjuke. Den demenssjuke börjar upprepa frågor och tyvärr ökar kommunikationssvårigheterna successivt. Den demenssjuke kan ha missförstått frågan eller svaret på frågan kan ha glömts bort. Senare i sjukdomen blir den demenssjuke mer och mer beroende av att omgivningen kan tolka och känna igen den sjukas ord, känslor och kroppsspråk. En stor del av det verbala språket förloras. Dock har forskningsresultat visat att den demenssjukes förmåga att tolka känslor finns kvar länge. Ett empatiskt förhållningssätt kan göra att den demenssjukes tillit och självkänsla bevaras. Alla i omgivningen bör ha kunskap om den demenssjukes tidigare vanor, liv, familjesituation och önskningar eftersom det kan underlätta förståelsen och kommunikationen. (Skog & Grafström, 2013, s. 96).

I en studie av Jootun & McGee (2011) undersöktes de färdigheter som behövs för en effektiv kommunikation med personer som har demens. De beskriver faktorer som påverkar kommunikationsprocessen och effekten på relationen mellan vårdare och patient. Vårdaren behöver ha en god kommunikationsförmåga för att kunna samarbeta med patienten. Vårdaren skall också uppmuntra den demenssjuke till att kommunicera på det sätt som är bäst för henne. Kommunikationen ger substans för individens liv, är avgörande för tillväxt och överlevnad samt förstärker en känsla av tillhörighet. Studien visade att personer med demens behöver mycket mänsklig kontakt och mötet i studien var kort eller ytligt. Detta kan leda till isolering. Vårdare gör oftare snabba värdeomdömen om personer som har demens än att utforska skälen till att personen är socialt isolerad.

4.2.1 Non-verbal kommunikation

Enligt forskning är majoriteten av kommunikationen icke-verbal. Man menar att endast 7% av meddelandet kommer fram ur det vi säger och 93% är non-verbalt, vilket betyder att 38% är användningen av vokala toner och 55% används av kroppsspråket. När man deltar i icke-verbal kommunikation med personer med demens har man föreslagits att använda förkortningen SOLER. S- sitta rakt mot patienten, O- ha en öppen hållning, L- luta något

framåt, E- upprätthålla och behålla ögonkontakt samt R- avslappnad hållning. (Jootun & McGee, 2011).

En icke-verbal kommunikation kan påbörjas exempelvis genom att man vänder sig mot en människa, genom att visa att man önskar samspel eller genom mimik. Detta betyder att man i ett vanligt samtal påbörjar samtalet genom att yttra ett påstående eller en fråga. Svaret kan bli gråt, att man vänder sig bort eller lutar sig fram genom kroppspråk eller en fysisk reaktion om samspelet är ordlöst. (Trygg, 2008, s. 11-12).

Ett verkningsfullt medel för att främja samtal är inbjudan till kommunikation som finns i ögonkontakten och det egna initiativet till att prata (Heap, 1995, s. 70). Beteendet påverkas av personlighetsförändringen, hans eller hennes neurologiska skada och även av omgivningens reaktioner. Speciellt personer med Alzheimers sjukdom har kvar mycket av sin verbala förmåga men minneshandikappet försvårar kommunikationen. Kroppspråket är en stor del av kommunikationen. Vi påverkar varandra med leenden, beröring, tonfall och ögonkontakt, både positivt och negativt. Om vi t.ex. skedmatar en person, sänder vi ett budskap till honom eller henne att denne inte är viktig om vi inte använder ögonkontakt. (Raneskog, 2013, s. 167-168). För att förtydliga det verbala budskapet kan gester användas, exempelvis att peka på maten samt tala om för personen att det är lunch (Skog, 2016, s. 22).

Om blickar

Om en person med demens blundar kan det vara en markering för att hon vill vara i fred. En del kan hålla för ögonen om något är obehagligt. Det kan vara bra då att säga att ”jag ser att du blundar, jag ser att du tycker det är obehagligt”. Ögonkontakt inbjuder till samtal och samhörighet. Blickar kan säga mycket om ens känslor. En mörk blick; ledsna, svarta, irriterade, spända, stirrande och tårfyllda ögon. Ett leende i ögonen längtar och glittrar. (Skog, 2016, s. 20).

Ansiktsuttryck

Ansiktsuttrycket är speciellt viktigt vid första kontakten med en person med en demenssjukdom eftersom ansiktsuttrycket förmedlar mycket känsla och mening. Hur man håller huvudet, gester man gör med händerna och kroppsställningen spelar även en stor roll. Ett leende på läpparna och utbredda armar är ett vänligt välkomnande, medan ett leende i kombination med korsade armar är ett hotfullt välkomnande. Man måste vara medveten om sitt eget kroppspråk och lära sig läsa människorna man vårdar. (Oddy, 2013,

s. 45-46). Många personer som har demens kan avläsa om leendet är påklustrat eller om det kommer från hjärtat. Musklerna kring ögonen dras ihop och skrattrynkor bildas om leendet är äkta. Med stigande ålder faller mungiporna neråt eftersom muskulaturen kring munnen förslappas, vilket betyder att en person som visar upp en sur min, inte behöver vara sur. (Skog, 2016, s. 21).

Beröring

Beröring är en metod som är effektiv vid kommunikationen med demenssjuka och används för att stimulera, förmedla trygghet och värme samt att lugna och få någon att slappna av. (Raneskog, 2013, s. 174). Beröring kan också användas för att kommunicera tyst, ge rörelsesignaler, ge fysiskt stöd och för att lossa ett grepp. Vissa tycker inte om när man rör vid dem och därför är det viktigt att man är lyhörd och varsam. (Oddy, 2013, s. 115). Av alla sinnen vi har är det känseln som utvecklas först. Oxytocinet, som är vårt lugn- och rohormon aktiveras av taktil massage. Massage gör att nervsystemet slappnar av och musklerna avspänns, vilket gör att det känns behagligt. Taktil massage går ut på mjuka tryckningar och strykningar, oftast liggande men kan också vara sittande. Personer som får massagen kan vara inlindade i ett täcke och ha en värmeflaska. Till massagen brukar man använda vegetabilisk olja ihop med avslappnande och mjuk musik i bakgrunden. Taktil massage kan användas medicinskt för att lindra oro, ångest och smärta. Förmågan till större kommunikation är en positiv effekt av taktil massage och därför kan den bra användas för personer med demenssjukdomar. (Vårdguiden, 2014).

Händer

Händerna används på många sätt: de kan hålla försiktigt, gripa stadigt, stödja säkert och känna olika former eller ytstrukturer. När händerna används till att beröra eller göra gester kan de nästan prata. På samma sätt som man tänker på vad man säger, måste man därför också tänka på vad man gör med sina händer när man pratar. Avslappnade och mjuka händer känns behagligare och vänligare än stela och hårda händer. *Simple relaxation* är en avslappningsmetod som utvecklats av Laura Mitchell för att sträcka och slappna av händerna. (Oddy, 2013, s. 114).

4.2.2 Olika kommunikationssvårigheter

Med **amnesi** avses minnesförlust dvs. episoder och händelser försvinner som människan upplevt i livet. **Anomi**, (ordglömska) som kommer rätt tidigt i sjukdomsförloppet t.ex. glömmer ordet för tandborste, istället förklarar de vad man använder den till. **Afasi**, (språkliga svårigheter) och med det menas att personen har problem med att forma tankar till ord. **Agnosi**, innebär att den demenssjuke har svårt att känna igen personer och föremål, dvs oförmåga vid tolkning av sinnesintryck. **Apraxi**, dvs. rörelser och viljemässiga handlingar är svåra att utföra, trots full rörlighet t.ex. att knäppa knappar. (Ring, 2013, s. 22). **Ekolali** betyder att personen upprepar vad någon annan sagt (tvångsmässigt). **Mutism** är en oförmåga att tala som kan uppträda i ett medelsvårt stadium av frontallobsdemens eller förekomma i ett sent skede i Alzheimers sjukdom. (Skog, 2016, s. 68). **Konfabulation**, betyder att personen har glömt vad som hänt och istället fantiserar hon upp en bild om vad som hänt (Raneskog, 2013, s. 173).

Vanliga språksvårigheter hos en person med demens är: att hitta rätt ord, namnge föremål, att skriva brev, upprätthålla ett samtal och säga en hel mening. Hon kan upprepa samma fråga gång på gång och upprepar samma berättelse om igen. Personen kan även ha problem med läsförståelse, tolka bokstavligt det som sägs och ha svårt att förstå humor. (Skog, 2016, s. 65-68). Som vårdare kan man gärna prata om hur det var förr med den demenssjuke. (Raneskog, 2013, s. 173).

4.2.3 Att lyssna

Att lyssna är en självklarhet av den som tar emot hjälp men i samarbetet och kontakten med klienterna går det ofta att förbättra både hur mycket vi lyssnar och hur vi lyssnar. Det är väsentligt att människor som är i behov av yrkesmässig hjälp eller drar fram ett problem, upplever att uppmärksamheten riktas mot dem. De måste kunna erfara och se att vårdpersonalen lyssnar på dem. För att visa att man lyssnar behöver personalen använda erkännande och uppmuntrande. Ljud som signaler, berättar att man vill att personen i fråga fortsätter att prata och visar att man följer med. Vårdare kan ställa frågor som visar att man försöker förstå, höra noga på eller använda olika uttryck i hopp om att få enskilda delar av berättelsen mer ingående. (Heap, 1995, s. 15)

En förändring av volymen kan uttrycka hur personen mår. Långsam eller snabb leverans av tal kan användas för att uttrycka känslor. Tonen på rösten förmedlar olika budskap. Ledtrådar som ”hmm”, ”mmm”, ”jag förstår”, ”är det sant?” indikerar graden av intresse för lyssnaren och om de är överens. Valet av ord och hur de är betonade, kan tyda på graden av intresse. (Jootun & McGee, 2011).

Hörseln och synens betydelse

Nedsatt hörsel eller syn påverkar den äldres relationer med andra och bidrar till problem i vardagen. De som har problem med både hörsel och syn blir det aningen tuffare eftersom den äldre använder sina sinnen för att följa med i det som sker och i samtal. Det kan finnas en risk för att den äldre drar sig undan och undviker stora sällskap och isolerar sig. Oro och smärta påverkar förmågan att samtala och koncentrationsförmågan hos den äldre. (Skog & Grafström, 2013, s. 89).

Hörseln

Mer än 50% av personer över 80 år har måttlig eller grav hörselnedsättning. Vid måttlig hörselnedsättning är hörapparat ett bra alternativ. För att uppfatta tal och det som händer i omgivningen är hörseln viktig. Hörseln bidrar till orientering i omgivningen och är nödvändig för verbal kommunikation. Hörseln kompletterar bilden av synen och ger information om varifrån ljudet kommer. Hörseln hör till kommunikationsinstrumenten och kan användas för avkoppling och njutning. Att ta ögonkontakt innan man börjar prata, inte stå i motljus, undvika bakgrundsljud som tv och radio samt tala tydligt och lugnt med en normal röststyrka är goda råd när man pratar med en äldre med hörselnedsättning. Syn och hörsel kompenseras genom att personen ser vad som sker, läser av läppar, orienterar sig om vad som sker i omgivningen och känner igen på rösten vem som pratar. (Skog & Grafström, 2013, s. 90-91, 93).

Synen

Synen har också stor betydelse i kommunikationen. Icke-verbala kommunikationen vid samtal utgörs av bl.a. ögonrörelser, mimik, händernas rörelser och ansiktsuttryck. Den äldre får oftast svårt att känna igen andra människor när hon drabbas av nedsatt syn. En stark lampa och glasögon kan underlätta synen. (Skog & Grafström, 2013, s. 91-92).

