



**MALMÖ HÖGSKOLA**  
FAKULTETEN FÖR  
HÄLSA OCH SAMHÄLLE

# **ALLMÄNSJUKSKÖTERSANS INTERAKTIONER MED DEMENSJUKA PERSONER**

EN LITTERATURSTUDIE OM HUR VERBALA OCH  
ICKE-VERBALA KOMMUNIKATIONSSTRATEGIER  
KAN OPTIMERA OMVÅRDNADEN

ANNIE GILLBERG  
JOHANNA HANSSON

# ALLMÄNSJUKSKÖTERSKAN INTERAKTIONER MED DEMENSJUKA PERSONER

EN LITTERATURSTUDIE OM HUR VERBALA OCH  
ICKE-VERBALA KOMMUNIKATIONSSTRATEGIER  
KAN OPTIMERA OMVÅRDNADEN

ANNIE GILLBERG  
JOHANNA HANSSON

Gillberg, A & Hansson, J. Allmänsjuksköterskans interaktioner med demenssjuka personer. En litteraturstudie om hur verbala och icke-verbala kommunikationsstrategier kan optimera omvårdnaden. *Examensarbete i omvårdnad 15 högskolepoäng*. Malmö högskola: Fakulteten för hälsa och samhälle, institutionen för vårdvetenskap, 2014.

Syftet är att undersöka vilka sätt allmänsjuksköterskan kan interagera med demenssjuka på. Frågeställning: Hur kan verbala och icke-verbala kommunikationssätt optimera omvårdnaden och interaktionen mellan sjuksköterskan och personen med demenssjukdom? Ämnet har belysts genom att göra en litteraturstudie och datainsamling har gjorts på tre databaser. Denna studie är uppbyggd på sex kvalitativa studier och fyra kvantitativa. Demenssjukdom innebär nedsatt verbal kommunikationsförmåga, vilket kan leda till frustration och agiterat beteende. Därför undersöktes vilka andra kommunikationsstrategier som finns och vilka som kan underlätta interaktionen och optimera omvårdnaden. Efter granskning av de inkluderade studierna framkom tre huvudteman; *musik, kommunikation* och *uppmärksamhet*. Resultatet visar bland annat att den icke-verbala kommunikationen med kroppsspråk, beröring och ansiktsuttryck är viktig. Det visar också att användning av kreativa aktiviteter som dans och sång hjälper interaktionen mellan sjuksköterskan och personen med demens samt förbättrar omvårdnaden.

*Nyckelord:* allmänsjuksköterska, demens, interaktioner, kommunikation, omvårdnad.

# **THE GENERAL NURSE'S INTERACTIONS WITH PERSONS WITH DEMENTIA**

A LITERATURE REVIEW ABOUT HOW VERBAL AND  
NON-VERBAL COMMUNICATION STRATEGIES CAN  
OPTIMIZE CARE

ANNIE GILLBERG  
JOHANNA HANSSON

Gillberg, A & Hansson, J. The general nurse's interactions with persons with dementia. A literature review about how verbal and non-verbal communication strategies can optimize care. *Degree project in nursing 15 credit points*. Malmö University: Faculty of health and society, Department of care science, 2014.

The aim is to examine the ways in which the nurse is able to interact with people with dementia on. Question: How can the verbal and non-verbal communication methods optimize the care and interaction between the nurse and the person with dementia? The subject has been illustrated by doing a literature review and data collection has been made in three databases. This study is based on six qualitative studies and four quantitative. Dementia involves impaired verbal communication skills, which often leads to frustration and agitated behavior. Therefore it was examined what other communication strategies that are available and which ones can facilitate interaction and optimize care. After review of the included studies three main themes were revealed; *music, communication* and *attention*. The result shows that the non-verbal communication with body language, touch and facial expressions are important. It also shows that the use of creative activities such as dance and song improves the interaction between the nurse and the person with dementia and thus improve care.

*Keywords:* communication, dementia, general nurse, interaction, nursing.

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	5
BAKGRUND	5
Vad är demens?	5
Omvårdnad	6
Att arbeta med demenssjuka	6
Kommunikation vid demens	7
SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR	7
METOD	8
Sökord	8
Sökning på CINAHL	8
Sökning på PubMed	9
Sökning på PsycINFO	9
Analys/granskning av artiklar	10
Dataanalys	11
RESULTAT	11
Musik	11
Kreativa aktiviteter	11
Bakgrundsmusik	12
Sång	12
Kommunikation	13
Verbal kommunikation	13
Icke-verbal kommunikation	13
Olika strategier för kommunikation	13
Uppmärksamhet	14
Sociala interaktioner	14
Videoband	15
DISKUSSION	15
Metoddiskussion	15
Litteratursökning	16
Urval	16
Dataanalys	16
Resultatdiskussion	17
Styrkor och svagheter	17
Reflektion av resultatet	18
SLUTSATS	20
REFERENSER	21
BILAGA 1	23
BILAGA 2	26

## **INLEDNING**

Litteraturstudien belyser kommunikationen mellan sjuksköterskan och personer med demenssjukdom. Det intresserar oss att ta reda på om det finns andra och/eller bättre sätt än verbal kommunikation. Vi känner inte att vi har tillräcklig kunskap om hur bemötande och kommunikation med personer med demens bör gå till. Eftersom det finns demenssjuka patienter överallt i vården vill vi ta reda på mer om hur kunskapsläget ser ut och samtidigt själva bli mer förberedda för vår framtida yrkesroll.

Människor kommunicerar vanligtvis med ord (Aremyr & Hallin 2008). När en person blir demenssjuk, blir detta ett hinder för kommunikationen. Beroende på var i hjärnan skadan sitter, påverkas språket på olika sätt. Dock är gemensamt för alla sorters demenssjukdomar att det skapar en frustration att inte kunna uttrycka sig på det sätt man vill och alltid har gjort, och samtidigt inte heller förstå vad den andre försöker säga (a a).

## **BAKGRUND**

Sverige har en hög medellivslängd jämfört med andra länder, på grund av detta ökar prevalensen av åldersberoende sjukdomstillstånd, exempelvis demens (Abrahamsson, 2003). Medellivslängden i Sverige 2013 beräknades vara 80,1 år för män och 83,7 år för kvinnor (Statistiska centralbyrån, 2014). Enligt Socialstyrelsen (2014) finns det cirka 160 000 personer med demenssjukdom i Sverige. Hos personer över 90 år är mer än hälften drabbade av en demenssjukdom och från 65 års ålder är 8 % drabbade. Eftersom Sveriges befolkning blir äldre kommer prevalensen av demens att öka, vilket kommer att ställa högre krav på sjukvården och samhället i stort (a a).

### **Vad är demens?**

Demens är ett sjukdomstillstånd med symtom som innebär att funktioner så som minne, kognitiva funktioner och emotionella funktioner försämras (Abrahamsson, 2003). Symtomen är ofta av sådan karaktär att det vardagliga livet blir svårt att klara av, det kan helt plötsligt vara svårt att veta hur nycklar ska användas eller vad ens barn heter (a a).

För att upptäcka och kunna konstatera att någon har demens är det viktigt med en noggrann demensutredning (Abrahamsson, 2003). En utredning syftar bland annat till att utesluta andra orsaker än demens till personlighetsförändringar, vilka skulle kunna bero på hjärntumör eller depression (a a). Ett sätt att utreda kognitiv funktion är att göra ett MMSE-test (Demenscentrum, 2014). MMSE står för Mini Mental Stage Examination. Detta är inte ett sätt att ställa diagnos på, utan syftar till att mäta de kognitiva funktionerna och för att följa utvecklingen av dessa. Maxpoängen på ett MMSE-test är 30. Poäng mellan 30-20 påvisar mild demens, 19-10 medelsvår demens, och får testpersonen under 10 poäng påvisar detta svår demens (a a).

Den vanligaste formen av demens är Alzheimers sjukdom. Ingen specifik orsak till varför vissa människor drabbas har hittats, dock är det konstaterat att ålder och ärftlighet har betydelse (Abrahamsson, 2003). Demenssjukdomar kan delas in i tre huvudgrupper:

primärdegenerativa demenssjukdomar, vaskulära demenssjukdomar samt sekundära demenssjukdomar (Marcusson m. fl. 2003).

- Primärdegenerativa demenssjukdomar innebär att centrala nervsystemet blir angripet och neuron och andra celler dör (Marcusson m.fl. 2003). Det har påvisats tecken på atrofi på vissa delar av hjärnbarken vid Alzheimers, särskilt de limbiska strukturerna i parietalloben och temporalloberna där viktiga områden för minne och informationsbearbetning finns belägna (Abrahamsson, 2003).
- Vaskulära demenssjukdomar orsakas av exempelvis hjärninfarkt eller hjärnblödning (Larsson & Rundgren 2011). Ibland kan det vara svårt att avgöra om det är alzheimersförändringar eller vaskulära förändringar som dominerar. Kärlfaktorer kan ha betydelse för en stor andel av alla demenssjuka (Marcusson m. fl. 2003). Enligt Larsson & Rundgren (2011) är den vanligaste vaskulära demenssjukdomen MID (Multi Infarkt Demens).
- Sekundära demenssjukdomar uppkommer som sekundär hjärnskada vid annan somatisk sjukdom orsakad av exempelvis skador av alkohol eller brist på vitamin B12 (Larsson & Rundgren 2011).

