



SAHLGRENKA AKADEMIN
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA

UNDERLÄTTANDE OMVÅRDNADSSTRATEGIER VID KOMMUNIKATION MED PERSONER MED DEMENS SJUKDOM

En litteraturöversikt

Av Leila Amjadi & Setare Torkniman

Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Sjuksköterskeprogrammet/Examensarbete i omvårdnad
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	Ht/2015
Handledare:	Anneli Ozanne
Examinator:	Linda Berg
Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa	

Förord

Vi vill börja med att tacka alla som hjälpte oss med arbetet, framförallt vår handledare, Anneli Ozanne för hennes noggrannhet och engagemang samt hennes unika personlighet, under hela perioden som hon vägledde vårt arbete.

Vi vill även tacka våra familjer som varit en stor hjälp och stöd under hela utbildningen samt detta arbete.

Titel: Underlättande omvårdnadsstrategier vid kommunikation med personer med demenssjukdom

En litteraturöversikt

Titel: Facilitation nursing's strategies for communicating with people with dementia

A literature review

Examensarbete: 15 hp

Program och/eller kurs: Sjuksköterskeprogrammet/Examensarbete i omvårdnad

Nivå: Grundnivå

Termin/år: Ht 2015

Författare: Leila Amjadi & Setare Torkniman

Handledare: Anneli Ozanne

Examinator: Linda Berg

Nyckelord: Kommunikation, demens, omvårdnad, strategier, autonomi och trygghet

Sammanfattning:

Antalet personer som drabbas av demenssjukdomar ökar i takt i hela världen, sjukdomen räknas globalt till en av de stora folksjukdomarna och stigande ålder är en av de viktigaste riskfaktorerna. Att kommunicera med en person som har drabbats av demenssjukdom är svårt, det kräver intresse, attityd, kunskap och erfarenhet hos hälso- och sjukvårdspersonal och allt detta påverkar relationen till patienten. Svårigheter att förstå och tolka en person med demenssjukdoms uttryck komplicerar vårdinsatserna samt gör kommunikationen mellan båda parter till en utmaning. Kommunikation är ett grundläggande och mänskligt behov vars mål är att individerna förstår varandra. I takt med att livet förändras för personer med demenssjukdom påverkas även deras förmåga att kommunicera. **Syftet** med vårt arbete är att beskriva omvårdnadsstrategier som underlättar kommunikationen med personer som har demenssjukdom. **Metoden** är baserad på en litteraturöversikt. Genom att söka i tre databaser Pubmed, Cinahl och Scopus, hittades vetenskapliga artiklar som svarade på syftet. **Resultatet** sammanställdes i fyra övergripande teman: *Verbala strategier* och *Icke-verbala strategier*, *Känslomässiga strategier* och *Att vara professionell*. **Slutsats:** Det finns ett flertal omvårdnadsstrategier som kan underlätta kommunikationen med personer med demenssjukdom, vilket kan främja deras autonomi och trygghet. Därmed kan vårdrelationen förbättras mellan hälso- och sjukvårdspersonalen och personen med demenssjukdom.

Innehållsförteckning

Inledning	3
Bakgrund	3
Incidens och prevelens viddemenssjukdom.....	3
Översikt av demenssjukdom.....	3
Kommunikation	4
Verbal kommunikation.....	4
Icke-verbal kommunikation.....	5
Kommunikation relaterat till demens.....	5
Centrala Begrepp	6
Autonomi.....	6
Trygghet.....	7
Problemformulering	7
Syfte	8
Frågeställning	8
Metod	8
Design.....	8
Datainsamling.....	8
Urval.....	9
Dataanalys	9
Forskningsetik.....	10
Resultat	10
Verbala strategier	11
Att stödja och vägleda vid samtal	11
Att bekräfta vid samtal.....	12
Icke-verbala strategier	13
Att skapa trygghet.....	13
Att anpassa miljön	13
Känslomässiga strategier	14
Att lyssna vid samtal.....	14
Att visa empati.....	14
Att vara professionell	15
Att möta personer med demenssjukdom som en person.....	15
Att arbeta i en tillåtande vårdorganisation.....	16
Diskussion	16
Metoddiskussion.....	16

Resultatdiskussion	18
Att skapa vårdrelation genom att främja autonomi och trygghet.....	18
Slutsats.....	20
Fortsatt forskning	20
Praktisk implikation	20
Referenslista.....	22
Bilaga 1	
Bilaga 2	

INLEDNING

Utifrån våra erfarenheter inom omsorgen upplever vi att personer med demenssjukdom ofta har bristande förmåga att kommunicera muntligt och uttrycka sig genom sitt beteende. Detta försvårar vårdpersonalens möjligheter att identifiera relevanta omvårdnadsbehov. När en person med demenssjukdom flyttar hemifrån till ett särskilt boende kan personen bli orolig, förvirrad samt få ångest på grund av den nya miljön och de nya ansikten som hen möter. Sjuksköterskan och övrig hälso- och sjukvård personal ansvarar för att vardagliga omvårdnadsbehov blir tillfredsställda. Sjuksköterskan ska därför arbeta utifrån ett personcentrerat perspektiv, det vill säga respektera personens behov och integritet samt ge hen möjligheter att kunna få inflytande över vården. Ett av det största ansvaret sjuksköterskor som vårdar personer med demenssjukdom har, är att se personen och samtidigt planera och utföra professionella omvårdnadsåtgärder för att förbättra vårdrelationen och ge värdighet (Ernst Bravell, 2013). Omvårdnad av personer med demenssjukdom handlar till stor del om att kompensera för funktionsnedsättningar och att stärka inre och yttre resurser samt att skapa möjligheter till en upplevelse av helhet och mening (Nygren & Lundman, 2014).

Vid omvårdnad av personer med demenssjukdom måste hälso- och sjukvårdspersonal ha kunskap för att kunna se och uppfatta symtomen samt förstärka deras kvarvarande förmåga och resurser (Skog, 2012). Vi upplever att det finns behov av mer kunskap om kommunikation vid omvårdnad av personer med demenssjukdom och kommer därför fördjupa oss inom det området.

BAKGRUND

Incidens och prevalens vid demenssjukdom

Globalt sett finns det 47,7 miljoner personer som lever med demenssjukdom och varje år insjuknar 7,7 miljoner (World Health Organization, 2015). Idag har cirka 160 000 personer någon form av demenssjukdom i Sverige. Siffran ökar i takt med att andelen äldre människor ökar eftersom risken för att drabbas av demenssjukdom blir större vid stigande ålder. Varje år insjuknar cirka 25 000 personer i Sverige och antalet kommer öka kraftigt fram till 2020. År 2050 uppskattas antalet personer med demenssjukdom nästan öka till det dubbla, vilket blir en stor utmaning för hälso- och sjukvården (Socialstyrelsen, 2014).

Översikt av demenssjukdom

Demenssjukdom identifierades för mer än 100 år sedan (Alzheimer's Association, 2015). Demens är ett samlingsnamn och en diagnos för sjukdomar som framför allt drabbar storhjärnan. Demenssjukdomarna indelas i tre huvudgrupper: primärdegenerativa

demenssjukdomar, vaskulära demenssjukdomar och sekundära demenssjukdomar. Den första gruppen inkluderar Alzheimers sjukdom, frontotemporaldemens och Lewy- Body demens. De innefattar cirka 60-70 procent av alla demenssjukdomar i Sverige (Eriksdotter- Jönhagen, 2011).

Alzheimers sjukdom brukar beskrivas utifrån stadierna mild demens, måttlig demens och svår demens. Mild demens utmärks av att personen glömmer bort saker och har svårt att följa upp samtal. Vid måttlig demens försämras språkförmågan vilket innebär att det blir svårt att ha verbal kommunikation med andra människor. Vid svår demens förlorar personen flera förmågor, såsom att äta, svälja eller förflytta sig. I den här fasen är personen helt beroende av vård och omsorg (Edberg, 2009).

Kommunikation

Ordet kommunikation eller kommunicera kommer från det latinska ordet comunicera som betyder göra något gemensamt (Eriksson, 2013). Kommunikation är en social aktivitet som består av gemensamma handlingar. Inom vården utgör kommunikation en grundförutsättning för att kunna identifiera och förstå patienternas upplevelse av hälsa och lidande (Fredriksson, 2013).

Baggens och Sandén (2014) beskriver kommunikation med hjälp av två olika modeller. Den första modellen benämns som överföringsmodell, vilket innebär ett vanligt utbyte av budskap mellan människor. Den har ingenting med tolkning och förståelse att göra. Den andra modellen kallas för dialogisk modell, den vill skapa en allmän förståelse av något, inte bara transportera ett budskap fram och tillbaka. Här menar författarna att individer ska förstå varandra och kunna kommunicera.

Enligt Magnusson (2014) är kommunikation en viktig förutsättning inom vård och omsorg för att omvårdnad ska kunna bedrivas på bästa sätt. Författaren påstår att sjuksköterskor ska sträva efter att erbjuda individuellt anpassad vård för att främja patientens delaktighet i behandlingen. Allt detta är utgångspunkter från den svenska hälso- och sjukvårdslagen och den internationella etiken för sjuksköterskor (SOS, 2010).

Baggens och Sandén (2014) skriver att kommunikation är ett av hälso- och sjukvårdspersonals viktigaste redskap och den information som patienten får av sjukvårdspersonal uttrycks både verbalt och icke-verbalt. Människor kommunicerar genom verbala, alltså språkliga och icke-verbala, kroppsliga medel.

Verbal kommunikation

Människor använder verbal kommunikation för att utföra ett begripligt meddelande med varandra. Den språkliga kommunikationen är ett starkare medel jämfört med den icke-verbala kommunikationen, på så sätt att personer lättare kan beskriva, förklara, informera och argumentera olika slags handlingar med varandra. Utifrån ett omvårdnadsperspektiv är

språket mycket betydelsefullt för kommunikation mellan hälso- och sjukvårdspersonal och patienter för att insatser ska kunna utföras på ett korrekt sätt (Baggens & Sandén, 2014).