Skriftlig kommunikation

Oftast använder man sig av rösten för att kommunicera med personer som har en demenssjukdom och det är ett effektivt sätt att kommunicera. Att skriva meddelanden med personer som har demens kan ibland vara ett bra sätt att kommunicera, speciellt vid hörselsvårigheter. Om man använder sig av skriftliga meddelanden skall de skrivas med tydlig, stor och rund handstil, inte textade versaler. Förmågan att läsa behåller personen med en demenssjukdom vanligen till ett rätt sent skede av sjukdomen, även om de kanske inte förstår ordens innebörd. De kan t.ex. läsa högt: ”res dig upp” men de reser sig inte upp som uppmaningen lyder även om de är fysiskt kapabla till att göra det. (Oddy, 2013, s. 34).

4.2.4 Individuell förståelse

För att eftersträva en individuell förståelse av individen bör vi som vårdpersonal ställa krav på oss själva. Vi måste minnas vår vetskap om att katastrof, sjukdom och förändringar drabbar människor på skilda sätt. Vi bör respektera allt den äldre levtt i sitt långa liv som prestationer, tankar, erfarenheter, sorg och glädje. Rikedomen av upplevelser snurrar runt i tankegångarna hos en äldre som vi pratar med. Ibland är vi tvungna att acceptera samtalsituationer där vi får en liten respons eller ett litet utbyte. Signalerna vi sänder bygger på förutsättningen att vi blir förstådda, uppfattade och hörda. Signalerna måste förmedla budskap om solidaritet och respekt. Oavsett hur liten respons den demenssjuke ger, måste vårdare förutsätta att patienten är sårbar för sättet vi talar till honom eller henne på. Hur förvirrad personen än må vara skall vi förutsätta att han eller hon registrerat den emotionella kontakten vi ger. (Heap, 1995, s. 83-84).

En person med demens kan uttrycka rädsla genom att bli upprörd eller orolig om miljön är bullrig eller kaotisk. Om TV:n är på och hon hör röster så kan hon svara eftersom hon tror att det är en person som pratar med henne som hon inte ser. Om rösten är arg kan den demenssjuke agera ilsket. Beteendet kan verka som vanföreställningar men i själva verket kan det vara en feltolkning av miljön. Om inredningen av rummet liknar en sommardag kan den demenssjuke tro att hon är på picknick och kan kasta mat på golvet. En matsals väggmålning kan ofta misstolkas. En tavla som föreställer vatten kan få den demenssjuke att tro att hon är på en båt och frågar när hon är i land. Under dessa stunder kan den demenssjuke bli upprörd om hon inte känner igen miljön hon befinner sig i. Hon kan minnas tillbaka till sitt barndomshem, där hon kände sig säker, var älskad och bekväm.

Hon kan börja fysiskt söka efter den miljön. Desorienteringen är ett resultat av att söka en säker plats med hjälp av långtidsminnet när korttidsminnet sviktar. (Barnes, 2012).

För att förhindra eller minimera oönskade beteenden måste man förstå kommunikationsinsatserna hos den demenssjuke. Observation krävs och samexisterande medicinska problem bör beaktas. Det är bra att leta efter och spela in eventuella beteendemönster. T.ex. när den demenssjuke visar aggressivitet kan man se vilka människor som är närvarande, när och var agitationen inträffar och hurdana tankar och tolkningar vårdarna har om varför beteendet sker. (Barnes, 2012). Agitation eller fysisk aggressivitet är ett stresstillstånd där personen kan ha en störd verklighetsuppfattning. Reaktionen kan bli ett hot eller störningsmoment mot vårdpersonal. (Internetmedicin, 2016).

4.2.5 Råd för att kommunicera med en demenssjuk

När man vill kommunicera med en demenssjuk skall man samtala och lyssna som vanligt, det visar att man har stor respekt för den demenssjuke. Beteendet förstås på ett bättre sätt om man tar del av den demenssjukes liv. Den demenssjuke ser om man bara hör på henne eller om man faktiskt lyssnar. Att korrigera eller rätta den demenssjuke bör undvikas. ”Det blir fel om du gör så” eller ”du kan inte göra så”. Detta betyder att inte duga till något. Att känna sig värdelös eller att inte duga kan försämra den demenssjukes tillstånd. Detta kan trappa ner på viljan att försöka om det upprepas. Erbjud hjälp istället. Säg att ”idag gjorde vi...”, inte säga ”minns du...?”. Att kommentera personens dåliga minne är inget att rekommendera. Att tvinga någon att komma ihåg händelser leder ofta till ilska, ledsamhet och frustration. Övervaka inte den demenssjuke. Det kan upplevas som kränkande om någon förföljer henne. Om ingripande behövs, visa inga tecken på irritation och gör det mjukt. Man skall aldrig visa sin egen ilska åt patienten. Om man blir arg eller frustrerad, skall man gå därifrån och be någon annan arbetskollega att ta över. Det går bra att komma tillbaka när man lugnat sig. Påpeka inte att hon betar sig olämpligt, även om det gått endast några sekunder är det möjligt, att hon inte minns händelsen. (Abrahamsson B., 2000, s. 83-84).

Strategier

Olika strategier gällande kommunikationen med personer som har demens är att använda enkla meningar, var koncisa och klara, ha ögonkontakt, lyssna aktivt och inte avbryta, ge individen tid att svara (pressa ej), undvik att prata långsamt, betona inte felaktigheter och

undvik distraherande bakgrundsljud. Om det är lämpligt kan vårdare stödja denne genom att inleda och avsluta meningar samt hitta ord, tänk på att individen kan ha svårt med tidsuppfattning dvs. de kanske inte förstår vad man menar om man säger något om morgondagen. Om man inte förstår skall man inte hålla med, låt någon annan försöka om man inte får kontakt med individen. Tonfallets betydelse betyder mycket. Om en vårdare använder en mjuk ton i rösten, skriker den demensdrabbade i mindre utsträckning än om vårdaren använder ett skarpt tonfall. (Raneskog, 2013, s. 169).

Vit lögn kan vara OK

När man samtalar med anhöriga till patienter med demens är det viktigt att fråga om det som vårdare är OK att ljuga för den demenssjuke. Ibland kan lögnerna vara oacceptabla, speciellt om den demenssjuke förstår att man ljugar för denne. Men somliga gånger kan det vara bättre med en lögn, om den demensdrabbade påverkas negativt att få höra sanningen. Exempel på ”vita lögnerna” eller lögnerna inom vården hos den demenssjuke kan vara en demensdrabbad kvinna som frågar efter hennes hund och vårdaren vet att den är död kan vårdaren säga att hunden sover i tvättstugan, eftersom att kvinnan skulle blivit väldigt upprörd om vårdaren sade att hunden är död eller att en vårdare inte rättar den demensdrabbade när han frågar efter sin avlidne fru. (Raneskog, 2013, s. 171-172).

Ibland kan det underlätta en hel del för både patienten själv, anhöriga och vårdpersonal att undanhålla om vad det är för läkemedel patienten får vid demens. Ifall han vägrar ta t.ex. antipsykotiska läkemedlet Risperidon kan det gynna att säga att det är hans blodtrycksmedicin. Detta förutsätter att vårdpersonal och anhöriga är eniga om detta. Det kan vara en terapeutisk lögn för att främja patientens välbefinnande och undvika våld. (Mitchell, 2014).

4.2.6 Aktivitet som kommunikation

Dans är en form av kommunikation som involverar många sinnen. Dansen innefattar samspel med andra, röra på sig och ha roligt. Det kan minska risken för isolering och väcker gamla minnen till liv. När minnet försämras, försvinner en del av den demenssjukes självkänsla och identitet. Musik kan påminna personen om vem denne varit och är. Det är viktigt att tänka på den enskilda individens musiksmak och välja musik som uppskattas. Genom att fråga både den demenssjuke vad hon/han gillar för musik samt av anhöriga får man en bra uppfattning om musiksmaken. Förmågan att spela instrument, lyssna och

sjunga med under musikstunder kvarstår länge i demenssjukdomen. Viktigt är att inte generalisera och tro att alla som drabbas av demens uppskattar musik, dans och allsång. (Oddy, 2013, s. 110-111, 117).

Färger kommunicerar med människor omedvetet. Färger stimulerar och aktiverar samt skapar sinnesstämning. Måla och teckna kan väcka kreativiteten, men för vissa personer kan ett tomt papper väcka minnen om skoltiden och prestationsångest. Färg används bl.a. i vårdmiljön för att öka identifikation så att personen med demens lättare skall kunna orientera sig och kan hitta. (Oddy, 2013, s. 119).

5 Metod

Nedan redogörs för hur undersökningen har utförts. En kvalitativ systematisk litteraturstudie har använts i examensarbetet. Vetenskapliga artiklar har använts som informationskälla. Artiklarna som analyserats genom kvalitativ innehållsanalys redovisas i slutet av arbetet i form av en resuméartikel.

Kvalitativa forskningsmetoder har utvecklats bl.a. inom pedagogik, sociologi, filosofi och psykologi. De används också flitigt bland omvårdnadsforskare. Syftet med de kvalitativa metoderna är att förstå och förklara olika upplevelser eller erfarenheter som uppstår i form av teman och kategorier. De beskriver eller tolkar en företeelse och särdragen så noggrant som möjligt. Forskningsfrågan är det som bestämmer vilken forskningsmetod som väljs i examensarbetet. (Forsberg & Wengström, 2013, s. 129).

5.1 Datainsamlingmetod

Kvalitativa datainsamlingsmetoder används för att få en djupare förståelse för sin forskningsfråga och för att få fram ett resultat. Observation, intervju, fokusgrupp, fallstudie och texter samt skrivna berättelser är vanliga datainsamlingsmetoder till den kvalitativa studien. Insamlingen av fakta och kunskap samlas in och systematiseras, vilka sedan visar mönster och sammanhang. (Forsberg & Wengström, 2013, s. 131, 134, 138).

En definition av en systematisk litteraturstudie är att den baserar sig på en tydligt formulerad fråga. Genom att välja, identifiera, värdera och analysera väsentlig forskning besvaras frågan systematiskt. En systematisk litteraturstudie kännetecknas av att försöka identifiera betydelsefulla forskningsstudier inom ett ämne, litteratursökningen omfattar icke-publicerade studier och publicerade studier och av varje studies giltighet görs en systematisk bedömning. Den systematiska litteraturstudien använder sig också av statistiska metoder för att analysera resultatet utifrån flera liknande studier. (Forsberg & Wengström, 2013, s. 27-28).

I en systematisk litteraturstudie skall det finnas tillräckligt många studier för att kunna dra slutsatser och bedöma. Frågeställningarna skall vara klart formulerade, urval av artiklar, metoder för sökning och kriterierna skall beskrivas tydligt. Viktigt är också att studierna är kvalitetsbedömda. En systematisk litteraturstudie innehåller: syfte, frågor, metod, analys, resultat, konklusion och diskussion. Den utgår från en tydligt utformad fråga. Genom att identifiera, värdera, välja och analysera väsentlig forskning besvaras frågorna systematiskt. (Forsberg & Wengström, 2008, s. 30-34).

En systematisk litteraturstudie har använts som datainsamlingsmetod. Nitton vetenskapliga artiklar som berör ämnet har samlats in från Ebsco och Cinahl. Dessa svarar på frågeställningarna. Frågeställningarna lyder: hur skall vårdare kommunicera med personer som har demens? Vilka faktorer påverkar kommunikationen? Sökningarna har gjorts i båda databaserna samtidigt. Utifrån dessa frågeställningar har skribenten använt sökorden "Communication, Dementia, Nurse, Care och Interaction" som tangerar ämnet. "Europe, Music, Research, Empathy och Behavior" är sökord som tagits med för att få en djupare inblick i kommunikationen. Sökord som "Conversation, Pain, Aggression, Environment, Activity och Stimulus" har även gjorts men dessa syns inte i tabellen eftersom artiklarna användes i bakgrunden eller förekom i de andra sökningarna som syns i tabell 1.

