



MALMÖ HÖGSKOLA
Hälsa och samhälle

KOMMUNIKATION OCH SAMSPEL MELLAN VÅRDPERSONAL OCH PERSONER MED ALZHEIMERS SJUKDOM

- EN LITTERATURSTUDIE

CAMILLE MORITZ HOWLETT
THERESE LÖVQVIST

KOMMUNIKATION OCH SAMSPEL MELLAN VÅRDPERSONAL OCH PERSONER MED ALZHEIMERS SJUKDOM

- en litteraturstudie

CAMILLE MORITZ HOWLETT
THERESE LÖVQVIST

Moritz Howlett, C & Lövqvist, T. Kommunikation och samspel mellan vårdpersonal och personer med Alzheimers sjukdom. *Examensarbete i omvårdnad 10 poäng*. Malmö Högskola: Hälsa och samhälle, utbildningsområde omvårdnad, 2006.

Kommunikation och samspel är under hela vårt liv grunden för all mänsklig samvaro men mönstret kan ändras under livets gång. Att insjukna i en demenssjukdom betyder att förlora hela eller delar av sin naturliga förmåga att kommunicera och det ställs då stora krav på den demenssjukes omgivning. Syftet med denna studie var att undersöka hur vårdpersonal kan kommunicera och samspela personer med Alzheimers sjukdom för att undvika missförstånd. Metoden för litteraturstudien var att kvalitetsgranska nio artiklar. Resultatet visar att vårdpersonalens användande av tydliga frågor, att tala samma språk, att bilda gemenskap och att bjuda på sig själv är av stor betydelse i kommunikationen.

Nyckelord: Alzheimers sjukdom, demens, kommunikation, samspel, vårdpersonal

COMMUNICATION AND INTERACTION BETWEEN NURSING STAFF AND PERSONS WITH ALZHEIMER DISEASE

- a literature review

CAMILLE MORITZ HOWLETT
THERESE LÖVQVIST

Moritz Howlett, C & Lövqvist, T. Communication and interaction between nursing staff and persons with Alzheimer disease. *Degree project, 10 credit points*. Nursing programme, Malmö University: Health and society, Department of nursing, 2006.

Communication and interaction are during our whole lives a foundation for the human time together, but the pattern can change during the way of life. To be taken ill in dementia means to loose whole or parts of your natural ability to communicate and there is great demands upon the one's environment. The purpose of this studie was to examine how nurses could treat and communicate with persons who suffer from Alzheimers disease to avoid misunderstandings. The method of the literature study was to view the quality of nine articles. The result shows that the medical nursing staff's use of clear questions, to speak the same language, to form fellowship and to be generous with yourself is of great importance in the communication.

Keywords: Alzheimer disease, communication, dementia, interaction, nursing staff

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	4
BAKGRUND	4
Historik	4
Medicinsk bakgrund	4
Diagnos	5
Behandling	5
Kostnader	6
Kommunikation och samspel	6
Bemötande	8
Beröring	8
Brister i kommunikationen	9
TEORETISK REFERENSRAM	10
SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNING	11
METOD	11
Datainsamlingsmetod	11
Definitioner och avgränsningar	11
Analysmetod	11
RESULTAT	12
Samspel	12
Verbal kommunikation	13
Icke-verbal kommunikation	17
DISKUSSION	17
Metoddiskussion	17
Resultatdiskussion	18
Fortsatt forskning	19
REFERENSER	21
BILAGOR	23

INLEDNING

Sannolikheten att vi i vårt yrke som sjuksköterskor kommer att möta patienter med olika typer av demens är stor. Vi anser att det är av största vikt att veta hur vi ska kommunicera och samspela med dessa patienter på ett bra sätt. Vår förhoppning med denna litteraturstudie är att vi ska öka vår kunskap om just detta.