Genom språket kan människor tala om både dåtid, nutid och framtid. Verbal kommunikation ger möjlighet att välja vad som skall sägas till den andra personen medan det vid den icke-verbala kommunikationen är svårt att kontrollera det budskap som ska förmedlas. Ändå är det viktigt att både icke-verbal och verbal kommunikation förmedlar samma budskap för att undvika osäkerhet och förvirring vid konversation mellan människor (Larsson, Palm & Hasselbalch, 2008).

Birkler (2008) beskriver att språket har ett intimt samband med våra handlingar. Det vill säga att ett ord eller mening bestäms av det sammanhang som människor dagligen ingår i. Det är viktigt att människor begriper innebörden av ord eller meningar som används i dagliga aktiviteter. De behöver känna till de regler som ligger till grund för utsagan, så väl de grammatiska reglerna som språkets koppling till vissa handlingar.

Icke-verbal kommunikation

Den icke verbala kommunikationen beskriver informationsöverföring med hjälp av kroppen för att gynna en ömsesidig kommunikation. Den består av handlingar som utförs med hjälp av kroppen. Den icke-verbala kommunikationen uttrycker personens olika känslor och sinnesstämningar samt attityder till andra. Den icke-verbala eller kroppsliga kommunikationen ger också möjlighet till närhet, vilket kan vara användbart när orden inte räcker till (Baggens & Sandén, 2014).

Kroppshållning är en annan viktig aspekt vid icke-verbal kommunikation. Varje individ uttrycker sig kroppsligt genom gester och mimik och dessa används för att tydliggöra, understryka eller komplettera det som uttrycks genom språk samt för att förmedla känslor och värderingar. Det är viktigt att ha rätt och bra kroppsposition vid mötet med patienter, eftersom det avgör om hen känner sig inbjuden eller avvisad (Magnusson, 2014). Faulkner (2001) beskriver att när människor har en stående position förmedlar de riktning och fokus med hela kroppen medan man vid sittande position fokuserar på ansikte. Det är viktigt att ha ögonkontakt med personen eftersom det kan få dem att känna sig bekväma och trygga.

Kommunikation relaterat till demenssjukdom

Enligt Socialstyrelsen (2010) ska hälso- och sjukvården samt socialtjänsten utforma och genomföra vård och omsorg i samråd med personen. Hälso- och sjukvårdspersonal ska ge varje patient individuellt anpassad information, det vill säga ta hänsyn till de villkor och behov personer med demenssjukdom har när det gäller överföring av information. Om informationen inte är möjlig att lämna till personen är det hälso- och sjukvårdspersonalens ansvar att involvera den sjukes närstående istället.

Kommunikation med en person med demenssjukdom ska vara anpassad efter den sjukes förmåga och vad hen kan förstå av den information som ges (SFS, 1982:763). Personer med olika grad av demenssjukdom kräver olika förmågor och kompetens hos hälso- och

sjukvårdspersonal för att kunna kommunicera. Hälso- och sjukvårdspersonal som inte är kompetent eller inte har förmåga att kommunicera med personer med demenssjukdom kan skapa oro och agitation hos den personen som lider av demenssjukdom (SOS, 2010).

Den verbala och skriftliga förmågan är vid ett tidigt skede av sjukdomen till viss del fortfarande fungerande. Detta underlättar kommunikationen mellan personer med demenssjukdom och hälso- och sjukvårdspersonalen. I senare stadium av demenssjukdomen krävs mer kunskap och kompetens för att hälso- och sjukvårdspersonalen ska kunna befrämja en bra och trygg kommunikation mellan dem (SOS, 2010). Den kommunikativa förmågan hos personer med demenssjukdom är progressiv, det sker en successiv försämring av sjukdomen (Alzheimer's Association, 2015).

Centrala begrepp

Autonomi

Ordet autonomi betyder självstyre, självbestämmande, eller grunda lagarna för sina handlingar. Autonomi kommer från grekernas, *autos* som betyder själv och *nomos* som betyder ordning. Begreppet autonomi är ett nyckelord vid omvårdnadsetiska diskussioner. Personen är autonom och har rätt att fatta beslut, det är personens huvudsakliga frihet (Birkler, 2008).

Enligt Cole, Wellard och Mummery (2014) är personens åsikt en viktig del vid omvårdnad, detta förstärks genom att personalen följer etiska koder och kompetensnormer. Hälso- sjukvårdslagen kräver att god vård ska bygga på patientens självbestämmande och integritet (SFS, 1982:763).

Lidén (2014) beskriver vikten om medvetna val när det gäller makt och beslut i vård och omsorg. Det medvetna valet innebär att patienter ska känna till sina rättigheter för att kunna välja ett bra alternativ. Hälso- och sjukvårdspersonal ska ge lämplig information till patienten så att hen kan utföra ett frivilligt beslut som grundar sig på den information som gavs.

Det finns olika faktorer inom sjukvården som kan påverka autonomi positivt eller negativt. Dessa faktorer kan inkludera möjligheten till integritet, tillgång till besökare och rätt att komma och gå eller kommunicera som de enskilda behagar. Den organisatoriska strukturen i slutenvården bestämmer exempelvis tidpunkten av måltiden och vilken slags mat som ska ätas. Detta begränsar individuella val för måltiden. Den institutionella kontrollen över en individ begränsar hans förmåga att fatta meningsfulla och självständiga beslut. För patienter kan detta ses som en förlust av personlig kontroll (Cole, Wellard & Mummery, 2014).

Personer med demenssjukdom har antingen förlorat eller har en låg grad av självständig förmåga. Demenssjukdomen har en negativ inverkan på personens förmåga i samband med autonomi (Boyle, 2007). Detta betyder inte att alla personer med demenssjukdom helt saknar självständighet, däremot kan hälso- och sjukvårdspersonalen utöva och förstärka personen med demenssjukdoms resterande autonomi. I detta avseende kan deras starka sidor förstärkas

och befintliga kognitiva förmågor kan nyttjas. Det kan leda till att ha känsla av medverkan och jaget och självkänslan kan bibehållas, vilket i sin tur bidrar till känslomässigt välbefinnande. Begränsningar av autonomi kan leda till frustration och ångest hos personer med demenssjukdom. Bakomliggande orsaker till agiterat beteende kan vara bristfällig autonomi och förlust av kontroll över en situation (Boyle, 2007).

Trygghet

Enligt Statens offentliga utredning (SOU 1997:170) är trygghet inom vård och omsorg en viktig förutsättning vid all vård och omsorgsarbete. För att befärma upplevelsen av trygghet måste åtgärderna utformas och anpassas efter det individuella behovet. Hemmastaddhet är en aspekt som befärmar trygghetskänslan samt beskriver upplevelse av existens. Det är hälso- och sjukvårdspersonalens ansvar att skapa en miljö som stödjer upplevelse av hemmastaddhet (Santamäki-Fischer & Dahlqvist, 2014).

Enligt Segesten (1994) är trygghet en känsla och upplevelse av något som människor strävar efter för att höja livskvaliteten. Trygghet kan beskrivas utifrån känsla av inre och yttre trygghet. Den inre tryggheten beskrivs med ord som lugn, tillit, harmoni, lycka och glädje. Yttre trygghet beskrivs utifrån de faktorer vi har runt omkring oss, exempelvis det liv som hen lever i miljötrygghet, materialtrygghet och även den kunskap som vi har för att förstå och hantera vardagen. Enligt SFS (1982:763) stärks upplevelsen av trygghet genom goda kontakter mellan patient och hälso- och sjukvårdspersonal samt genom att tillfredsställa behov av kontinuitet och trygghet för personen.

Personer som har drabbats av någon demenssjukdom kan bli upprörda över små saker. Det är då viktigt att kunna skapa lugn, ro och fridfullhet eftersom det kan hjälpa dem att kontrollera deras sjukdom. Ett lugnt kommunikativt förhållningssätt skapar trygghet för både personen med demenssjukdom och för hälso- och sjukvårdspersonalen (Westlund, Mårtensson & Andersson, 1991). Socialstyrelsen (2010) beskriver att hälso- och sjukvårdspersonal ska skapa en psykosocial miljö som utmärks av trygghet och tillgänglighet. Det kan bidra till att personen med demenssjukdom kan få ett meningsfullt innehåll i det dagliga livet. Trygghet och en känsla av hemmastaddhet kan också skapas genom kommunikation på samma modersmål.

Problemformulering

I det vardagliga vårdarbetet möter sjuksköterskor personer med demenssjukdom. Sjukdomen försämrar den kommunikativa förmågan och kontakten med omgivningen försvåras. Detta kan både leda till försämrad autonomi och en ökad otrygghet.

Det behövs en omfattande kunskap kring vad som underlättar verbal och icke verbal kommunikation hos personer med demenssjukdom. För att sjuksköterskan skall kunna få den bilden, kunna följa sin etiska kod samt följa lagar och förordningar behöver kunskap om och förståelse för hur kommunikation ska underlätta med personer med demenssjukdom.

SYFTE

Syftet med denna litteraturöversikt är att beskriva omvårdnadsstrategier som underlättar kommunikationen med personer som har demenssjukdom.

Frågeställning

Hur kan sjuksköterskan genom kommunikation skapa ökad trygghet och förbättrad autonomi i vårdrelationen?

METOD

Design

Metoden är baserad på en litteraturöversikt. Med hjälp av denna metod kan forskningsresultat inom ett vetenskapligt område kartläggas (Friberg, 2012). Litteraturöversikten är baserad på analys av kvalitativa och kvantitativa artiklar. Friberg (2012) beskriver att syftet med en litteraturöversikt är att skapa en sammanfattning av befintlig forskning samt visa på områden som behöver mer forskning.