### **Omvårdnad**

Joyce Travelbee var en sjuksköterska i USA, som levde 1926-1973 (Jahren-Kristoffersen 2002). Hon skapade en omvårdnadsteori, vars definition av omvårdnad har blivit vedertagen och välkänd (a a). I denna litteraturstudie definieras omvårdnad enligt Travelbees definition:

*"Omvårdnad är en mellanmännisklig process, där den professionella omvårdnadspraktikern hjälper en individ, en familj eller ett samhälle att förebygga eller bemästra upplevelser av sjukdom och lidande, och vid behov, att finna en mening i dessa upplevelser"* (Travelbee 2006 s. 27).

En mellanmännisklig relation kan enligt Travelbee (2006) bara ske mellan personer, inte mellan roller såsom till exempel sjuksköterska och patient. Travelbee ansåg att varje människa är unik och oersättlig. Detta överensstämmer med Socialstyrelsens riktlinjer (2010) där det betonas att personcentrerad omvårdnad är viktig för att personen och inte sjukdomen ska vara i fokus. I omvårdnadsarbetet interagerar sjuksköterskan med sina patienter, vilket innebär att det finns ett samspel mellan dessa personer.

### **Att arbeta med demenssjuka**

Enligt Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska (2005) ska sjuksköterskan ha en humanistisk människosyn, respektera patientens självbestämmande och integritet samt ta tillvara på patientens egna kunskaper och erfarenheter. Hälso- och sjukvårdslagen, 1982:763 (HSL) säger att alla människor är lika värda och vården ska ges på lika villkor. Att drabbas av demenssjukdom innebär ett ökat beroende av andra i takt med att sjukdomen utvecklas (Marcusson m.fl. 2003). Det är av stor vikt att personal som arbetar med demenssjuka har grundläggande kunskap om dessa sjukdomstillstånd. Även en adekvat utbildningsnivå inom omvårdnad är avgörande för att personalen ska ha ett personcentrerat förhållningssätt (a a). För att kunna möta en demenssjuk människa på ett personligt sätt krävs känslomässigt närvarande och att se en unik människa, inte enbart en demenssjuk person (Cars & Zander 1998).

Sjuksköterskor ska i sin yrkesroll arbeta för att göra gott och inte skada (Socialstyrelsen, 2010). Detta handlar om att känna till vad evidensbaserad forskning säger och vad beprövad erfarenhet visar gällande alternativa sätt att handla i situationer, exempelvis att kunna kommunicera på ett sätt som den demenssjuka personen förstår och kan hantera (a a).

## **Kommunikation vid demens**

Travelbee (2006) menar att kommunikation är sjuksköterskans viktigaste redskap i kontakten med en patient för att skapa en mellanmänsklig relation. Kommunikation sker hela tiden oavsett om personen är medveten om det eller inte, eftersom kommunikation är mer än det som sägs (a a). Den icke-verbala kommunikationen är viktig och består av ansiktsuttryck, kroppsspråk och beröring (de Vries, 2013).

Det kan vara svårt och en etisk utmaning att förstå meningen i ett svårtolkat beteende hos en demenssjuk person, det handlar om att kunna gå in i den demenssjukes värld för att kunna uppnå en god kommunikation (Socialstyrelsen, 2010). Kommunikation är kärnan och påverkar kvaliteten i alla relationer (Jootun & McGhee 2011). För att uppnå bästa möjliga vård är det en viktig uppgift för sjuksköterskan att ha en god förmåga att kommunicera (a a).

Varje människa har ett unikt sätt att kommunicera på (Jootun & McGhee 2011). Det är viktigt att tänka på att det finns stor variation i graden av kommunikationssvårigheter, därför är det viktigt att anpassa sig beroende på vem kommunikationen sker med (de Vries, 2013). Ett vanligt sätt att bekräfta kommunikation är att ge någon sorts feedback (Jootun & McGhee 2011). Om detta inte sker kan det antas att kommunikationen inte har nått fram. Oavsett grad av demens finns det evidens för att förmågan att kommunicera är försämrad. För sjuksköterskan är det viktigt att känna av varje människas unika sätt att kommunicera och uppmuntra den demenssjuka till att använda sig av det sätt som passar denne bäst (a a). Det är också viktigt att komma ihåg att demenssjuka fortfarande har kvar andra kvaliteter, som humor, sitt långtidsminne och sina sinnen samt eventuella intressen som exempelvis dans och sång. Allt detta kan vara fördelaktigt i kommunikation vid språkliga problem (de Vries, 2013).

Demenssjukdomens förvirring och oförmåga att göra sig förstådd kan leda till frustration som kan visa sig som agitation, aggressivitet och rastlöshet (Goodall & Ethers 2005). Nio av tio personer som har en demenssjukdom uppvisar sådana beteendemässiga symtom (Socialstyrelsen 2010). Ett vanligt sätt att försöka dämpa dessa beteenden är att använda läkemedel (van der Geer m.fl. 2009). Det har dock visat sig att läkemedel endast har begränsad effekt och ger många biverkningar (a a). De beteendemässiga symtomen kan till och med vara utlösta av läkemedel (Socialstyrelsen 2010).

Att kommunikationen är försämrad hos personer med demens gör att sjuksköterskan behöver andra verktyg för att utföra omvårdnaden optimalt.

## **SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR**

Syftet är att undersöka vilka sätt allmänsjuksköterskan kan interagera med demenssjuka på.

Frågeställning: Hur kan verbala och icke-verbala kommunikationssätt optimera omvårdnaden och interaktionen mellan sjuksköterskan och personen med demens?

## **METOD**

Detta ämne har belysts genom att göra en litteraturstudie. En litteraturstudie är enligt Axelsson (2008) en uppsats där litteraturen är informationskällan. Vi bestämde oss för att använda både kvalitativa och kvantitativa studier i arbetet. Detta för att kunna studera problemområdet ur olika perspektiv. Enligt Axelsson (2008) ger detta en bättre möjlighet att förstå verkligheten. Kvalitativa studier belyser människors erfarenheter och upplevelser medan kvantitativa studier försöker finna samband och beskriver fenomen. För studenter är en litteraturstudie ett bra sätt för att dels söka ny kunskap och samtidigt kunna värdera den, samt att på ett adekvat sätt kunna sammanställa det som framkommit (a a).

Insamling av data har gjorts genom sökningar i databaserna CINAHL och PubMed där vetenskapliga studier återfinns. Enligt Axelsson (2008) är de här databaserna de som är mest relevanta att använda för omvårdnadsforskning. I Axelsson (2008) nämns även databasen PsycINFO (för psykologi och närbelägna områden). Sökning gjordes där för att hitta eventuella studier som inte fanns på CINAHL och PubMed.

Våra inklusionskriterier var studier med vuxna individer (med vuxna menar vi personer över 18 år) diagnostiserade med en demenssjukdom. Studierna skulle beröra verbal eller icke-verbal kommunikation mellan vårdpersonal och personer med demenssjukdom. Exklusionskriterier var review-artiklar, samt artiklar på andra språk än svenska och engelska. Någon tidsbegränsning sattes inte då detta inte verkade relevant för ämnet.

### **Sökord**

Sökorden som använts är dementia, communication, nursing, nonverbal communication och music therapy. De fyra första begreppen användes framför allt för att de är bärande begrepp i syftet och även för att kommunikation är ett viktigt begrepp i Travelbees omvårdnadsteori (Travelbee 2006). Music therapy lades till i ett senare skede i sökningarna, se nedan.

### *Sökning på CINAHL*

Först gjordes tre block, ett för varje sökord, med Heading och fritext på sökorden dementia, communication och nursing (ordet nursing fanns inte som heading så därför valdes nursing care). Dessa block lades sedan samman med booleska termen AND, vilket gav ett resultat på 8468 träffar. Då detta resultat blev för stort lades ett block till till den första sökningen med ordet nonverbal communication, inkluderat både heading och fritext. Dessutom valdes abstract available och peer reviewed som begränsning. Denna sökning resulterade i 122 träffar där samtliga titlar lästes. Av titlarna lästes sedan 37 abstract och sex artiklar granskades varav två var användbara. Se resultatet i tabell 1. De abstract som inte lästes exkluderades på grund av att de inte handlade om demens, inte var på svenska eller engelska, var review-artiklar, eller för att det handlade om smärtskattning.

Nya sökningar gjordes senare för att utöka sökfältet. Vid en första granskning av studierna som de första sökningarna resulterade i, visade det sig att mycket av forskningen kring icke verbal kommunikation handlar om musik. Därför gjordes en ny sökning med samma grundbegrepp som tidigare: dementia, communication och nursing care som Heading och fritext. Ett block till skapades med Heading och fritext av music therapy. Dessa fyra block leddes sedan samman med booleska termen AND. Abstract available samt att artiklarna skulle vara peer reviewed valdes också. Detta resulterade i 129 träffar. Samtliga titlar lästes, av dessa lästes 25 abstract. Två artiklar verkade intressanta relaterat till vårt syfte och granskades i sin helhet, båda två inkluderades.