En god kommunikation och ett gott samspel med patienter, anhöriga och medarbetare är basen för sjuksköterskans yrkesutövande. Det är därför viktigt att ha kunskaper om hur komplicerad kommunikation mellan människor är och hur människor kommunicerar genom flera kanaler samtidigt samt hur verbalt och icke-verbalt språk vävs ihop till en odelbar helhet (Kristoffersen, 1998).

Att kommunicera och därmed kunna uttrycka sig och ta emot meddelanden, känslor och liknande är grundläggande för det mesta här i livet. I vårdsituationen deltar åtminstone två parter; vårdtagaren och personalen. Det är viktigt att dessa två parter förstår varandras kommunikation för att ett samspel ska kunna uppstå. För att få möjligheten att tränga in i, förstå och ta del av hur den andre personen upplever sin livsvärld krävs att dessa personer möts. Då dessa möten uppstår kan vårdtagarens och personalens olika perspektiv förenas så att de kan förstå och dela sina upplevelser och synpunkter med varandra (Blomqvist & Edberg, 2004).

I litteraturstudien benämns både patient och sjuksköterska som hon.

BAKGRUND

Sverige är ett land där befolkningen har en mycket hög medellivslängd i jämförelse med flera andra länder i Europa. Detta medför att sjukdomstillstånd som beror på ålder och åldersförändringar är vanligt förekommande. Till dessa tillstånd räknas olika demenssjukdomar (Abrahamsson, 2003). I Sverige finns ca 200 000 personer med demenssjukdom, där Alzheimers sjukdom är den dominerande (Socialstyrelsen, 2005 a).

Historik

En tysk forskare och läkare vid namn Alois Alzheimer beskrev det första fallet av Alzheimers sjukdom år 1907. Framtill 1970-talet betraktades det som en sällsynt demenssjukdom med debut före 65 års ålder. På den tiden kallades det senildemens eller åderförkalkning. Kunskapen var då begränsad och man ansåg att det var en normal del av åldrandet att glömma saker och ting (Marcusson, m fl, 2003).

Medicinsk bakgrund

Alzheimers sjukdom är en progredierande neurodegenerativ sjukdom med kognitiva, beteendemässiga, funktionella och motoriska symtom (Björilin, m fl, 2004).

Sjukdomen kan delas in i tre faser. Under första fasen är symtomen ofta svaga och kommer smygande, ofta är det svårt att säga exakt när den debuterade. Det är i denna fas som patienten får minnesstörning och närminnet drabbas. Det förekommer också koncentrationssvårigheter, dysfasi, dyspraxi och lätta visuospatiala störningar (svårigheter med att hitta). Denna fas pågår under ett till tre år. Under andra fasen förvärras symtomen tillsammans med en allt svårare minnesstörning. Stadium två varar oftast två till sex år (Björlin, m fl, 2004). Under tredje fasen kan patienten få det allt besvärligare att klara vardagliga funktioner. Även hallucinationer kan uppstå (Marcusson, m fl, 1997).

De hjärnförändringar som uppstår vid Alzheimers sjukdom följer ett speciellt mönster. Förändringarna är speciellt framträdande inom hjässloben och de bakre delarna av tinningloberna men de kan förekomma i hela hjärnbarken. Vid obduktion kan insjunkningar av strukturer ses på undersidan av tinningloberna. Dessa strukturer är viktiga för minnet. Pannloberna är däremot mindre påverkade och detta förklarar varför personligheten är bevarad längre vid vissa demenssjukdomar än andra (Almberg & Jansson, 2003).

Hos personer med Alzheimers sjukdom sker det en snabb försämring av nervceller, axon förstörs och dendriterna blir allt färre. Orsaken till vad som sätter igång denna process är fortfarande inte känd. Däremot är det känt att det vid Alzheimers sjukdom bildas plack i hjärnan. Dessa är belägna utanför nervcellskropparna och innehåller en kärna av protein, B-amyloid. Detta ämne finns i cellväggarna i kroppens celler hos alla människor och har många funktioner. Personer med Alzheimers sjukdom har en ofullständig spjälkning av B-amyloid vilket leder till att mer och mer inlagras och gör att nervceller dör. Sjukdomsförloppet hos en person med Alzheimers sjukdom kan liknas vid en mer eller mindre brant utförsbacke (a a).

