



SAHLGRENSKA AKADEMIN
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA

KOMMUNIKATION VID ALZHEIMERS SJUKDOM – HÄMMANDE FAKTORER SOM PÅVERKAR PATIENTENS OCH ANHÖRIGAS DELAKTIGHET

Katarzyna Ograbowicz

Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Sjuksköterskeprogrammet
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	Vt 2015
Handledare:	Margareta Mollberg
Examinator:	Ingela Henoch

Abstract

Titel

KOMMUNIKATION VID ALZHEIMERS SJUKDOM – hämmande faktorer som påverkar patientens och anhörigas delaktighet.

Uppsats/Examensarbete: 15 hp

Program och/eller kurs: Sjuksköterskeprogrammet

Nivå: Grundnivå

Termin/år: Vt 2015

Handledare: Margareta Mollberg

Examinator: Ingela Heno

Nyckelord: kommunikation, Alzheimers, sjuksköterska, hinder, närstående

Bakgrund: Patienter med Alzheimers sjukdom har laglig rätt att vara delaktig i beslut om planering och genomförande av omvårdnadshandlingar. När patienten själv inte kan föra fram egna åsikter har närstående en central roll i dialog med sjuksköterskor eller annan vårdpersonal. Vid Alzheimers sjukdom får dock patienter och närstående inte alltid vara delaktiga i beslut om sin vård. **Syfte:** Syfte med denna litteraturstudie var att belysa hur kommunikation kan hindra patientens och närståendes delaktighet vid Alzheimers sjukdom. **Metod:** Litteraturöversikt som baseras på tio vetenskapliga artiklar, åtta med kvalitativ och två med kvantitativ metod, som alla fokuserade på patienters och närståendes upplevelser av kommunikation i vårdsituationen. **Resultat:** I resultatet framkom två teman. Det första temat var: *Hinder i vårdmiljö och vårdens organisation:* Den hierarki som fanns i vårdorganisationen påverkade personalens förhållningssätt och var ett hinder för hur närstående uppfattade möjligheten till kommunikation. Stor personalomsättning var ett hinder hos både patienter och anhöriga för att uppleva trygghet vid kommunikation med vårdpersonal. Det andra temat var: *Hinder avseende sjuksköterskans professionella roll:* Brist på kunskap om Alzheimers sjukdom framkom som ett hinder i sjuksköterskans kommunikation med patienter. Sjuksköterskors negativa attityd påverkade patienter och anhöriga negativt vilket hindrade deras förutsättning för delaktighet. Det visade sig även att på vilket sätt kommunikation utfördes av sjuksköterskan hade inverkan på patientens och anhörigas grad av delaktighet i dialogen. Det blev ett hinder vid kommunikation speciellt när sjuksköterskans val av metod (verbal eller icke verbal) att kommunicera inte var anpassad efter patientens förmåga. Vårdtagarna och deras närstående beskrev att de ofta kände sig exkluderade från beslut angående planering av vård och medicinsk behandling. **Slutsats:** Litteraturöversikten visade på att hierarki, stor personalomsättning, brist på kunskap, negativ attityd, bristfälligt kommunikationssätt och tidsbrist var faktorer avseende kommunikation vilka hindrade delaktigheten hos patienter med Alzheimers, närstående och vårdpersonalen. Det visade sig att kommunikation hade en stor inverkan på patientens och anhörigas förutsättning för delaktighet. Vårdtagarna och deras närstående kände sig ofta exkluderade från beslut angående vård och behandling. Det bryter mot patientens rättigheter till delaktighet och bestämmande om beslut angående egen vård.

INLEDNING	5
BAKGRUND	5
ALZHEIMERS SJUKDOM	6
Metoder för bedömning av patientens kommunikationsförmåga	6
DELAKTIGHET	7
Sjuksköterskans roll för att främja patientens och närståendes delaktighet	8
Närståendes delaktighet vid Alzheimers	9
Kommunikation i omvårdnad	9
PROBLEMFÖRMULERING	10
SYFTE	11
METOD	11
design	11
DATAINSAMLING OCH URVALSKRITERIER	11
Analys	13
RESULTAT	13
Hinder i vårdmiljö och vårdens organisation	14
Hierarki	14
Stor personalomsättning	15
Hinder avseende sjuksköterskors professionella ROLL	15
Brist på kunskap	15
Negativ attityd	16
Bristfälligt kommunikationssätt	17
Tidsbrist	18
DISKUSSION	18
Metoddiskussion	18
Etiska ställningstaganden	20
resultatdiskussion	21
Slutsats	22
Praktiska implikationer	23

REFERENSLISTA.....	24
BILAGA 1	27
TABELL 1: ARTIKEL ÖVERSIKT.....	27

INLEDNING

I Sverige har cirka 140 000 människor fått diagnos på demenssjukdom och av dem utvecklar två tredjedelar Alzheimers sjukdom (Edberg, 2009). Det är en av de vanligaste sjukdomarna som vårdpersonal möter i sitt vardagliga arbete. Enligt sjukvårdslagen har alla människor som söker vård i Sverige rätt till delaktighet och beslut om sin egen behandling (SFS 1982:763). Det inkluderar även patienter med begränsad förmåga att kommunicera som t.ex. vid demens. När patienten själv inte kan föra fram egna åsikter har närstående en central roll i dialog med sjuksköterskor eller annan vårdpersonal. För vissa patienter och anhöriga innebär kontakt med sjukvården att deras förutsättning för delaktighet hindras, vilket inte borde ske. Detta arbete fokuserar på hinder vid kommunikation och dess betydelse för patienter med Alzheimers sjukdom och deras närstående. Genom ökad kunskap om vilka hinder som finns kan sjuksköterskans omvårdnadsarbete med att minimera dem förhoppningsvis leda till fördel för patientens och personens lagliga rätt till delaktighet.

BAKGRUND

Det finns mycket forskning om Alzheimers sjukdom och vilken påverkan denna sjukdom har på patienten och närstående. Nedanstående berättelse beskriver en personlig upplevelse av en anhörigs förändring:

”För cirka åtta år sedan började jag se små förändringar hos mamma som sakta kom krypandes. De små förändringarna började förändra hennes personlighet, hon agerade annorlunda, långt ifrån vad hon hade gjort tidigare. Uppgiften låg hos mig att ta det där obehagliga samtalet, säga till min mamma att något var fel var något av det svåraste jag har gjort i mitt liv. Jag sa till henne att jag älskar henne och vill inte förlora henne. Jag glömmer aldrig ögonblicket när hon öppnade bildörren för det var just i bilen jag vågade släppa bomben utanför hennes hus. Hon var så arg på mig! Hon vägrade prata med mig på flera veckor. Det var en tung och orolig smärta jag bar på men jag förstod att hon behövde tid att smälta, tid att fundera, tid för reflektion. Några veckor senare ringde hon upp mig. Hon hade fått tid för en undersökning och frågade om jag ville gå med. Vi grät båda två länge i telefonen.

Här började en lång utredning på Minnesenheten, en fantastisk institution med självklar förståelse för patient och anhörig. Mamma fick diagnosen Alzheimers sjukdom med blandade känslor av lättnad och sorg. Hon fick den bästa hjälpen och verktygen till ett bättre liv tillsammans med ”pappa” Kalle som nu visste hur han skulle förhålla sig till sin fru. Kalle tog hand om mamma. Han gick med på mammas villkor att gömma undan sjukdomen och behålla den i tystnad. När Kalle lämnade jordelivet blev mamma ensam i ensamheten. Hon gömde sig inom själv för att klara smärtan och ibland kommer hon ihåg att han inte finns. Vi samtalar på hennes nivå där hon befinner sig nu med all respekt. Vi färdas i tid och rum, vi är i andra dimensioner där hon beskriver människor och saker som jag aldrig har sett men får en bild av en ny värld. Denna sjukdom som är tystnadens sjukdom, även legitimt kallad ”de anhörigas sjukdom”, vill jag lyfta fram i ljuset. Jag önskar uppmana Dig som har en anhörig, vän eller arbetskamrat att våga ta steget att be om hjälp, för det finns professionell hjälp

och kunskap att få! Forskningen går sakta framåt. Under tiden är den bästa medicinen kärlek och åter kärlek för det är precis det som individen behöver” (M. G. 2015, Facebook).

ALZHEIMERS SJUKDOM

Demenssjukdomar delas in i tre olika grupper: primär-, vaskulära och sekundär degenerativa. Alzheimers sjukdom tillhör den första gruppen och karakteriseras av olika symptom och tecken på förändring. Ur det biologiska perspektivet, börjar nervceller i hjärnan samla på sig olika slaggprodukter både intracellulärt och extracellulärt. Fibrer s.k. neurofibrillärt nystan samlas över hela hjärnbarken, i de basala ganglierna, paralimbiska systemet, thalamus och hypotalamus. En annan viktig markör för Alzheimers sjukdom är förekomst av s.k. senila plaque som är resultatet av nervcellers död (Wikby & Johansson, 1999).

Symptom som personer med Alzheimers sjukdom uppvisar är: skrik, fysisk aggressivitet, rastlöshet, oro, ångest, nedstämdhet och apati. Sjukdomens demensgrad delas in i tre stadier (Berger, 1980): mild, måttlig och svår demens. I första stadiet av personens tecken på sjukdom kommer symptom smygande då och då, personen börjar glömma saker, har korta minnesluckor, har svårt att planera och utföra saker. Ibland kan patienten bli förvirrad och inte känna igen platser. I andra stadiet försämras personens förmåga till kommunikation och personen kan få svårt att prata med andra människor och att bli förstådd. Vidare försämras minnet och det kan vara svårt att känna igen sina anhöriga. De vardagliga sysslorna kan bli besvärligt att utföra som t ex. att klä på sig eller att duscha. I sista, tredje stadiet av Alzheimers sjukdom, blir förändringarna i hjärnan omfattande och personen börjar få problem med att utföra basala dagliga aktiviteter som att äta själv, förflytta sig eller sitta på en stol. Som en följd av stegvis försämring i allmäntillståndet blir patienten sängliggande och helt beroende av andra människor (Edberg, 2009). Alzheimers sjukdom är inte dödlig men eftersom personen blir helt sängliggande blir komplikationer till följd av inaktivitet ofta orsak till att hälsan försämras som leder till döden. Exempel på det kan vara lunginflammation, lungemboli, sepsis eller urinvägsinfektion (Edberg, 2009).