Vid kvalitetsgranskning av de funna artiklarna hittades två studier i referenslistor, som verkade intressanta för denna studies syfte. Dessa söktes upp på CINAHL den 9/4- 14 genom sökning på titlarna: *Effectiveness of communication strategies used by caregivers of persons with alzheimer's disease during activities of daily living* och *Creating relationships with persons with moderate to severe dementia*. Båda klarade kvalitetsgranskningen och inkluderades.

### Sökning på PubMed

Även på Pubmed gjordes ett block för varje sökord (dementia, communication och nursing) som både MeSH-term och fritext. När de tre blocken lades samman gav det ett resultat på 970 träffar. För att minska resultatet lades även här ett block med sökordet nonverbal communication som MeSH-term och fritext till, och abstract available valdes som begränsning. Detta resulterade i 68 träffar varav 44 abstract lästes och fem artiklar granskades, men ingen kunde användas.

Ny sökning gjordes även på PubMed med samma grundblock som tidigare (dementia, communication och nursing), men den här gången lades ett block till music therapy som MeSh-term och fritext. Detta gav ett resultat på 16 träffar, samtliga abstract lästes och av dessa granskades tre artiklar, samtliga inkluderades. Det slutliga resultatet presenteras i tabell 1.

### Sökning på PsycINFO

På PsycINFO görs sökningar endast med fritext. Därför gjordes direkt en sökning med de fyra sökorden (dementia, communication, nursing och nonverbal communication) och peer reviewed sattes som begränsning. Resultatet blev 17 träffar och rubriken lästes på samtliga. Sex lästa abstract resulterade sedan i en granskad artikel, se tabell 1.

Även på PsycINFO gjordes en ny sökning, med samma sökord som tidigare med tilläg av music therapy och peer reviewed som begränsning. Denna sökning gav endast två träffar, abstracten lästes men det resulterade inte i någon ny artikel att granska.

Tabell 1. Databassökning.

Databas & datum	Sökord	Begränsningar	Träffar	Lästa abstract	Granskade artiklar	Använda artiklar
PubMed 140403	(MeSH-dementia OR Dementia) AND (MeSH-communication OR Communication) AND (MeSH-nursing OR Nursing) AND (MeSH-nonverbal communication OR Nonverbal communication)	Abstract available	68	44	5	0
PubMed 140409	(MeSH-dementia OR Dementia) AND (MeSH-communication OR Communication) AND (MeSH-	Abstract available	16	16	3	3

	nursing OR Nursing) AND (MeSH-music therapy OR music therapy)					
CINAHL 140404	(Heading-dementia OR Dementia) AND (H-communication OR Communication) AND (H-nursing care OR Nursing) AND (H-nonverbal communication OR nonverbal communication)	Abstract available Peer reviewed	122	37	6	2
CINAHL 140409	(Heading-dementia OR Dementia) AND (H-communication OR Communication) AND (H-nursing care OR Nursing) AND (H-music therapy OR music therapy)	Abstract available Peer reviewed	129	25	2	2
PsycINFO 140404	Communication AND nursing AND dementia AND nonverbal communication	Peer reviewed	17	6	1	1
PsycINFO 140409	Communication AND nursing AND dementia AND nonverbal communication AND music therapy	Peer reviewed	2	2	0	0

### Analys/granskning av artiklar

För att komma fram till vilka vetenskapliga krav som skulle ställas på artiklarna som granskades användes boken Evidensbaserad omvårdnad (Willman m.fl. 2011). Den innehåller olika granskningsmallar, en för kvantitativa studier och en för kvalitativa, som används för att bedöma kvaliteten på en studie. Gemensamt beslutade författarna vilka kraven skulle vara i denna litteraturstudie för att en inkluderad studie skulle klassas ha hög, medel eller låg kvalitet. Detta gjordes genom att de bedömningspunkter som ansågs viktigast stjärnmarkerades. De punkter som stjärnmarkerades i den kvalitativa bedömningsmallen var: finns det ett tydligt syfte, patientkaraktistika (antal, ålder, man/kvinna), relevant urval, urvalsförfarande tydligt beskrivet, datainsamling tydligt beskriven, analys tydligt beskriven, resultatet logiskt begripligt samt redovisas resultatet klart och tydligt? I den kvantitativa mallen stjärnmarkerades följande: patientkaraktistika (antal, ålder, man/kvinna), adekvat inkludering/ exklusion, urvalsförfarande beskrivet, representativt urval, bortfallsanalysen beskriven, bortfallsstorleken beskriven samt är resultatet generaliserbart? Se bilaga 1.

Kravet för att studien skulle uppnå medelkvalitet på både den kvalitativa och kvantitativa bedömningsmallen var att samtliga stjärnmarkerade bedömningspunkter skulle uppfyllas. För att uppnå hög kvalitet skulle samtliga punkter på bedömningsmallen uppfyllas.

Artiklarna kvalitetsgranskades till en början av författarna var för sig och sedan jämfördes och diskuterades resultaten gemensamt. Vid jämförelsen visade det sig att författarna hade gjort likvärdiga bedömningar och kommit fram till samma resultat, vilket var åtta studier som inkluderades och nio förkastades. Här efter söktes två studier upp via referenslistor, och efter separata granskningar inkluderades även dessa. Totalt resulterade det i nio studier med medelhög kvalitet och en med låg, således bedömdes ingen studie vara av hög kvalitet. Detta kan bero på att det sattes höga krav för att en studie skulle uppnå hög kvalitet. Studien med låg kvalitet inkluderades för att det enda som saknades var ålder och kön på informanterna, i övrigt uppfyllde den samtliga stjärnmarkerade punkter och svarade på denna studies syfte. De inkluderade studierna presenteras i en artikelmatris, se bilaga 2.

### **Dataanalys**

Först lästes de tio inkluderade studierna i sin helhet för att få en överblick över vad resultaten visade. Sedan lästes resultaten igen på vars ett håll. Färgpennor användes för att finna och markera liknande resultat, som svarade på denna studies syfte. Resultaten som plockats ut ur studierna jämfördes, och det visade sig att samma reflektioner gjorts och många resultat i studierna var återkommande. Liknande resultat parades ihop och på det här sättet skapades kategorier, liknande kategorier parades sedan ihop till mer övergripande teman. Denna metod för att sammanställa studiernas resultat inspirerades av Axelsson (2008).

## **RESULTAT**

Kategorierna som framkom av dataanalysen parades ihop till övergripande teman, dessa presenteras i tabell 2.

*Tabell 2. Teman och kategorier.*

<b>Musik</b>	<b>Kommunikation</b>	<b>Uppmärksamhet</b>
Kreativa aktiviteter	Verbal kommunikation	Sociala interaktioner
Bakgrundsmusik	Icke-verbal kommunikation	Videoband
Sång	Olika strategier för kommunikation	

### **Musik**

Dans, sång och musik var de vanligaste och mest uppskattade interaktionerna, dessa kreativa aktiviteter minskade agiterat beteende hos demenssjuka, och gjorde dem gladare och lugnare (Rylatt 2012; Palo-Bengtsson & Ekman 2000; Götell m.fl. 2002).

#### *Kreativa aktiviteter*

Palo-Bengtsson & Ekman utförde 2000 en kvalitativ studie där de intervjuade sju vårdare av demenssjuka samtidigt som de tittade på en video av dansevenemang som arrangerats på demensboendet. Resultatet av denna studie visade att dans öppnar upp för interaktion, inte bara mellan personen med demens och sjuksköterskan utan också med anhöriga. Dansevenemang öppnade också upp för andra aktiviteter som till exempel bakning, vilket i sin tur ledde till bättre välbefinnande och känsla av meningsfullhet hos personen med demens.

Vårdgivarna menade på att det viktigaste inte var själva dansen utan att vara tillsammans, och även fysiskt svaga personer nådde en högre funktionsnivå och kunde vara med på dansevenemangen utan problem (a a).

Resultatet av att använda kreativa aktiviteter, exempelvis dans, med demenssjuka utvärderades 2012 av Rylatt. 37 personer med demens deltog i denna kvalitativa studie som visade att kreativa aktiviteter ledde till att känslor framkallades, vilket gynnade och ökade kommunikationen, samt framkallade kreativa uttryck vid verbala svårigheter/problem. Att personalen tränades i att ha kreativa sessioner med demenssjuka gynnade patienterna, genom att de fick bättre upplevelser och en positiv effekt på sitt välmående. Personerna med demens visade ökat intresse och engagemang i samband med de kreativa aktiviteterna (a a).

Ericsson m.fl. (2011) gjorde en kvalitativ studie där de intervjuade nio personer med demens, samt deras vårdgivare. Det kom fram att kommunikationen med den demenssjuke kunde gynnas genom att skapa en inbjudande miljö. Exempelvis användes fina glas för att servera dryck och stearinljus tändes. Även att ha ett enskilt rum gynnade kommunikationen (a a). Kreativa aktiviteter ledde till mer glädje och välbefinnande både hos personer med demens och hos de som vårdar, detta i sin tur gynnade den personcentrerade vården (Rylatt 2012).