Diagnos

Sjukvården blir allt bättre på att ställa diagnos. Den kliniska läkarundersökningen och den typiska anamnesen tillsammans med kompletterande undersökningar t ex blodprover, EEG, DT/MRT (datortomografi), testning av kognitiva funktioner och mätning av vissa markörer i ryggmärgsvätskan, så kallat likvorprov är basen för den kliniska diagnostiken av Alzheimers sjukdom. De blodprover som tas är för att upptäcka sekundära demenssjukdomar, t ex hyperkalcemi, B-12 brist och hypotyreos. Det finns alltså inga blodprov som är direkt diagnostiska för att upptäcka Alzheimers sjukdom (Marcusson, m fl, 2003).

MMSE (Mini Mental State Exam) är en skala som tagits fram för att bedöma demensgraden hos en person (Björlin, m fl, 2004). Det är ett test som består av ett antal uppgifter som totalt ger trettio poäng. Uppgifterna är bland annat orientering i tid och rum som ger sammanlagt tio poäng. Andra uppgifter är räkneförmågan som ger fem poäng, minnesförmågan, tre poäng, att kunna rita mönster, ett poäng och ett språktest som ger åtta poäng. Får patienten under tjugofyra poäng kan en demens misstänkas. Under tolv poäng har personen grav demens (Cedersund & Nilholm, 2000)

Behandling

Läkemedelsbehandling är endast en del av de totala behandlingsinsatserna. Bara att korrekt diagnos ställs och att hjärnskadans omfattning och konsekvenserna

därav utreds gör att patienten och omgivningen lättare kan hantera sjukdomens yttringar (Marcusson, m fl, 2003).

Personer med Alzheimers som befinner sig i första stadiet är personlighetsmässigt välbevarade och värnar om sin värdighet och sitt människovärde. De protester som eventuellt kan uppstå mot verkliga eller inbillade kränkningar ska man inte försöka medicinera bort. Sekundära psykoser och beteendestörningar kan lindras med försiktigt användande av antidepressiv medicin, antipsykotika och sömnmedel (Gulmann, 2003).

Vid inlärnin g är det signalämnet acetyl kolin som medverkar och vid Alzheimers sjukdom är det främst acetyl kolinerga neuronsystemet i hjärnan som drabbas. Under normala omständigheter bryter enzymet acetyl kolinesteras ner acetyl kolin. Då denna process hämmas ökar mängden i synapsklyftan och den intellektuella funktionen förbättras. Verkan av acetyl kolinesterashämmare är inte dramatisk men omkring hälften av de behandlade upplever en kliniskt meningsfull effekt med bättre minne och funktionsförmåga i det dagliga livet. Patienten kan kanske hitta vägen igen, sticka eller laga mat. Det har visats att i gynnsamma fall kan patienten fungera som hon gjorde ett halvt till ett år före påbörjande behandling (a a).

Kostnader

Då durationen av Alzheimers sjukdom är lång och patienten ibland under en stor del av de senare faserna av sjukdomen måste vårdas på institution är Alzheimers även ett mycket stort samhällsekoniskt problem. Vårdkostnaderna i Sverige är omkring tio miljarder kronor per år d v s mer än dubbelt så mycket som kostnaderna för vården av cancersjuka. På grund av befolkningsutvecklingen med allt fler äldre kommer även antalet patienter med Alzheimers sjukdom att öka under de närmaste årtiondena (Marcusson, m fl, 1997).

Kommunikation och samspel

Ordet kommunikation kommer från det latinska ordet ”communis” som betyder allmän, gemensam. Det finns många definitioner av begreppet ”att kommunicera” men en praktiskt användbar definition enligt Olsen-Hellberg och Melin (1996) är ”att utbyta budskap”.