Metoder för bedömning av patientens kommunikationsförmåga

Bedömning av personens kommunikationssvårigheter vid Alzheimers sjukdom görs med hjälp av olika validerade instrument. Nedan beskrivs tre instrument som vanligast används.

Gottfries-Bråne-Steen-skalan (GBS-skalan) används vid utredning av demenssjukdomar om det gäller bedömning av intellektuella, emotionella och funktionella förmågan med särskild fokus på förekomst av beteendemässiga och psykologiska symptom. Genom att svara på 27 frågor får sjuksköterskan en helhetsbild av patientens förmågor och psykiska resurser. Med utgångspunkt av resultaten från bedömningen skriver sjuksköterskan tillsammans med läkare och anhöriga en vårdplan för patienten. Den inkluderar patientens kvarvarande förmågor i sitt vardagliga liv. GBS-skalan möjliggör utvärdering för att bedöma sjukdomens förlopp och att anpassa fortsatta omvårdnadsåtgärder i det individuella fallet (Sjöbeck & Berglund, 2011).

Quality of life in late-stage dementia (Qualid) är ett instrument som används när patientens förmåga att kommunicera är mycket begränsad. Bedömning av patientens förmåga baseras på en

sjuksköterskans observationer relaterade till patientens icke-verbala kommunikation. En sjuksköterska observerar patientens kroppsspråk som t.ex. leende, lidande, gråt osv, vilket ger en helhetsbedömning av personens förmåga (Sjöbeck & Berglund, 2011).

Target Complain används för att bedöma svårigheter i kommunikationen mellan patienten och anhöriga. Med hjälp av några frågor får sjuksköterskan uppfattning om vad som är mest problematisk i kommunikationen för både anhöriga och patienten. Med vetskap om vilka problem som framkommer finns möjlighet att åtgärda svårigheterna så långt som det är möjligt (Sjöbeck & Berglund, 2011).

Enligt Carlsson (2009) saknas det ett objektiva instrument för bedömning av patientens förmåga till kommunikation som sjuksköterskor kan använda i omvårdnadsarbete med demenssjuka personer. Vanligtvis använder sjuksköterskor sig av observationer för att bedöma patientens förmåga till kommunikation, vilket dokumenteras i journalen. Journalföring om kommunikationsförmågor underlättar omvårdnadsarbetet för all vårdpersonal, speciellt om en patient har ett specifikt önskemål vid en vårdhandling (Carlsson, 2009).

DELAKTIGHET

Enligt Socialstyrelsens lagstiftning har en sjuksköterska skyldighet att ge förutsättningar för patientens delaktighet vid beslut och planering om sin hälsa (Socialstyrelsen, 2005). Det överensstämmer med Lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område där står att: "Vården skall så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten" (SFS, 1998:531).

Omvårdnadsteoretiker definierar begreppet delaktighet på olika sätt. Delaktighet kopplas till patientmedverkan, partnerskap och patientengagemang (Eldh, 2009). I vissa definitioner blir delaktighet synonymt med att besluta om behandlingsalternativ (Socialstyrelsen, 2013). Statens Folkhälsoinstitut (2010) däremot definierar delaktighet som engagemang i hela beslutprocessen om det gäller hälsa (Statens Folkhälsoinstitut, 2010). En annan definition finns att hitta i Världshälsoorganisationens (WHO) klassifikation, som beskriver delaktighet som att vara involverad i en livssituation (WHO, 2001). Dorothea Orem (2001) beskriver att delaktighet kräver att patienter visar intresse och har en del av kunskap vilka främjar patientens engagemang i sina egenvårdsbehov. Eriksson (1987) däremot definierar delaktighet som ömsesidigt tillit. Andra forskare understryker vikten av att skilja på patientens delaktighet och patientens beslutfattande (Marriney, Tomey & Alligood, 2010).

I de ovanstående definitionerna finns gemensamma utgångspunkter såsom att uppmuntra personen till att fatta beslut, engagera sig, ge möjlighet att uttrycka sitt önskemål och utnyttja sin rättighet att påverka sin egen omvårdnad. Marriney Tomey & Alligood (2010) beskriver delaktighet från ett bredare perspektiv.

Sahlsten (2008) beskriver delaktighetens fyra kännetecken som vilar på en humanistisk människosyn och det är att relationen ska karakteriseras av ömsesidighet, respekt, tillit och positiva känslor. En sjuksköterska ska kunna överlåta viss makt till patienten. Kunskap och information skulle kunna delas

dem emellan och interaktion i relationen vara ömsesidig (Sahlsten et al, 2008). För att kunna skapa sådana relationer behöver både sjuksköterskan och patient tid för att lära känna varandra (Kjellström, 2012).

Sjuksköterskans roll för att främja patientens och närståendes delaktighet

Utifrån salutogen demensvård är det viktigt att främja patientens delaktighet genom det praktiska vårdhandlandet. Sjöbeck och Berglund (2008) skriver att delaktig i en genomförandeplan som en kontaktperson skaffar tillsammans med den sjuke och/eller dess anhöriga. Ett annat råd är att ge förutsättning för delaktighet vid planering av dygnsrytm med aktiviteter som är anpassade till patientens förmågor och önskemål. Det kan också vara viktigt med kontinuiteten i personalgruppen vilket bidrar till trygghet och kännedom om patienten som hjälper sjuksköterskor att möta patienten här och nu. Vidare är Information till patienten om vad som händer och ska hända viktigt för att skaffa begriplighet i aktuellt kontext (Sjöbeck & Berglund, 2008). Personer med demens måste betraktas med stor respekt och alla vårdhandlingar ska utföras så att deras integritet bevaras. Det är viktigt att all personal som arbetar med demenssjuka patienter genomgår utbildning som ökar kunskap om sjukdomens symtom, vilket hjälper dem att bemöta denna kategori av patienter med stor omsorg och respekt (Kihlgren, 2011).

För sjuksköterskan som ska vårda den demenssjuke patienten är det viktigt att se personen som det centrala i vårdmötet. Alla symptom på sjukdomen, både fysiska och psykiska, är det som patienten upplever med sin sjukdom. Alla nya intryck tolkas av den sjuke på ett annat sätt och symptom som skrik eller aggressivitet har sin bakomliggande orsak. Det är störningar i personens tolkning av sinnesintryck, tankens innehåll, stämningsslag eller beteende (Dehlin & Rundgren, 2014). För en frisk person kan förändrat beteende hos en person vara svårt att förstå och förhålla sig. Däremot för utbildad vårdpersonal som har kunskap om demenssjukdom och hur symptom kan yttra sig både förstår och bemöter patienten på ett professionellt sätt utifrån en evidensbaserad kunskap (Edberg, 2009).

Andersson (2004) anger olika kriterier, vilka en sjuksköterska kan använda sig av och som kan främja bevarandet av patientens integritet och delaktighet. Kriterierna är: lyhördhet, reflektioner och ett ställningstagande till de skyldigheter sjuksköterskor har samt vilja och förmåga att som sjuksköterska ta ansvar för sina vårdhandlingar i etiskt svåra situationer (Andersson, 2004).

I olika vårdmöten kan en sjuksköterska vara ett viktigt stöd för den anhörige då denne bidrar med kunskap, information och råd om patienten. När situationen i patientens hem blir svårare att klara av och när de anhöriga inte längre orkar vara delaktiga i samma omfattning som tidigare, kan det bli aktuellt att flytta patienten till äldreboende (Edberg, 2009). För de anhöriga kan flytt från det egna hemmet innebära upplevelse av vilshenhet genom den förändring som blir. I flyttprocessen är sjuksköterskans roll viktig, genom att stödja den anhörige att släppa taget om planering och allt ansvar till att låta professionella vårdgivare ta över vårdansvaret över patienten. Mycket viktigt är dock att uppmuntra närstående till delaktighet i planering av fortsatt vård och beslut i den omfattningen de önskar (Edberg, 2009).

För en sjuksköterska är anhöriga vanligtvis viktiga personer eftersom det är just de som känner patienten bäst. De vet vad han/hon tycker om, vad som bestämdes eller önskades av personen innan patientens häls försämrades och vad som kan öka patientens livskvalité även om denne är helt beroende av andra personer och inte kan uttrycka egna önskemål själv (Edberg, 2009). Kihlgren (2011) skriver att vid demens får integritetsfrågan ny betydelse och forskning inom området visar att sjuksköterskor som främjade tillit, autonomi och gemenskap vid kontakt med demenssjuka höjde deras kvarvarande resurser och bidrog till att patienter kände sig mer delaktiga i olika beslut (Kihlgren, 2011).

Närståendes delaktighet vid Alzheimers

Alzheimers sjukdom kallas också för "närståendes sjukdom". Edberg (2009) beskriver en rollförändring från att vara maka/make till att vara en vårdare av en familjemedlem. Det kan vara en stor utmaning eftersom maka/-e oftast är lika gammal och själv har egna behov av stöd och hjälp. Även om en sjuksköterska som tjänstgör inom hemsjukvård dagligen uppför ett omvårdnadsarbete i privat hem är det en anhörig till den sjuke, om personen inte lever ensam, som tar ansvaret för resten av dagens timmar (Edberg, 2009). Att hjälpa sin maka/make kan vara glädje i sig men samtidigt kan det vara mycket belastande om stöd och hjälp behövs under längre tid (Socialstyrelsen, 1999). Ett sätt att hjälpa närstående personer i den aktuella vårdssituationen är att informera dem om sjukdomen och hur symtom yttrar sig samt möjliga omvårdnadsåtgärder som finns att erbjuda. Vidare ge dem rätt att agera och hjälpa till samt engagera sig i omvårdnadshandlingar av sin närstående. Det kan även ges möjlighet att utföra uppgifter som att städa rum, mata personen när dennes förmåga till det är nedsatt och att högt läsa ur en bok. Sådan vårdinsats kan ge närstående en känsla att de fortfarande behövs, att de är viktiga i patientens vardag och en betydelsefull resurs för omvårdnadspersonalen (Andershed & Ternestedt, 2001).