### *Bakgrundsmusik*

I en kvalitativ studie av Götell m.fl. (2002) intervjuades vårdgivare efter att videoinspelning samt analys av morgonrutinsvård med tio demenssjuka personer skett. Musiken gav ökad förståelse hos den demenssjuke för vad som skulle ske och behovet av förklaring minskade. Samarbetet ökade och förbättrades, och även självmedvetenheten ökade så att den demenssjuke klarade av att göra mer själv. Samtidigt minskade motstånd, aggressivitet och skrik (a a). Detta visade även en kvalitativ studie gjord av Ragneskog m.fl. (2001), när musik spelades så blev personerna som deltog i studien lugnare. Studien gjordes med personer som visade agiterat beteende. Det visade sig att ju svårare demens desto mindre reagerade personen på musiken. När musiken hade effekt kom dock agitationen tillbaka när musiken blev för hög eller när den slutade. Studien visade att personerna med demens uppskattade musik men det var viktigt med individuellt anpassad musik för effekt (a a).

### *Sång*

I en kvalitativ studie gjord av Marmstål-Hammar m.fl. (2010) användes videoinspelningar för att observera personer med demens, först i en vanlig morgonrutinssituation och sen i en situation med intervention där sång användes. Att sjunga visade sig göra personen med demens mer delaktig i situationen (a a). Detta överensstämmer med resultatet i studien av Götell m.fl. (2002). Sång ledde till minskat agiterat beteende och gav mer följsamhet i situationen (Götell m.fl. 2002; Marmstål-Hammar m.fl. 2010). Sången gjorde även att personen med demens tog egna initiativ till att delta. Förståelsen för hur aktiviteter skulle utföras ökade, samtidigt som behovet av förklaring minskade (Götell m.fl. 2002). Sången behövde inte handla om vad som skedde i situationen, utan kunde vara vilken sång som helst (Marmstål-Hammar m.fl. 2010). Det visade sig i studien av Götell m.fl. (2002) att relationen mellan vårdaren och personen med demens blev bättre då de tyckte om att höra sång, eller vara med och sjunga själva. Personer som annars brukade vara tysta började sjunga med (Götell m.fl. 2002; Marmstål-Hammar m.fl. 2010). Sången gjorde även att ögonkontakten ökade och det blev mer skratt i morgonsituationen (Marmstål-Hammar m.fl. 2010). Detta ledde till att interaktionen mellan personen med demens och vårdgivaren förbättrades. Välmåendet ökade och vårdgivarna visade mer intresse för personen med demens (a a).

## **Kommunikation**

För att verbal kommunikation skulle vara effektiv krävdes mycket från vårdgivaren, till exempel tid (Ericsson m.fl. 2011). Många icke-verbala interaktionsstrategier visade sig vara mer framgångsrika, exempelvis ansiktsuttryck (Palo-Bengtsson & Ekman 2000) och ta bort distraktioner (Small m.fl. 2003).

### *Verbal kommunikation*

Verbal kommunikation krävde mer av vårdaren, när enbart detta användes blev personen med demens mer passiv och det krävdes mer förklaring om vad som skulle göras (Götell m.fl. 2002). När enbart ord användes för att instruera så försämrades interaktionen (Marmstål-Hammar m.fl. 2010). Verbal kommunikation var inte ett effektivt sätt att interagera på, dock visade personen med demens i vissa fall att de hade förstått genom gester (a a). Studien av Götell m.fl. (2002) visade på att enbart användande av verbal kommunikation ledde till sämre förståelse hos personen med demens.

I studien av Ericsson m.fl. (2011) framkom det att verbal kommunikation kunde gynnas om den demenssjuke fick vara själv med sjuksköterskan. Det var viktigt att personen med demens kände att, och försäkrades om att det fanns tid. Även att vara fokuserad enbart på samtalet, och inte göra något annat samtidigt, visade sig vara viktigt för att den verbala kommunikationen skulle fungera. Att prata om något annat än det som sker, i en omvårdnadssituation, ledde till mer förvirring hos den demenssjuke (a a).

### *Icke-verbal kommunikation*

Det ligger ett stort ansvar hos sjuksköterskan att leda mötet och kommunikationen, detta visade sig vara avgörande för att personen med demens skulle delta i interaktionen (Ericsson m.fl. 2011). I studien av Palo-Bengtsson & Ekman (2000) framkom det att icke-verbal kommunikation är en av sjuksköterskans viktigaste strategier för att nå fram. Ansiktsuttryck, ögonkontakt, beröring och kramar ledde till att fler dimensioner av den demenssjukes känslor syntes och kom fram. Humor och glädje var en viktig del i omvårdnaden och verkade lugnande på personen med demens (a a).

Att visa vad som ska ske, och inte bara använda verbal kommunikation, involverade personen med demens mer och ökade samarbetet (Marmstål-Hammar m.fl. 2010). I vissa fall svarade den demenssjuke verbalt och visade på så sätt att de förstått den icke-verbala kommunikationen (a a). En viktig aspekt som framkom i studien av Ericsson m.fl (2011) var att det skapade tillit och trygghet när personalen respekterade att den demenssjuke inte ville fortsätta samtalet eller den pågående aktiviteten.

### *Olika strategier för kommunikation*

Small m.fl. utvärderade 2003 vilka olika strategier som var mest effektiva när vårdgivare kommunicerade med personer med demens i en kvantitativ studie. De mätte detta både genom att videofilma interaktioner och genom att låta vårdgivaren fylla i en självskattningsenkät. De upptäckte bland annat att ju svårare demens (lägre MMSE-poäng) personen hade desto mer uppgav vårdgivarna att de använde olika kommunikationsstrategier. Framförallt angav de att de pratade långsammare med den sjuke. Generellt blev det färre avbrott i kommunikationen när man använde en speciell strategi (vilken/vilka som helst) jämfört med att inte använda någon strategi alls, men det visade sig dock att när vårdgivare pratade långsammare störde det konversationen mer än att hjälpa den, det ledde till fler avbrott. Den enda strategin som faktiskt visade sig hjälpa, och där det gick att se ett tydligt samband med svårighetsgrad av demenssjukdomen, var att använda enkla meningar (a a).

De tre strategier som visade sig mest effektiva (som gav minst avbrott i kommunikationen) på videoinspelningarna var att ta bort distraktioner, använda enkla meningar och att ställa ja och nej frågor (Small m.fl. 2003). Ta bort distraktioner och använda enkla meningar var också det som vårdgivarna själva ansåg sig använda mycket. Vårdgivarna ansåg också att det var viktigt att förenkla sitt språk, samt att respektera kommunikationssvårigheterna hos personen med demens (a a). I studien av Small m.fl. (2003) visade det sig finnas ett samband mellan att använda strategier för kommunikation och hur ofta dessa användes. Ju oftare desto mer effektivt (a a).

2002 utförde Magai m.fl. en kvantitativ studie på 91 demenssjuka, vars resultat visade att om personalen utbildades i icke-verbal kommunikation ledde det till att personerna med demenssjukdom blev lyckligare. Lycka mättes med hjälp av olika skalor, bland annat en för ansiktsuttryck. Det var framför allt mest effektivt precis efter personalen hade genomgått utbildningen, sedan stagnerade det, troligen på grund av att de demenssjuka vände sig vid det nya sättet de blev bemötta på. Av detta drar Magai m.fl. (2002) slutsatsen att det är viktigt att fortlöpande utbilda personalen. Agitation och annat negativt beteende visade sig också minska och de demenssjukas livskvalitet ökade när vårdgivarna blev bättre på den icke-verbala kommunikationen. Dessutom mådde personalen också bättre av att lära sig mer om patienterna, de kände sig som bättre och mer professionella vårdgivare. Magai m.fl. (2002) säger också att eftersom det finns lite att göra för patienter med svår demens är varje positiv effekt en viktig investering.

### **Uppmärksamhet**

Det är viktigt och nödvändigt att sjuksköterskan är uppmärksam och visar intresse för den demenssjukes personlighet, samt tar tillvara på dennes erfarenheter (Palo-Bengtsson & Ekman 2000). Genom att visa uppmärksamhet och engagemang blir personen med demens tryggare och säkrare, detta för att tryggheten ökar bland välkända människor (a a).

Ett sätt att interagera och få uppmärksamhet var att hela tiden använda den demenssjukes tilltalsnamn, samt att ställa frågor och fortsätta även om personen inte svarar (Ericsson m.fl. 2011; Götell m.fl. 2002). I studien av Ericsson m.fl. (2011) framkom även att det krävs att den som vårdar visar uppmärksamhet, intresse och värme. För att uppnå optimal omvårdnad krävs även speciell utbildning hos personalen (Palo-Bengtsson & Ekman 2000).