För att begränsa antalet träffar har inställningen "Full Text" gjorts. I sökningen har även "Dementia" alltid valts som "Subject Terms". Skribenten har använt MOT- ordböckerna för att undersöka vilka ord som kan användas i Ebsco och Cinahl. För att få de nyaste studierna men även ett stort urval av artiklar har artiklarna sökts från år 2005-2017. Den äldsta valda artikeln är från år 2010. En del litteraturstudier har valts i arbetet eftersom de passade perfekt in i resultatet. Sökorden från litteraturstudierna har också använts i Ebsco och Cinahl för att få fram den ursprungliga studien, dvs. snöbollsmetoden, dock utan resultat. Alla artiklar är referentgranskade. Det resultat skribenten fått i databassökningen

presenteras genom antalet träffar i tabell 1 nedan. I tabellen redogörs databas, inställningar, sökord, träffar och urval.

5.2 Tabell 1

Databas	Inställningar	Sökord	Träffar	Urval
Ebsco & Cinahl	Peer Reviewd, Full text (2007- 2016)	Communication AND Dementia AND Nurse	154	8
Ebsco & Cinahl	Peer Reviewd, Full text (2014- 2015)	Communication AND Dementia AND Nurse AND Europe	2	1
Ebsco & Cinahl	Peer Reviewd, Full text (2008- 2015)	Music AND Dementia AND Nurse	25	2
Ebsco & Cinahl	Peer Reviewd, Full text (2005- 2013)	Interaction AND Dementia AND Nurse	42	3
Ebsco & Cinahl	Peer Reviewd, Full text (2007- 2016)	Dementia AND Interaction AND Care AND Communication	34	1
Ebsco & Cinahl	Peer Reviewd, Full text (2011- 2016)	Empathy AND Dementia AND Communication	6	1
Ebsco & Cinahl	Peer Reviewd, Full text (2010- 2017)	Nurse AND Empathy AND Dementia AND Care	15	1
Ebsco & Cinahl	Peer Reviewd, Full text (2005- 2016)	Behavior AND Dementia AND Care AND Communication	86	1
Ebsco & Cinahl	Peer Reviewd, Full text (2005- 2016)	Communication AND Dementia AND Care AND Research	148	1

”Communication and dementia and nurse” var de första orden som skribenten använde för sökningen och märkte att det behövs andra ord för att få fram mer information om ämnet. Därefter har många olika ord använts för att få fram det som letas efter, svar på frågeställningarna. Alla dessa ord har gett artiklar som svarar på frågeställningarna: hur skall en vårdare kommunicera med personer som har demens? Vilka faktorer påverkar

kommunikationen? Sökningsorden har också kastats om och bytt ordning i sökningen. Skribenten är medveten om ett bortfall i sökningen i och med inställningen ”Full Text” men detta också för att begränsa antalet artiklar. Skribenten har skrollat igenom artiklar utan inställningen från början.

5.3 Resuméartikel

En resuméartikel är en sammanställning av artiklar som använts i forskningen. Den görs för att få en översikt av valda artiklar som resultatet bygger på. Resuméartikeln kan vara en figur eller en tabell, där resultatet sammanfattas kort. Artikelns författare, publiceringsår, titel, syfte, beskrivning av metoden och resultat eller slutsatser ingår i resuméartikeln. (Forsberg & Wengström, 2013, s. 163-165). Resuméartikeln presenteras som bilaga 1 i slutet av arbetet. Artiklarna presenteras enligt metodföljd.

5.4 Etik

Litteraturstudier kan väcka etiska frågor. Ibland har skribenten begränsade metodiska tekniker och engelska kunskaper för att kunna göra och tillämpa rättvisa bedömningar och förstå artiklar som ingår. Grupper beskrivs nedlåtande och risker för feltolkningar finns. (Henricson, 2012, s. 86).

Ett etiskt tillvägagångssätt är något som forskare behöver sätta tyngden på. Tillvägagångssättet skall ha en röd tråd som följer med arbetet från början till slut. Studien som utförs skall kunna motiveras etiskt. Arbetet bör vara av god vetenskaplig kvalitet, vara väsentlig och arbetet skall utföras på ett etiskt sätt, dvs. att forskningen skall på något vis vara värdefull för mänskligheten, samhället och individen. Forskaren bör ställa sig frågorna: kan forskningen vara till nytta åt dem den riktar sig mot? Vem riktar sig forskningen mot? Forskningen bör vara till nytta och bör ha en verklighetsförankring. En forskning bör vara baserad på tidigare forskning men skall också öppna för framtida forskning. (Henricson, 2012, s. 76-78). Forskningen riktar sig mot vårdpersonal. Forskningen är till nytta och har en verklighetsförankring.

5.5 Dataanalysmetod

Nedan redogörs forskningsprocessens analysmetod. En kvalitativ analys av materialet är nästa steg i forskningsprocessen efter att man samlat in data för forskningen. Olika teman och kategorier har uppstått i den kvalitativa innehållsanalysen.

Efter att man samlat in data och den blivit bearbetad kan syntes eller analys användas. Med syntes menas att materialet förenas till en helhet medan analys innebär uppdelning av materialet i olika kategorier. Syntesen kan ge en ny uppfattning och kunskap i och med de nya helheter den visar. (Olsson & Sörensen, 2011, s. 206). För att kunna analysera och tolka data måste mängden material minskas och man tar fram det mest väsentliga. Då presenteras det viktigaste ur resultatet. (Forsberg & Wengström, 2013, s. 150).

Innehållsanalysen, dvs. analys av innehållet kan vara kvalitativ eller kvantitativ, men den kan också vara en kombination av dessa. (Henricson, 2012, s. 330). I innehållsanalysen analyseras dokument vetenskapligt. Innehållsanalysen binds samman med en teori i arbetet, som synliggör dess vetenskapliga mening. (Olsson & Sörensen, 2011, s. 210).

Begrepp som validitet, reliabilitet och överförbarhet används för att bevisa tillförlitligheten i resultatet. Studien kräver trovärdighet och tillförlitlighet för att andra skall kunna upprepa och använda resultatet som studien ger. Forskaren skall reflektera över sina filosofiska kunskaper, erfarenheter och sin utbildning för att vara kritisk mot sig själv om de kvalitativa metoder som använts. (Henricson, 2012, s. 340-341).

Teman och kategorier har bildats ur innehållsanalysen utgående från likheter och skillnader i materialet, som redovisas i följande kapitel.

Frågor som ställs till examensarbetet är:

Hur skall vårdare kommunicera med personer som har demens?

Vilka faktorer påverkar kommunikationen?

6 Resultat

I resultatet presenteras två huvudkategorier och åtta underkategorier. Huvudkategorierna är **kommunikationsmetoder** och **meningsfulla aktiviteter**. Till kommunikationsmetoderna hör **empati**, **förmågan att lyssna**, **kunskaper**, **färdigheter**, **tid** och **hjälpmedel**. Till meningsfulla aktiviteter hör **miljö** och **musik**.

6.1 Kommunikationsmetoder

När personen med demens inte förstår verbal kommunikation är icke-verbal kommunikation av betydelse med någon som personen litar på. Ansiktsuttryck, beröring, förmedling av uppriktighet och vänlighet är interaktionen. Kommunikationsmetoderna bör följa de grundläggande principerna för en omsorgsetik, dvs. uppmärksamhet, ansvar, kompetens, lyhördhet och förtroende. (De Vries, 2013).

Empati

Empati innebär att förstå tankesättet och beteendet hos en annan person genom att sätta sig in i hans/hennes sammanhang. Viktiga aspekter av empati är att man känner den känslomässiga upplevelsen av andra och drar slutsatser om deras mentala tillstånd. Empatisk respons är en uppskattning om vad andra människor upplever och de kan bidra till att bygga känslor av samhörighet, ömsesidighet och förtroende. (Mcevoy & Plant, 2014). Vårdpersonal måste kommunicera ord och handling med empati för att upprätthålla meningsfull kontakt (Veselinova, 2014).

Personliga, sociala förmågor och färdigheter behövs för att vårdare skall kunna ta hand om sina patienter med medkänsla och empati. Om patienten är aggressiv kan vårdaren uppleva ökad stress. Det aggressiva beteendet kan göra det ännu svårare att ta hand om personer med demens. Stressen hos vårdaren återspeglar sig också i den demenssjuke och tar sig uttryck i olämpliga beteenden. Om vårdaren kan se att patienten inte är ansvarig för sitt beteende är det lättare att ge rätt vård åt patienten. (Digby, 2016).

Vårdare som är mer empatiska har lättare att förstå patienters känslor får större arbetstillfredsställelse. I vissa fall har vårdare som utsatts för våldsamt beteende av patienter lett till utbrändhet och psykisk stress som minskar förmågan för empatisk vård. De viktigaste faktorerna som behövs för att förbättra en empatisk vård för personer med

demens innebär stöd och utbildning för vårdare så att de har den kunskap och nödvändiga strategier för att bry sig om personer med demens på sjukhus. Det är dessutom viktigt att vårdaren stöds av chefen och kollegor för att ta hand om patienterna. Dock tror vissa att empati är en medfödd egenskap som inte kan läras in även om det kan uppmuntras och kännas igen. (Digby, 2016; Digby, Lee, Williams, 2016).

En empatisk och nyfiken hållning kan skapa den gemensamma grunden för en meningsfull kommunikation och bidrar till att relationer växer som baseras på jämlikhet och gemensam förståelse. Empatisk nyfikenhet är en ståndpunkt som vi antar när vi fokuserar vår uppmärksamhet på perceptuella erfarenheter hos personer som har demens, eftersom de upplever dem här och nu. (Mcevoy & Plant, 2014).

En vårdare skall vara mänsklig, diskret, skicklig och motiverad. Patienter har beskrivit mänskliga vårdare som vänliga, lätt att närma sig och sympatiska. De beskrevs även som vänliga, lugna och fridfulla. Motiverade sjukskötare har beskrivits som positiva och hjälpsamma. Hjälpsamma sjukskötare är osjälviska och uttrycker önskan att få hjälpa patienter. (Koskenniemi, Leino-Kilpi, & Suhonen, 2015).

Valideringsmetoden är en metod som syftar till att underlätta kommunikationen med personer som har demens. Metoden förutsätter att alla är olika. Det som ingår är att acceptera människors upplevelser av verkligheten samt reagera på deras verbala eller icke-verbala uttryckta handlingar eller reaktioner. Empati och bekräftar- metoder används tillsammans med valideringsmetoden för att öka känslor av självkänsla och välbefinnande. I studien fanns det tillfällen där personerna med demens tog litet eller inget initiativ, då tog vårdaren initiativet och började ställa frågor. Detta resulterade i konversationer som gjordes upp av frågor som personen försökte svara på, där personen själv hade möjligheten att bestämma samtalsämnet. Personerna verkade ge rimliga svar på vad de gjort under dagen, om de hade sovit bra eller vad de tyckte om maten. När vårdaren frågade om tidigare arbetsplatser, namn på personer eller var personen hade bott verkade ibland som att de var ointresserade eller oförmögna att svara. Dessa gav svar som ”bra”, ”jag vet inte”, ”kanske” eller upprepade sista ordet som vårdaren sade. (Söderlund, Cronqvist, Norberg, Ternestedt & Hanselbo, 2016).