Datainsamling

För att få relevant litteratur i arbetet delades informationssökningen upp i två faser. Första fasen som är en inledande fas skapar grunden för sökarbetet (Friberg, 2012). Genom att söka i facklitteratur, ordböcker och internet kunde mer information om ämnet inhämtas. Andra fasen, eller den egentliga informationssökningen utförs för att få fram det slutliga urvalet av litteraturen (Friberg, 2012). Genom att skriva ner frågeställningar har relevanta sökord för syftet framkommit. I denna process användes synonyma termer samt sökord från olika abstrakt i vetenskapliga artiklar. För att hitta intressanta och relevanta artiklar som passade syftet kombinerades flera sökord.

Det är viktigt att täcka ett större område genom att söka i olika databaser (Friberg, 2012). Vid denna litteraturöversikt genomfördes sökningar i CINAHL, PubMed och Scopus (bilaga 1). Vid första sökningen användes de tre sökorden: Communication, Dementia och Nursing i samtliga tre databaser. Första sökningen för att hitta artiklar genomfördes i CINAHL. Eftersom samma artiklar hittades i de tre databaserna ändrades sökorden. Sökningen skedde vid olika tillfällen och resulterade till relevanta artiklar i relation till syftet (bilaga 1).

I PubMed användes bland annat sökorden Communication, people, Dementia. Eftersom dessa sökord gav ett stort antal träffar, inkluderades även sökorden care och nurses. Scopus är en vetenskaplig databas som täcker in områdena medicin, teknik, science och socialvetenskap (Friberg, 2012). I Scopus användes bland annat sökorden Dementia, Communication, nursing och Improving.

I den aktuella litteraturöversikten utfördes också en sekundärsökning. Friberg (2012) beskriver att sekundärsökning är en effektiv metod som är användbar vid litteraturöversikt. Genom att granska de intressanta artiklarnas referenslistor framkom flera relevanta artiklar för sekundärsökning.

En sekundärsökning genomfördes av (De Vries, 2013). Där hittades tjugo stycken relevanta sammanfattningar, vidare granskning utfördes på tio artiklar. Artiklar av Bodie och Jones (2011) samt Villaume och Bodie (2007) visade sig efter granskning vara relevanta att använda i resultatet. Den andra sekundärsökningen genomfördes utifrån Bodie och Jones (2011) referenslista. Tio relevanta abstrakt hittades i referenslistan, tre stycken granskades men endast Burelson (2003) var relevant att presentera i resultatet. De artiklar som har kommit fram av sekundärsökning presenteras inte i någon bilaga.

Urval

Urvalet var artiklar som undersökt personer med demenssjukdom och kommunikation i samband med omvårdnad. Ett stort antal artiklar var relevanta för litteraturöversikten. För att finna vetenskapliga artiklar användes Peer Reviewed och det engelska språket i samtliga databaser. För att hitta adekvata artiklar som svarade mot frågeställningen har flera sökningar genomförts. Eftersom CINAHL är en databas som riktar sig mot omvårdnadsforskning har sökningarna framför allt genomförts där. För att inte mista eventuella viktiga artiklar begränsades inte sökningarna utifrån årtal.

Först lästes titlarna på artiklarna och var titeln relevant till syftet lästes abstraktet. Var abstraktet relevant lästes resultat och slutsatser. När resultat och slutsatser ansågs relevant för litteraturöversikten lästes artiklarna i sin helhet. Slutligen resulterade sökningen i femton artiklar, varav elva var kvalitativa, två var kvantitativa och var två mixed-metod av både kvalitativa och kvantitativa metoder.

Artiklar som beskrev strategier för att underlätta kommunikation med personer med demenssjukdom valdes till resultatdelen. Dessutom genomfördes en del sökningar för att beskriva de omvårdnadsbegrepp som användes i bakgrunden. Artiklarna i bakgrunden hade ingen specifik riktning mot kommunikationsstrategier och har därför inte använts i resultatdelen.

Dataanalys

Willman, Stoltz och Bahtsevani (2011) beskriver en granskningsmetod för att kunna granska kvalitativa och kvantitativa vetenskapliga artiklar. När litteratur ska granskas är det viktigt att finna teoretiska utgångspunkter som är relaterat till omvårdnadsvetenskapliga teorier. Granskningsmetoden sker genom att ställa frågor som till exempel om studien har tydligt syfte och mål, om metoden är välbeskriven, samt om resultat och utgångspunkter hänger ihop. Dessutom är det viktigt att det finns en diskussion och att det återkopplas till omvårdnadsvetenskapliga teorier. För att uppfylla hög kvalitet på artiklar ska flera av frågorna ha besvarats. Enligt granskningsmallen fick varje fråga som svarat på frågorna ett poäng och de frågor som inte kunde svaret på frågorna fick noll poäng. Därefter räknades

poängen samman för att se kvaliteten på artiklarna. Kvaliteten på artiklarna graderades som hög, medel och låg enligt granskningsmallen för vetenskapliga artiklar. Låg kvalitetsbedömdes som 0-4 poäng och medelhög kvalitet bedömdes som 5-7 poäng och hög kvalitet som 8-10 poäng. Eftersom samtliga artiklar besvarade på de frågeställningar som fanns i granskningsmallen ansågs artiklarna ha hög kvalitet (bilaga 2).

De artiklar som valdes för att presentera resultatet lästes ett flertal gånger. Friberg (2012) beskriver att det är viktigt att fokusera på artiklarnas resultat och läsa flera gånger för att få bättre uppfattning av studierna. När resultaten av artiklarna ansågs relevanta för litteraturöversikten, markerades de meningsbärande enheterna och skrevs ner. Därefter hittades likheter och skillnader bland de meningsbärande enheterna. Teman och subteman beskriver resultatet. Eftersom en schematisk översikt kan förtydliga resultatet vid en litteraturöversikt (Friberg, 2012) har en tabellöversikt av teman och subteman på resultatet framtagits i detta arbete.

Forskningsetik

Kjellström (2012) beskriver att etiska utmaningar i vetenskapliga artiklar handlar om att undvika skada eller såra människor, vilket innefattar välbefinnande och rättigheter hos deltagarna som deltog i forskningen. De artiklar som presenteras i litteraturöversikten hade ett etiskt resonemang och var godkända av etisk kommitté med undantag av en studie (Sprangers, Dijkstra & Romijn-Luijten, 2015). Denna studie har inte godkänts av en etisk kommitté och författarna förde inget etiskt resonemang. Ändå inkluderades den i litteraturöversikten eftersom det framkom att deltagarna frivillig valde att delta i studien (Sprangers et al., 2015). Andra studier som användes i litteraturöversikten har fått tillstånd av en etisk kommitté i det aktuella land som studien genomfördes (Adams et al., 2005, Bodie et al. 2011, Garre-Olmo et al., 2012, Helgesen et al., 2010, McCabe, 2004, Norbergh et al., 2002, Perry et al., 2005, Praquay et al., 2006, Small et al., 2003, Stien-Parbury et al., 2012, Villaume et al., 2007, Wang et al., 2013, Wilson et al., 2011). Studien av Burelsson (2003) är en systematisk översikt och har på grund av det inte något etiskt godkännande. Studien utgick från andra artiklar och författaren hänvisade till att dessa artiklar redan var godkända.

RESULTAT

För att underlätta kommunikationen med personer som drabbats av demenssjukdom är det nödvändigt att sjuksköterskan använder sig av olika omvårdnandsstrategier. Resultatet av litteraturöversikten presenteras utifrån fyra teman och åtta subteman (tabell 1). Dessa resultat kan hjälpa sjuksköterskan att finna kommunikationsstrategier som kan skapa ökad trygghet och en förbättrad autonomi för personen med demenssjukdom.

Tabell 1: Översikt av teman och subteman

TEMA	SUBTEMA
Verbala strategier	Att stödja och vägleda vid samtal Att bekräfta vid samtal
Icke-verbala strategier	Att skapa trygghet Att anpassa miljön
Känslomässiga strategier	Att lyssna vid samtal Att visa empati
Att vara professionell	Att möta personer med demenssjukdom som en person Att arbeta i en tillåtande vårdorganisation

Verbala Strategier

Att stödja och vägleda vid samtal

Att ge förslag, riktning eller idé är en verbal kommunikationsstrategi som hjälper personer med demenssjukdom att kunna kommunicera bättre. För att stödja och vägleda personer med demenssjukdom vid samtal måste hälso- och sjukvårdspersonal använda strategier såsom att tala långsamt, ställa en fråga eller ge en instruktion i taget, hjälpa personen att hitta ord och använda enkla och korta meningar samt undvika att avbryta personen och tillåta gott om tid att svara (Adams & Gardiner, 2005, Small, Gutman, Makela & Hillhouse, 2003, Sprangers, Dijkstra & Romijn-Luijten, 2015, Wilson, Rochon, Mihailidis & Leonard, 2011). Positivt tal och korta instruktioner har visat sig vara effektivt vid samtal med personer med demenssjukdom. Det är relativt lätt att snabbt lära ut dessa strategier till annan hälso- och sjukvårdspersonal. Bra kommunikationsförmåga hos hälso- och sjukvårdspersonal gynnar känslan av välbefinnande och trygghet hos personer med demenssjukdom (Sprangers et al., 2015).

Studier visar på att hälso- och sjukvårdspersonal ofta ger en eller två inriktningar till personen med demenssjukdom vid utförandet av den dagliga aktiviteten. Vid morgonsinsatser kan exempelvis hälso- och sjukvårdspersonalen hänvisa personen med demenssjukdom genom kroppslig och muntlig kommunikation. På så sätt hjälps personer med demenssjukdom att uppfatta och delta i sina dagliga aktiviteter (Wilson et al., 2011, Small, et al., 2003). Genom att ge förslag eller idéer gynnas personen med demenssjukdoms förmåga att bestämma över sina aktiviteter samt uppleva känsla av hemmastaddhet (Small et al., 2003). Slutna frågor som besvaras med ja eller nej kan bidra till att personen med demenssjukdom lättare kan förstå kommunikationen och lättare kan utföra sina dagliga aktiviteter (Wilson et al., 2011, Small et

al., 2003). Under vissa omständigheter kan även öppna frågor vara positiva och meningsfulla, om frågan ställs med respekt och samtalsämnen fokuseras på personen med demenssjukdom (Small et al., 2003). Enligt Small och Perry (2005) kan användning av frågor med ja/nej alternativ vara effektiva, de visar på färre avbrott i kommunikationen. Personen med demenssjukdom kan då lättare besvara frågor utan att anstränga sitt minne och det blir lättare att delta i ett samtal.