Genom att aktivt involvera personen med demens ökade engagemanget (Ericsson m.fl. 2011). Annat som förbättrade interaktionen och i vissa fall även ledde till ökad verbal kommunikation, var att visa intresse och att sjuksköterskan tydligt försäkrade om att tid fanns för just den personen. För att komma närmare varandra fungerade kroppsspråk, ögonkontakt och att sitta nära, och genom detta visa att båda är människor och befinner sig på samma nivå trots olika roller (a a).

I studien gjord av Götell m.fl. (2002) framkom vikten av att hela tiden beskriva vad som sker. Något som också fungerade för att optimera omvårdnaden och interaktionen var att säga ”vi” och hela tiden vara uppmärksam på vad som passar bäst för just den personen (a a). Att uppmuntra och säga ”du kan”, samt att påminna om att personen klarat av det här bra tidigare var framgångsrikt (Ericsson m.fl. (2011).

### *Sociala interaktioner*

Cohen-Mansfield & Werner genomförde 1997 en kvantitativ observationsstudie, med tre olika interventionsgrupper, i vilka det utfördes olika interaktioner med demenssjuka som hade

någon form av verbalt störande beteende (VSB). Med VSB menades verbalt eller ljudligt beteende som störde omgivningen. I den ena interventionsgruppen användes enskilda samtal, i den andra visades det videoband på anhöriga och i den tredje användes musik. Cohen-Mansfield & Werner (1997) säger att vårdare som tar hand om demenssjuka behöver verktyg för att ta hand om personen och för att hantera eventuellt VSB.

Alla interventioner i studien fungerade bäst på de som hade högre kognitiv status, högre MMSE-poäng (Cohen-Mansfield & Werner 1997). När interventionen fungerade så minskade VSB. Det visade sig dock vara viktigt att först göra en läkarundersökning på personen i fråga för att hitta eventuell annan orsak till det verbalt störande beteendet, som t.ex. smärta eller psykisk sjukdom. Att behandla den bakomliggande orsaken visade sig ta bort det verbalt störande beteendet utan interventioner (a a).

De enskilda samtalen var den mest effektiva av de tre interventionerna, jämfört med gruppen utan intervention minskade VSB med 56 % med hjälp av denna metod (Cohen-Mansfield & Werner 1997). Enskilda samtal fungerade bäst när det störande beteendet gav uttryck som att den demenssjuka sökte uppmärksamhet och upprepade ord. Under de tre första minuterna av samtalet minskade det störande beteendet markant, men höll sig sedan på en jämn nivå fram tills samtalet slutade, då det ökade igen (a a).

Cohen-Mansfield & Werner (1997) menar att anledningen till VSB hos demenssjuka många gånger beror på understimulering, vilket kan vara anledningen till att samtal som intervention hjälper, då samtal har en stimulerande verkan på personer med demens (a a).

### *Videoband*

När Cohen-Mansfield & Werner (1997) visade videoband av en anhörig som talar till den demenssjuka minskade VSB med 46 %. Precis som vid samtal minskade VSB märkbart under de tre första minuterna och höll sedan i sig konstant under hela videobandet. När det sedan tog slut ökade VSB igen (a a).

Cohen-Mansfield & Werner (1997) kom fram till att VSB minskar om den demenssjuka får se ett välbekant ansikte, som pratar med personen om välkända ämnen. Även att prata sitt modersmål hjälpte (a a).

Det sociala i interventionerna är det viktigaste, inte själva interventionen i sig (Cohen-Mansfield & Werner 1997). Det är även viktigt att interaktioner och vården är individuellt anpassad och personcentrerad. Lämpligt verbalt beteende ökade med 82% under de olika sociala interaktionerna, och vissa patienter som tidigare varit tysta började till och med att prata (a a).

## **DISKUSSION**

I följande avsnitt diskuteras tillvägagångssättet i metoden samt vad som hade kunnat göras annorlunda. Vidare diskuteras resultatet och dess styrkor och svagheter.

### **Metoddiskussion**

Sökorden som användes i databassökningarna identifierades utifrån syftet. Enligt Willman m.fl. (2011) ska en optimal litteratursökning utgå från problemformuleringen och sökord som inte är av betydelse ska undvikas. Utifrån de bärande begrepp som finns i denna studies syfte

framkom relevanta sökord som gav väsentliga träffar.

### *Litteratursökning*

Omfattande och systematiska sökningar gjordes för att finna relevanta artiklar för denna litteraturstudie. Genom att använda mer än en sökterm samt ha kunskap om hur dessa bör kombineras och användas på bästa sätt uppnås optimal sökning (Willman m.fl. 2011). Författarna ansåg sig till en början inte ha tillräcklig kunskap om systematiska databassökningar, därför kontaktades en bibliotekarie för vägledning. Härefter gjordes blocksökningar som gav omfattande och precisa resultat. Detta tack vare att sökningar gjordes i flera olika databaser och olika sökkommandon användes, vilket enligt Willman m.fl. (2011) är nödvändigt. Flera av studierna hittades på mer än en av databaserna, vilket gav en känsla av datamättnad, åtminstone med tanke på tillgänglig tid för denna litteraturstudie.

### *Urval*

Sökningarna resulterade i 19 studier som hade abstract som verkade relevanta för denna studies syfte, de valdes därför ut för att granskas. Detta gjordes separat av författarna, vilket stärker trovärdigheten på granskningen (Willman m.fl. 2011). När resultaten jämfördes visade det sig att samma tio artiklar hade klarat granskningen hos båda författarna, vilket stärker arbetet och visar på att mallarna uppfyllde sitt syfte. Mallarna togs från Willman m.fl. (2011) men modifierades något, genom att det bestämdes vilka punkter som skulle uppfyllas för att studien skulle ha en viss nivå. Ingen av de inkluderade studierna bedömdes vara av hög kvalitet, men detta beror troligtvis på att det ställdes höga krav för att en studie skulle uppnå hög kvalitet. Det kan tyckas vara höga krav att samtliga punkter skulle uppfyllas, men författarna ville hellre ställa för höga krav än för låga för att uppnå hög kvalitet på det slutliga resultatet. Ett annat sätt att använda granskningsmallarna hade kunnat vara att poängsätta bedömningspunkterna och sedan omvandla resultatet till procent för att få mer exakt vilken kvalitetsgrad varje studie hade (Willman m.fl. 2011). Dock ansågs det att stjärnmarkering var ett mer passande sätt för oss att arbeta. Resultatet hade troligtvis inte blivit annorlunda. Eftersom granskningarna gav exakt samma resultat och båda författarna ville inkludera samma tio studier ansågs detta bedömningssätt tillräckligt för att ge ett trovärdigt resultat.

### *Dataanalys*

Sättet att analysera de inkluderade studiernas resultat inspirerades av Axelsson (2008). Att först läsa artiklarna i sin helhet och sedan läsa resultatet och diskussionen igen gav djupare förståelse, vilket gjorde att det var lättare att hitta det som var relevant för denna studies syfte. Ju fler gånger de lästes, desto mer klarnade helheten och det blev lättare att identifiera liknande resultat. Dessa kunde sedan enkelt paras ihop och bilda kategorier. De sex kvalitativa studierna lästes och analyserades för sig, och de fyra kvantitativa för sig. I underkategorierna blandades inte resultatet från de kvalitativa och de kvantitativa studierna, men om de överensstämde med varandra kunde de bilda övergripande tema. Det kan diskuteras om resultatet hade blivit annorlunda om bara kvalitativa studier hade använts, eftersom syftet i denna litteraturstudie har en kvalitativ ansats. Författarna ansåg dock att en bredare inblick i ämnet gavs om de olika metoderna kombinerades. Detta för att metoderna har olika infallsvinklar och ger en djupare förståelse av ämnet (Axelsson 2008). De kvantitativa studierna som inkluderades hade undersökt kvalitativa variabler och därför ansågs det att samma analysmetod kunde appliceras på samtliga studier.

En styrka i analyserna var att båda författarna hade plockat ut samma delar av resultaten som ansågs användbara och svarade på syftet. Efter varje genomläsning av en studie diskuterades och sammanställdes resultaten innan nästa studie analyserades. Detta underlättade

kategoriseringen, då det hela tiden fanns färskt i minnet. Det fria sättet att tematisera studierna kan ha gjort att författarnas förförståelse och intresse till viss del har påverkat resultatet. Med detta menas att det omedvetet kan ha letats efter resultat som matchade det som skrivits i bakgrunden.

När analysen var klar och resultatet skulle sammanställas insåg författarna att det som egentligen undersöktes var hur interaktionen mellan sjuksköterskan och personer med demens kunde förbättras, och att kommunikationen bara var en del i det hela. Därför ändrades syftet från ”att undersöka på vilka sätt sjuksköterskan kan kommunicera med demenssjuka”, till ”att undersöka på vilka sätt sjuksköterskan kan interagera med demenssjuka”. Dock är kommunikationssvårigheterna grunden till att andra och bättre verktyg behövs i mötet med personer med demens, därför ansågs sökningen fortfarande vara optimal med kommunikation som ett av de bärande begreppen.

## **Resultatdiskussion**

I resultatdiskussionen diskuteras först de inkluderade studiernas metod och urval, samt styrkor och svagheter med dessa. Vidare diskuteras innehållet i resultatet som framkommit.