I studien av Söderlund, Cronqvist, Norberg, Ternestedt, & Hanselbo (2016), fanns det situationer där personer med demens tog initiativ och började samtalet. I dessa situationer framkom det även att personerna pratade om olika saker samtidigt, t.ex. blanda ihop människor och situationer som inte har något att göra med varandra. När detta hände valde

vårdaren att besvara genom att ifrågasätta rimligheten på personens påstående eller fortsatte att tala om ett ämne i konversationen även om den andra personen hade bytt ämne. Det fanns även samtal där personer med demens verkade att prata om saker som var i deras tankar, bl.a. känslor, brister eller besvikelser tidigare i livet. Då kunde personerna avbrytas av vårdaren som till synes ville muntra upp dem istället genom att prata om hur fint vädret var exempelvis, då kunde personerna bli förvirrade. Det fanns också situationer där personer verkade bli tröstade av omdirigering av samtalet. När en person med demens inte avbröts eller distraherades under samtalet, tycktes de tala mer fritt om det som fanns i tankarna. De tycktes bli uppmuntrade av att prata och fortsatte när vårdaren lyssnade uppmärksamt och frågade relevanta frågor tillbaka.

Ramverket VERA är en strukturerad praktisk guide för hur man bemöter personer med demens som är förvirrade. Den är avsedd att vara terapeutisk och göra en förbättring i kommunikationen. V- står för validering, E- för känslor, R- för att lugna och uppmuntra och A- för aktivitet. I valideringen skall man inte ta över den demenssjukes personlighet. Terapiens syfte är att komma in på djupet av den känslomässiga och personliga sfären. Det innebär att försöka utveckla en medvetenhet om personens känslor och orsaken till reaktionerna. Beteenden kan vara komplexa och behöva specialiserad utbildning och provning. Det andra verket i ramen innebär att uppmärksamma det emotionella innehållet i kommunikationen. Syftet är att innebörden i en svårförstådd kommunikation utvinns. Erfarna och skickliga utövare kan reagera och göra en förbindelse med människor som är förvirrade, även om orden är obegripliga. (Blackhall, Hawkes, Hingley & Wood, 2011).

VERA gör att man lyssnar och känner efter innehållet i kommunikationen. Vårdare behöver vara duktiga observatörer, lyssnare, uppmärksamma kroppsspråk, tonfall och ansiktsuttryck för att förstå personen med demens. Verbal eller icke- verbal kommunikation som visar vänlighet, optimism och trygghet används för ångest och förvirring. För att visa trygghet kan vårdare förmedla det genom att säga ”det kommer att bli bra” eller att le och hålla hand. Vårdaren visar medkänsla och omsorg genom att göra något till förmån åt någon annan. Aktivitet kan vara ett försök att engagera personen i en strukturerad verksamhet. Ramverket utvecklades som svar åt studenter som tyckte att det är bra att ha en strukturerad vägledning i hur man interagerar med personer som har demens. (Blackhall, Hawkes, Hingley & Wood, 2011).

Förmågan att lyssna

För att kunna stödja personer som har demens är förmågan att kommunicera och lyssna aktivt betydande. Med aktivt lyssnande menas att tysta sina egna tankar och fokusera enbart på den andra personen, med en öppen attityd och känna av deras uttryck. Att sätta sig in i personens affektiva tillstånd och förlita sig på egna känslor av vad som kan vara meningsfullt i en situation, kan vara ett sätt att förstå vad personen försöker att säga. (Söderlund, Cronqvist, Norberg, Ternestedt & Hanselbo, 2016).

En vårdare bör vara medveten om hur mycket skada som kan orsakas av att inte lyssna, rusa, och endast fokusera på det som ska göras. Det emotionella minnet jobbar även om korttidsminnet sviktar hos den demenssjuke. (Juhasz, 2016). Empatiskt lyssnande berör ord, men också hur ord uttrycks som att vara känslig, ögonblick för ögonblick och känslor (Mcevoy & Plant, 2014).

Lyssnande är en nödvändig färdighet som innefattar nära uppmärksamhet, intresse, entusiasm, känslor av spänning av talaren. Lyssnande är en multidimensionell konstruktion som består av kognitiva processer som förståelse, att ta emot och tolka meddelanden. Affektiva processer, såsom att motivera och ta emot en annan persons meddelanden samt beteende processer, såsom att svara med verbal och icke-verbal återkoppling. Att nicka med huvudet, ögonkontakt och att luta sig framåt för att kommunicera är faktorer som indikerar lyssnande. (De Vries, 2013). Skickliga lyssnande vårdare kan minska effekten på demens, i synnerhet störande beteenden och våld genom god kommunikation. Eftersom en person som har demens inte alltid kan prata för sig själv är det viktigt att man som vårdare lär sig känna och värdera dem precis för den de är även fast hur konstigt och dumt beteende de visar. En kvalitativ relation mellan vårdare och patient på ett boende kan ta tid att utveckla. (Barnes, 2012).

Forskning har visat att vårdare tillbringar mer tid vid sina datorer, än att lyssna på och trösta patienten (Digby, 2016). Man skall inte bara lyssna aktivt, utan också visa äkta intresse för personen och helst göra en förbindelse till personen. Att lugna patienten är en av de centrala faktorerna för en vårdande relation. (Blackhall, Hawkes, Hingley & Wood, 2011).

Kunskaper

Att ge tillgång till handledning och utbildning som stöder kommunikationsfärdigheterna kan vara en viktig del för att bygga en bra arbetskraft (Mcevoy & Plant, 2014). Att ha allmän kunskap om musik och historia, intresse för aktuella frågor samt att ha sinne för humor är viktiga verktyg för interaktionen med personer som har demens. Att se helheten hos patienten, hjälper vårdaren att komma närmare demenssjuka. (Juhasz, 2016).

I en studie av Koskenniemi, Leino-Kilpi & Suhonen (2015) visade att en vårdare bör vara skicklig. Legitimerade vårdare beskrevs som utbildade och erfarna. De hade kunskap om minnesproblem och de hade god kommunikationskompetens. En patient sade ”de vet hur de skall ta hand om mig”. Patienter som har demens vet inte hur de hanterar saker normalt. Om patienten tvättar sin blöja på toaletten är det självklart att man hjälper till och förstår att det beror på sjukdomen.

Alla sjukskötare är överens om att bättre kunskap om demenssjukdomar och konsekvenserna för perioperativ är betydande eftersom det kan underlätta samarbete mellan olika vårdpersonal och förkorta sjukhusvistelsen för patienten. Släktingar kan också fungera som budbärare som hjälper kommunikationen och förståelsen av behov för patienten. (Krupic, Eisler, Sköldenberg & Fatahi, 2016).

Information, kommunikation och samarbete måste ha fokus på personen med demens och dess vårdgivare. Att gå in i banan för sjukdomen och konsekvenserna togs upp som en viktig utgångspunkt. Förtroende till professionell vård behövs för en god relation och en person eller en organisation att kontakta. Professionellt engagemang och kunskap, variation i service och vård anpassad till behoven var viktiga. (Karlsson, et al, 2015).

Vårdare bör kunna identifiera och anpassa inställningen till individens kommunikationsbehov, färdigheter, önskemål och preferenser. Personer med demens kan ha svårigheter med att uttrycka hur de känner i ord. De kan uttrycka ord som har liknande innebörd. Ljud kan användas förvrängda och de kan använda en bekants ord upprepade gånger. En person som har demens kan inte förstå sammanhanget i en konversation. Personen kanske inte kan känna igen vissa ord eller föremål och kan ha svårt att bibehålla koncentrationen i konversationen. Personen som har demens kan förlora förmågan att förstå vad som kommuniceras samt ha svårigheter med verbal kommunikation och därför kan de delta mindre i sociala aktiviteter på grund av förlorad förmåga att förstå interaktion, såsom att delta i ett skämt. Detta kan leda till isolering och frustration. (Veselinova, 2014).

Fysiska tillstånd såsom hörsel- och synnedbrettning kan påverka hur personen med demens kommunicerar. Om personen inte kan se vårdpersonalens gester eller höra förklaringar kan det resultera i frustration och isolering. Smärta kan ha negativ effekt på individens förmåga att kommunicera och interagera med människor runt dem. Depression och ångest kan leda till apati och tillbakadragande. Även svårare former av depression kan resultera i minnesproblem, långsamt tal eller rörelse, förvirring och en negativ bild av livet. Vårdpersonal bör förstå tecken på depression och ge stöd och uppmuntran att engagera sig i kommunikation och interaktion. (Veselinova, 2014).

Att veta de olika svårigheter som den demenssjuke kan uppleva är viktigt att veta som vårdpersonal när man överväger strategier för att förbättra kommunikationen mellan vårdgivare och personen med demens. Det kräver en noggrann bedömning av språkbrister och kommunikationsmönster som grundar sig på observationer och anhörigas berättelser. En effektiv metod för att samla in uppgifter om kommunikationsbehov hos en patient är att använda en minnesbok eller livshistoriearbeten. Dokumenten hjälper personer med demens och deras närstående att komma ihåg, dela och registrera information om dem. Detta kan inkludera information om specifika språkproblem, önskemål om vård, anpassningsmekanismer, arrangemang, tidigare läkemedel, fysisk och psykisk hälsa. (De Vries, 2013).

Att leva med en demenssjukdom kan leda till svårigheter i vardagen, på grund av de kommunikationssvårigheter som demenssjukdomen innefattar. Detta kan leda till frustration, ilska, sorg, tillbakadragande och social isolering. Det kan vara svårt för en vårdare att förstå vad en person med demens försöker uttrycka verbalt och icke-verbalt och göra sig förstådd. Fragmenterade och disorienterade verbala uttryck samt beteende har beskrivits som det som utgör kommunikationen med relevans och mening. (Söderlund, Cronqvist, Norberg, Ternestedt & Hanselbo, 2016).

Färdigheter

I en studie av Jootun & McGhee (2011) beskrevs olika råd för att underlätta kommunikationen med en demenssjuk. Personen som skall kommunicera med en person som har demens skall etablera ögonkontakt och närma den demenssjuke framifrån. Tala om vem man är och tilltala den demenssjuke alltid med namn. Läg handflatan på den demenssjukes överarm eller armbåge för att fånga och hålla uppmärksamheten vid liv. En hand på axeln bakifrån kan skrämman den demenssjuke. Mjukhet i kontakten underlättar kommunikationen, använd ett vänligt kroppsspråk. Alltför nära kroppskontakt kan undvikas till en början innan man vet om det uppskattas, t.ex. att smeka håret eller klappa

på kinden (det kan kännas kränkande och barnsligt). Uppmuntra den demenssjuke att använda gester eller att skriva ner saker. Försök att vara på samma nivå som den demenssjuke och ge henne tid att svara och sitt helst ner. Använd enkla och korta meningar och fråga endast en fråga åt gången. Försök tolka kroppsspråk och ansiktsuttryck. Minns också att frågan är ny för den demenssjuke varje gång hon frågar den.

Gyllene regler till vårdare som tar hand om personer med demens är att: spendera lite mer tid åt dem så att man förstår deras känslor och behov. Var delaktig och reagera på positiva minnen som patienten gillar att prata om. Plocka fram kontinuerligt information om patienten, och leta efter ledtrådar om vad som ger positiva och negativa reaktioner via beteendet. Förbered och använd ett informationspapper för varje individ till hjälp för att skapa en effektiv kommunikationsbro. Ställ inte direkta frågor, de kan höja patientens stressnivå. Var redo att ta skulden om en svårighet uppstår. (Elkins, 2011).

Forskning har visat att en meningsfull konversation med personer som har demens innefattar: öppna korta frågor i presens, observera känslor och ge tid och utrymme för personen med demens att hitta sina ord och leda samtalet samt användningen av metaforer, dvs. bilder som verktyg (Mcevoy & Plant, 2014). I en studie av De Vries (2013) utvecklades en enkät som administrerades till vårdgivare för att be dem indikera hur ofta de använder olika strategier och om de tyckte att det gav en förbättrad kommunikation med sina makar. Forskarna fann ett positivt samband mellan rapporterad användning och effektivitet av strategier. Det starkaste förhållandet var användningen av korta, enkla meningar, slutna frågor, ordagrant upprepning och omskriven upprepning. Under vissa omständigheter har personer med demens visat positiva och meningsfulla svar på öppna frågor, särskilt när frågorna visat på intressanta ämnen och personen var fokuserad.