Kommunikation i omvårdnad

Kommunikation ingår centralt i sjuksköterskeyrket och är ett redskap vilket omvårdnadspersonalen för dialog vid vårdmöten med patienter och anhöriga. I alla vårdmöten sker kommunikation både med tal och med kroppen. Allt som personen säger visas samtidigt med blicken, gester eller ansiktsuttryck. Omvårdnadsarbetet är specifikt och kan inkludera vårdssituationer där personen i fråga som sjuksköterskan kommunicerar med kan ha begränsade resurser och förmågor till kommunikation. Sjuksköterskor kan alltid använda rösten och kroppsspråk men patienten kan i många fall bara kommunicera med sitt kroppsspråk (Baggens & Sandén, 2009). I allra sista skedet i livet hos patienter med demenssjukdom är oftast bara blicken kvar att kommunicera med och det är då enda sättet för en sjuksköterska att läsa av patientens hälsotillstånd och behov av omvårdnad (Goodwin, 1981). Irwe et al (2009) påpekar att en sjuksköterska ska ha kunskap om olika modeller för kommunikation för att göra säkra bedömningar av patients hälsa. Det innebär att kunna kommunicera med alla patienter icke-verbalt när andra metoder inte är möjliga (Irwe, Momeni, Emami, 2009). En sjuksköterska som vill skapa en tillitsfull kommunikation måste genom sin

vårdhandling skapa trygghet och förutsättningar för en ömsesidig dialog. I kommunikationen med patienter med Alzheimers sjukdom är det viktigt att en sjuksköterska har empatisk förmåga och genom det lyssnar och anpassar sitt kommunikationssätt till patientens aktuella hälsosituation. Sjuksköterskans interaktion måste svara på patientens behov just i stunden som kommunikationen äger rum (Skärsäter, 2009) vilket även innebär att vara förberedd för att bemöta Alzheimers sjuka patienter och kunna hantera kommunikationssvårigheter som uppkommer under samtalets gång (Baggens & Sandén, 2009).

Carlsson (2009) ger några råd vilka kan underlätta vårdpersonals kommunikation med patienten som har kommunikationssvårigheter. De inkluderar framför allt ett samtal med anhöriga som kan upplysa om sätt som fungerade när personen bodde i eget hem. Om ej anhöriga finns och om personen bott på annan vårdinrättning kan samtal med tidigare vårdgivare informera hur de t.ex. utfört olika undersökningar vilket kan ge sjuksköterskan förutsättning att planera omvårdnadsarbete (Carlsson, 2009).

Enligt forskning finns det metoder avseende kommunikation som kan främja delaktigheten hos patienter med Alzheimers sjukdom samt deras anhöriga. Veselinova (2014) beskriver att användning av korta och konkreta frågor, enkla ord, att behålla ögonkontakt med patienten och beröring kan förbättra kommunikationen och genom det öka patientens förutsättning för delaktighet. De Vries (2013) påtalar värdet av att ta hänsyn till faktorer som är betydelsefulla för patienten. Exempel på det är att stänga av tv-apparat, prata långsamt, invänta patienten och låta han eller hon ta den tid som behövs för att leta efter ord. Det underlättar också att använda frågor som kan besvaras med ja eller nej. Vidare redovisar Elkins (2011) andra förslag för att förbättra kommunikation. Det är att undvika att säga emot, att avstå från att ställa frågor och om det inte absolut behövs samt att avdramatisera situationen genom att säga en skämt (Elkins, 2011).

PROBLEMFORMULERING

Enligt litteraturen är kommunikation en faktor som påverkar patientens och de närståendes förutsättning för delaktighet oavsett vilka kognitiva förmågor patienter har. Vid Alzheimers sjukdom är delaktighet en stor utmaning både för patienter samt deras närstående eftersom kommunikationen är förhindrad. Det finns patienter som varken kan berätta vilken typ av omvårdnad de behöver eller förstå vad en sjuksköterska berättar och rekommenderar. Att både ge förutsättning och att kunna kommunicera och att på olika sätt utföra kommunikativa handlingar är en central del av sjuksköterskans omvårdnadsarbete. Det finns mycket forskning angående faktorer relaterade till kommunikation som främjar delaktighet hos Alzheimers sjuka patienter. Däremot är det begränsat att hitta forskningsresultat vad det gäller faktorer avseende kommunikation som hindrar delaktighet hos patienter med demens och deras anhöriga, vilket motiverar genomförande av denna litteraturöversikt.

SYFTE

Syfte med detta arbete är att belysa hur kommunikation kan hindra patientens och närståendes delaktighet vid Alzheimers sjukdom.

METOD

DESIGN

Denna uppsats är en litteraturstudie vilket är en metod för att kartlägga forskningsresultat inom ett vetenskapligt område. Litteraturstudien baseras på Fribergs (2012) modell för studier av både kvantitativa och kvalitativa artiklar. De artiklar som studeras är primärkällor vilket innebär att de oftast redan är granskade av forskare inom ämnet. Inklusions- och exklusionskriterier anges liksom att det finns ett tydligt formulerat syfte innan sökning av litteratur påbörjas. Artiklar som väljs skall granskas avseende kvalitet på studien enligt för det vedertagen mall och därefter utförs analys av studierna resultat (Friberg, 2012).

DATAINSAMLING OCH URVALSKRITERIER

Informationssökningen delades in i två faser. I den inledande osystematiska informationssökningen ingick facklitteratur, ordböcker och internet för att skaffa en överblick om ämnet. Den mynnade ut i en mer strukturerad och systematisk sökning. Den genomfördes i flera steg utifrån studiens inklusionskriterierna som var vuxna personer med Alzheimers sjukdom eller demens, artiklarna fanns att tillgå i full-text, abstrakt, artiklar ej äldre än 20 år och skrivna på engelska. Exklusionskriterier var artiklar som handlade om barn och eller kommunikationssvårigheter och delaktighet hos handikappade personer. Informationssökningen började med initialsökning enligt Friberg (2012) för att få förslag på relevanta sökord. I denna process användes ordböcker, synonyma termer, samt sökord som hittades i olika abstrakt i vetenskapliga artiklar. Olika sökord kombinerades med hjälp av boolesk söklogik. Sökorden valdes med hjälp av MeSH-termer som kopplades till föreliggande litteraturstudies syfte och första sökningen genomfördes i databasen Cinahl utifrån följande sökord: *nurse, Alzheimer's, communication* och *family*. Därefter fortsatte informationssökningen i två vetenskapliga databaser; PubMed och Scopus.

Cinahl är en databas som är relevant för omvårdnadsforskning, PubMed är en databas som samlar vetenskapliga artiklar inom medicinsk vetenskap och Scopus är en databas som täcker in områdena medicin, teknik, science och socialvetenskap. Resultatet av sökningar i Cinahl blev två artiklar och enligt abstrakt var ingen av dem relevant för studiens syfte. I sökningen i PubMed databas byttes sökordet *Alzheimer's* ut mot *dementia eftersom* Alzheimers är en demens sjukdom. Det resulterade i tio vetenskapliga artiklar varav fyra av dem hade, för studiens syfte, relevant titel och abstrakt. Vidare i databasen PubMed byttes ordet *family* ut mot *relatives* som resulterade i tio träffar. Två av dem hade relevant titel och abstract. En tredje artikel var en upprepning av sökresultatet från Cinahl och var redan inkluderad. I nästa sökning tog ordet *relatives* bort och det resulterade i 28 artiklar. Vid sökning i databasen Scopus användes samma sökord som vid sökningen i PubMed förutom att

sökordet *barriers* inkluderades, vilket resulterade i 260 artiklar. Abstrakten lästes i systematiskt ordning till dess att sex för studiens syfte relevanta vetenskapliga artiklar hittats. Av dessa sex artiklar inkluderades fyra i studien. I nedanstående tre tabeller presenteras utförligt sökresultatet i de olika databaserna.

Tabell.1 Databas Cinahl

Datum	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Relevanta abstract	Granskade artiklar	Valda artiklar
10/4 2015	Nurse, Alzheimer's, communication, family	Full text, Abstract 1.01.1995-04.2015 English	2	0	0	0
10/4 2015	Nurse, dementia, communication, family	Full text, abstract 1.01.1995-04.2015 English	10	4	4	4

Tabell.2 Databas PubMed

Datum	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Relevanta abstract	Granskade artiklar	Valda artiklar
11/4 2015	Nurse, dementia, communication, relatives	Full text Abstract 1.01.1995-04.2015 English	10	2	2	0
11/4 2015	Nurse, dementia, communication	Full text Abstract 1.01.1995-04.2015 English	28	10	2	2

Tabell.3 Databas Scopus

Datum	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Relevanta abstract	Granskade artiklar	Valda artiklar
12/4 2015	Nurse, dementia, communication, family, barriers	1.01.1995-04.2015 English	260	6	6	4

När titeln ansågs svara mot syftet med uppsatsen lästes abstractet och om det kunde relateras mot syftet med föreliggande uppsats lästes artikeln i fulltext. Detta förfarande i urvalsarbetet av vetenskapliga artiklar rekommenderas av Friberg (2012). Slutligen valdes tio artiklar ut, åtta med kvalitativ och två med kvantitativ ansats (Bilaga 1) och deras vetenskapliga kvalitet granskades enligt Willman, Stoltz, & Bahtsevani (2011) med utgångspunkt från frågor. Ett exempel på frågor som ingick i kvalitetsgranskningen var; om forskningsproblemet är tydligt formulerat? Finns det teoretiska utgångspunkter? Vad är syftet och hur är det formulerat? Hur är metoden beskriven? Hur hänger metod och teoretiska utgångspunkter ihop? Finns det en metoddiskussion? Sker det en koppling till det praktiska vårdarbetet? (Friberg, 2012; Willman, Bahtsevani, Stoltz, 2011).