### *Styrkor och svagheter*

Sex av de inkluderade studierna var kvalitativa (Ericsson m.fl. 2011; Götell m.fl. 2002; Marmstål- Hammar m.fl. 2010; Palo- Bengtsson & Ekman 2000; Ragneskog m.fl. 2001; Rylatt 2012) och fyra var kvantitativa (Cohen-Mansfield & Werner 1997; Magai m.fl. 2002; Ridder m.fl. 2013; Small m.fl. 2003). Trots att den här litteraturstudiens syfte har en kvalitativ ansats ansågs det att både kvalitativa och kvantitativa studier skulle inkluderas för att kunna studera problemområdet ur olika vinklar (Axelsson 2008).

Deltagarmässigt hade samtliga studier lågt antal, det varierande från fyra till 91 deltagare. Det relativt låga antalet deltagare gör att resultatet inte är generaliserbart (Olsson & Sörensen 2011), dock anser författarna att det går att ta lärdom av resultatet och att det är applicerbart i mötet med demenssjuka. Fem av studierna var gjorda i Sverige (Ericsson m.fl. 2011; Götell m.fl. 2002; Marmstål-Hammar m.fl. 2010; Palo-Bengtsson & Ekman 2000; Ragneskog m.fl. 2001) samt en gjord i Danmark och Norge (Ridder m.fl. 2013) och detta anses vara en styrka då det går att relatera till och applicera på den svenska vården. De övriga var gjorda i Canada (Small m.fl. 2003), USA (Magai m.fl. 2002), England (Rylatt 2012) och Israel (Cohen-Mansfield & Werner 1997). För att kunna generalisera och applicera resultaten från dessa studier kan det behövas mer kunskap om respektive lands vårdkultur, som eventuellt skiljer sig från vår.

Populationen i fråga är svårundersökt och kan vara svår att nå fram till. Det ska också beaktas att etiken har en betydande roll i sammanhanget, det är svårt att få informerat samtycke från en svårt demenssjuk person. I flera av studierna fick informerat samtycke hämtas från närmaste anhörig (Cohen-Mansfield & Werner 1997; Götell m.fl. 2002; Magai m.fl. 2002; Marmstål- Hammar m.fl. 2010; Small m.fl. 2003). Huruvida detta är etiskt hållbart kan och bör diskuteras. Det går aldrig att veta säkert att närmsta anhörig vet vad personen med demens själv hade velat. Dock är resultatet av studierna betydelsefullt för framtida demensvård, därför får detta accepteras. Alternativet skulle vara att inte få något samtycke alls eller att studierna inte hade kunnat genomföras.

Majoriteten av studierna har använt sig av subjektivt urval, vilket är ett icke slumpmässigt urval. Detta innebär en risk att resultatet inte blir representativt för hela populationen och

generaliserbarheten begränsas (Olsson & Sörensen 2011). Som Socialstyrelsen (2010) påpekar, kan det vara en etisk utmaning och svårt att tolka en demenssjuk som har svårt att uttrycka sig (a a). Därför kan slumpmässigt urval vara svårt att genomföra på denna population, och det får därför accepteras att subjektivt urval är det kvarstående alternativet. En av de inkluderade studierna hade dock randomiserat kontrollerat urval (Ridder m.fl. 2013) vilket ses som en styrka.

### *Reflektion av resultatet*

I enlighet med Travelbee (2006) har flera av studierna (Cohen-Mansfield & Werner 1997; Götell m.fl. 2002; Palo-Bengtsson & Ekman 2000; Ragneskog m.fl. 2001), kommit fram till att den personcentrerade vården är viktig för att optimera omvårdnaden. Travelbee nämner även vikten av att förstå vad som sker mellan patienten och sjuksköterskan, samt vilka konsekvenser deras interaktioner kan ha för omvårdnaden (Travelbee 2006). För att uppnå god personcentrerad vård krävdes exempelvis att musik skulle vara individuellt anpassad, det var viktigt att vårdgivaren hade god kännedom om den demenssjuka och fokus skulle endast ligga på samtalet (Cohen-Mansfield & Werner 1997; Götell m.fl. 2002; Palo-Bengtsson & Ekman 2000; Ragneskog m.fl. 2001). Detta stämmer även överens med Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska (2005) som bland annat säger att det ska tas tillvara på patientens egna kunskaper och erfarenheter.

Cars & Zander (1998) säger att den unika människan ska ses, inte endast en demenssjuk person, och Travelbee (2006) säger att rollerna som vårdgivare och vårdtagare ska läggas åt sidan och mötet ska ske som likvärdiga människor. Resultatet i den här studien visar att omvårdnaden optimeras när detta sker. I Travelbees omvårdnadsteori trycker hon också på att kommunikationen är sjuksköterskans viktigaste redskap, kommunikationen sker hela tiden, medvetet som omedvetet och inkluderar även det som inte sägs (a a). Resultatet i denna litteraturstudie överrensstämmer med detta och förtydligar vilka interaktioner som är till hjälp när den verbala kommunikationen inte fungerar. Palo-Bengtsson & Ekman (2000) styrker detta och i deras studie framkom att den icke-verbala kommunikationen är sjuksköterskans viktigaste redskap.

De Vries (2013) sa att utöver medvetet kroppspråk, ansiktsuttryck och beröring kunde exempelvis sång och dans vara till hjälp i interaktioner vid språkliga problem (a a). Detta styrks av resultatet i denna studie, där olika metoder, till exempel sång och dans, har testats och visat sig fungera och gynna omvårdnadsarbetet med demenssjuka (Cohen-Mansfield & Werner 1997; Ericsson m.fl. 2011; Götell m.fl. 2002; Magai m.fl. 2002; Marmstål-Hammar m.fl. 2010; Palo-Bengtsson & Ekman 2000; Ragneskog m.fl. 2001; Ridder m.fl. 2013; Rylatt 2012; Small m.fl. 2003). Det anses vara en styrka att samtliga studier har påvisat liknande resultat.

Den kognitiva funktionen visade sig spela roll för hur mycket olika interaktionsmetoder användes, samt hur effektiva de var (Cohen-Mansfield & Werner 1997; Small m.fl. 2003), därför är det fördelaktigt att utföra ett MMSE-test på en demenssjuk person, detta för att få reda på hur nedsatt den kognitiva funktionen är (Demenscentrum 2013). Vid svår demens finns inte mycket att göra, men varje liten effekt får ändå ses som en positiv vinst för personen och ska därför beaktas och tas tillvara (Magai m.fl. 2002). Kontinuerliga uppföljningar är av vikt för att upptäcka förändringar i den kognitiva funktionen (Demenscentrum 2013). Omvårdnaden optimeras om personalen är uppdaterad på den demenssjukas kognitiva status, och kan se personen bakom sjukdomen (Ericsson m.fl. 2011; Palo-Bengtsson & Ekman 2000).

Som nämnt i bakgrunden, är en vanlig anledning till agiterat beteende frustration över att inte kunna uttrycka sig och göra sig förstådd (Goodall & Etters 2005). Dock ska detta inte tas för givet, det kan finnas andra anledningar, exempelvis smärta (Cohen-Mansfield & Werner 1997). Därför är det viktigt att göra en läkarundersökning eftersom eventuell bakomliggande orsak då bör behandlas. Blir en person till exempel smärtfri kan det agiterade beteendet försvinna (a a).

Det mesta av resultaten i studierna överensstämde, dock var Götell m.fl. (2002) och Ericsson m.fl. (2011) något oense gällande vissa aspekter av verbal kommunikation. Götell m.fl. (2002) sa att enbart verbal kommunikation försämrade förståelsen hos personen med demens. Ericsson m.fl. (2011) sa däremot att den verbala kommunikationen fungerade så länge den skedde enskilt, bara mellan sjuksköterskan och den demenssjuka, och om sjuksköterskan bara hade fokus på samtalet (a a). Det är svårt att veta vilket som stämmer, och dessa skillnader kan bero på att inte enbart verbal kommunikation har undersökts i studierna. Hade så varit fallet skulle kanske mer tyngd och tydlighet framkommit.

Det viktigaste att komma ihåg i interaktionen med en demenssjuk person är att varje människa har ett unikt sätt att kommunicera på (Jootun & McGhee 2011). Sjuksköterskan bör vara uppmärksam på vilket sätt som passar varje människa bäst (Götell m.fl. 2002), och uppmuntra denne till att använda sitt unika sätt att kommunicera på vid interaktioner med andra människor (Jootun & McGee 2011).