En bristfällig kommunikation med personer med demenssjukdom kan övervinnas av hälso- och sjukvårdspersonalen. Genom att ställa en tydlig fråga eller ge instruktion kan hälso- och sjukvårdspersonalen vägleda konversationen. Vidare måste hälso- och sjukvårdspersonalen uppmuntra personer med demenssjukdom att utveckla planer och fatta beslut i samband med deras vård och behandling, därmed kan självständighet och känsla av hemmastaddhet öka hos personen med demenssjukdom (Adams et al., 2005). Wilson et al.(2011) skriver att förklaring av åtgärder och upprepning av budskap är strategier som förstärker personens förmåga att begripa lättare när hälso- och sjukvårdspersonal utför sitt arbete. Small et al. (2003) beskriver att hälso- och sjukvårdspersonal bör uppmuntra personer som har demenssjukdom att beskriva de ord eller den mening som hen söker efter. Då ökar hälso- och sjukvårdspersonalens uppfattning om personens tanke och beteende vilket bidrar till en bättre ömsesidigt kommunikation. Den goda kommunikationen mellan parterna främjar personens trygghetskänsla samt uppmuntrar dem till att delta i den dagliga aktiviteten. Adams et al., (2005) skriver att hälso- och sjukvårdspersonalens användning av komplexa ord och meningar vid kommunikation med personer med demenssjukdom kan leda till förvirring och agitation. Samtalet blir då ett hinder när de inte förstår vårdgivarens information. Perry et al. (2005) tycker att hälso- och sjukvårdspersonal kan ha en vägledande roll genom att visa sitt intresse vid samtal med personer som har demenssjukdom. Detta utförs genom att hälso- och sjukvårdspersonalen exempelvis kan presentera samtalsämnen och vara deltagande i konversationen samt ge möjlighet till personen med demenssjukdom att ta med sig sin kunskap vid samtal. Hälso- och sjukvårdspersonalen kan försöka att involvera personer med demenssjukdom till samtal genom att ställa frågor.

Att bekräfta vid samtal

För att bekräfta personer med demenssjukdom kan strategier som att upprepa meddelanden med samma ord, eller med olika formuleringar vid samtal vara meningsfulla (Adams et al., 2005, Wilson et al. 2011, Small et al., 2003). Genom att använda namnet på personen med demenssjukdom vid kommunikation kan också deras självständighet och identitet förstärkas vilket kan hjälpa dem att komma ihåg deras namn (Wilson et al., 2005). Att använda uppmuntrande kommentarer ger möjlighet och tid till personen med demenssjukdom att hitta ord för att kunna kommunicera. Bekräftande strategier kan också innefatta att respektera patientens autonomi vid kommunikationen (Adams et al., 2005, Wilson et al. 2011, Small et al., 2003).

En förbättrad kommunikation kan uppnås om hälso- och sjukvårdspersonalen försöker förstå och ge uttryck för personer med demenssjukdoms syn. När personer med demenssjukdom inte kan uttrycka sig och bara använder vissa ord, kan hälso- och sjukvårdspersonalen hjälpa

personer med demenssjukdom att hitta ord eller hjälpa till för att börja eller avsluta meningar. Bekräftelse kan också stärkas om hälso- och sjukvårdspersonalen visar respekt och uppskattar personen med demenssjukdom vid dagliga aktiviteter. Personen med demenssjukdom kan då känna sig tryggare med den hälso- och sjukvårdspersonalen som har samtal med hen (Adams et al., 2005).

Icke-verbala strategier

Att skapa trygghet

För att underlätta kommunikationen med personer med demenssjukdom är icke-verbal kommunikation nödvändig. Hälso- och sjukvårdspersonalen ska ha ögonkontakt, beröra, samt närma sig patienten framifrån vid samtal och aktiviteter (Helgesen & Larsson, Athlin, 2012, McCabe, 2004, Wang & Hsieh, 2013, Wilson et al., 2011). När personer med demenssjukdom inte kan förstå språket, blir den icke-verbala kommunikationen väldigt viktig. Hälso- och sjukvårdspersonalen måste förmedla uppriktighet och vänlighet genom beröring och ansiktsuttryck till personer med demenssjukdom under hela arbetsmomentet (Wilson et al., 2011). Hälso- och sjukvårdspersonalens kroppsliga närvaro minskar personen med demenssjukdoms oro och det ger en känsla av närhet och trygghet (Helgesen et al., 2010).

Wilson et al. (2011) och Helgesen et al. (2012) skriver att exempel på tekniker som är användbara vid kommunikation med personer med demenssjukdom är att sitta vänd rakt mot personen och upprätthålla en öppen hållning, luta sig något framåt, och att anta en avslappnad hållning. Med dessa tekniker gynnas personen med demenssjukdoms trygghet och dennes identitet respekteras. Wang et al. (2013) beskriver att det är svårt att förstå behoven hos personer med demenssjukdom. De har nedsatta verbala uttryck, och uppvisar olika uttryck när de kommunicerar sina behov. Vid fysisk smärta kan personen med demenssjukdom exempelvis uppvisa ilska eller vägra att komma ur sängen. Det är inte säkert att hälso- och sjukvårdspersonalen förstår personen med demenssjukdoms beteende och insatserna som genomförs kanske inte tillfredsställer personen med demenssjukdoms behov. Wang et al. (2013) visar även på att det är viktigt att få tillgång till personen med demenssjukdoms känslor, särskilt när sjukdomen har progredierat. Personer med demenssjukdom har ofta förlorat sina verbala språkkunskaper helt eller delvis och kan inte tydligt leverera känslomässiga budskap till andra. Förlusten gör det svårt för hälso- och sjukvårdspersonalen att förstå personen med demenssjukdoms tillstånd av känslomässig hälsa.

Att anpassa miljön

Miljö och utrymme har en betydelsefull roll vid kommunikation med personer som har demenssjukdom. Både den fysiska och den sociala miljön kan påverka personens livskvalitet och trygghet (Adams et al., 2005, Garre-Olmo, Lopez-Pausa, Turon-Estrada, Juvinya, Ballester, Vilalta-Franch, 2012, Small et al., 2003, Norbergh, Hellzén, Sandman, Asplund, 2002). Garre-Olmo et al., (2012) visar på att miljöfaktorer som temperatur, buller och belysning kan påverka livskvaliteten hos personer med demenssjukdom. Höga temperaturnivåer i rummet förknippas med lägre livskvalitet och ökat antal tecken som tyder

på negativ stämning hos personer med demenssjukdom. Det finns enkla åtgärder för att justera temperatur, buller och ljus vilket kan ha en positiv effekt på personer som har demenssjukdom. Rummets belysning och temperaturnivåer kan kräva justering för sängliggande personer med demenssjukdom och minskning av bullernivåer i exempelvis vardagsrummet kan främja social interaktion hos personer med demenssjukdom. En lugn och anpassad miljö kan minska agitation, oro och aggressivt beteende. Dessa enkla miljöfaktorer kan begränsa personen med demenssjukdoms förmåga att sortera sinnesintryck.

Small et al. (2003) och Adams et al., (2005) beskriver att vid en effektiv kommunikation behöver de faktorer som ger negativa konsekvenser vid konversation med personer med demenssjukdom elimineras. Genom att dämpa höga ljud och starka ljus kan en lugn miljö skapas där personen med demenssjukdom kan känna sig trygg och den kommunikativa förmågan kan förstärkas.

Känslomässiga strategier

Att lyssna vid samtal

Att lyssna aktivt är en nödvändig färdighet vid kommunikation mellan två parter. Aktivt lyssnande kommer inte fram bara med ord utan det kräver mycket engagemang och uppmärksamhet. Lyssna är en multidimensionell konstruktion som består av komplexa processer, effektiva processer och beteendeprocesser. Dessa processer innebär att svara verbalt eller icke-verbalt till den person som skickat meddelande till lyssnaren. Stödjande lyssnande är en viktig del av kommunikationen, eftersom lyssnaren ska använda en tröstande budskap som ger uttryck för sympati och därefter erkänner den andres känslor (Bodie et al., 2012). Bureson (2003) beskriver att vid tröstande eller lyssnande kommunikation är målet att lindra känslomässigt lidande som upplevs av den andra personen. Denna typ av lyssnande har särskild betydelse för att kommunicera med personer som har demenssjukdom. Lyssnarens syfte är att hjälpa personen med demenssjukdom att hantera känslomässig stress, självkänsla, förhoppningar och rädslor som ligger i deras existenscentrum (Bureson, 2003). Att lyssna aktivt kan bidra till tillfredsställelse och bättre hälso- och sjukvård för personer som har demenssjukdom (Villaume & Bodie, 2007).

Att visa empati

Empatisk kommunikation beskrivs som kommunikation där empati är en process för emotionella ingrepp av patienter och hälso-och sjukvårdspersonal. Empatiskt svar på ett verbalt och icke-verbalt uttryck som återger av hälso- och sjukvårdspersonalen kan visa deras sorg eller bekymmer på patientens situation. Empati är en väsentlig förutsättning för god omvårdnad. Om sjuksköterskor misslyckas med att känna empati med sina patienter, kan de inte hjälpa dem att förstå eller hantera situationen på ett effektivt sätt (McCabe, 2004). McCabe (2004) beskriver empati som en förmåga att uppleva och förstå andras tankesätt och beteende genom att sätta sig in i deras ställe. Enligt Helgesen et al. (2010) är hälso-och sjukvårdspersonalens närvaro nödvändig. De måste vara i tjänst med alla sina sinnen för att

motivera och tolka personer med demenssjukdoms beteende samt tillfredsställa dennes önskemål för att kunna befrämja en bättre kommunikation och deltagande i processen.