ANALYS

De tio artiklarna analyserades enligt Friberg (2012) och lästes igenom flera gånger med fokus på studiernas resultat. Faktorer som ansågs ha betydelse för hur kommunikation kan hindra patientens och närståendes delaktighet vid Alzheimers sjukdom skrevs ner. Vid första sorteringen skrevs olika tema ner på ett datablad. I nästa genomläsning markerades ord som kunde sorteras in under samma tema med olika färger. Det gav fördjupad kunskap om respektive artikels innehåll, likheter och skillnader. Sorteringen resulterade först i flertalet övergripande tema som belyser hämmande faktorer avseende kommunikation vilka påverkar patientens och anhörigas delaktighet. Efter ytterligare genomläsning och kritisk sortering av dessa teman abstraherades innehållet och slutresultat blev två övergripande tema. Det är *hinder i vårdmiljö och vårdens organisation samt hinder avseende sjuksköterskors professionella roll*.

RESULTAT

Faktorer som visade sig hämma hur kommunikation kan hindra patientens och närståendes delaktighet vid Alzheimers sjukdom, presenteras i tabell 4.

Tabell 4: Hämmande faktorer som kan hindra patientens och närståendes delaktighet

Hinder i vårdmiljön och vårdens organisation	Hinder avseende sjuksköterskors professionella roll
<i>Hierarki</i>	<i>Brist på kunskap</i>
<i>Negativt med stor personalomsättning</i>	<i>Negativ attityd</i>
	<i>Bristfälligt kommunikationsätt</i>
	<i>Tidsbrist</i>

HINDER I VÅRDMILJÖ OCH VÅRDENS ORGANISATION

Hierarki

Flera studier beskrev att hierarki är en hämmande faktor som påverkar patientens och närståendes delaktighet i vårdhandlingar vid Alzheimers sjukdom på ett negativt sätt (Douglas-Dunbar & Gardiner, 2007; Herzberg & Ekman, 2000; Cascioli et al, 2008). Hierarki ur ett negativt perspektiv beskrivs i bemötandet mellan sjuksköterskor och patienter samt deras anhöriga. Det kunde vara att närstående sa till vårdpersonal att de ifrågasatte rutiner på avdelningen, vilket ledde till att anhöriga efteråt upplevde sämre relation mellan dem och vårdpersonalen. Anhöriga berättade att de kände att sjuksköterskorna bemötte dem utifrån att de som anhöriga var lägre ner i hierarkin än sjuksköterskorna själva. Exempel på att vara högre upp i hierarkin beskrevs med att det var vårdpersonal som för dem förklarade fattade beslut, berättade om vårdhändelser och utförde ordinationer från läkarna. Närstående kände att hierarkin i sig var ett hinder då de upplevde att de inte hade inflytande över patientens omvårdnad eftersom deras erfarenhet inte togs på allvar. Vårdpersonal hade tendens att exkludera närstående från att fatta beslut särskilt när patienten i fråga var väldigt dement och hade förlorat kortminnet. Anhöriga kände sig ofta underskattade, bortglömda och inte längre involverade i vare sig omvårdnad och beslutfattande (Douglas-Dunbar & Gardiner, 2007; Herzberg & Ekman, 2000). Att känna sig exkluderad var ett hinder för kommunikation som innefattade anhörigas att berättade att de inte fått information om sjukdomen och dess behandling samt att vårdpersonalen sällan frågade anhöriga om hjälp. Upplevelse av att vara lägre ner i hierarkin än vårdpersonal, hindrade närstående till delaktighet, då sjuksköterskorna inte berättade detaljer om behandling. Sjuksköterskorna försvarade handlandet med de inte ville belasta anhöriga med omvårdnadsuppgifter som negativt kunde påverka den anhöriges egen hälsa (Herzberg & Ekman, 2000; Cascioli et al, 2008).

Studier visade att redan vid första vårdmötet upplevde anhöriga hinder i kommunikation utifrån status, dominans och auktoritet. Dessa upplevelser fanns också i vårdrelationer mellan en sjuksköterska och patient då de kände sig som ett objekt och inte som en person (Long & Slevin, 1999). Sjuksköterskor beskrevs som att de vanligtvis pratade med patienter och deras närstående med ett förhållningssätt och använde fackspråk som präglades av makt. En sådan attityd bidrog till mycket begränsad förutsättning för patient- och närstående delaktighet i vårdsituationen (Douglas-Dunbar & Gardiner, 2007).

Arbetskläder som innebär att t.ex. vit rock används liksom att nycklar används är symboler som både patienter och närstående uppfattade som makt. För sjuksköterskor uppfattas det inte som makt, då det ingår som rutin på arbetsplatsen (Long & Slevin, 1999). Personer som använder nycklar i sitt arbete blev beskrivna utifrån makt och att ta beslut över någon annan persons frihet. Studien av Long och Slevin (1999) visade att anhöriga var oroliga över denna makt och ville inte lämna sin mamma eller make på ett ställe där dörrarna till personens rum gick att låsa. Närstående upplevde det som kränkande och ifrågasatte att rutiner fanns med att låsa vårdrum. Vårdpersonal förklarade att sådana rutiner fanns på en vårdavdelning eller på boende av annat slag var kopplat till patientens säkerhet. Autonomi och rätt till att ta egna beslut nonchalerades ofta av anställda personer likaså patientens

rätt till delaktighet i beslut. Tillit i kommunikationen var skadad från början och hinder till delaktighet eftersom patienter och anhöriga kände att de bemöttes av vårdpersonal utifrån att de var lägre ner i hierarkin och omvårdnadspersonalen handlade utifrån att de var högre upp (Long & Slevin, 1999; Herzberg & Ekman, 2000).

Stor personalomsättning

Personalomsättning på en och samma avdelning är en hämmande faktor vid kommunikationen som bidrar till minskad delaktighet för patienter och anhöriga (Herzberg & Ekman, 2000). Både patienter och närstående vill medverka till goda och hållbara relationer med personalen. Organisation av personal, på vissa sjukhus eller boenden, har förändrats under de senaste åren. Idag finns olika former för anställning av sjuksköterskor inom vårdsektorn. De kan t.ex. vara anställda av respektive sjukhus eller via bemanningsföretag. Anställning via bemanningsföretag innebär att sjuksköterskor alternerar mellan olika vårdgivare och arbetsplatser vilket också innebär att kontinuiteten är åsidosatt när sjuksköterskan inte tjänstgör på samma arbetsplats dag från dag. Det ställer krav på anställda som arbetar på samma arbetsplats dag från dag då de måste hantera brist på kontinuitet vilket påverkade omvårdnadsarbetet. Brist på kontinuitet beskrevs som en hämmande faktor vid kommunikationen då det ger känsla av otrygghet att hela tiden träffa okända vårdgivare med vilka dialog ska föras (Herzberg & Ekman, 2000). Anhöriga skapar relationer med vårdpersonalen, engagerar sig i dem men blir trötta och negativt inställda och närstående uppger att de inte orkar avsätta tid på att hela tiden skapa relationer med sjuksköterskor de inte träffat tidigare. Anställd vårdpersonal beskriver också att de reflekterat över att kontinuiteten bland vårdpersonal har minskat och som en följd av det är det vanligtvis brister genom ofullständigt dokumentation om vad som beslutades eller planerats för den enskilde patienten (Herzberg & Ekman, 2000). I studien av Teylor (1998) uppgav anhöriga att de märker att personalen är underbemannad. Det ledde till sämre omvårdnad vid utförande av patienters behov samt brister i kommunikationen då den blev undermålig och oftast skedde med andra professioner som till exempel undersköterskor är (Teylor, 1998).

HINDER AVSEENDE SJUKSKÖTERSKORS PROFESSIONELLA ROLL

Brist på kunskap

Brist på kunskap om Alzheimers sjukdom är en hämmande faktor avseende kommunikation som påverkar patientens och anhörigas delaktighet (Griffiths et al, 2007; Herzberg & Ekman, 2000; Teylor, 1998; Cascioli et al, 2008). Brist på kunskap om hur symtom på svårigheter vid kommunikation yttrade uppgavs av både av läkare, sjuksköterskor och andra yrkesgrupper som samverkade kring vård av patient med Alzheimers sjukdom. De professionella berättade att utbildning som ges om sjukdomen på t.ex. högskolor är otillräcklig. Det får konsekvens i klinisk praxis eftersom vårdpersonal själva kände sig ofullständigt utbildade och hade brist på kunskap i mötet med patient och närstående. Vidare medförde det även att de beskrevs brist vid handledning, av nyanställda kollegor. För att motverka upplevd kunskapsbrist, berättade sjuksköterskor de ofta på fritiden sökte kunskap om Alzheimers sjukdom via källor som fanns att läsa på internet. Syftet var att i första hand skaffa

kunskap som hör ihop med omvårdnad av demenssjuka patienter där kommunikation bl.a. ingår. Chefer på vårdanläggningar medverkade inte till att organisera kurser och utbilda anställd vårdpersonal och de försvarade beslut om det med att de inte hade ekonomiska resurser för att kunna erbjuda personalen utbildning om vård av personer med demenssjukdom (Griffiths et al, 2007). I Taylors (1998) studie framkom att närstående i omvårdnadshandlingar märkte personalens okunskap vid kommunikation med anhörig som har Alzheimers sjukdom (Teylor, 1998).

Sjuksköterskor visade uttalat intresse inför lärande av metoder för dialog och de uppgav att de specifikt behövde kunskap om metoder att utföra och tolka icke-verbal kommunikation (Acton et al, 2007; Wang et al, 2007; Griffiths et al, 2013). Träning i sätt att kommunicera, påtalades av sjuksköterskor eftersom de i vårdssituationer upplevt problem både med att förstå patienten och att få patienten att förstå vilken vård de hade att erbjuda patienten (Long & Slevin, 1998; Teylor, 1998; Griffiths et al, 2007).

Negativ attityd

Social kompetens handlade om att kunna samverka med andra människor. Samverkan skall baseras på aktivt lyssnande, på att kunna reflektera över att ta till sig vad andra personer sagt men också tala på ett sätt så att andra människor blir intresserade och förstår budskapet (Fexeus, 2012).