Resultatet har visat att Joyce Travelbees omvårdnadsteori från 1970-talet är aktuell och användbar än idag. Travelbees syn på att mötet mellan sjuksköterska och patient handlar om ett möte mellan likvärdiga människor och inte mellan två olika roller (Travelbee 2006). Detta är applicerbart på vården idag, som ska sträva efter att vara personcentrerad (Socialstyrelsen 2010). Även Hälso- och sjukvårdslagen, 1982:763 (HSL) och sjuksköterskans kompetensbeskrivning (Socialstyrelsen 2005) säger att vården skall ges med respekt för varje människas enskilda värdighet och sjuksköterskan ska även ha en humanistisk människosyn och visa respekt för människans autonomi och integritet. Vidare säger Travelbee (2006) att om sjuksköterskan inte har som ambition att lära känna personen bakom sjukdomen kommer handlingarna som utförs stå i fokus istället för personen som handlingarna är riktade mot. Kommunikationsfärdigheter krävs enligt Travelbee (2006) i omvårdnadsarbetet och är ett av de viktigaste verktygen sjuksköterskan har. Dock menar hon att ingen metod automatiskt leder till god omvårdnad eller en god relation, utan det viktigaste är att sjuksköterskan tror på sin förmåga och vet varför en viss metod används för att interagera.

## **SLUTSATS**

Verbal kommunikation är i de flesta fall förstahandsvalet i mötet med andra människor, det tas ofta för givet att det är det enda sättet. Denna studie har lärt oss att det finns många andra sätt att framgångsrikt kommunicera och interagera med människor på. Det har även framkommit att det gynnar både sjuksköterskan och personen med demens om sjuksköterskan har specifik kunskap och utbildning i demensvård. Personer med demens befinner sig inte bara på ett demensboende, utan kan även träffas på i det korta mötet till exempel på en vårdavdelning eller vårdcentral. Det är därför viktigt att allmänsjuksköterskan har grundläggande kunskaper inom ämnet och vet att det finns andra sätt att kommunicera än verbalt om personen inte har normal kognitiv förmåga. Vidare forskning på området är av stor vikt även fortsättningsvis för att gynna denna patientgrupp och fortsätta sträva efter att uppnå bästa möjliga omvårdnad för varje enskild människa.

## REFERENSER

- Abrahamsson B-L, (2003) *Demens – omsorg och omvårdnad*. Stockholm, Bonnier utbildning.
- Aremyr G, Hallin S, (2008) *Asta i inre och yttre balans*. Liber AB, Stockholm.
- Axelsson Å, (2008) Litteraturstudie. I: Granskär M, Höglund- Nielsen B (red) *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Studentlitteratur AB, Lund, 173-188.
- Cars J, Zander B, (1998) *Samvaro med dementa. Råd till anhöriga och vårdbiträden om förhållningssätt*. Författarna, Socialstyrelsen och Förlagshuset Gothia AB.
- Cohen-Mansfield J, Werner P, (1997) Management of verbally disruptive behaviors in nursing home residents. *Journal of gerontology, vol. 52A, no. 6*, M369-M377.
- Demenscentrum, (2014) <http://www.demenscentrum.se/Arbeta-med-demens/Skattningsskalor-instrument/Mini-Mental-Test--MMT/> (2014-04-09)
- de Vries K, (2013) Communicating with older people with dementia. *Nursing older people, vol 25, no. 4*, 30-37.
- Ericsson I, Kjellström S, Hellström I, (2011) Creating relationships with persons with moderate to severe dementia. *Dementia, 12(1)*, 63-79.
- Goodall D, Ethers L, (2005) The therapeutic use of music on agitated behavior in those with dementia. *Holistic nursing practice, 19 (6)*, 258-262.
- Götell E, Brown S, Ekman S-L, (2002) Caregiver singing and background music in dementia care. *Western journal of nursing research, vol. 24, no. 2*, 195-216.
- Hälso- och sjukvårdslagen, 1982:763.
- Jahren- Kristoffersen N, (2002) Teoretiska modeller i omvårdnad. I: Jahren- Kristoffersen N (red) *Allmän omvårdnad 1*. Författarna och Liber AB Stockholm, s. 333-429.
- Jootun D, McGhee G, (2011) Effective communication with people who have dementia. *Nursing standar. 25, 25*, 40-46.
- Larsson M, Rundgren Å, (2011) *Geriatriska sjukdomar*. Studentlitteratur AB, Lund.
- Magai C, Cohen C-I, Gomberg D, (2002) Impact of training dementia caregivers in sensitivity to nonverbal emotion signals. *International psychogeriatrics, vol. 14, no. 1*, 25-38.
- Marcusson J, Blennow K, Skoog I, Wallin A, (2003) *Alzheimers sjukdom och andra kognitiva sjukdomar*. Liber AB, Stockholm.
- Marmstål Hammar L-M, Emami A, Engström G, Götell E, (2010) Communicating through caregiver singing during morning care situations in dementia care. *Scandinavian journal of caring sciences, 2011;25*, 160-168.

Olsson H, Sörensen S (2011) *Forskningsprocessen: kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Liber AB, Stockholm.

Palo-Bengtsson L, Ekman S-L, (2000) Dance events as a caregiver intervention for persons with dementia. *Nursing inquiry*, 7, 156-165.

Ragneskog H, Asplund K, Kihlgren M, Norberg A, (2001) Individualized music played for agitated patients with dementia: analysis of video-recorded sessions. *International journal of nursing practice*, 7, 146-155.

Ridder H-M O, Stige B, Qvale L-G, Gold C, (2013) Individual music for therapy for agitation in dementia: an exploratory randomized controlled trial. *Ageing & mental health*, vol. 17, no. 6, 667-678.

Rylatt P, (2012) The benefits of creative therapy for people with dementia. *Nursing standard*, vol. 26, no. 33, 42-47.

Small J-A, Gutman G, Hillhouse S-M-B, (2003) Effectiveness of communication strategies used by caregivers of persons with alzheimer's disease during activities of daily living. *Journal of speech, language, and hearing research*, vol. 46, 353-367.

Socialstyrelsen, (2005) *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*.

Socialstyrelsen, (2010) *Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom 2010*.

Socialstyrelsen, (2014) *Nationell utvärdering – Vård och omsorg vid demenssjukdom 2014*.

Statistiska centralbyrån (2014) [http://www.scb.se/sv/\\_/Hitta-statistik/Artiklar/Mans-medellivslangd-for-forsta-gangen-over-80-ar/](http://www.scb.se/sv/_/Hitta-statistik/Artiklar/Mans-medellivslangd-for-forsta-gangen-over-80-ar/) (2014-04-11)

Travelbee, J (2006) *Mellemmenneskelige aspekter i sygepleje*. Munksgaard Danmark, Köpenhamn.

van der Geer E-R, Vink A-C, Schols J-M-G-A, Slaets J-P-J, (2009) Music in the nursing home: hitting the right note! The provision of music to dementia patients with verbal and vocal agitation in Dutch nursing homes. *International psychogeriatrics*, 21:1, 86-93.

Willman A, Stoltz P, Bahtsevani C, (2011) *Evidensbaserad omvårdnad, en bro mellan forskning & klinisk verksamhet*. Studentlitteratur AB, Lund.

# BILAGA 1

Granskningsmallar.

## Protokoll för kvalitetsbedömning av studier med kvalitativ metod (Willman m.fl. 2011)

Beskrivning av studien, t.ex. metodval.....

Patientkaraktäristika: Antal.....

Ålder.....

Man/Kvinna.....

	JA	NEJ	VET EJ
Finns det ett tydligt syfte?			
Är kontexten presenterad?			
Etiskt resonemang?			
<i>Urval:</i> Relevant?			
Strategiskt?			
<i>Metod för:</i> Urvalsförfarande tydligt beskrivet?			
Datansamling tydligt beskriven?			
Analys tydligt beskriven?			
<i>Giltighet:</i> Är resultatet logiskt, begripligt?			
Råder datamättnad? (om tillämpligt)			
Råder analysmättnad?			
<i>Kommunicerbarhet:</i> Redovisas resultatet klart och tydligt?			
Redovisas resultatet i förhållande till en teoretisk referensram?			
Genereras teori?			

*Huvudfynd:*

Vilket/-n fenomen/upplevelse/mening beskrivs? Är beskrivning/analys adekvat?

.....  
 .....  
 .....

Sammanfattande bedömning av kvalitet

( ) Hög ( ) Medel ( ) Låg

Kommentar.....

.....  
 .....

Granskare (sign).....

## Protokoll för kvalitetsbedömning av studier med kvantitativ metod (Willman m.fl. 2011)

Beskrivning av studien

*Forskningsmetod* ( ) RCT ( ) CCT (ej randomiserad)  
 ( ) multicenter, antal center.....  
 ( ) Kontrollgrupp/er.....

*Patientkaraktäristika* Antal.....  
 Ålder.....  
 Man/kvinna.....

*Kriterier för inkludering/exkludering*

Adekvat inkludering/exklusion ( ) JA ( ) NEJ

*Intervention*.....  
 .....  
 .....

*Vad avsåg studien att studera?*

Dvs. vad var dess primära resp. sekundära effektmått

.....  
 .....  
 .....