Tid

Tidspressen inom primärvården är svår för vårdare, och blir ännu svårare när patienter med demens uppvisar ovanliga eller utmanande beteenden. Förrvirring och aggressivt beteende kan vara skrämmande för en vårdare om hon inte har erfarenhet att ta hand om dessa personer eller om vårdaren inte försetts med specialutbildning. Värdefull tid kan kastas bort om vårdaren kommunicerar ineffektivt med personer som har demens. (Elkins, 2011). Personer med demens anser att vårdaren har för lite tid att diskutera med dem när de kommer hem till dem och gör endast det som skall göras. (Koskenniemi, Leino-Kilpi & Suhonen, 2015).

Sjukskötarna upplever att de inte har tillräckligt med tid för att hjälpa patienterna att förstå deras nuvarande hälsotillstånd. Tiden bör fördelas för att kommunicera tydligt och tålmodigt. Noggrann planering och utförande av vård behövs samtidigt som tydlig information behövs för att göra patientmedverkan. I en preoperativ kommunikation är det en sjukskötare som tar hand om kommunikationen med personen med demens medan den andre förbereder för operation. Sjukskötaren får be patienten att ligga ner flera gånger och tålmod behövs. (Krupic, Eisler, Sköldenberg & Fatahi, 2016).

Hjälpmedel

Talking mats (en digital tablett) kan förbättra effektiviteten i kommunikationen hos personer med demens. Det är ett lågteknologiskt stöd för kommunikationen som utvecklats vid Strilings universitet. Den använder ett enkelt system med bilder, symboler och tillåter människorna att ange sina känslor om olika val inom ett ämne genom att placera en bild med en visuell skala. Detta kan användas vid måttlig eller svår demens. (Jootun & McGee, 2011).

6.2 Meningsfulla aktiviteter

Att kunna kommunicera med personer som har demens kräver hög kompetens i bedömning av specifika individuella kommunikationsutmaningar och behoven hos personen. Detta inkluderar användningen av minnesböcker och livshistoria. Kommunikationsförmågan är viktig för relationerna i vårdmiljöer, att engagera personer med demens att delta i sociala aktiviteter och att använda minnet som ännu finns samt minska på beteendestörningar. (De Vries, 2013). Den demenssjuke behöver vara engagerad i verksamma uppgifter för att känna sig produktiv även fast hon kanske inte kommer ihåg saker hon brukat göra. Hon har också ett fortsatt behov av mänskliga relationer och interaktion. Om detta inte uppfylls kan det leda till isolering och brist på stimulans leder vidare till oro och depression. (Barnes, 2012). Vårdpersonalen kan hålla den demenssjuke engagerad genom identifiering av tidigare kunskaper, förmågor och intressen samt genom att använda kreativa och terapeutiska aktiviteter som uppmuntrar personer med demens att upprätthålla dessa färdigheter (Veselinova, 2014).

Social gemenskap främjar välbefinnande. Personer med mild demens hade positiva effekter på ett aktivitetsprogram en gång i veckan. Deltagande i aktivitetsprogram visar känslor av ett mer meningsfullt liv, välbefinnande, och tillfredsställelse. Det viktigaste

temat som tolkades av deltagarna var betydande engagemang ger upphov till välbefinnande. Programmet gav en grund för att bibehålla sin identitet och traditionella kulturella värderingar. Deltagarna uppskattade aktiviteter som var relaterade till deras livshistorier, regional historia, traditioner, folkmusik och nöje. Ibland ingick även bussresor till historiska platser under programmet. (Brataas, Bjugan, Wille & Hellzen, 2010).

Vårdare som tar hand om personer med demens, måste förstå vad skillnaden av en effektiv konversation gör för dennes välbefinnande och livskvalitet. Vårdare bör vara skickliga kommunikatörer för att komma nära patienten samt engagera dem. Förmågan att kunna anpassa kommunikationsprocessen med behoven för den demenssjuke eller anta strategier är nyckeln till framgång med samarbete med patienter och förbättra deras utfall. (Jootun & McGhee, 2011).

I en studie av Brataas, Bjugan, Wille & Hellzen (2010) upplevdes osäkerhet och personlig osäkerhet vid gruppaktiviteter. När personer som har demens frågades om dagsaktiviteter, var de medvetna om de kognitiva förluster de drabbats av och upplevde sig själva som oförmögna att ordna sociala möten själva. Den sociala motivationen väcktes när informanterna bedömde det som ohälsosamt att sitta hemma hela tiden själva. Vårdare informerade dem om omtänksamt stöd samt transport. Klienterna var i olika stadier i sin ambivalens men kände förutsägbarhet och kontroll från personalen och tog därför en chans till programmet. Detta skulle hjälpa dem ut ur social isolering.

Män gillar oftast att prata om sitt jobb, sin familj, väder, båtar samt fotboll. Vissa gillar att läsa tidningar, tidskrifter eller titta på TV samtidigt. Det är viktigt att tänka på vem som kan delta i gruppaktiviteter och vilka som kan behöva individuellt stöd. Ofta är det frågan om att samlas runt något meningsfullt. Musik och dans är verksamheter som är populära. Kortspel, målning och dagsutflykter är aktiviteter som är bra individuellt och som gruppaktivitet. Vid omfattande kognitiva nedsättningar och kommunikationsproblem kan personen känna glädje även som åskådare. Den demenssjukes livshistoria, värderingar och identiteter påverkar vården och kommunikationen. (Lillekroken, Hauge & Slettebø, 2015).

Miljö

Miljön kan relateras till positiva eller negativa minnen. En miljö som påminner om ett traumatiskt minne kan leda till ett oväntat beteende. Vårdpersonal kan se till att den demenssjuke får vara på sådana platser som ger henne trygghet i mån av möjligheter och välja rätt personal åt henne. (Juhasz, 2016; De Vries, 2013).

I en studie av Garre-Olmo, López-Pousa, Turon-Estrada, Juvinyà, Ballester & Vilalta-Franch (2012); Veselinova (2014) var miljöåtgärder förknippade med livskvaliteten. Hög temperatur var associerad med lägre livskvalitet. Höga buller gav upphov till få sociala interaktioner, störd sömn, distraktion för att slutföra en uppgift, agitation och rädsla. Lite belysning orsakade humöret negativt. Ökad belysning förbättrade sömnmönster och minskade oönskade beteenden och psykiska symptom på demens.

När demenssjukdomen fortskrider kan det vara nödvändigt att flytta till ett demensboende. Personer med demens är främst beroende av att etablera och upprätthålla relationer med vårdpersonal. Men studier har visat att vårdare kommunicerar mindre med personer som har kommunikationssvårigheter än med de som inte har det. Att bo på ett demensboende är associerat med ett tråkigt liv och få möjligheter att prata om viktiga händelser i livet, trots behovet av detta. Personernas sociala och intellektuella stimulering uppfylls annars inte. (Söderlund, Cronqvist, Norberg, Ternestedt & Hanselbo, 2016). Personen med demens kan fortfarande behålla andra kapaciteter som kan användas för att förbättra kommunikationen såsom långtidsminnen, sociala färdigheter som sång och dans, förmågan att svara på sinnen; lukt, känsel och smak (De Vries, 2013).

Musik

Det är väl känt att personer med demens har problem att tolka och uttrycka kommunikation samt interagera med andra människor. Flera strategier har undersökts om hur interaktionen mellan personen som har demens och vårdare är avgörande för att underlätta kommunikationen vid omvårdnad. Det har konstaterats att musik är en bra terapeutisk metod som förbättrar den demenssjukes kommunikation. Musik såsom rytm, klang, melodi och accent stimulerar hjärnan och förmedlar positiva känslor hos den demenssjuke. (Hammar, Emami, Engström & Götell, 2011).

Musikterapi används för att förbättra kommunikationen, emotionella, kognitiva och beteendemässiga färdigheter hos personer med demens. Många studier som utförts har visat att musikterapi påverkar beteendet positivt på äldre personer med demens. Resultatet av tretton studier visar på att musikterapi påverkade beteendet positivt genom minskning av agitation. Personerna med demens får bättre humör och sociala färdigheter i och med användningen av musikterapi. (Wall & Duffy, 2010).

Musik kan öka delaktighet, sociala och emotionella färdigheter, minska beteendeproblem, och fungera som stimulans till återkallande av språkkunskaper för personer som har demens. ”The American Music Therapy Association” (AMTA) definierade musikterapi

som en klinisk och evidensbaserad användning av musikinsatser för att uppnå individuella mål. Gruppmöten kan vara formella eller informella som inkluderar musik, sång eller slagverk. Det limbiska systemet i hjärnan som behandlar känslor och språk stimuleras vid musik. Att kombinera musik med språk i sång ökar neurologisk aktivering mycket mer än enbart med språket. (Wall & Duffy, 2010).

Musik har visats främja kommunikationen mellan vårdare och personer med demens. Det har en positiv effekt på en upprörd patient, minskar ångest och aggressivt beteende samt återställer kognitiv och motorisk funktion. Musikterapi har visat en övergripande förbättring i patientens livskvalitet. När en musikterapeut inte är tillgänglig kan vårdpersonal ge musikterapi genom att sjunga eller spela bakgrundsmusik. Effekten av musikterapi har även visat sig ha en positiv effekt på vårdares humör, minska stress, ångest och irritabilitet och därmed öka patientvård. (Wall & Duffy, 2010).

7 Diskussion

I detta kapitel presenteras resultatdiskussion, metoddiskussion och slutledning. I resultatdiskussionen jämförs resultaten med varandra och andra kapitel i examensarbetet. Resultatet diskuteras utifrån syfte och frågeställningar mot teoretiska utgångspunkten och bakgrunden. I metoddiskussionen diskuteras trovärdigheten i arbetet och i slutledningen diskuteras bl.a. förslag till vidare forskning

7.1 Resultatdiskussion

Syftet i arbetet var att beskriva hur vårdare skall kommunicera med personer som har demens samt vilka faktorer som påverkar kommunikationen. Frågeställningarna har besvarats i resultatet. Resultatet har gett en bred synvinkel om att empati, förmågan att lyssna, kunskaper, färdigheter och tid behövs för att kommunicera med personer som har demens. Det finns även hjälpmedel att fås när kommunikationen brister. För att personen med demens skall känna mening i livet är det viktigt att man som vårdare aktiverar personen och hittar en aktivitet som passar denne. Empatin, förmågan att lyssna, kunskaper, färdigheter, tiden och miljön påverkar kommunikationen i stor grad. Den

teoretiska utgångspunkten Joyce Travelbees teori handlar om relationer och hon belyser många aspekter som berör resultatet i arbetet. Travelbee behandlar bl.a. empati, kunskaper och sociala färdigheter. Travelbee menar också att en människa behöver vara engagerad i verksamma uppgifter som gör livet värt att leva.

Resultatet belyser många aspekter som framkommer i bakgrunden. Studien har bidragit med en helhetsbild om vad som behövs för att kommunicera med personer som har demens. De 19 vetenskapliga artiklarna som använts i resultatet kan gott och väl användas i praktiken. Vårdare kan lära sig hantera sin empati. Det är upp till vårdaren att ta den tid som behövs för att lyssna på patienten även om det kan vara ont om tid, viljan att lyssna spelar roll. Kunskaper om personer som har demens kan lätt fås bara den egna viljan finns. Färdigheter baserad på kunskap får man ju mer man övar. Resultatet belyste endast ett hjälpmedel men det finns med hög sannolikhet fler. Vårdaren bör få reda på vad den demenssjuke har tyckt om att göra tidigare i sitt liv, när vårdaren vet detta kan aktiviteter verkställas för ett meningsfullt liv. I resultatet har många likheter med den teoretiska utgångspunkten och bakgrunden hittats.