Ett stort hinder avseende kommunikation som bidrog till mindre delaktighet hos patienter med Alzheimers sjukdom var sjuksköterskors brist på empati (Long & Slevin, 1999; Wang et al, 2013). Det förklarades med att friska individer har en tendens att betrakta patienter med demenssjukdom som ett objekt. Det kan t.ex. visas genom att både sjuksköterskor och patientens anhöriga glömde bort patienten som fanns i rummet. De pratade om patienten som om personen ifråga inte fanns där. Griffiths et al (2013) beskrev reaktioner som hos sjuksköterskor är vanliga i bemötande med demenssjuka patienter. Det var att de betraktade personerna subjektivt utifrån ett symptom och att vara stränga mot dem eller att undvika dem så långt som det är möjligt.

Det förekom att personal och anhöriga pratade högt om känsliga ämnen avseende patienten utan att hänsyn togs till patientens rätt till integritet. Det tydde på sjuksköterskors/vårdpersonals empatibrist och frånvaro av respekt mot patienten. Anhöriga klagade också på empatibrist hos sjuksköterskor i förhållande till hur de själva bemöttes av sjuksköterskorna. Det medförde att förutsättning för delaktighet hämmas hos närstående som befinner sig i svår och utsatt situation med en sjuk anhörig. Närstående berättade att de önskade att de vid kommunikation blev bemötta och betraktade med ödmjukhet och förståelse (Douglas-Dunbar & Gardiner, 2007). Vidare berättade de hur de märkte av sjuksköterskornas brist på empati i vardagliga vårdssituationer. Flera exempel på det beskrevs som när sjuksköterskorna inte tog tillräckligt tid i anspråk vid samtal med patienten för att verkligen förstå patientens behov eller när de inte brydde sig om att tydligt förklara för den sjuke då sjuksköterskors inställning var att patienten ändå kommer att glömma bort det som sagts (Teylor, 1998). Med en sådan inställning till patienten är det svårt att utifrån dialog bedöma patientens psykiska status. Patienten uttrycker sig så tydligt som han/hon har förmåga till men det är sjuksköterskans ansvar att genom aktivt lyssnande och ett empatiskt förhållningssätt anstränga sig för att få uppfattning om vad patienten vill förmedla (Long & Slevin, 1999; Wang et al, 2013; Griffiths et al, 2013).

Bristande förtroende är en faktor i kommunikationsprocessen som hämmade förutsättning för både patientens och anhörigas delaktighet (Herzberg & Ekman, 2000; Long & Slevin, 1999; Wang et al, 2013; Douglas-Dunbar & Gardiner, 2007). Närstående till patienter berättade att sjuksköterskor sorterade och valde ut information som de tyckte var viktigast eller mest relevant. Det märkte anhöriga och det ledde till att de själva letade information genom att läsa, fråga andra personer etc. då de tyckte att de inte längre kunde lita på personalen. Personal förklarade sådant handlande bero på flera orsaker. Det var att de inte vill belasta närstående med information som inte är relevant för vårdssituationen och att de gärna ville att anhöriga släppte kontroll och ansvar för sin demenssjuke familjemedlem. Vårdpersonal tyckte att närstående hade mycket höga och ibland orealistiska krav på omvårdnad av den sjuke personen och att sjuksköterskor måste kunna ta ställning till om uttryckta förväntningars relevans utifrån aktuellt vårdkontext, då det förekom att krav från anhöriga var olämpliga eller tom skadliga för patientens hälsa (Herzberg & Ekman, 2000; Long & Slevin, 1999; Wang et al, 2013; Douglas-Dunbar & Gardiner, 2007).

Tydliga tecken på obalans i vårdrelationer mellan sjuksköterskor och Alzheimers sjuka patienter beskrevs i termer av åldersdiskriminering. Att det var ett hinder vid kommunikation beroende på att sjuksköterskor använde ord på ett sätt som används vid samtal med småbarn (Long & Slevin, 1999). Genom att kommunicera med vuxen person på det sättet minskades patientens egenvärde och det hämmade förutsättning till delaktighet (Long & Slevin, 1999).

Bristfälligt kommunikationssätt

Studier visade att sjuksköterskans förmågor i att samtala med Alzheimers sjuka patienter är begränsad. Det inkluderade både att i aktuell vårdssituation kunna ställa passande frågor och att använda adekvata ord (Vandervoort et al, 2014; Small & Perry, 2005; Teylor, 1998; Acton et al, 2007). Sjuksköterskor uttryckte oro över svårigheter i kommunikationen med patienter som har Alzheimers sjukdom (Wang et al, 2013). Det grundade sig i att sjuksköterskor inte kände till olika metoder att kommunicera såsom okunskap att läsa av patientens kroppssignaler eller hur sjuksköterskor borde prata med patienterna för att öka möjligheten för dem att bli förstådda. Vårdpersonal brukade använda samma kommunikationssätt i omvårdnadsarbetet med Alzheimers sjuka patienter som vid vård med patienter utan demenssjukdom. Ofta baserades sjuksköterskors omvårdnadshandlingar på ett standardiserat sätt som automatiskt utförs med hjälp av ett kommunikationssätt som sjuksköterskan "vanligen använde" sig av (Teylor, 1998). Sjuksköterskor ignorerade de försök att kommunicera som demenspatienter själva gjorde för att signalera sina behov (Wang et al, 2013).

I studier framkom att vissa typer av frågor och kommunikationssätt var en hämmande faktor i dialogen vilket kan bidra till mindre delaktighet vid planering och beslut av vård för patienter med Alzheimers sjukdom och deras anhöriga (Small & Perry, 2005; Acton et al, 2007). Frågor som visade sig vara svårast att besvara av en demenssjuk patient var öppna frågor och frågor som baserades på korttidsminnet (det episodiska minnet). I sådana fall skedde kommunikationsavbrott oftare än jämfört med situationer där sjuksköterskor ställde frågor som kunde besvaras med ja eller nej, vilka baserades på personens långtidsminne (semantiskt minne) (Small & Perry, 2005; Acton et al, 2007). Patienter med demenssjukdomar mycket mer delaktiga i beslut om vårdhandlingar när kommunikationssättet var individuellt anpassat till patienten förmåga. I sådan dialog var antalet ord

med vilka patienten kommunicerade under ett samtal betydligt fler (Acton et al, 2007; Small & Perry, 2005).

Studier visade att språket kan vara ett stort hinder i omvårdnadsarbete med Alzheimers sjuka (Griffiths et al, 2013; Herzberg & Ekman, 2000). Patienter som har svenska språket som andra språk kan i senare stadiet av demenssjukdomen glömma sitt andra inlärd språk och börja kommunicera på ursprungligt modersmål. Kan sjuksköterskan inte förstå det aktuella språket blir det hinder för kommunikation. Många demenssjuka patienter förlorar förmåga att över huvud kunna prata, vilket ledde till att icke-verbal kommunikation fick större betydelse i omvårdnadsarbete än verbal kommunikation (Griffiths et al, 2013; Herzberg & Ekman, 2000).

Tidsbrist

I flera studier beskrevs tidsbrist som ett hinder i kommunikationen vilket påverkade patientens och närståendes delaktighet vid Alzheimers sjukdom (Herzberg & Ekman, 2000; Teylor, 1998). Närstående upplevde vårdpersonalen som väldigt upptagna. Det berodde på att sjuksköterskor hade svårt att hitta tid med närstående personer, när de hade behov av ett enskilt samtal. Anhöriga klagade att det fattades tillfälle under besökstiden där de kunde prata med en sjuksköterska utan närvaro av den sjuke personen. En annan studie visade att kontakt mellan vårdpersonal och anhöriga var allt för kort räknat i tid och den var en form av information istället för dialog emellan (Herzberg & Ekman, 2000). Tidsbrist medförde att enskilt samtal skedde genom andra professioner som också vårdade patienten som t.ex. undersköterskor eller personliga assistenter (Herzberg & Ekman, 2000, Cascioli et al, 2008). Anhöriga uppgav att de förstod att sjuksköterskor har mycket bråttom för att hinna genomföra alla vårdhandlingar och de förklarade det med personalbrist och stor personalomsättning (Herzberg & Ekman, 2000). Vissa närstående jämförde nuvarande vårdsituation med vårderfarenheter tidigare i livet. De berättade att då hade sjuksköterskor mycket mer tid än jämfört med idag. Ett exempel på det beskrevs av att sjuksköterskor tidigare brukade stanna till i korridoren och prata med patienter och anhöriga som befanns sig där (Teylor, 1998).

DISKUSSION

METODDISKUSSION

Litteraturoversikt ska utgå från aktuell forskning inom det område som valts att studera (Friberg, 2012). Området kommunikation och faktorer som kan hindra patientens och närståendes delaktighet vid Alzheimers sjukdom har fått ökad uppmärksamhet och forskning pågår. För att få en överblick i ämnet valdes artiklar som publicerats de senaste 20 åren. Anledning till val av en så lång tidsperiod var att det inte fanns mindre antal aktuella vetenskapliga artiklar, i ett kortare tidsperspektiv som t.ex. fem år, som belyste hämmande faktorer vid kommunikation som påverkade patientens och närståendes delaktighet vid demenssjukdom.

Artiklar hittades genom sökning i databaserna Cinahl, Scopus och PubMed. Vid informationssökning utan begränsningar hittades många artiklar genom olika sökord såsom: communication, demens, nurse, relatives. Det visade sig dock att många av dessa studier beskrev kommunikation utifrån ett

positivt perspektiv, då faktorer avseende kommunikation hade gynnat delaktighet mellan patienter med Alzheimers sjukdom, anhöriga och vårdpersonal. Eftersom författaren till föreliggande uppsats var intresserad av att närmare studera faktorer avseende kommunikation som kan hindra patientens och närståendes delaktighet vid Alzheimers sjukdom inkluderades ordet barriers i sökningskriterierna. Sökorden översattes till från engelska till svenska. Vid översättning av ord från ett språk till ett annat finns risk för feltolkning som kan påverka resultatet negativt (Henricson & Wallengren, 2012).