McCabe (2004) påpekar att när hälso- och sjukvårdspersonalen visar empati vid mötet med patienterna känner de att personalen bryr sig om dem. Det i sin tur gör det lättare att motivera dem att delta i sina vårdplaner. Detta kan leda till att patienten känner sig trygg och självbestämmandet kan förstärkas. Om patienten upplever icke-empatisk kommunikation kan detta leda till att de känner sig frustrerade och obekväma. Då är det extra viktigt för hälso- och sjukvårdspersonalen att vara medvetna om dessa konsekvenser vid omvårdnad med personer med demenssjukdom.

Att vara professionell

Att möta personer med demenssjukdom som en person

Konventionella konstruktioner av demenssjukdom grundar sig på de biologiska aspekterna av demens som en sjukdomsprocess, med fokus på de underskott som uppstår till följd av neurodegenerativa förändringar. Detta kan leda till att avidentifiering av personen med demenssjukdom och hen missar jaget på grund av demenssjukdomen. När verbalisering blir svårt för personen med demenssjukdom på grund av förlusten av språket och svårigheter med att finna ord, kan hälso- och sjukvårdspersonalen tolka detta som förvirrade och meningslöst. Personcentrerad vård har stor vikt för god vårdkvalitet. Den hälso- och sjukvårdspersonal som skall vårda personer med demenssjukdom ska utgå från personen som har demenssjukdom och inte utgå från demenssjukdomen (Stien-Parbury, Chenoweth, Jeon, Brodaty, Haas & Norman, 2012). Stien-Parbury et al. (2012) beskriver att personcentrerad kommunikation är en metod som föreskriver individualiserad vårdplanering där hälso- och sjukvårdspersonalen informerats om personens historia och behov vilket kan ge möjlighet för hälso- och sjukvårdspersonalen att kunna tolka personens beteende. Därmed kan hälso- och sjukvårdspersonalen också justera vårdåtgärder. Det kan vara bra att försöka använda kommunikationsstrategier som ständigt förstärks av de mänskliga känslorna och med mänskligheten. Detta kan leda till att personer med demenssjukdom kan behålla sitt känsloliv under hela sjukdomens tid. Genom att kommunicera med hjälp av rollspelsaktiviteter och samspel med andra deltagare som tillför värdefulla aspekter, kan livskvaliteten för personer med demenssjukdom förbättras. Bodie et al. (2012) menar att personcentrerat stöd kan vara effektivt vid samtal med personer med demenssjukdom.

Stien-Parbury et al. (2012) påpekar att de individuella insatser som är icke-farmakologiska metoder har mest lovande effekter för personer som har demenssjukdom. Personcentrerad vård vid demenssjukdom kan göra att självkänslan bibehålls och förmågan att kommunicera sina viljor, behov och önskemål kan stärkas (Stien-Parbury et al., 2012). Hälso- och sjukvårdspersonalens moraliska närvaro, som att behandla personer med demenssjukdom med respekt och allvar samt ge dem värdighet uppfattas som mest avgörande för personer med demenssjukdom att delta vid samtal. Det är viktigt att ge dem en känsla av självbestämmande, hälso- och sjukvårdspersonalen måste ha en stark inverkan på personer med demenssjukdoms förmåga att kunna delta och kommunicera med andra (Helgesen et al., 2012).

Att arbeta i en tillåtande vårdorganisation

Paquay et al. (2006) skriver att tiden som hälso- och sjukvårdspersonal tillbringar med personen med demenssjukdom är ganska hög i jämförelse med andra patienter.

Kommunikation tar mycket tid och dessa personer är ofta multisjuka vilket kräver extra tid och kraft av hälso- och sjukvårdspersonalen (Paquay, De Lepeleire, Milisen, Ylieff, Fontaine & Buntinx, 2007). Det är nödvändigt att ha tillräckligt med tid och resurser. Effektiv användning av resurser är en förutsättning för att god vård ska kunna utföras. Om enheten har tillräckligt antal personal som är kunniga och engagerade, kan kommunikation med personer med demenssjukdom underlättas. Om omvårdnaden ska tillgodose behövs en strukturerad enhet, utrustning och material (Norbergh et al., 2002).

Enligt Norbergh et al. (2002) måste hälso-och sjukvårdspersonalen ha tillräckligt med tid för att kunna skapa en kommunikations bro mellan sig själv och personen med demenssjukdom. Hälso- och sjukvårdspersonalen behöver tillbringa mer tid med personer med demenssjukdom exempelvis under måltider. De behöver även vara tillsammans i passiva interaktioner, såsom att titta på tv eller bara sitta tillsammans. Detta kan leda till att förbättra personen med demenssjukdoms sociala liv samt leda till att hälso- och sjukvårdspersonalen upplever mindre ångest och mindre arbetsbelastning.

Ledarskap och antal personal som vårdar personen påverkar graden och förekomsten av personalens moraliska närvaro. För att kommunicera goda värderingar, förväntningar och vägbeskrivningar till hälso-och sjukvårdspersonalen behövs en ledare som har god förmåga och är ansvarsfull. Då kan hälso- och sjukvårdspersonalen driva vård och omsorg på ett bra sätt (Helgesen et al., 2010). Norbergh et al., (2002) hävdar att det är viktigt att enhetschefer är medvetna om hälso- och sjukvårdspersonalens upplevelser av arbetsmiljön, eftersom det kan inverka på vård och omsorg.

DISKUSSION

METODDISKUSSION

Litteraturoversikt ska baseras på den aktuella forskning som finns inom det område som valts att studera (Friberg, 2012). Denna litteraturoversikt handlar om att beskriva området kommunikation och de strategier som ska underlätta samtal för personer med demenssjukdom, vilket kan öka deras autonomi och trygghet. För att få en överblick i ämnet sattes inga tidsbegränsningar i sökprocessen. Det fanns inte heller tillräckligt många relevanta artiklar för att begränsa sökningen till ett kortare tidsintervall. Vidare valdes engelska språket som en begränsning på CINAHL, PubMed och Scopus.

För att hitta vetenskapliga artiklar som är säkerställda den vetenskapliga kvaliteten kan sökningen begränsas till granskade artiklar (Friberg, 2012). Endast artiklar som var Peer reviewed valdes vid sökningarna i de tre databaserna CINAHL, PubMed och Scopus. Engelska språket, som är ett formellt vetenskapligt språk kan vara ett hinder för att få

fulländad förståelse av studierna. Det finns en ökad risk av felaktig tolkning vid översättning av engelska till det svenska språket. Eftersom artiklarna granskades och diskuterades av båda författarna till denna litteraturöversikt minskar ändå risken för feltolkning.

För att minimera risken för feltolkningar och förvanskning av resultaten granskades också artiklarna genom att läsas de flera gånger. De inkluderade artiklarna var utformade utifrån olika metoder som kvalitativa, kvantitativa, mixed-metods och en litteraturstudie (Se bilaga 2). Vissa av artiklarna beskrev tydligt kommunikationsstrategier (Adams et al., 2005, Perry et al., 2005, Small et al., 2003, Wilson et al., 2011). Resterande av studierna fokuserade på en till tre viktiga strategier som kan leda till att ha en bra konversation med personer med demenssjukdom.

Norbergh et al., (2002) är den enda som beskrev om vårdorganisationens roll vid kommunikation med personer med demenssjukdom. På grund av den specifika vinklingen mot kommunikation ansågs den ändå relevant att använda. Helgesen et al., (2010) stärker dock Norbergh et al., (2002) studie.

Deltagarna i studierna var patienter med demenssjukdomar och deras vårdare var hälso- och sjukvårdspersonal som till exempel sjuksköterskor, undersköterskor, personliga assistenter med flera. För att inte exkludera personalkategorier vid beskrivning av resultatet används hälso- och sjukvårdspersonal som begrepp istället för sjuksköterskor i litteraturöversikten. Deltagarna i en artikel var alla patienter inom vårdavdelning och inte specifikt personer med demenssjukdom (McCabe, 2004). Detta gäller för olika sjukdomstillstånd. Anledningen till att denna artikel användes var för att resultatet i studien vara relevant i relation till översiktens syfte. Helgesen et al. (2010) undersökte samma område och stärkte den föregående studien.

Resultatet baseras på artiklar från Australien, Belgien, Irland, Kanada, Nederländerna, Norge, Spanien, Storbritannien, Sverige, Taiwan och USA. Fler artiklar från de nordiska länderna kunde ha varit önskvärdt. Vårdkulturen kan exempelvis skilja sig mellan USA och Sverige men levnadsförhållandena i dessa länder är ändå jämförbara, vilket kan försvara valet av artiklarna. Det var bara en studie som beskrev kommunikation utifrån olika kulturella perspektiv, kön och etnicitet (Burelson, 2003).

Det fanns viss problematik med att dela upp resultatet i teman och subteman. Det var svårt att avgränsa vissa delar i subteman från varandra och en del strategier kunde delvis tillhöra ett annat tema. Exempelvis på det är ”att lyssna” som både kan vara en effektiv strategi vid verbal och icke-verbal. Detsamma gäller subteman ”att visa empati”. Efter överväganden beslutade författarna att redovisa den uppdelning som visas i resultatet.

Flera av de artiklar som kunde vara relevant för litteraturöversikten hade behövts beställas från biblioteket vilket blev en hindrande faktor för att hitta och granska de artiklarna. Autonomi och trygghet är två begrepp som framkom i litteraturöversikten. Personer med demenssjukdom förlorar successivt sin kommunikationsförmåga, vilket kan leda till förlorad självständighet. Det i sin tur kan vara orsak till otrygghet. Med hjälp av de kommunikationsstrategier som framkom i resultatdelen kan kommunikationssvårigheter minskas vid konversation med personer med demenssjukdom. Detta i sin tur främjar deras

autonomi och trygghet (Adams, et al., 2005, Bodie, et al., 2012, Helgesen, et al., 2012, McCabe 2004, Sprangers et al., 2005, Wilson et al., 2011).