Människans enorma förråd av tillgängliga kommunikationskanaler delas in i två huvudgrupper, de icke-verbala och de verbala (Kristoffersen, 1998).

Kommunikation och samspel är under hela vårt liv grunden för all mänsklig samvaro men mönstret kan ändras under livets gång. Det kan påverkas av ålder och erfarenheter men också av t ex sjukdom. Att insjukna i en demenssjukdom betyder att förlora hela eller delar av sin naturliga förmåga att kommunicera och det ställs då stora krav på den demenssjukes omgivning. Omgivningens stöd blir nödvändig och ingenting är längre självklart. I en verklighet som oftast präglas av kaos och nedbrytning blir behovet av att bevara dialogen med omvärlden väldigt centralt. För många Alzheimerssjuka kan relationen till vårdpersonalen bli den primära relationen under många år vilket gör att den relationen blir ytterst viktig för den sjukes upplevelse av välbefinnande (Björlin, m fl, 2004).

Samtal är en betydelsefull del i demensomsorgen. Kommunikation handlar om ömsesidighet då personalen sätter sig för att prata med en patient. Den kan inte

förstås utan att det tas hänsyn till båda deltagarnas bidrag. Kommunikation mellan människor påverkas av vilka situationer och miljöer personerna möts i (Cedersund & Nilholm, 2000).

I mötet med personer med Alzheimers finns det i alla fall två typer av kommunikationsproblem, dels den sjukes svårigheter att uttrycka sig, dels hennes svårigheter att förstå andra människor (Marcusson, m fl, 1997). Personen är däremot ofta mycket känslig för kroppsspråk, tonfall och ansiktsuttryck (Almberg & Jansson, 2003). Det är viktigt att fånga personens uppmärksamhet genom direkt ögonkontakt. I många fall bygger dock inte kommunikationen med den demenssjuke på ord, då de ofta är obegripliga för denne (Beck-Friis, 1997). Kroppens gester, mimik och tonfall står för ca 75 procent av budskapet när vi kommunicerar med vår omgivning. Det verbala språket svarar alltså endast för en liten del (Almberg & Jansson, 2003). Det som inte blir förstått i verbalt språk blir bättre förstått genom kroppsspråk (Shulman & Mandel, 1993). Är personalen medveten om kroppsspråkets betydelse kan det användas för att skapa förtroende och inge en känsla av trygghet hos den demenssjuke (Almberg & Jansson 2003). Ett vänligt kroppsspråk, ett leende och en mjukhet i kontakten kan betyda mycket för personer med Alzheimers (Beck-Friis, 1997).

Enligt Shulman och Mandel (1993) kan det vara viktigt med flera upprepningar innan patienten förstår frågan. Att tala långsamt och högt kan hjälpa personer med Alzheimers i kommunikationen. Alzheimerspatienter kan behöva extra tid både för att ta till sig information och för att svara. Det är därför bra med enkla och korta meningar. Det är bra om vårdpersonalen inte förklarar allt för detaljerat, och inte använder osammanhängande ord med för mycket på en gång. Många frågor samtidigt försvårar. Istället för att fråga patienten t ex "Vilken tröja vill du ha på dig idag?" bör frågan vara "Vill du ha den beige eller den blåa tröjan idag?". Det är bättre att ge patienten valmöjligheter än att ställa öppna frågor. Acceptera vilken form av kommunikation som helst, rätta inte patienten om hon använder fel böjning eller fel ord i en mening. Det viktiga är att budskapet kommer fram.

Enligt en undersökning gjord av Orange, m fl (1995) anser vårdpersonalen att "bebisspråk" inte är lämpligt att använda då det kan avgränsa den äldre personens betydelsefulla konversation, inge en känsla av hjälplöshet och ge en förlorad kontroll. Dessa känslor kan i sin tur leda till negativ feedback då den äldres självförtroende sjunker och möjligheten för tillfredställande kommunikation missvisas.