Resultatet baserades på tio vetenskapliga artiklar. Åtta av dem var kvalitativ och två artiklar var genomförda med kvantitativ metod. De kvalitativa studierna beskrev patientens och närståendes subjektiva uppfattning om kommunikation och bemötande i olika vårdmöten och metoden som använts var oftast intervjuer. Deltagarna träffade forskningsledaren, enskilt eller i grupp för att genom berättelser delge vad de upplevde avseende kommunikation i olika vårdmöten. Deltagarna i studierna var patienter med Alzheimers sjukdom och deras vårdare som t.ex. familjemedlemmar, personliga assistenter och eller sjuksköterskor. I berättelserna belystes olika sätt av bemötande avseende kommunikation som deltagarna hade erfarenhet av under respektive vårdtid. Vissa personer som intervjuades hade erfarenhet av att vårda en anhörig med Alzheimers sjukdom hemma, andra hade erfarenhet av att vara personlig assistent eller av att vara en anhörig på en avdelning på ett äldreboende eller på ett sjukhus. Resultatet kan ha påverkats av att patienterna vårdades med hjälp av olika kategorier av vårdare. Att olika vårdare är representerade i artiklarna kan också ses som värdefullt då fler perspektiv på problemområdet kunnat bidra till ett tydligare svar på syftet med uppsatsen.

De kvantitativa studierna i valt forskningsområde baserades framför allt på statistiska beräkningar av signifikanta skillnader i använda ord. Antal ord, i inspelade berättelser, som använts av demenssjuka patienter, räknades samman och jämfördes mellan olika patienter. Att jämföra antal använda ord som sagts av olika patienter kan vara missvisande då patients allvarlighetsgrad av Alzheimers sjukdom inte noggrant presenterats (Small & Perry, 2005). I en annan studie belystes hur kommunikationen angående Advance Care Planning (avancerad omvårdnadsplan) påverkade livslängden hos patienter med Alzheimers sjukdom (Vandervoort et al, 2014). Dock ger både kvalitativa och kvantitativa metoder möjlighet att bidra med ny kunskap och insikt om faktorer som hindrade patientens och närståendes delaktighet vid Alzheimers sjukdom avseende kommunikation.

De tio valda artiklarna kommer från olika länder. Det är USA, Belgien, Storbritannien, Sverige, Kanada och Taiwan. Eftersom sjukvårdssystemet är olika i dessa länder kan resultatet ha påverkats beroende på vilket land undersökningen i respektive studie genomförts. Kulturella skillnader som beteendemönster, normer, lagar och religion kunde också ha inverkat på resultatet i föreliggande studie till viss del. I artiklarna beskrevs inte ålder på närstående som medverkade i studierna. På vilket sätt kommunikation mellan anhöriga och vårdpersonal skedde kan antas vara på olika sätt beroende om närstående var maka/make, barn till patienten eller en professionell vårdare som t.ex. personlig assistent. En brist bland forskarna i de tio artiklarna är att emotionell relation mellan anhörig och patient inte belysts då det kan tänkas vara relevant att det har inflytande på kommunikation mellan patienten, närstående och vårdpersonalen. I tre av de tio studierna (Acton et al, 2007; Douglas-Dunbar & Gardiner, 2007; Long & Slevin, 1999) var urvalet som studerats litet men

eftersom studierna bidrog med betydelsefull information till resultatet inkluderade de i analys av föreliggande studie. Medvetenhet finns hos författaren till föreliggande studie att storlek på urval har betydelse för generalisering av resultatet. Med litet urval skall resultatet betraktas som relevant bara i angivna förhållanden som var aktuellt för dessa individer.

Författaren till denna uppsats tyckte att det fanns viss problematik med att dela upp resultatet i teman och dess underrubriker. Vissa faktorer var svåra att avgränsa från varandra. Exemplet kan vara hierarki och attityd. Ett visst förhållningssätt som kan uppfattas som professionellt av vårdpersonalen kan av andra som t.ex. anhöriga uppfattas som makt. En attityd kan vara en del av ett hierarkiskt system som finns på olika vårdenheter. Därför valdes att tydligt avgränsa hierarki och attityd i presentation av resultaten genom att skriva allt som handlade om maktförhållanden under rubriken hierarki. Däremot i resultatdiskussionen valdes att diskutera dem under samma stycke för att visa vilken påverkan hierarki har på attityd och vice versa. Liknande resonemang gäller för negativ attityd och bristfälligt kommunikationssätt; brist på kunskap och bristfälligt kommunikationssätt samt stor personalomsättning och tidsbrist. Tidsbrist kan uppfattas som ett resultat av hinder i organisationen eller som brist i sjuksköterskans planering av arbetet utifrån professionell roll. Alla texter i resultatet påverkar och eller kompletterar ett annat tema, vilket bekräftar påståendet att kommunikation inte kan skiljas från aktuellt kontext.

För att kunna påvisa hämmande faktorer avseende kommunikation som påverkar patientens och anhörigas delaktighet vid Alzheimers var det lättare för vissa forskare att först sammanställa främjande faktorer och sedan identifiera hinder. För att kunna identifiera problem angående typ av frågor som Alzheimers sjuka patienter behärskar bättre, utförde forskarna först observationer och utifrån det kändes faktorer vid positiv kommunikation igen, vilket medförde att patienten kommunicerade på ett öppet sätt. Vasilinova (2014) påpekade vikten av att använda konkreta frågor och enkla ord vad bekräftades med forskningsresultaten angående de hämmande faktorerna: att långa meningar och frågor som baserades på korttidsminnet minskade kommunikationen och ledde till större förvirring (Vasilinova, 2014; Small & Perry, 2005). Likadant förhållningssätt i forskningen visar De Vries (2013) som beskrev vikten av att låta patienten ta sin tid vid kommunikativa handlingar, vilket bekräftas i resultatet av detta arbete med att tidsbrist var en av de största hämmande faktorer avseende kommunikation som påverkade delaktigheten negativt (De Vries, 2013; Herzberg & Ekman, 2000; Teylor, 1998).

Etiska ställningstaganden

Tre artiklar var granskade av en etisk kommitté (Vandervoort et al, 2014; Douglas-Dunbar & Gardiner, 2007; Wang et al, 2013). De andra artiklarna hade inga separata etiska resonemang. Artiklarna söktes genom sökkriterierna "peer-reviewed" som betydde att de var expertgranskade, i vilket etik ingår. Studierna har etisk relevans eftersom alla utbildade sjuksköterskor i vårdhandling utifrån kontext bör handla utifrån ICN:s etiska kod. Det innebär att alla patienter ska informeras på ett sådant sätt att de själva kan fatta sitt eget beslut angående individuell vård och behandling (Svensk sjuksköterskeförening, 2012). Det ger en gemensam utgångspunkt om kommunikation och patientens och närståendes rätt till delaktighet i vård vid Alzheimers sjukdom.

RESULTATDISKUSSION

I resultatet framkommer att det finns hinder i vårdmiljön och vårdens organisation samt hinder avseende sjuksköterskors professionella roll om hur kommunikation kan hindra patientens och närståendes delaktighet vid Alzheimers sjukdom.

Både patienter och närstående förutsättning för delaktighet hindrades av ett hierarkiskt system som fanns i organisationer på sjukhus eller äldreboende. Sjuksköterskor bör medvetandegöra att faktorer som speciella kläder för personal och stor personalomsättning påverkar kommunikation mellan vårdpersonal, patienten och dess anhöriga på ett negativt sätt (Long & Slevin, 1992; Herzberg & Ekman, 2000). Enligt Sahlsten (2008) kännetecknas delaktighet av att den beskrivs med ömsesidighet, respekt, tillit och positiva upplevelser. Möter patienten och eller närstående ständigt för dem nya sjuksköterskor är det ett hinder i sig. För närstående kan det upplevas hindrande att vilja vara delaktig i att påverka det som sägs i den aktuella vårdssituationen. Eftersom de ej samtalat med sjuksköterskan tidigare är det sjuksköterskan ansvar att involvera anhöriga i samtalet och sjuksköterskans förmåga till det har betydelse för kommande samtal. Forskning visade att respekt har betydelse för att interaktionen i vårdrelationen blir ömsesidig (Sahlsten et al, 2008).

När dialog mellan sjuksköterska och närstående beskrevs vara dålig hindrades förutsättning för delaktighet hos den sjuka patienten och närstående och den blev begränsad. Det innebar att patienter som redan hade nedsatt kommunikationsförmåga, hindrades till eget beslut om delaktighet eftersom de var helt beroende av närståendes kommunikativa förmåga att fatta beslut som de i värsta fall ej samtyckte till. Å andra sidan upplevde anhöriga att de tog mycket mer ansvar, än de egentligen ville, vilket medförde behov av fler samtal med en sjuksköterska. I samtalet hade anhörigas uppfattning om sjuksköterskans attityd betydelse. Uppfattades den som negativ och om närstående var i en mycket utsatt vårdssituation blev de skeptiska inför hennes/hans förslag om delaktighet i vården. Att som anhörig inte ha förtroende för professionella vårdgivare ledde till en känsla av otrygghet i den aktuella vårdssituationen och svårigheter att avlastas från ansvar för sin sjuka anhörige genom att överlåta delar av ansvaret till sjuksköterskan. Närstående som vill det bästa för sjuka familjemedlemmar, kände sig ofta som deras advokater avseende att personen som är sjuk skulle få hög kvalitet på omvårdnad som utfördes. Konsekvensen vid missförtroende blev att närstående uppfattades som besvärliga för vårdpersonalen och det skapade hinder vid kommunikation (Sahlsten, 2008). Sjuksköterskans negativa attityd påverkade närståendes delaktighet vilka blev kritiska mot sjuksköterskans beteende eller utförda vårdhandlingar (Herzberg & Ekman, 2000; Teylor, 1998). Negativ attityd hade även inflytande på hur en sjuksköterska pratade med patienten eller anhöriga. Ett samtal som präglades av empati och respekt främjade dialog och tvärtom. Empatibrist i kommunikationen visade sig genom användning av felaktiga ord, nonchalans, av icke verbala försök att kommunicera med en Alzheimers sjuk patient eller ett ointresse av vad anhöriga berättade om patienten. Edberg (2009) beskriver hur stor roll attityd har i bemötande med demenssjuka patienter, vilket kan relateras till föreliggande studies resultat.