Resultatdiskussion

Att skapa vårdrelation genom att främja autonomi och trygghet

Denna litteraturöversikt visar på olika strategier som hälso- och sjukvårdspersonal kan använda sig av vid kommunikation med personer med demenssjukdom. Lundmark (2014) säger att all omvårdnad börjar med någon form av relation mellan vårdare och patient. Vårdrelationen är grunden till att skapa en ömsesidighet mellan dem. Alltså ska hälso- och sjukvårdspersonalen vara medveten om de olika kommunikationsstrategier som litteraturöversikten visar på. Kommunikation har stor betydelse vid omvårdnadsarbete. Ett av de viktigaste ansvarsområden som sjuksköterskor har, är att skapa en relation där patienten upplever att sjuksköterskan är kompetent och pålitlig. På detta sätt kan hälso- och sjukvårdspersonalen lättare identifiera patientens svårigheter och tillgodose hans omvårdnadsbehov (Birkler, 2008). Genom kommunikativa handlingar försöker bägge parter skapa en ömsesidig förståelse. I möten mellan hälso- och sjukvårdspersonalen och patienten är det viktigt att de fångar varandras uppmärksamhet och därefter kan genomföra ett gemensamt fokus för samspel (Baggens & Sandén, 2014).

Vid den verbala kommunikationen i litteraturöversikten lyfts stödjande och vägledande strategier fram för att underlätta kommunikationen mellan hälso- och sjukvårdspersonalen och personer med demenssjukdom. Hälso- och sjukvårdspersonalen kan ha en stödjande roll vid samtal med personen med demenssjukdom genom att lyssna och visa empati samt se den personen med demenssjukdom som en person, vilket innebär att bevara personens värderingar, önskningar och vilja tas på allvar (Snellman, 2014). Enligt Burelson (2003), Bodie et al., (2011) och Carlsson och Björk-Brämberg (2014) kan hälso- och sjukvårdspersonalen ge känslomässigt stöd till personer med demenssjukdom genom att ta sig tid att aktivt lyssnande kan leda till minskat lidande.

För att uttrycka sitt lidande till någon annan människa, behövs framför allt att verbala kommunikationsmedel används (Baggens & Sandén, 2014). Många studier visar att tala långsamt, ställa frågor och ge instruktion i patientens tak samt att hjälpa personen med demenssjukdom att hitta ord, avsluta meningar, använda enkla och korta meningar kan vara användbara verbala strategier som underlättar kommunikationen för hälso- och sjukvårdspersonalen när de bemöter personer med demenssjukdom (Adams et al., 2005, Small et al., 2003, Sprangers, et al., 2015, Wilson et al., 2011). Enligt Baggens och Sandén (2014) leder verbal kommunikation till att personen får möjlighet och tillgång att tänka, uppfatta och förstå världen för att kommunicera sina upplevelser, exempelvis lidandet, till andra. Därigenom får den drabbade nya aspekter beroende på hur andra bedömer och tolkar den drabbades situation.

I det icke-verbala temat framkom exempelvis vikten om vårdrelationen i en kommunikation där beröring, empati och ögonkontakt har betydelse för personen med demenssjukdoms

självförtroende och trygghet. Enligt Carlsson och Björk-Brämberg (2014) är den tysta dialogen, så som ögonkontakt och kroppskontakt en viktig del i kommunikationen. Utifrån det kan hälso- och sjukvårdspersonalen försöka tolka personen med demenssjukdoms uttryck samt inge hopp och tröst för att främja autonomin och tryggheten hos dem. Hälso- och sjukvårdspersonalen visar upp en kommunikativ attityd, vilket visar deras intresse för att förstå patientens unika situation. Genom att ha ögonkontakt och bra kroppsposition vid samtal med personen med demenssjukdom (Wilson et al., 2011, Adams et al., 2005, Small et al., 2003) kan hälso- och sjukvårdspersonalen visa sitt intresse vid samtal. Detta leder till att personens självständighet kan stärkas. Förtroendet mellan hälso- och sjukvårdspersonalen och personen med demenssjukdom stärks och en känsla av trygghet kan skapas. För att bemöta personer som har demenssjukdom krävs grundläggande kommunikationsfärdigheter (Carlsson & Björk-Brämberg, 2014).

Baggens och Sandén (2014) beskriver att hälso- och sjukvårdspersonalen använder kommunikationsstrategier för att ge omvårdnad åt andra individer. Den person som får hjälp kommer känna trygghet och vänlighet genom röst och beröring från vårdaren när hen ger omvårdnad. Det kan upplevas uppmuntrande vid kommunikationen och patientens delaktighet kan stärkas. Om hälso- och sjukvårdspersonalen är stressad eller kanske inte är villig att hjälpa vid olika insatser, kommer patienten känna det på vårdarens röstläge. Detta kan ha en negativ påverkan på patientens autonomi och trygghetskänsla i vården (Baggens & Sandén, 2014). Tidsbrist och dålig bemanning lyfts fram som två problemområden i resultatdelen. Dessa problem kan leda till en långsiktig bristande vårdrelation. Carlsson och Björk-Brämberg (2014) och Norberg et al. (2002) beskriver att bristande vårdrelation mellan hälso- och sjukvårdspersonalen och personer med demenssjukdom begränsar och hindrar kommunikationen mellan dem. Dessutom upplever hälso- och sjukvårdspersonalen att stress och tidsbrist förhindrar dem att skapa en lugn miljö där de kan ge tillfredsställande insatser genom att vara lugn vid kommunikationen och ha ögonkontakt och beröring vid samtal för att befrämja tryggheten hos patienter. Det finns därmed en risk att vårdaren inte lyckas vara tydlig i kommunikationen samt att ta sig tiden att lyssna på personen med demenssjukdom och förstå hans beteende. Allt detta är viktiga förutsättningar som de inte kan uppfylla vid en stressad situation och det leder till att personen med demenssjukdom tappar trygghet och autonomi (Carlsson och Björk-Brämberg, 2014, Norberg et al., 2002). Hälso- och sjukvårdspersonalens omsättning leder till att många blir sjuka, utbrända och att de säger upp sina tjänster. Den hälso- och sjukvårdspersonal som finns kvar blir tvungna att ta ansvar för många patienter och insatserna blir dubbla och ofullständiga, vilket i sin tur leder till att patienternas känsla av autonomi kan minskas på sikt. Omvårdnaden av personer med demens blir inte tillfredsställd (Norbergh et al., 2002).

Miljöfaktorer och anpassad miljö spelar en stor roll vid kommunikation mellan hälso- och sjukvårdspersonalen och personer med demenssjukdom. Vad gäller den sociala miljön så visar artiklar att miljön påverkar den person med demenssjukdoms livskvalitet och trygghet (Adams et al., 2005, Garre-Olmo et al., 2012, Small et al., 2003). Wijk och Edvardsson (2014) skriver att den miljö patienterna befinner sig i inte får utgöra fara eller risk för skada, eftersom oro och agitation är vanligt förekommande för den person som har demenssjukdom.

Hälso- och sjukvårdspersonalen måste plocka undan saker som kan skada, samt möblera säkert i det område som den personen med demenssjukdom vistas.

SLUTSATS

Litteraturöversikten fokuserar på olika omvårdnadsstrategier som kan underlätta samtal mellan hälso- och sjukvårdspersonalen och personer med demenssjukdom. Verbala kommunikationsstrategier som att använda förenklat språk, korta meningar, undvika att betona fel, använda ja- och nej frågor, upprepa budskap, hjälpa personen med demenssjukdom att inleda och avsluta meningar kan hjälpa sjuksköterskan att kommunicera med personen med demenssjukdom. Med hjälp av icke-verbala strategier kan sjuksköterskan lättare fånga personen med demenssjukdoms uppmärksamhet. Exempel på det är användning av leenden, beröring, ögonkontakt och strävan efter att eliminera störande moment i omgivningen. Vårdorganisationen kan möjliggöra omvårdnadsstrategier genom hög personalbemanning och särskild kompetens. Kommunikationen kan förbättras och det i sin tur leder till ökad möjlighet att tillgodose personens omvårdnadsbehov, att ge en ökad trygghet och främja autonomin. Vårdrelationen mellan personen med demenssjukdom och hälso- och sjukvårdspersonaler kan stärkas.

FORTSATT FORSKNING

Vidare forskning behövs kring kommunikation i omvårdnad med personer med demenssjukdom. Det är exempelvis önskvärt att kartlägga vilka omvårdnadsstrategier som är mest effektiva vid olika stadier av demenssjukdomen.

Litteraturöversiktens syfte baserades på att hitta omvårdnadsstrategier som kan underlätta kommunikation med personer med demenssjukdom. Det vill säga att i resultaten beskrevs om de omvårdnadsstrategier som kan underlätta och förbättra kommunikation med personer med demenssjukdom och har inte fokuserat på kostnadseffektivt relaterat till omvårdnad.

PRAKTISKA IMPLIKATIONER

I föreliggande litteraturöversikt framkom det att sjuksköterskor använder omvårdnadsstrategier för att underlätta kommunikation med personer med demenssjukdom. Sjuksköterskor har ett ansvar att förmedla denna kunskap vidare till annan hälso- och sjukvårdspersonal. Denna litteraturöversikt kan vara användbar som ett hjälpmedel för olika vårdprofessioner när de möter och vårdar personer med demenssjukdom. Den ökade kunskapen kring omvårdnadsstrategier kan bidra till en förbättrad vårdrelation med personer med demenssjukdom och sjuksköterskan eller annan hälso- och sjukvårdspersonal.

Genom samarbete med de andra vårdprofessionerna kan sjuksköterskor förmedla sin kunskap kring kommunikationsstrategier. På så sätt kan vårdkvaliteten för personer med demenssjukdomar förbättras.