Kommunikation handlar om att få kontakt med varandra då det är möjligt att kommunicera på olika sätt med människor som har Alzheimers sjukdom. Som vårdpersonal kan det vara bra att lyssna efter ord som personen använder sig av för att uttrycka sig i olika situationer (Adams & Manthorpe, 2003). Ett exempel på detta visas genom följande citat:

Alice söker efter sin make. Personalen försöker få henne att förstå att han är död. De använder uttryck som "Din make är död", "Din make lever inte längre". Men Alice accepterar inte dessa svar. Hon säger: "NI LJUGER!" Vid ett tillfälle använder en vårdare uttrycket "Men du är ju änka". "Javisst, säger Alice, det har jag varit i många år" (Norberg, m fl, 1994, s 35)

Bemötande

Enligt ICN:s etiska kod för sjuksköterskor (2000) ska omvårdnad ges utan hänsyn till ålder, hudfärg, trosuppfattning, kultur, handikapp eller sjukdom, kön, nationalitet, politisk åsikt, ras eller social status. Det ska ligga i vårdens natur att visa respekt för mänskliga rättigheter, såsom rätten till liv, till värdighet och till att behandlas med respekt.

För att kunna möta personer med Alzheimers sjukdom på rätt sätt gäller det att ta vara på det som är friskt (Almberg & Jansson, 2003). Det gäller att göra livet så rikt och meningsfullt som möjligt. För att kunna lyckas med detta måste vården utarbetas så att de sinnesuttryck som förmedlas är i lagom förhållande till den Alzheimerssjukes kapacitet (Adams & Manthorpe, 2003). Vårdpersonalens bemötande av en Alzheimerspatient måste främst utgå från att möta personen bakom sjukdomen. Varje patient är en person med olika erfarenheter, tankar och känslor och de ska ses som människor och inte som diagnoser. För personalen är det viktigt att försöka tolka och förstå vad den sjuke försöker uttrycka. De måste ha en förmåga att se in i den sjukes värld och försöka förstå hur deras verklighet ser ut. För det krävs kunskap, empati, tålmod, lyhördhet och respekt för den sjuke (Edberg, 2002).

Mycket av det Edberg (2002) skriver står även i Kompetensbeskrivningen för legitimerad sjuksköterska (Socialstyrelsen, 2005 b). Där redovisas att en helhetssyn och ett etiskt förhållningssätt innebär att sjuksköterskan bland annat ska utgå från en värdegrund som vilar på en humanistisk människosyn, visa omsorg om och respekt för patientens autonomi, integritet och värdighet och tillvarata patientens och/eller närståendes kunskaper och erfarenheter. Hon bör även föra patientens och/eller närståendes talan utifrån deras önskemål och behov.

Utifrån en patients bakgrundshistoria kan vårdpersonalen lära känna den enskilde bättre och på så vis få bättre förutsättningar att tolka och förstå den enskildes uttryck och budskap. För att öka förståelsen kan följande frågor ställas:

- Vem är personen bakom demensdiagnosen? Hur har hon levt? Vilka personlighetsdrag har varit specifika för henne? Hur har hon reagerat i olika situationer?
- Var i hjärnan sitter skadan, hur påverkar skadan hennes förutsättningar att tolka och förstå sin omgivning och förutsättningarna att uttrycka sig?
- Finns det andra förmågor som är nedsatta, t ex syn och hörsel som också påverkar förmågan att tolka och förstå? (Edberg, 2002).

Beröring

Kroppslig beröring kan ses som den mest grundläggande kommunikationen. Många dementa visar tydligt att de vill ha kroppskontakt och att de vill känna närhet till andra. De kanske har förlorat språket men deras känslor finns kvar. Trots att orden är borta, kan förmågan att tyda andra människors kroppsspråk vara välbevarad (Norberg, m fl, 1994).