Enligt Edberg (2009) är Alzheimers sjukdom så kallad närståendes sjukdom och anhörigas roll kan inte uteslutas. I föreliggande uppsats resultatdel bekräftas att det fanns hinder för delaktighet eftersom sjuksköterskan inte betraktade anhöriga som en viktig resurs och som bör ges förutsättning

att hjälpa till utifrån sina egna beslut. Det innebar att sjuksköterskan inte kunde avlastas i omvårdnadsarbetet, (Andershed & Ternestedt, 2001), vilket i sin tur kan leda till tidsbrist.

Tidsbrist och en stor personalomsättning visade sig vara två hämmande faktorer avseende kommunikation vilka påverkade delaktighet hos patienten samt anhöriga vid Alzheimers sjukdom. De två faktorerna kunde även ha kompletterande egenskaper, för många patienter att vårda på en avdelning ledde till tidsbrist (för stort antal patienter per sjuksköterska) vilket i sin tur ledde till större omsättning av personal (många blir sjuka, utbrända, säger upp sig och måste ersättas med vikarier eller sjuksköterskor från bemanningsföretag). Patienterna och de anhöriga hade ett stort behov av trygghet under vistelsen på sjukhuset eller på äldreboendet. En känsla av otillräcklighet hos personalen, som är nyanställd kunde hindra förutsättningar som behövs för dem i att skapa tillit och trygghet hos patienter och närstående. Resultatet återspeglades i teorin av Sjöbeck och Berglund (2008) som säger att kontinuitet i möten personer emellan är väldigt viktigt för att kunna skapa känsla av sammanhang och mening hos den sjuka patienten samt anhöriga (Sjöbeck & Berglund, 2008).

Resultatet visade att vårdpersonalen kände brist på kunskap angående vård av patienter med Alzheimers och denna brist var en faktor avseende kommunikation som hämmade delaktighet hos demenssjuka patienter och deras anhöriga. Enligt Dehlin och Rundgren (2014) var kunskap om att tolka patientens beteende vid Alzheimers viktig och det bekräftades av Baggens och Sandens påstående (2009) att all vårdpersonal måste kunna bemöta och kommunicera med dementa patienter baserat på kunskap om sjukdomen och dess symtom (Baggens & Sanden, 2009). Brist på kunskap visade sig i olika vårdsituationer såsom bemötande, teknik vid basal omvårdnad och vilken metod som användes för att kommunicera i vid dessa vårdtillfällen.

Ett sätt att minska hinder vid kommunikation är att använda det icke verbala språket och genom det öka patientens möjlighet till delaktighet i vårdbeslut. Vid brist på kunskap om hur kroppsspråk kunde användas kunde dialog med demenssjuk patient bli besvärlig att genomföra, till och med omöjlig. Ytterligare sätt att minska hinder vid kommunikation är att formulera frågor och meningar på ett tydligt sätt (Small & Perry, 2005). Felaktigt val av ord eller otydligt sätt att ställa frågor ledde till minskad interaktion i kommunikationen vilket automatiskt hindrade och eller begränsade förutsättning för delaktighet och självbestämmande utifrån kontext. Kunskap om olika specifika metoder som kan minska hindren för kommunikation är att sjuksköterskor/ vårdpersonal konkret övade på dem utifrån fallbeskrivningar som inkluderade olika grader av demens sjukdomar. Kihlgren (2011) beskrev vikten av att utbilda personal som arbetade med demenssjuka patienter avseende att ge patienter bästa förutsättning till delaktighet utifrån evidensbaserad kunskap (Kihlgren, 2011). Edberg (2009) instämde med detta påstående och skrev att alla sjuksköterskor skulle handla i vårdkontext utifrån kunskap om sjukdomen. Irwe et al (2009) underströk betydelse av att ha kunskap om olika modeller för kommunikation och genom det ha handlingsberedskap vid omvårdnadssituationer med Alzheimers sjuka patienter.

Slutsats

Litteraturöversikten visade på att hierarki, stor personalomsättning, brist på kunskap, negativ attityd, bristfälligt kommunikationssätt och tidsbrist var faktorer avseende kommunikation vilka hindrade

delaktigheten hos patienter med Alzheimers, närstående och vårdpersonalen. Det visade sig att kommunikation hade en stor inverkan på patientens och anhörigas förutsättning för delaktighet. Vårdtagarna och deras närstående kände sig ofta exkluderade från beslut angående vård och behandling. Det bryter mot patientens rättigheter till delaktighet och bestämmande om beslut angående egen vård.

Fortsatt forskning

Forskning i detta omvårdnadsområde fokuserade framför allt på faktorer som främjar kommunikation i olika vårdmöten. För att kunna jämföra forskningsresultaten mellan olika studier var författare till denna uppsats tvungen att använda gamla vetenskapliga artiklar till analysen. Det vore intressant att kunna göra en likadan analys vilken skulle basera på nyare studier som använder sig av modernare teknologi till exempel datortomografi som kunde registrera aktivitet i olika delar av hjärna vid viss typ av kommunikation eller elektroencefalografi. Ett annat exempel på forskning i detta vetenskapliga område kunde vara en analys av kommunikativa handlingar mellan patienten med Alzheimers, dess anhörig och en sjuksköterska i olika grupper kategoriserade enligt könet (manlig/kvinnlig vårdare eller anhörig) eller typ av relation (maka/-e, personlig assistent, barnet, barnbarn).

Praktiska implikationer

- I föreliggande litteraturoversikt framkom att vårdpersonal upplevde kunskapsbrist om Alzheimers sjukdom. Det gällde både sjukdomen men också hur den sjuke personens förmåga att kommunicera förändras med sjukdomen. Författaren till föreliggande studie rekommenderar att vårdpersonal som möter denna kategori av patienter och deras anhöriga får utbildning inom ämnet. Det kan bidra till att minska på hinder vid kommunikation och genom det öka förutsättning för både patient och anhörigas möjlighet till delaktighet, som i slutändan främjar patientens lagliga rätt att fatta egna beslut vid planering av fortsatt vård.

REFERENSLISTA

- Acton, G.J., Yauk, S., Hopkins, B.A., Mayhew, P.A. Increasing Social Communication in Persons with Dementia i Research and Theory for Nursing Practice: An International Journal, Vol. 21, No. 1, 2007. DOI: 10.1891/088971807780482760
- Andershed, B., Ternestedt, B-M. (2001). Development of a theoretical framework describing relatives' involvement in palliative care. Journal of Advanced Nursing 34(4), 554- 562.
- Andersson, H., Golishian, H. (2004) Från påverkan till medverkan. Terapi med språkssystemiskt synsätt. Smedjebacken: Mareld.
- Baggens, C., Sandén, I. (2009). Omvårdnad genom kommunikativa handlingar. I F. Friberg, J. Öhlén, (red) Omvårdnadens grunder. Perspektiv och förhållningssätt. Lund, Studentlitteratur.
- Berger, E. Y. (1980). A system for rating the severity of senility. I Journal of the American Geriatrics Society, 28:234-236.
- Carlsson, E. (2009). Kommunikation. I A-K. Edberg, H. Wijk (red)., Omvårdnadens grunder. Hälsa och ohälsa. (sid. 511-537) Lund, Studentlitteratur.
- Cascioli, T., Al-Madfai H., Osborne P., Phelps, S. An evaluation of the needs and service usage of family carers of people with dementia". I Quality in Ageing and Older Adults, 2008, Vol. 9 Issue 2 pp. 18 – 27. DOI: 10.1108/14717794200800011
- de Vries, K. (2013).Communicating with older people with dementia. I Nursing Older People, 25, 4, 30-37. Tillgänglig:
http://www.researchgate.net/profile/Kay_De_Vries/publication/241689739_Communicating_with_older_people_with_dementia/links/0c9605268976ccbd80000000.pdf
- Dehlin, O., Rundgren, Å. (2014), Geriatrik. Lund, Studentlitteratur.
- Douglas-Dunbar, M, Gardiner, P. (2007). Support for carers of people with dementia during hospital admission. I Nursing Older People, Oct; 19 (8): 27-30. DOI: 10.1177/096973309900600104
- Edberg, A-K., (2009) Minnessvårigheter och förvirringstillstånd. I A-K. Edberg, H. Wijk (red), Omvårdnadens grunder. Hälsa och ohälsa. Lund, Studentlitteratur.
- Eldh, A-C, (2009). Delaktighet och gemenskap. I A-K. Edberg, H. Wijk (red). Omvårdnadens grunder. Hälsa och ohälsa, Lund, Studentlitteratur.
- Elkins, Z. (2011). Promoting better care for patients with dementia. I British Journal of Nursing, October 27,. DOI: <http://dx.doi.org/10.12968/bjon.2011.20.19.1232>
- Eriksson, K. (1987). Vårdandets idé. Stockholm: Norstedts förlag.
- Fexeus, H. (2012). Öka din sociala kompetens. Bokförlaget Forum.
- Friberg, F., (2012). Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning. I F. Friberg, (red). Dags för uppsats, Lund, Studentlitteratur.