REFERENSLISTA

*Adams, T., & Gardiner, P. (2005). Communication and interaction within dementia care triads: Developing a theory for relationship-centred care. *Dementia*, 4(2), 185-205. Doi: 10.1177/1471301205051092

Alzheimer's Association. (2015). 2015 Alzheimer's disease facts and figures.

Baggens, Ch. & Sandén, I. (2014). Omvårdnad genom kommunikativa handlingar. I F. Friberg, J. Öhlén (Red). *Omvårdnadens grunder: Perspektiv och förhållningssätt*. (S. 201-233). Lund: Studentlitteratur AB.

Birkler, J., (2008). *Filosofi och omvårdnad: Etik och människosyn*. Stockholm: Liber.

Boyle, G. (2008). Autonomy in long-term care: A need, a right or a luxury? *Disability & Society*, 23(4), 299-310. Doi: 10.1080/09687590802038795

*Burleson, B. R. (2003). The experience and effects of emotional support: What the study of cultural and gender differences can tell us about close relationships, emotion, and interpersonal communication. *Personal Relationships*, 10(1), 1-23. Doi: 10.1111/1475-6811.00033

Carlsson, E. & Björk Brämberg, E., (2014). Kommunikationssvårigheter. I A-K. Edberg, H. Wijk. (Red.). *Omvårdnadens grunder: Hälsa och ohälsa*. (s.447-472). Lund. Studentlitteratur AB.

Cole, C., Wellard, S., & Mummery, J. (2014). Problematising autonomy and advocacy in nursing. *Nursing Ethics*, 21(5), 576-582. Doi: 10.1177/0969733013511362

De Vries, K. (2013). Communicating with older people with dementia. *Nursing older people*. 25(4), 30-37.

Edberg, A-K. (2014). Minnessvårigheter och förvirringstillstånd. A-K. Edberg, H. Wijk. (Red.). *Omvårdnadens grunder: Hälsa och ohälsa*. (s.749-789). Lund. Studentlitteratur AB.

Edvardsson, D. & Wijk, H. (2014). Omgivningens betydelse för hälsa och vård. I A-K. Edberg, H. Wijk. (Red.). *Omvårdnadens grunder: Hälsa och ohälsa*. (s.75-101). Lund. Studentlitteratur AB.

Eriksdotter Jönhagen, M. (2011). Demenssjukdomar- en översikt. I Edberg, A. *Att möta personer med demens*.(s 345-355). Lund: Studentlitteratur AB.

Eriksson, K. (2013). Att identifiera och bestämma begrepp inom vårdvetenskap som disciplin. I Wiklund Gustin, L., & Bergbom, I. *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik* (S. 31-44). Lund: Studentlitteratur.

Ernst Bravell, M. (2013). *Äldre och åldrande: Grundbok i gerontologi*. Malmö: Gleerup.

Friberg, F. (2012). Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten. Lund: Studentlitteratur.

Faulkner A. (2001). Det professionella samtalet: om samspel och kommunikation i omvårdnadsprocessen. Stockholm: Liber.

*Garre- Olmo, J., López- Pousa, S., Turon- Estrada, A., Juvinyà, D., Ballester, D., & Vilalta- Franch, J. (2012). Environmental determinants of quality of life in nursing home residents with severe dementia. *Journal of the American Geriatrics Society*, 60(7), 1230-1236. Doi: 10.1111/j.1532-5415.2012.04040.x

*Helgesen, A. K., Larsson, M., & Athlin, E. (2010). 'Patient participation' in everyday activities in special care units for persons with dementia in Norwegian nursing homes: Patient participation in dementia care. *International Journal of Older People Nursing*, 5(2), 169-178. Doi: 10.1111/j.1748-3743.2010.00223.x

SFS 1982:763. Hälso- och sjukvårdslagen. Stockholm: Socialdepartement.

*Jones, S., & Bodie, G. (2012). The nature of supportive listening II: The role of verbal person centeredness and nonverbal immediacy. *Western Journal of Communication*, 76(3), 250. Doi:10,1080/10570314.2011,651255

Kjellström, S. (2012). Forskningsetik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.

Larsson I, Palm L, Rahle Hasselbalch L. (2008). Patientkommunikation i praktiken: information, dialog, delaktighet. Stockholm: Norstedts akademiska förlag.

Liden, E. (2014). Omvårdnads institutionella inramning. I A. Ehrenberg & L. Wallin, *Omvårdnads grunder, ansvar och utveckling*. (S. 135-161). Studentlitteratur AB.

Lundmark, M. (2014). Religiös och icke-religiös andlighet. I: A.-K. Edberg, & H. Wijk, *Omvårdnadens grunder, Hälsa och ohälsa*. (S. 237-263). Studentlitteratur AB.

Magnusson, A. (2014). Om kommunikation- för personal i vårdande yrken (1. uppl. ed.). Stockholm: Liber.

*McCabe, C. (2004). Nurse–patient communication: An exploration of patients’ experiences. *Journal of Clinical Nursing*, 13(1), 41-49. Doi: 10.1111/j.13652702.2004.00817.x

*Norbergh, K., Hellzén, O., Sandman, P., Asplund, K., Institutionen för hälsovetenskap, Fakulteten för humanvetenskap, & Mittuniversitetet. (2002). The relationship between organizational climate and the content of daily life for people with dementia living in a group- dwelling. *Journal of Clinical Nursing*, 11(2), 237-246. doi:10.1046/j.13652702.2002.00579.x

Nygren, B. & Lundman, B., (2014). Åldrande och att vara gammal I: A.-K. Edberg, & H. Wijk, *Omvårdnadens grunder, Hälsa och ohälsa*. (S. 153-174). Studentlitteratur AB.

*Paquay, L., De Lepeleire, J., Milisen, K., Ylieff, M., Fontaine, O., & Buntinx, F. (2007). Tasks performance by registered nurses and care assistants in nursing homes: A quantitative comparison of survey data. *International Journal of Nursing Studies*, 44(8), 1459-1467. Doi: 10.1016/j.ijnurstu.2007.02.003

Santamäki-Fischer, R., & Dahlqvist, V. (2014). Tröst och trygghet. I: A.-K. Edberg, & H. Wijk, *Omvårdnadens grunder, Hälsa och ohälsa*. (s. 115-135). Studentlitteratur AB.

Segesten, K. (1994). *Patienters upplevelse av trygghet och otrygghet*. Göteborg: K&K Segesten Förlag AB.

SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm: Socialdepartementet.

Skog, M. (2012). *Bättre demensvård nu: Hur du förbättrar den dagliga vården och omsorgen för personer med demenssjukdom* (1. uppl. ed.). Stockholm: Liber.

*Small, J. A. & Perry, J. (2005). Do you remember? How caregivers question their spouses who have Alzheimer’s disease and the impact on communication. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 48(1), 125-136. Doi: 10.1044/1092-4388(2005/010)

*Small, J. A., Gutman, G., Makela, S., & Hillhouse, 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*, 46(2), 353-367. Doi: 10.1044/1092-4388(2003/028)

Snellman, I. (2014). Vårdrelation- en filosofisk belysning. I F. Friberg, J. Öhlén (Red). *Omvårdnadens grunder: Perspektiv och förhållningssätt*. (S. 377-405) Lund: Studentlitteratur AB.

Socialstyrelsen. (2010). Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom 2010: Stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (2014). Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom 2014: Rekommendationer, bedömningar och sammanfattning. Stockholm: Socialstyrelsen.

SOU, 1997:170. Utredningen om bemötande av äldre. (1997). *Bemötandet av äldre: Slutbetänkande*. Stockholm: Fritze.

*Sprangers, S., Dijkstra, K., & Romijn-Luijten, A. (2015). Communication skills training in a nursing home: Effects of a brief intervention on residents and nursing aides. *Clinical Interventions in Aging*, 10, 311-319. Doi10.2147/CIA.S73053

*Stein-Parbury, J., Chenoweth, L., Norman, R., Haas, M., Jeon, Y., & Brodaty, H. (2012). Implementing person-centered care in residential dementia care. *Clinical Gerontologist*, 35(5), 404. Doi10.1080/07317115.2012.702654

*Villaume, W., & Bodie, G. (2007). Discovering the listener within us: The impact of trait-like personality variables and communicator styles on preferences for listening style. *International Journal of Listening*, 21(2), 102-123. Doi10.1080/10904010701302006

*Wang, J., Hsieh, P., & Wang, C. (2013). Long-term care nurses' communication difficulties with people living with dementia in Taiwan. *Asian Nursing Research*, 7(3), 99-103. Doi: 10.1016/j.anr.2013.06.001

Westlund, P., Mårtensson, L., & Andersson, I., (1991). Att arbeta med dementa - en erfarenhetsinventering. Lund: Studentlitteratur.

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

*Wilson, R., Rochon, E., Mihailidis, A., & Leonard, C. (2012). Examining success of communication strategies used by formal caregivers assisting individuals with Alzheimer's disease during an activity of daily living. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research: JSLHR*, 55(2), 328-341. Doi: 10.1044/1092-4388(2011/10-0206)

World Helath Organization. (2015). Dementia. Hämtad 2015-09-18 från <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/en/>

* Artiklarna som ingår i resultat delen.