I resultatet uppges att viktiga aspekter av empati är att man känner den känslomässiga upplevelsen av andra och drar slutsatser om deras mentala tillstånd (Mcevoy & Plant, 2014). Detta kan hänvisas till Joyce Travelbees teori. Travelbee menar också att ha likartade erfarenheter är en förutsättning för empati hos de involverade personerna (Kirkevold, 2000, s. 133-134). Empatisk respons är en uppskattning om vad andra människor upplever och de kan bidra till att bygga känslor av samhörighet, ömsesidighet och förtroende (Mcevoy & Plant, 2014). Att personliga, sociala förmågor och färdigheter behövs för att vårdare skall kunna ta hand om sina patienter med medkänsla och empati (Digby, 2016). Enligt Travelbee är det också sjuksköterskan som har ansvaret för att en god relationen upprätthålls mellan vårdpersonal och den sjuke (Kirkevold, 2000, s. 133-134).

Enligt Mcevoy & Plant (2014) skapar en empatisk och nyfiken hållning den gemensamma grunden för en meningsfull kommunikation och bidrar till att relationer växer som baseras på gemensam förståelse. Empatisk nyfikenhet är en ståndpunkt som vi antar när vi fokuserar vår uppmärksamhet på perceptuella erfarenheter hos personer med demens, eftersom de upplever dem här och nu. Detta relateras också till Skog & Grafström (2013, s. 96) där det behövs ett empatiskt förhållningssätt då den demenssjuke blir mer och mer beroende av att omgivningen kan tolka och känna igen den sjukas ord, känslor och kroppsspråk.

En vårdare bör kunna identifiera och anpassa inställningen till individens kommunikationsbehov, färdigheter, önskemål och preferenser enligt Veselinova (2014). Vårdaren bör vara skicklig. De skall ha kunskap om minnesproblem och ha en god kommunikationskompetens. (Koskenniemi, Leino-Kilpi & Suhonen, 2015). Enligt Joyce Travelbee inkluderar kommunikation olika färdigheter som förmåga och kunskap att tillämpa den. Ett välutvecklat ”timing” sinne och sensitivitet samt behärskande av olika sorters kommunikationstekniker. (Kirkevold, 2000, s. 137).

Den demenssjuke behöver vara engagerad i verksamma uppgifter för att känna sig produktiv även fast hon kanske inte kommer ihåg saker hon brukat göra, framgår i resultatet. Hon har också ett fortsatt behov av mänskliga relationer och interaktion. Om personen inte känner sig meningsfull kan det leda till isolering och brist på stimulans leder i sin tur till oro och depression. (Barnes, 2012). Travelbee anser också att upplevelsen av mening är att något eller någon behöver en, vilket gör livet värt att leva. Människor behöver ofta hjälp för att hitta en mening i olika livserfarenheter, som Travelbee menar att är det viktigaste syftet med omvårdnad. Travelbee anser också att kommunikationen kan förstärka eller lindra den sjukes ensamhet och isolering. (Kirkevold, 2000, s. 133-134, 137).

Det som behövs för en meningsfull kommunikation med personer som har demens enligt Jootun & McGhee (2011) och Skog & Grafström (2013 s. 98) samt Raneskog (2013, s. 169) är bl.a. att man ser till att man har ögonkontakt med personen och närmar henne/honom framifrån. Att man talar om vem man är och tilltalar den demenssjuke alltid med namn. Använd ett vänligt kroppsspråk. Uppmuntra den demenssjuke att använda gester eller att skriva ner saker. Försök att vara på samma nivå som den demenssjuke och ge henne/honom tid att svara och sitt helst ner. Använd enkla och korta meningar och fråga endast en fråga åt gången.

7.2 Metoddiskussion

Skribenten utgår från Henricsons syn på metoddiskussionen. Enligt Henricson kan validiteten (trovärdighet) och reliabiliteten (pålitlighet) samt generaliserbarhet (överförbarhet) användas som grund för granskningen i en kvalitativ design. (Henricson, 2012, s. 473-475). Dessa redogörs nedan.

Validitet

Forskaren bör kunna övertyga läsaren att resultatet är giltigt och kunskapen är rimlig. Forskaren skall ställa sig frågorna: har syftet eller frågeställningarna blivit besvarade utifrån litteraturoversikten? Vilka tillvägagångssätt har använts för urvalet av artiklarna? Styrkor och svagheter diskuteras, om att hitta rätt ämnesord och sökord samt hur sökorden har kombinerats för att få väsentliga träffar. Sökorden bör vara väsentliga för syftet, men samtidigt kan sökningen ge ett antal träffar som inte berör syftet. Sökningar i flera databaser kan stärka arbetets validitet eftersom det ökar utbudet av väsentliga artiklar. För att öka trovärdigheten i studien kan flera studier i samma utformning användas. Forskaren bör tänka på om artiklarna är kvalitetsgranskade och hur kvalitetsgranskningsprotokollet valdes. (Henricson, 2012, s. 473, 487).

Skribenten har beskrivit fakta i bakgrunden för att läsaren skall få en uppfattning om ämnet. Kategorierna och underkategorierna i resultatet bygger på resultatet av de vetenskapliga artiklarna. Syftet och frågeställningarna har blivit besvarade utifrån litteraturoversikten. Sökorden grundar sig i att besvara frågeställningarna i arbetet men även andra artiklar som inte var väsentliga för arbetet har dykt upp. MOT- ordböckerna har använts för att kolla upp vad orden anses vara på engelska och betydelsen av dem samt om dessa ord finns registrerade i databaserna som använts. Bl.a fanns inte ordet ”förstå” med, vilket kunde varit ett bra sökord i arbetet. Vetenskapliga artiklar har använts från databaserna Ebsco och Cinahl, men skribenten har även sökt i SveMed+ och PubMed, där ett par artiklar hittats och redan använts. Alla 19 artiklarna är referentgranskade, dvs. en eller flera experter har granskat artiklarna. Den teoretiska utgångspunkten Joyce Travelbees teori behandlar empati, kunskap och aktivitet, vilket också användes som studieresultat. Därför har skribenten kunnat använda teorin på ett bra sätt i studien. Skribenten skrev arbetet själv och har därmed inte kunnat granska artiklarna med en kamrat, däremot har arbetet och artiklarna diskuterats med två handledare under arbetets gång.

Reliabilitet

Reliabilitet eller pålitlighet avses litteraturoversikten till reproducerbarhet. Med detta menas att i metodavsnittet har en grundlig redovisning av urvalet, sökningen, datainsamlingen och dataanalysen gjorts. En diskussion om huruvida kvaliteten har säkrats i examensarbetet är relevant. Kvaliteten påverkar tillförlitligheten i resultatet. Forskaren skall också reflektera över förförståelsen. (Henricson, 2012, s. 474).

En grundlig redovisning av urvalet, sökningen och datainsamlingen samt dataanalysen har gjorts. Ju mer sökningar som gjorts, desto mer artiklar har hittats som passar in i arbetet. Om alla sökningar skulle skrivits upp i tabellen hade det blivit en flera sidor lång tabell, därför har de mest väsentliga sökningarna tagits fram. Sökningarna kunde avgränsats med att välja ”NOT” funktionen i databaserna. Skribenten har testat detta men valde att undvika funktionen för att se vilka artiklar som dök upp.

Kvaliteten i examensarbetet har säkrats genom handledning i alla delar. Mätinstrumenten som använts i studierna i de vetenskapliga artiklarna är observation, tvärsnittsobservation, intervjuer, fokusgrupp-intervjuer, egna erfarenheter, litteraturstudier och även en artikel från en akademisk examen. Förförståelsen och kunskapen har utvecklats under forskningsprocessens gång via böcker och vetenskapliga artiklar. Eftersom bakgrunden skrevs först kan förförståelsen påverkat urvalet av artiklarna. Kunskap som fåtts via böcker och artiklar har väckt nya tankegångar och ökat förståelsen för den demenssjuke. Eftersom alla artiklar varit på engelska har svårigheter i översättningen funnits.

Syfte och frågeställningarna avgjorde vilken metod som skulle användas i arbetet. Skribenten anser att en intern logisk helhet har bildats i arbetet. Det finns samband mellan frågeställningarna, datainsamlingen och analysen. Faktorer som åstadkommit i resultatet relaterar till frågeställningarna, bakgrunden och den teoretiska utgångspunkten, på det sättet kan man säga att alla delar har relaterats till en helhet. Ett problem har varit att litteraturstudier har använts i arbetet. Det skulle varit intressant att göra en intervju- eller en enkätstudie för att se om resultatet förblev det samma.

Generaliserbarhet

Genom validitet och reliabilitet bedöms resultaten i examensarbetet om det är tänkbart att överföra eller generalisera arbetet till andra grupper eller situationer. Generaliseringen skall ha en motivering från resultatet. Validiteten och reliabiliteten bör vara ”säkrade” för att kunna avgöra resultatets överförbarhet. (Henricson, 2012, s. 475, 488).

Studien uppfyller kraven för trovärdighet och pålitlighet. Artiklarna har valts flest från Skandinavien men också från andra länder som t.ex. Spanien. Skribenten anser att resultaten som åstadkommit i artiklarna utomlands, även kan användas till kommunikationen med personer med demens i Finland, eftersom liknande resultat också fåtts i Skandinavien. Artiklarna som valdes har varit olika typer av intervjuer och observationer. Egna erfarenheter och litteraturstudier har tagits med och olika synvinklar,

olikheter och likheter har setts. Skribenten anser därför att resultatet kan användas till andra kontexter.

7.3 Slutledning

I kapitlet reflekterar skribenten över resultatet och gör en kortfattad sammanfattning av examensarbetet. Skribenten diskuterar begränsningar och svagheter i studien och ger förslag till vidare forskningar. Diskussionen grundar sig på likheter och skillnader jämfört med tidigare forskningsresultat inom området.

Det är många faktorer som inverkar på kommunikationen och därför är det viktigt att som vårdare veta varför personen med demens drar sig undan, är socialt isolerad, känner sig deprimerad, blir irriterad och aggressiv. Därefter blir det lättare att kommunicera med henne/honom. I bakgrunden har lyfts fram olika beteende- och kommunikationsförändringar när en person drabbas av demens. Resultatet visar kommunikationsmetoder och meningsfulla aktiviteter som vårdaren kan använda sig av i kommunikationen med personer som har demens.

Under mina praktik- och arbetsdagar har jag mött personer som har demens och då har jag sett hur andra vårdare kommunicerar och bemöter personerna. De flesta vårdare har ett vänligt bemötande och bemöter personerna på ett bra sätt. Men det finns en del som inte har uthållighet med personer som har demens och det gör att den demenssjuke går igång. Vårdarna kan säga fula ord, reta upp personen och ta tag i personen så hon/han får ont. Då undrar jag om det beror på otillräcklig kunskap eller om det är vårdarens personlighet. I resultatet kom det fram att en vårdare bör visa empati för den demenssjuke samt att empati har setts som en egenskap som man föds med. Det kan väl vara så att vissa personer inte passar som vårdare på t.ex. ett demensboende utifrån personligheten. Jag tror att om vårdaren får tillräckligt med kunskap om personer som har demens, t.ex. varför de beter sig som de gör, så kan det leda till att vårdarna får mer förståelse och kan visa mer empati. Däremot tror jag att viljan och motivationen att lära sig detta måste komma från vårdaren själv. Jag tror också att ju mer erfarenhet man har i att kommunicera med personer som har demens, desto mer lär man sig och vet den demenssjukes beteenden och vad som är det bästa för henne/honom.