- Griffiths, A., Knight, A., Harwood, R., Gladman, J.R. (2014). Preparation to care for confused older patients in general hospitals: a study of UK health professionals. *Age of Aging* Jul; 43(4): 521-7. DOI: 10.1093/ageing/aft171
- Goodwin, C. (1981). *Conversational Organization. Interactions between speakers and hearers*. New York, Academic Press.
- Hedelin, B., Jormfeldt H., Sveberg, P., (2009). Hälsobegreppet- synen på hälsa och sjuklighet. I F. Friberg, J. Öhlén, (red). *Omvårdnadens grunder. Perspektiv och förhållningssätt*. Lund, Studentlitteratur.
- Henricson, M., Wallengren, C., (2012). Vetenskaplig kvalitetssäkring av litteraturbaserat examensarbete. I M. Henricson, (red)., *Vetenskaplig teori och metod: Från ide till examination inom omvårdnad*. Lund, Studentlitteratur.
- Hertzberg, A., Ekman, S. (2000). 'We, not them and us?' Views on the relationships and interactions between staff and relatives of older people permanently living in nursing homes. I *Journal of Advanced Nursing*, 31 (3): 614-22. DOI: 10.1046/j.1365-2648.2000.01317.x
- ICN:s etiska kod för sjuksköterskor (2012). Svensk sjuksköterskeförening.
- Irwe, M., Momeni, P., Emami, A. (2009). Kulturell mångfald. I F. Friberg, J. Öhlén, (red), *Omvårdnadens grunder. Perspektiv och förhållningssätt*. Lund, Studentlitteratur.
- Kihlgren, M. (2011). Integriteten och värdegrund i demensvården. I A-K. Edberg (red), *Att möta personer med demens*. Lund, Studentlitteratur.
- Kjellström, S. (2012). Delaktighetens etik och ansvar för delaktighet. I P. Bulow, D. Persson Thunqvist, I. Sandé, (red), *Delaktighetens praktik*. Gleerups Utbildning AB.
- Long A., Slevin E., Living with dementia: communicating with an older person and her family i *Nursing Ethics*, 1999 Jan; 6 (1): 23-36. DOI: 10.1177/096973309900600104
- Marie Grengman för Tomas Gunnarsson "Att överlista Jante-om konsten att lyfta sig själv och andra", Facebook, den 29/3-2015.
- Marriner Tomey, A., Alligood, M.A., (2010). *Nursing Theorists & Their Work*, 7th edition. MO: Mosby.
- Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts and Practice* (6th ed.). St. Louis, MO: Mosby.
- Sjöbeck B., Berglund, M. (2011). En salutogen demensvård. I A-K. Edberg (red). *Att möta personer med demens*. Lund, Studentlitteratur.
- Sahlsten, M., Larsson, I., Sjöström, B., Plos K., (2008). An analysis of the concept of patient participation. *Nursing Forum*, 43 (1), 2-11.
- Skärsäter, I., *Psykisk ohälsa* (2009). I A-K. Edberg, H. Wijk,(red)., *Omvårdnadens grunder. Hälsa och ohälsa*, Lund, Studentlitteratur.

Small, J.A., Perry, J.A. (2005). Do you remember? How caregivers question their spouses who have Alzheimer's disease and the impact on communication in *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, Vol. 48, 125–136. DOI:10.1044/1092-4388(2005/010)

Socialdepartamentet. (1998). Lag om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område. SFS nr: 1998:531

Socialstyrelsen. (2005) Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården (SOSFS 2005:12)

Socialstyrelsen. (1999) I livets slutskede: De anhörigas roll.

http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/11154/2002-124-19_200212419.pdf

Socialstyrelsen. (2013) Delaktighet i vård och omsorg för personer med demenssjukdom.

<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19153/2013-6-30.pdf>

Statens Folkhälsoinstitut. (2010) Delaktighet och inflytande i samhället. Kunskapsunderlag för Folkhälsopolitisk rapport 2010. Tillgänglig på internet:

<http://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/12709/R2011-31-Delaktighet-och-inflytande-i-samhallet-Kunskapsunderlag-for-FHPR-2010.pdf>

Taylor, B., Dementia care: Domiciliary carers nursing care needs settings of relatives (1998). *Collegian* Volume 5, Issue 4, : 14–21. [http://dx.doi.org/10.1016/S1322-7696\(08\)60592-2](http://dx.doi.org/10.1016/S1322-7696(08)60592-2)

Vandervoort, A., Houttekier, D., Van den Block, L., Van der Steen, J., Stichele, T., Vander, R., Deliens, L. (2014). Advance care planning and physician orders in nursing home residents with dementia: a nationwide retrospective study among professional caregivers and relatives. *Journal of Pain & Symptom Management*, Feb; 47 (2): 245-56. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2013.03.009

Veselinova, C. (2014). Influencing communication and interaction in dementia. *Nursing & Residential Care* Date: March 1, . DOI: <http://dx.doi.org/10.12968/nrec.2014.16.3.162>

Världshälsoorganisationen (WHO). (2001). Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa. Tillgänglig på internet:

<http://www.socialstyrelsen.se/lists/artikelkatalog/attachments/10546/2003-4-1.pdf>

Wang, J.J., Hsieh, P.F., Wang, C.J. (2013). Long-term care nurses' communication difficulties with people living with dementia in Taiwan. *Asian Nursing Research* 7(3):99-103. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.anr.2013.06.001>

Wikby, A., Johansson, B., (1999). *Biologiskt åldrande*. Lund, Studentlitteratur.

Willman, A., Bahtsevani, Ch., Stoltz, P., (2011). *Evidensbaserad omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.

BILAGA 1

TABELL 1: ARTIKEL ÖVERSIKT

Titel, författare, land	Tidskrift, år	Syfte	Metod & Design	Urval
Increasing social communication in persons with dementia Acton G., Yauk S., Hopkins B., Mayhew P. USA	Research and Theory for Nursing Practice DOI: 10.1891/088971807780482760 2007	Att undersöka om speciellt anpassande kommunikationssätt ökar patientens och närståendes delaktighet i omvårdnadsarbete med demenssjuka personer	Intervju. Individualiserat kommunikationssätt utvecklades vilket implementerades i intervjun Kvalitativ	10 Alzheimers sjuka personer
An evaluation of the needs and service usage of family careers of people with dementia Cascioli T., Al-Madfai H., Osborne P., Phelps S. Storbritannien	Quality in Ageing and Older Adults DOI: 10.1108/14717794200800011 2008	Att undersöka behoven angående bemötande av anhöriga till demenssjuk patient	Intervju Kvalitativ	45 närstående som tog hand om demenssjuk anhörig

<p>Support for careers of people with dementia during hospital admission</p> <p>Douglas-Dunbar M., Gardiner P.</p> <p>Storbritannien</p>	<p>Nursing Older People</p> <p>DOI: 10.1177/096 9733099006 00104</p> <p>2007</p>	<p>Att undersöka om relationen mellan vårdpersonal och anhöriga påverkade livskvaliteten hos demenssjuk person</p>	<p>Kvalitativ metod användes i form av enskilda semistrukturerade intervjuer</p> <p>Kvalitativ</p>	<p>9 personer med Alzheimers sjukdom</p>
<p>Preparation to care for confused older patients in general hospitals: a study of UK health professionals</p> <p>Griffiths A., Knight A., Harwood R., Gladman J.</p> <p>Storbritannien</p>	<p>Age and Ageing</p> <p>DOI: 10.1093/ag eing/aft171</p> <p>2013</p>	<p>Undersöka om vårdpersonal har tillräcklig kunskap för att ta hand om och vårda demenssjuka patienter</p>	<p>60 semistrukturerade intervjuer</p> <p>Kvalitativ</p>	<p>12 deltagare (tre läkare, fem sjuksköterskor och två personliga assistenter, en terapeut samt två fysioterapeuter</p>

<p>We, not them and us?' Views on the relationships and interactions between staff and relatives of older people permanently living in nursing homes</p> <p>Herzberg A., Ekman S.-L.</p> <p>Sverige</p>	<p>Journal of Advanced Nursing</p> <p>DOI: 10.1046/j.1365-2648.2000.01317.x</p> <p>2000.</p>	<p>Identifiera hinder i relationen mellan sjuksköterskor och anhöriga till patienter med demens sjukdom</p>	<p>Data samlades in från 27 timmars observationer av gruppdiskussioner</p> <p>Kvalitativ</p>	<p>24 personer varav 3 från Dementia Association, tre medlemmar från familjer, tre vårdpersonal övriga var gruppledare (psykologer)</p>
<p>Living with dementia: communicating with an older person and her family</p> <p>Long A. Slevin E.</p> <p>Storbritannien</p>	<p>Nursing Ethics</p> <p>DOI: 10.1177/096973309900600104</p> <p>1999</p>	<p>Att undersöka delar av kommunikationsprocessen vilka blev synliga under ett rollspel</p>	<p>Rollspel</p> <p>Kvalitativ</p>	<p>4 deltagare som var sjuksköterskor</p>

<p>Do you Remember? How caregivers question, their spouses who have Alzheimer's disease and the impact on communication</p> <p>Small J., Perry J.</p> <p>Kanada</p>	<p>Journal of Speech, Language, and Hearing Research</p> <p>DOI:10.1044/1092-4388(2005/010)</p> <p>2005</p>	<p>Undersökte vilken typ av frågor som kan hjälpa vårdgivare att öka delaktigheten för demenssjuka patienter</p>	<p>Intervju</p> <p>Kvantitativ</p>	<p>18 närstående och deras anhöriga som var patienter</p>
<p>Dementia care: Domiciliary carers nurse in care needs settings of relatives</p> <p>Taylor B.</p> <p>USA</p>	<p>Collegian</p> <p>http://dx.doi.org/10.1016/S1322-7696(08)60592-2</p> <p>1998</p>	<p>Att undersöka kvaliteten av utförd omvårdnad i slutenvård av patienter med demens och deras anhöriga</p>	<p>Intervju</p> <p>Kvalitativ</p>	<p>20 deltagare som var vårdare av Alzheimers sjuka patienter</p>

<p>Advance care planning and physician orders in nursing home residents with dementia: A nationwide retrospective study among professional caregivers and relatives.</p> <p>Vandervoort A., Houttekier D., Van den Block L., Van der Steen J., Stichele R., Deliens L.</p> <p>Belgien</p>	<p>Journal of Pain & Symptom Management</p> <p>DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2013.03.009</p> <p>2014</p>	<p>Att undersöka hur mycket vårdpersonalen känner till rutinen av skriftliga direktiv (ACP- Advance Care Planning) och granska överensstämmelse mellan läkare, sjuksköterskor och anhöriga angående innehållet av skriftliga direktiv (ACP). Undersöka om samarbete mellan vårdpersonal och anhöriga ökade patientens livslängd.</p>	<p>Strukturerat frågeformulär under tre månaders tid</p> <p>Kvantitativ</p>	<p>Alla dödsfall på boende för person med demens</p>
<p>Long-term care nurses' communication difficulties with people living with dementia in Taiwan</p> <p>Wang JJ, Hsieg PF, Wang CJ</p> <p>Taiwan</p>	<p>Asian Nursing Research</p> <p>DOI: http://dx.doi.org/10.1016/j.anr.2013.06.001</p> <p>2013</p>	<p>Att undersöka sjuksköterskors svårigheter att kommunicera med patienter som har demens</p>	<p>Djupintervjuer</p> <p>Fenomenologisk ansats.</p> <p>Kvalitativ</p>	<p>15 sjuksköterskor</p>