Bilaga 1: Artikelsökning

Sök tabell CINAHL

Datum	Sökord	Begränsningar (Limits)	Antal träffar	Relevanta abstract	Granskade artiklar	Valda artiklar
2015-09-02	Communication AND dementia AND nursing	Peer reviewed, Engelska	544	20	6	Adams et al., (2005) McCabe, (2004)
2015-09-15	Dementia AND Organizational And Nursing	Peer reviewed, Engelska	156	10	2	Norbergh et al., (2002)
2015-09-15	Dementia AND Environment AND Nursing	Peer reviewed, Engelska, 5 senaste åren	242	7	3	Garre-Olmo et al., (2012)

Sök tabell PubMed

Datum	Sökord	Begränsningar (Limits)	Antal träffar	Relevanta abstract	Granskade artiklar	Valda artiklar
2015-09-04	Care AND nurses' AND communication AND people AND dementia	Humans	160	15	8	Paquay et al., (2007) och Sprangers et al., (2015)
2015-09-15	Alzheimer Disease*, Caregivers* Communication*	English	168	20	9	Small et al., (2003)

						och Wilson et al., (2011) och Perry et al., (2005)
--	--	--	--	--	--	---

Sök tabell Scopus

Datum	Sökord	Begränsningar (Limits)	Antal träffar	Relevanta abstract	Granskade artiklar	Valda artiklar
2015-09-05	Dementia AND communication AND nursing AND improving	Articel or Review English	59	15	3	Wang et al., (2013)
2015-09-05	Dementia AND, person centered care	Articel or Review English	16	7	2	Stien-Parbury et al., 2012
2015-09-15	Dementia AND Person centered care, Participation	Articel or Review English	27	10	3	Helgesen et al., (2010)

Bilaga 2: Artikelöversikt

Författare, År, Land	Syfte	Metod	Resultat	Kvalitet
Adams et al., 2005, England	Syftet med den här artikeln var att utveckla en strategi för demensvård som belyser den typ av demens triader.	Kvalitativ, Djupintervjuer, Med hjälp av ett socialt perspektiv försökte de visa en kommunikation som sker mellan olika hälso- och sjukvårdspersonal och personer med demens.	Olika kommunikationsprocesser identifieras och illustreras med exempel från enskilda ärenden.	Hög
Bodie et al., 2012 USA	Denna studie undersöker en otestad forsknings antagande om att en viktig del av stödjande kommunikation är aktivt lyssnande.	Kvalitativ, Intervju.	Resultat visade att den hälso-och sjukvårdspersonal som använde högre nivåer av både Verbal personcentrerad vård och icke-verbal bedömdes som bättre lyssnare än de som används mindre personcentrerad och omedelbart stöd, även om effekterna var mindre.	Hög
Burelson, 2003 USA	Syftet med denna utforskning är att utveckla djupare förståelse av nära relationer, framför allt av känslor och kommunikation i relationer patienter och hälso- och sjukvårdspersonal.	Systematiks litteraturöversikt som utvecklar forskning utvärdera kön, etnisk och kulturella skillnader i känslomässigt stöd i arbetet med att fastställa omfattningen och import av dessa skillnader.	Forskning belyser de positiva resultaten av känslomässigt stöd ger upphov till flera viktiga frågor: känslomässigt stöd spelar en liknande roll i personliga relationer både män och kvinnor och de representerar olika etniciteter och nationaliteter.	Hög
Garre- Olmo et al., 2012 Spanien	Att beskriva sambandet mellan livskvalitet och faktorer som temperatur, omgivningsbuller och belysning i vårdhem invånare med svår demens.	Kvalitativ, Tvärsnittsobservations, analytisk.	Resultat i studien visade att miljöåtgärder oberoende associerades med livskvalitet och liknande faktorer. Hög temperatur i sovrummet var associerat med lägre livskvalitet, har höga bullernivåer i vardagsrummet i samband med låga beteendemässiga tecken på sociala interaktioner, och låga ljus nivåer i säng rummet var associerade med antalet tecken på negativa känslor humör.	Hög
Helgesen et al., 2012 Norge	Syftet med denna studie var att undersöka "patientmedverkan" i vardagliga aktiviteter för personer med demens som bor i särskilda vårdenheter på vårdhem	Kvalitativ, Studien har en explorativ design. Grounded teori valdes som metod.	Resultaten visade att "patientmedverkan" berörd "En fråga om närvaro" som kärnan kategori. Personalens närvaro omfattade tre nivåer; vara där i kroppen, vilket krävs fysisk närvaro; vara där i åtanke, vilket krävs närvaro med alla sinnen som bygger på kunskap och kompetens; och vara där i moral som uppfattades som fullt närvarande, eftersom den var baserad på	Hög

			humanistiska värderingar och inkluderade de två andra nivåer	
Norbergh et al., 2002 Sverige	Syftet för denna studie var att undersöka om det fanns ett samband mellan organisationsstämning och innehållet i det dagliga livet för personer med demenssjukdom.	Kvalitativ, observationsstudie och kvantitativ, enkätundersökning	Resultaten visar att det finns skillnad i hur och med vem den person med demenssjukdom tillbringar sin tid på ett kreativ organisationsstämning jämfört med en mindre kreativt organisationsstämning. Vårdpersonalen i en kreativ organisationsstämning kan tillbringa mer tid för den person med demenssjukdom vilket kan höja livskvalitet och välbefinnande hos dem. Dessutom kan detta leda till att personaler upplever mindre ångest samt känner mindre arbetsbelastning.	Hög
McCabe, 2004 Irland	Syftet med studien var att undersöka och producera uttalanden om patienters upplevelser av hur sjuksköterskor kommunicerar.	Kvalitativ, Intervju med hjälp av en hermeneutisk fenomenologisk ansats.	Resultaten från denna studie visar att, till skillnad från litteraturen som tyder på att sjuksköterskor inte är bra på att kommunicera med patienterna, kan sjuksköterskor kommunicera väl med patienter när de använder ett patientcentrerat förhållningssätt.	Hög
Paquay et al., 2007 Belgien	Att undersöka de uppgifter vård utförs för personer med demens i olika vårdinstitutioner och sambandet mellan utförandet av vårduppgifter av personer med olika personalkategorier	Kvantitativa, statistiska metod	Tiden tillbringade var högst på primär vårds uppgifter, och vid kommunikations uppgifter sjuksköterskor spenderar mycket tid.	Hög
Perry et al., 2005 Kanada	Artikeln undersökte vilken typ av frågor som kan hjälpa vårdgivare att öka delaktigheten för demenssjuka patienter	Kvalitativ, Intervju	Resultaten visade att vårdgivare används ja-nej och öppna frågor i motsvarande grad, medan tillfälliga frågor användes nästan dubbelt så ofta som semantiska frågor. Meddelandet var mer framgångsrikt när vårdgivare används ja-nej jämfört med öppna frågor och när frågor ställt krav på semantisk snarare än episodiskt minne.	Hög
Small et al., 2003 Kanada	Studien har fyra syften: (1) Att identifiera vilka av tio vanligen rekommenderade kommunikationsstrategier som vårdare använder. (2) Att bedöma i vilken utsträckning vårdare spontant använder de tio strategierna i vardagliga situationer. (3) Att bedöma samstämmigheten mellan	Kvalitativ, innehållsanalys Och kvantitativ, frågeformulär	Resultaten validera effektiviteten av vissa kommunikationsstrategier (t.ex. enkla meningar) men inte andra (t.ex. långsamtal). Resultaten bör vara av intresse för både familjemedlemmar och yrkesverksamma som vill förbättra kommunikationen och kvaliteten på deras interaktioner med personer med Alzheimers sjukdom.	Hög

	vårdarnas uppgivna och faktiska användning av dessa strategier. (4) Att utvärdera vilka strategier som resulterar i förbättrad kommunikation.			
Sprangers et al., 2015 Nederländer	Syfte med studie är att beskriva effektiv kommunikation med vårdpersonalen är relaterad till en högre livskvalitet och en minskning i verbal och fysisk aggression och depression i vårdhem invånare.	Kvalitativ, Randomiserad kontrollerad undersökning	Resultaten visar att positiv tal, korta instruktioner och biografiska uttalanden underlättar kommunikation och minskar vårdgivare börda, även med ett kort ingripande som kräver begränsad tid investeringar för vårdpersonalen	Hög
Stien-Parbury et al., 2012 Australien	Artikeln syfte är en detaljerad översikt över personcentrerad vård ingripande armen av studien och beskriver den utbildning och för faranden för att underlätta genomförandet av personcentrerad vård (PCC).	Kvalitativa, Intervjua	PCC är möjligt att införa i vanliga bostäder i åldern vård och omsorg, särskilt som dess införande kräver relativt lite input och resurser; Dessutom har det visat sig vara kostnadseffektivt att öka människors välbefinnande med demens. Denna modell av vård erbjuder en evidensbaserad metod som bör främjas i alla vård anläggning som ger vård för personer med demens	Hög
Villaume et al., 2007 USA	Syfte med den studien är att undersöka av förhållandet mellan egenskapsliknande personlighet variabler, kommunikator stil och individuella lyssningspreferenser	Kvantitativ, Enkätundersökning	Resultaten visade att användning av intervall nivå LSP variabler i en kanonisk korrelation med en uppsättning av kommunikations stil och gripande variabler gav de tydligaste sambanden mellan lyssnande stil, kommunikations stil, och oro.	Hög
Wang et al., 2013 Taiwan	Att undersöka sjuksköterskors svårigheter att kommunicera med patienter som har demens	Kvalitativa, Djupintervjuer, fenomenologisk ansats.	Resultaten beskriver om planering för demens kommunikation utbildning för läroplanen för att öka sjuksköterskans kommunikations förmåga och för yngre sjuksköterskor som arbetar på lång sikt eller inställningar akut vård för att öka sjuksköterskans patientcentrerade kommunikations förmåga med det yttersta målet för att förbättra vårdkvaliteten för patienter med demens.	Hög
Wilson et al., 2011 Kanada	Syfte är att undersöka användning av verbala och icke-verbala kommunikations strategier som utförs av hälso- och sjukvårdpersonal samt hjälpa invånarna med måttlig till svåra demenssjukdomar under det framgångsrika slutförandet av en verksamhet i det dagliga livet.	Kvalitativa, observationsstudie, Videoinspelningar av personer som har demenssjukdomar under morgonvården.	Denna studies resultat beskriver om kommunikationsstrategier som stöder användningen av specifika kommunikationsstrategier av vårdgivare hjälpa individer med måttlig till svår demens under ett framgångsrikt slutförande av dagliga aktiviteter.	Hög