Genom att begränsa sökandet med ”Full Text” kan en del viktiga studier fallit bort, som inte setts, även om jag har fått en inblick i dessa. Att använda litteraturstudierna inverkar positivt på resultatet eftersom det är fler studier som baserar sig på resultatet, även om forskaren ogärna skall använda litteraturstudier i denna typ av studie. Eftersom jag skrivit arbetet själv har det varit en utmaning att kategorisera teman i resultatet, men detta blev lättare med handledning från lärare.

Med detta examensarbete ville jag tydliggöra för vårdpersonal inom hälso- och sjukvård och anhöriga samt vänner hur man skall kommunicera med personer som har demens. Det är även väsentligt för dem att veta vad som påverkar kommunikationen samt att de har förståelse för personen som har demens. Examensarbetet har varit lärorikt att ta del av och jag har lärt mig massor samtidigt som det har varit tidskrävande. Jag har blivit bättre på att söka vetenskapliga artiklar och lärt mig enormt mycket om personer med demens och om kommunikationen.

För att få ny eller djupare kunskap om ämnet kunde man utföra en intervjustudie eller en enkätundersökning med vårdare och sjukskötare, där man ställer frågor om hur de anser att man skall kommunicera med personer som har demens samt vad som påverkar kommunikationen. En intervjustudie kunde också göras på lindrigt demenssjuka och fråga dem hur de tycker att en vårdare eller en sjukskötare skall kommunicera med dem. För att få mera kunskap i hur vårdare skall kommunicera med personer som har demens kunde föreläsningar hållas för vårdpersonal och även för anhöriga.

Förslag till vidare forskning

I en studie av Digby (2016) har visat att hälso- och sjukvård över hela världen har upplevt stora förändringar de senaste 50 åren. Förändringarna i kärnan omvårdnad har utvecklats från omtänksamhet till ett nytt paradig som har fokus på riskminimering, ansvar och patientflödet. Det finns en risk att de traditionella värden som kraftigt betonas i empatisk vård och patientens välbefinnande håller på att ersättas till ett samhälle som värderar effektivitet. Jag anser att riskminimering, ansvar och patientflödet är viktigt men vad kommer att hända om patientens välbefinnande och den empatiska vården ersätts? I resultatet konstaterades att empati behövs för en effektiv kommunikation med personer med demens. Detta är en oroväckande situation som vi kan befinna oss i inom en snar framtid.

Studier har visat att musikterapi påverkar beteendet positivt hos personer med demens. Personerna med demens får bättre humör och sociala färdigheter i och med användningen av musikterapi. Ytterligare forskning krävs för att undersöka effekterna av musikterapi på beteendet och välbefinnandet hos äldre personer med demens. Det finns även behov av mer forskning om hur man skall underlätta personcentrerad och samordnad dagvård för grupper i olika sammanhang, kulturellt pluralistiska grupper och grupper av yngre seniorer med mild demens.

De Vries (2013) påpekar att det är oklart vilka kommunikationsstrategier som är mest effektiva. Därför kunde ytterligare forskning göras om dessa kommunikationsstrategier. Öppna korta frågor i presens, observera känslor, ge tid och utrymme för personen med demens att hitta ord och leda samtalet samt användningen av metaforer var de kommunikationsstrategier som ansågs behövas för att kommunicera med personer med demens.

Mcevoy & Plant (2014) anser att en meningsfull konversation med personer som har demens innefattar öppna korta frågor i presens medan De Vries (2013) menar att den innehåller slutna frågor men betonar också att under vissa omständigheter har det visats att personer med demens har visat positiva och meningsfulla svar på öppna frågor. Ytterligare forskning behövs för att veta hur kommunikationen påverkas av öppna eller slutna frågor.

Studier har visat att vårdare kommunicerar mindre med personer som har kommunikationssvårigheter än med de som inte har det (Söderlund, Cronqvist, Norberg Ternestedt & Hanselbo, 2016). Ytterligare forskning behövs för att veta varför en vårdare kommunicerar mindre med en person som har kommunikationssvårigheter än med en som inte har det. Kan detta bero på tidsbristen eller att det är trevligare att kommunicera med någon som ger respons?

Källförteckning

- Abrahamsson, B. (2003). *Demens – omsorg och omvårdnad*. (Uppl. 1). Stockholm: Bonnier Förlag.
- Barnes, I. (2012). Understanding agitated and violent behaviors in dementia care. *Canadian Nursing Home*, 23(1), 16-22.
- Blackhall, A., Hawkes D., Hingley, D. & Wood, S. (2011). VERA framework: communicating with people who have dementia. *Nursing Standard*, 26(10), 35-39.
- Brataas, V., Bjugan, H., Wille, T. & Hellzen, O. (2010). Experiences of day care and collaboration among people with mild dementia. *Journal Of Clinical Nursing*, 19(9/20), 2839-2848.
- Cedersund, E. & Nilholm, C. (2000). *Samtal i äldreomsorgen. Samspelet mellan omsorgspersonal och äldre med Alzheimers sjukdom*. Studentlitteratur, Lund.
- Cunningham, C., McClean, W. & Kelly, F. (2010). The assessment of pain in people with dementia in care homes. *Nursing older people*, 22(7), 29-35.
- De Vires, K. (2013). Communicating with older people with dementia. *Nursing Older People*, 25(4), 30-38.
- Demenscentrum. (2013). *Svenskt demenscentrum*. [online] <http://www.demenscentrum.se/Arbeta-med-demens/Metoder-och-arbetsatt/Mota-beteendeforandringar-BPSD/Beteendeforandringar-vid-demenssjukdomBPSD/> [hämtad: 29.11.2016]
- Demensförbundet. (2014). *Unganhörig.se* [online] <http://unganhorig.se/vad-ar-demens/> [hämtad: 15.11.2016]
- Digby, R. (2016). Nurse empathy and the care of people with dementia. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 34(1), 52-59.
- Digby, R., Lee, S. & Williams, A. (2016). Interviewing people with dementia in hospital: recommendations for researchers. *Journal Of Clinical Nursing*, 25(7/8), 1156-1165.
- Elkins, Z. (2011). COMMUNICATION BRIDGES FOR PATIENTS WITH DEMENTA. *Primary health care*, 21(10), 16-19. Accessed February 26, 2017.

Eriksson Barajas, K., Forsberg, C. & Wengström, Y. (2013). *Systematiska litteraturstudier i utbildningsvetenskap*. Stockholm: Natur & Kultur.

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier - Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Natur & Kultur.

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier - Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Natur & Kultur.

Garre-Olmo, J., López-Pousa, S., Turon-Estrada, A., Juvinya, D., Ballester, D. & Vilata-Franch, J. (2012). Environmental Determinants of Quality of Life in Nursing Home Residents with Severe Dementia. *Journal Of The American Geriatrics Society*, 60(7), 1230-1236.

Halek, M. & Barthomeyczik, S. (2012). Description of the behavior of wandering in people with dementia living in nursing homes - a review of the literature. *Scandinavian Journal Of Caring Sciences*, 26(2), 404-413.

Hammar, L., Emami, A., Engström, G. & Götell E. (2011). Communication through caregiver singing during morning care situations in dementia care. *Scandinavian Journal Of Caring science*, 25(1), 160–168.

Heap, K. (1995). *Samtal med äldre. Om kommunikation, minnen, kriser och sorg*. (Uppl. 1) Lieber Utbildning AB.

Henricson, M. (2012). *Vetenskaplig teori och metod – från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.

Internetmedicin, (2016). [online] <http://www.internetmedicin.se/page.aspx?id=336>
[hämtad: 25.12.2016]

Jootun, D. & McGee, G. (2011). Effective communication with people who have dementia. *Nursing Standard*. 25(25), 40-47.

Juhasz, A. B. (2016). Encouraging positive interactions in dementia care. *British Journal Of Nursing*, 25(21), 1162.

Karlsson, S., Bleijlevens, M., Roe, B., Saks, K., Martin, M. S., Stephan, A. & ... Hallberg, I. R. (2015). Dementia care in European countries, from the perspective of people with dementia and their caregivers. *Journal Of Advanced Nursing*, 71(6), 1405-1416.

Koskenniemi, J., Leino-Kilpi, H. & Suhonen, R. (2015). Manifestation of respect in the care of older patients in long-term care settings. *Scandinavian Journal Of Caring Sciences*, 29(2), 288-296.

Krupic, F., Eisler, T., Sköldenberg, O. & Fatahi, N. (2016). Experience of anaesthesia nurse of perioperative communication in hip fracture patients with dementia. *Scandinavian Journal Of Caring Sciences*, 30(1), 99-107.

Käypähoito. (2016). *Finska Läkarföreningen Duodecim*. [online]

<http://www.kaypahoito.fi/web/svenska/for-patienter/rekommendation?id=khr00072>

[hämtad: 11.01.2017]

Lichtner, V., Dowding, D., Allcock, N., Keady, J., Sampson, E. L., Briggs, M. &... Closs, S. J. (2016). The assessment and management of pain in patients with dementia in hospital settings: a multi-case exploratory study from a decision making perspective. *BMC Health Services Research*, 161-15.

Lillekroken, D., Hauge, S. & Slettebø, Å. (2015). Enabling resources in people with dementia: a qualitative study about nurse's strategies that may support a sense of coherence in people with dementia. *Journal Of Clinical Nursing*, 24(21/22), 3129-3137.

Mitchell, G. (2014). Therapeutic lying to assist people with dementia in maintaining medication adherence. *Case study and commentaries*, 2(7), 844-849.

Mcevoy, P. & Plant, R. (2014). Dementia care: using empathic curiosity to establish the common ground that is necessary for meaningful communication. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 21(6), 477-482.

Melin, E. & Olsen, R. (1999). *Handbok i demens*. Kommentus Förlag.

Mäki, O., Topo, P., Rauhala, M. & Jylhä, M., (2011). *Teknik för människor med demens: Etiskt perspektiv på beslutsfattandet*.

Oddy, R. (2013). *Aktivitet vid demenssjukdom - en praktisk vägledning*. (uppl. 1). Stockholm: Lieber

Olsson, H. & Sörensen, S. (2011). *Forskningsprocessen*. Stockholm: Liber

Raneskog, H. (2013). *Demensboken- Omvårdnad och omsorg*. Printema Förlag.

- Ring, K. (2013). *Specifik omvårdnad vid svår demenssjukdom: En strukturerad arbetsmetod*. Gleerups Utbildning AB.
- Skog, M. (2016). *Kommunikation & demenssjukdom. Ökad förståelse i samtal och möten*. (Uppl.1, första tryckningen). Gothia Fortbildning AB.
- Skog, M. & Grafström, M. (2013). *Äldres hälsa och livskvalitet*. (Uppl. 1). Sanoma Utbildning AB, Stockholm.
- Söderlund, M., Cronqvist, A., Norberg, A., Ternstedt, B. & Hanselbo, G. (2016). Conversations between persons with dementia disease living in nursing homes and nurses- qualitative evaluation of an intervention with the validation method. *Scandinavian Journal Of Caring Sciences*, 30(1), 34-37.
- THL. (2015). *Institutet för hälsa och välfärd* [online] <https://www.thl.fi/sv/web/folksjukdomar/minnessjukdomar> [hämtad: 6.4.2016]
- Trygg Heister, B. (2008). *Kommunikativ omvårdnad. Om alternativ och Kompletterande Kommunikation för personer med demens, förvärvad hjärnskada och grav utvecklingsstörning*. (Uppl. 1). SÖK
- Uppslagsverket. (2016). [online] <http://www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/l%C3%A5ng/kommunikation> [hämtad:15.11.2016]
- Vasabladet*, 20.12.2016, s. 19. Bastubad motar demens.
- Veselinova, C. (2014). Influencing communication and interaction in dementia. *Nursing & Residential Care*, 16(3), 162-166.
- Vårdguiden. (2014). [online] <http://www.1177.se/Vastra-Gotaland/Fakta-och-rad/Mer-om/Mjuk-massage-hjalper-demenssjuka/> [hämtad: 14.4.2016]
- Wall, M. & Duffy, A. (2010). The effects of music therapy for older people with dementia. *Brittish Journal Of Nursing*, 19(2), 108-113.
- While, C. & Jocelyn, A., 2009. Observational pain assessment scales for people with dementia: a review. *British Journal of Community Nursing*, 14(10), 438-442.