	JA	NEJ	VET EJ
<i>Urvalsförfarande beskrivet?</i>			
<i>Representativt urval?</i>			
<i>Randomiseringsförfarande beskrivet</i>			
<i>Likvärdiga grupper vid start?</i>			
<i>Analyserade i den grupp som de randomiserades till?</i>			
<i>Blindning av patienter?</i>			
<i>Blindning av vårdare?</i>			
<i>Blindning av forskare?</i>			
<i>Bortfall:</i>			
<i>Bortfallsanalysen beskriven?</i>			
<i>Bortfallsstorleken beskriven?</i>			
<i>Adekvat statistisk metod?</i>			
<i>Etiskt resonemang?</i>			
<i>Hur tillförlitligt är resultatet?</i>			
<i>Är instrumenten valida?</i>			
<i>Är instrumenten reliabla?</i>			
<i>Är resultatet generaliserbart?</i>			

Huvudfynd (hur stor var effekten?, hur beräknades effekten?, NNT, konfidensintervall, statistisk signifikans, klinisk signifikans, powerberäkning).....

.....  
.....

**Sammanfattande bedömning av kvalitet**

( ) Hög ( ) Medel ( ) Låg

**Kommentar**

.....  
.....

**Granskare sign:** .....

## BILAGA 2

Artikelmatris.

Author, title, year, magazine, country	Aim	Inclusion & exclusion criteria Population	Method	Number of patients drop out rate	Main findings
Small J A, Gutman G, Hillhouse S-M-B, (2003) Effectiveness of communication strategies used by caregivers of persons with alzheimer's disease during activities of daily living. <i>Journal of speech, language, and hearing research, vol. 46, 353-367.</i> Canada.	To investigate the effectiveness of 10 frequently recommended communication strategies when employed by family caregivers of persons with Alzheimer's disease.	Inclusion: diagnosed with mild to moderate alzheimer's disease.  Exclusion: history of stroke, ischemia, focal neurological deficit or lesions, depression, psychosis, alcoholism or drug abuse.  18 persons and their spouses were included.	Quantitative study. Wireless audiorecorded interactions and self-report questionnaire.	-	There is different kinds of strategies to improve the communication with persons with dementia. The most effective ones was: remove distractions, use simple sentences and yes or no questions.
Ridder H-M O, Stige B, Qvale L-G, Gold C, (2013) Individual music therapy for agitation in dementia: an exploratory randomized controlled trial. <i>Aging and mental health, vol. 17, no. 6, 667-678.</i> Denmark & Norway.	To examine the effect of individual music therapy on agitation in persons with moderate/severe dementia living in nursing homes, and to explore its	Inclusion: nursing home residents with moderate to severe dementia, diagnosis of dementia stated in medical journal, referral to music therapy in accordance	Quantitative, pragmatic, two-armed, crossover, exploratory, randomized controlled study.	3 external, 7 internal (n= 35).	Individualized music reduces agitation in persons with dementia. Music therapy also increased quality of life and made the residents felt happier and safer.

	effect on psychotropic medication and quality of life.	with the established referral procedures, symptoms of agitation and completion of consent procedures (n= 45).			
Cohen-Mansfield J, Werner P, (1997) Management of verbally disruptive behaviors in nursing home residents. <i>Journal of gerontology</i> , vol. 52A, no. 6, M369-M377. Israel.	To assess the effectiveness of different interventions in a relatively large sample of nursing home residents.	Inclusion: persons with dementia with verbally disruptive behavior several times a day, at a nursing home were approached by the research team after being suggested by nurses (n= 65).	Quantitative observation study made with three interventions compared to a no-intervention phase.	5 external, 28 internal (n= 32).	Verbally disruptive behavior decreased by using one to one social interactions, videotapes with relatives and music. The social aspect of the intervention was the most important.
Palo-Bengtsson L, Ekman S-L, (2000) Dance events as a caregiver intervention for persons with dementia. <i>Nursing inquiry</i> , 7, 156-165. Sweden.	To illuminate the phenomenon of dance events as a caregiver intervention for persons with dementia in one nursing home as described by the caregivers.	The researcher discussed participation with the head nurse then directly with the staff. 7 caregivers agreed to participate.	Qualitative interview study.	-	Dance sessions opened up the communication and other activities between the persons with dementia and their caregivers. It is important for the nurse to have education, and interest in the personality and the experiences of the person with dementia. Nonverbal communication is one of the

					most important strategies for caregivers to use with persons with dementia.
Rylatt P, (2012) The benefits of creative therapy for people with dementia. <i>Nursing standard</i> . 26, 33, 42-47. England.	To evaluate the use of creative therapy, including dance, drama, music and movement, with people who have dementia attending one NHS organization that provides day treatment and inpatient services.	All persons with dementia who attended NHS organization were invited to participate, 37 agreed. Ten staff members participated, of which four were recruited because of the nature of their role as staff who routinely provide activities for patients within the units. The remaining six volunteered.	Qualitative. Staff members observed the persons with dementia during the creative therapy sessions.	-	Creative therapy leads to improved communication and releases feelings. Music, singing and dancing are the most common and appreciated therapy, and makes the persons with dementia show interest and engagement.
Ericsson I, Kjellström S, Hellström I, (2011) Creating relationships with persons with moderate to severe dementia. <i>Dementia</i> , 12(1), 63-79. Sweden.	Increase understanding of how relationships can be created with persons with moderate to severe dementia.	9 persons with dementia were included with their 8 caregivers. The dementia nurse or division manager contacted potential participants.	Qualitative interview study.	-	Verbal communication improved for the person with dementia when being alone with the nurse and when the nurse showed she had time for the resident. It was important to focus on the interaction and not on other duties. It is important that the nurse shows the resident that they are equals.

Ragneskog H, Asplund K, Kihlgren M, Norberg A, (2001) Individualized music played for agitated patients with dementia: analysis of video-recorded sessions. <i>International journal of nursing practice</i> , 7, 146-155. Sweden.	Find out if individualized music reduces agitation and leads to emotional reactions in patients suffering from severe dementia.	Inclusion: signs of agitation and it should be possible to video-record the patient in a stationary position. (n=4). The included participants were chosen after suggestions by the staff members of four nursing homes.	Qualitative study made with video-recording, the recordings were analysed by systematic observations and the Facial Action Coding System.	-	Background music leads to calmer behavior. Individualized music is the most effective. Persons with dementia showed that they liked the music and got agitated again when the music got too loud or stopped.
Magai C, Cohen C-I, Gomberg D, (2002) Impact of training dementia caregivers in sensitivity to nonverbal emotion signals. <i>International psychogeriatrics</i> , vol. 14, no.1, 25-38. USA.	To assess whether training caregivers in sensitivity to nonverbal communication could enhance mood and reduce symptoms in patients and improve psychological well-being in caregivers.	Inclusion: screened for dementia, 102 persons with dementia at three nursing homes, tended by 31 staff caregivers, qualified for inclusion.	Quantitative study and the design was a repeated measures analysis of variance (ANOVA). Three nursing homes randomly assigned to groups and groups were randomly assigned to treatment condition.	3 patients and 3 caregivers external, 8 patients and 8 caregivers internal (n= 91 patients and 20 caregivers).	To train caregivers in nonverbal communication helps persons with dementia to be happier. Agitation and other negative behavior reduced. The caregivers felt better and more professional when being educated.
Marmstål Hammar L, Emami A, Engström G, Götell E, (2010) Communicating through caregiver singing during morning care situations in dementia care. <i>Scandinavian journal</i>	Describe how persons with dementia and their caregivers express verbal and nonverbal	Inclusion patients: diagnosed with dementia. 12 persons were included from two nursing homes, after being	Qualitative study using video-recording to observe patients in first an ordinary morning care	Patients: 0 external, 2 internal (n=10).  Caregivers : 3 external, 1 internal	Singing reduces agitated behavior, leads to higher compliance and increased the participation of the patient. Singing

<p><i>of caring sciences, 25, 160-168. Sweden.</i></p>	<p>communication and make eye contact during the care activity 'getting dressed', during morning care situations without and with music therapeutic caregiving.</p>	<p>suggested by the head nurse.</p> <p>Inclusion caregivers: experience working in dementia care and working with the included dementia patients (n= 10).</p>	<p>situation and then in an intervention situation.</p>	<p>(n=6).</p>	<p>increased well being and made the caregiver and the patients laugh more together. Verbal communication led to decreased interactions. To show the patient what to do involves the patient to cooperate more.</p>
<p>Götell E, Brown S, Ekman S-L, (2002) Caregiver singing and background music in dementia care. <i>Western journal of nursing research, 24(2), 195-216. Sweden.</i></p>	<p>Illuminate the meaning of verbal communication between persons with severe demented and their caregivers.</p>	<p>Inclusion patients: late-stage dementia (n= 10).</p> <p>Inclusion caregivers: extensive history of interaction with the dementia patients (n= 5).</p> <p>The head nurse suggested patients and caregivers who had a long history of interactions.</p>	<p>Qualitative study with analysed video-recorded morning care sessions, and interviews with the caregiver about the session.</p>	<p>Patients: 1 external (n=9).</p> <p>Caregivers : 0 (n= 5).</p>	<p>Singing leads to less need of explanations. The person with dementia reached a higher understanding of what to do when the caregiver was singing. The patient complied more and the agitated behavior reduced. The singing created a better relationship between the person with dementia and the caregiver. Background music had the same impact on the patient as the singing. Using only verbal instructions reduced the patients understanding of that they were</p>

					doing.
--	--	--	--	--	--------