Bilaga 1: Resuméartikel

Författare & år	Titel	Syfte	Metod	Resultat
Hammar, Emami, Engström & Götell. (2011)	Communication through caregiver singing during morning care situations in dementia care.	Beskriva hur personer med demens och deras vårdare uttrycker verbal och icke-verbal kommunikation under av-och påklädning under morgonsysslor utan och med musik på.	Studien genomfördes på två boenden för personer med demens i Sverige. Tolv vårdare valdes ut att delta i studien. Deltagarna observerades genom video i par, fyra gånger, en gång i veckan per person med demens. Först i vanliga morgonrutiner och sedan samma tid under musik- interventionssituationer	Vid situationer utan musik ledde vårdare av- och påklädningen med muntliga instruktioner och kroppsrörelser och sällan uppmanade demenssjuka i av- och påklädning. Men med musik på verkade vårdarna mer intresserade och engagerade av att kommunicera med personen med demens.
Lillekroken, Hauge & Slettebø. (2015)	Enabling resources in people with dementia: a qualitative study about nurse's strategies that may support a sense of coherence in people with dementia.	Att undersöka vårdares strategier som kan stödja känslan av samhörighet hos personer med demens.	Observation och fokusgruppintervjuer. Sexton vårdare från två norska boenden deltog i studien.	Att anpassa meningsfulla aktiviteter och hitta kreativa lösningar åt personer med demens.
Garre-Olmo, López-Pousa, Turon-Estrada, Juvinyà, Ballester & Vilalta-Franch. (2012)	Environmental Determinants of Quality of Life in Nursing Home Residents with Severe Dementia.	Att bestämma sambandet mellan livskvalitet och faktorer som temperatur, miljö, buller och belysning påverkar personer med svår demens.	Tvårsnittsobservation, analytisk. Åtta offentliga boenden i Spanien. Slumpmässigt urval av 160 boenden.	Miljöåtgärder var förknippade med livskvaliteten. Hög temperatur var associerad med lägre livskvalitet. Höga buller gav upphov till få sociala interaktioner. Lite belysning orsakade negativt humör.
Söderlund Cronqvist Norberg Ternstedt & Hanselbo. (2016)	Conversations between persons with dementia disease living in nursing homes and nurses- qualitative evaluation of an intervention with the validation method.	Att belysa handlingar och reaktioner av personer med demens som bor på ett boende. Sjukskötaren hade fått ett års utbildning i valideringsmetod.	Observation genom videoband från tre boenden i Sverige. Fyra personer med demens var inblandade i videosamtal med fyra vårdare som deltog i en valideringsmetod som träningsprogram. Videoband med fem månader mellan första och sista inspelningen analyserades och jämfördes kvalitativt.	Resultaten presenterades i fyra kategorier som identifierades i varierande grad i samtals början och slutet; vara ointresserad av eller inte svara på frågor, talar om mer än ett samtalsämne samtidigt, försöker att prata om vad någon tänker på och tala mer fritt om vad som finns i tankarna.

Karlsson, Bleijlevens, Roe, Saks, Martin, Stephan, Suhonen, Zabalegui & Hallberg. (2015)	Dementia care in European countries, from the perspective of people with dementia and their caregivers.	Att undersöka personer med demens och deras vårdgivares synpunkter om sektorsövergripande information, kommunikation och samarbete i hela demensvårdbanan.	Kvalitativ forskning. Fokusgrupper genomfördes i Finland, Sverige, Estland, Tyskland, Frankrike, Spanien, Holland och England. Personer med demens (N=137) och deras vårdgivare deltog i fokusgruppintervjuer. Innehållsanalys gav modell av information, kommunikation och samarbete.	Information, kommunikation och samarbete måste ha fokus på personen med demens och dess vårdgivare. Att gå in i banan för sjukdomen och konsekvenserna togs upp som en viktig utgångspunkt. Förtroende till professionell vårdare behövs för en god relation. Professionell engagemang och kunskap, variation i service och vård anpassad till behoven var viktiga.
Brataas, Bjugan, Wille & Hellzen. (2010)	Experiences of day care and collaboration among people with mild dementia.	Att undersöka hur ett dagligt aktivitetsprogram med gruppssamarbete och sociala och kulturella upplevdes av personer med mild kognitiv försämring.	En kvalitativ intervjustudie med nio norska personer med demens i åldern 77-88 år som bor hemma.	Meningsfullt engagemang leder till välbefinnande och social gemenskap främjar belåtenhet.
Digby, Lee & Williams. (2016)	Interviewing people with dementia in hospital: recommendations for researchers.	Beakta utmaningarna i processen att intervjua personer med demens. Ge rekommendationer för de som intervjuar personer med demens.	En diskursiv artikel som bygger på erfarenheter av att intervjua personer med demens i tre separata studier. Totalt intervjuades 45 deltagare.	Att interjua personer med demens kräver specifika kompetenser; förmågan för empati och visa respekt för deras åsikter.
Koskenniemi, Leino-Kilpi & Suhonen. (2015)	Manifestation of respect in the care of older patients in long-term care settings.	Att beskriva manifestationen av respekt i vården av äldre patienter utifrån perspektivet från äldre patienter med demens och deras anhöriga.	Öppna intervjuer hemma hos patienten eller på boende i tre städer i Finland. Ett målmedvetet urval (N=40), patienter (N=20) och deras anhöriga (N=20).	Respekten i långtidsboenden manifesteras i patientvård genom vårdaren. Vårdaren kan visa respekt genom att säga: ”jag är här för dig”.

Krupic, Eisler, Sköldenberg & Fatahi. (2016)	Experience of anaesthesia nurse of perioperative communication in hip fracture patients with dementia.	Att beskriva anestesijukskötares erfarenheter om de olika svårigheter som uppstår i vårdsituationer och hur kommunikationen kan bibehållas i inställningen av frakturoperation.	Individuella intervjuer genomfördes med 10 anestesijukskötare (5 män, 5 kvinnor). Intervjuerna genomfördes vid ett universitetssjukhus i Göteborg (Sverige). Data analyserades med kvalitativ innehållsanalys.	Perioperativa problem kan övervinnas med tålmod, empati, djup kunskap om hur personer med demens svarar före operation.
Juhasz. (2016)	Encouraging positive interactions in dementia care.	Vad gör en vårdare för att uppnå en god omsorg med personer med svår demens?	En legitimerad sjukskötares upplevelser av kommunikationen med demens. Hon har jobbat på sjukhus och boenden.	Att visa respekt för personernas mänsklighet; att ta den tid som behövs och lyssna på personen. Att ha allmän kunskap om historia och musik. Att se helheten för att komma närmare personen.
Mcevoy & Plant. (2014)	Dementia care: using empathic curiosity to establish the common ground that is necessary for meaningful communication.	Hur vårdare kan använda sin empatiska nyfikenhet som krävs för att föra en meningsfull dialog med personer med måttlig till svår demens.	Tre fall exempel hämtade från demensvårdslitteraturen som sedan användes för att illustrera vad empatisk nyfikenhet är och hur det kan se ut i praktiken samt undersöka den potentiella effekten som relationen kan ha.	Fallstudierna belyser fyra viktiga sätt hur man skall kommunicera med personer med demens för att föra en meningsfull konversation. 1) Öppna korta frågor i presens. 2) Observera känslor. 3) Ge tid och utrymme för personen med demens att hitta sina ord och leda samtalet. 4) Använd metaforer, bilder som verktyg.
Barnes. (2012)	Understanding agitated and violent behaviors in dementia care.	Att förebygga oönskade beteenden hos personer med demens.	Diskussionsartikel.	Vårdare kan undvika våldsamma beteenden hos en person med demens genom en god kommunikation. Vårdaren bör kunna hitta orsaken till beteendet.
Blackhall, Hawkes, Hingley & Wood. (2011)	VERA framework: communicating with people who have dementia.	Att innebörden i en svårförstådd kommunikation utvinns. Skickliga utövare kan göra en förbindelse med människor som är förvirrade, även om orden är obegripliga	Litteraturstudie. Sökord: Communication, dementia, dementia care, interpersonal skills, older people.	Detta gör man lyssnar och känner efter innehållet i den känslomässiga kommunikationen.

De Vires. (2013)	Communicating with older people with dementia.	Att utmana vårdspersonal genom att undersöka sina kommunikationsbeteenden och att få insikter och utveckla färdigheter för att möjliggöra en bättre kommunikation.	Litteraturstudie. Sökord: Communication, dementia, mental health.	Att kunna kommunicera med personer med demens kräver hög kompetens i bedömning av specifika individuella kommunikationsutmaningar och behoven hos personen.
Digby. (2016)	Nurse empathy and the care of people with dementia.	Syftet är att undersöka vårdarens empati i samband med personer med demens på sjukhus och föreslå strategier för att övervinna hinder för empatisk omvårdnad.	Litteraturstudie. Sökord: dementia, empathy, nursing care, compassion, in-patient, hospital.	En empatisk vård för personer med demens innebär stöd och utbildning för vårdare så att de har den kunskap och de nödvändiga strategier för att bry sig om personer med demens på sjukhus. Utan en god förståelse för demens, äventyras förmågan att känna igen beteenden och svara patienten på rätt sätt.
Elkins. (2011)	Communication bridges for patients with dementia.	Enkla tekniker som syftar till att utveckla samverkan och förbättra en känsla av välbefinnande. Detta kan förbättra vården och öka praxis effektivitet.	Litteraturstudie. Sökord: Dementia, communication, older people, improving care.	Förvirring och aggressivitet kan vara skrämmande för vårdare som inte tagit hand om dessa personer. Artikeln ger några exempel på hur interaktionen kan förbättras och regler som vårdare bör ha i åtanke vid vården för personer med demens.
Jootun & McGee. (2011)	Effective communication with people who have dementia.	Att undersöka de färdigheter som behövs för en effektiv kommunikation med personer som har demens.	Litteraturstudie. Sökord: Communication, dementia, older people, therapeutic relationships.	Studien visade att personer med demens behöver mycket mänsklig kontakt. Kontakten var kort eller ytlig i studien. Detta kan leda till isolering. Vårdaren gör ofta snabba värdeomdömen om personer med demens än att utforska skälen till att personen är socialt isolerad.

Wall & Duffy. (2010)	The effects of music therapy for older people with dementia.	Undersöka hur musikterapi påverkar beteendet hos personer med demens.	Litteraturstudie; 13 studier från CINAHL, PsycINFO och MEDLINE. Sökord: Behavior, Dementia, Mood, Music therapy, Older people, Socialization.	Musikterapi minskade agitation. Humöret och sociala färdigheterna blev bättre.
Veselinova. (2014)	Influencing communication and interaction in dementia.	Enheten är utformad för att ge vård- och omsorgsarbetare kunskaper och förståelse för de olika kommunikationsbehov och förmågor hos personer med demens i syfte att öka positiv samverkan.	Akademisk examen (Diplome).	Vårdpersonal bör identifiera och anpassa sin inställning till varje individs kommunikationsbehov, färdigheter och preferenser.