Enligt Gleeson och Timmins (2004) är beröring inom vården det väsentligaste av all icke-verbal kommunikation då det bidrar till en högre vårdkvalitet. Användandet av beröring inom vården är påverkad av många faktorer så som bl a ålder, utbildning och erfarenhet. Som vid all form av kommunikation är beröringen uppbyggd av fyra komponenter: meddelande, avsändare, mottagare och sammanhang av situationen. En undersökning visar att uppmärksamheten hos

personer med Alzheimers sjukdom ökar då personalen berör, håller handen eller lägger armen runt axlarna eller på något sätt upprätthåller den fysiska kontakten.

En kram eller en klapp på kinden kan betyda mer än många ord. Det är dock viktigt att personalen är medveten om att alla människor inte tycker om när någon kommer för nära (Almberg & Jansson, 2003).

Brister i kommunikationen

Det sker förändringar i det verbala språket vid Alzheimers sjukdom. Den drabbade kan ge kommentarer eller använda meningar som inte är adekvata för situationen. Den röda tråden försvinner. Personen börjar använda fraser och tomt tal som kanske inte har någon betydelse eller mening i det aktuella sammanhanget. Det kan uppstå svårigheter med att återberätta eller repetera mer än några enstaka ord (Björlin, m fl, 2004). Sämre förmåga att artikulera och uttrycka sig själv visar sig också (Adams & Manthorpe, 2003).

Dementa har en tendens att glida in i den värld de talar om eller att vara i båda världarna samtidigt. Det är lättare att följa med i ett samtal, om det handlar om det som de också kan se, lukta eller känna i den aktuella situationen. Det kan också vara svårt att få dementa personer att förstå vad som menas om det talas om frukosten som snart kommer, medan de klär på sig. Det kan vara väldigt svårt för dementa att i tankarna släppa situationen med tröjan som ska på och samtidigt i fantasin föreställa sig frukostbordet och ta ställning till den frågan (Norberg, m fl, 1994).

Omvårdnadsforskaren Sirkka - Liisa Ekman i "Att vara dement. Människa i trasig hjärna" (Norberg, m fl, 1994) har analyserat samtal mellan dementa och deras vårdare. Hon fann att dementas ibland osammanhängande tal kunde träffa helt rätt då det kopplades ihop med frågor som vårdaren ställt tidigare i samtalet. Det som först tycktes vara meningslöst fick senare en mening. På grund av dessa fördröjningar är det viktigt att ha tålmod och att vänta på svaret. Ett bra samtal mellan vårdare och dementa hålls ofta i "slow motion".

Det kan ta väldigt lång tid att få kontakt med dementa personer på grund av deras nedsatta förmåga att koncentrera sig som gör det svårt att få deras uppmärksamhet, och kontakten störs lätt av oro och aktiviteter runt omkring. En dålig orientering i tid och rum försämras av bristande kommunikation och kontakt med omgivningen. Kontakt och vilja till samspel är därför de centrala förutsättningarna för att kunna utöva en vård och omsorg som upplevs som positiv (Norberg, m fl, 1994).

Om den invanda miljön blir för annorlunda kan detta få avgörande negativa konsekvenser för det fortsatta livet (Gulmann, 2003). Människans orienteringsförmåga är begränsad. Om en person med Alzheimers sjukdom utsätts för alldeles för mycket information samtidigt brister hjärnans tolerans och patienten kan reagera med bland annat aggressivitet, oro och rädsla. Vården måste anpassa kunskapstrycket till hur mycket patientens hjärna klarar av (Westlund, m fl, 1994).

Vid orientering tas minnet till hjälp. Det är minnesförmågan och sinnesuttryck som samspelar. Hjärnan omvandlar det som hörs, ses, känns och upplevs till

information. Tiden och rummet är de två viktigaste dimensionerna där information ordnas (Adams & Manthorpe, 2003).

TEORETISK REFERENSRAM

Den teoretiska referensramen är hämtad ur "Omvårdnadsteorier: analys och utvärdering" (Kirkevold, 2000) och "Allmän omvårdnad" (Kristoffersen, 1998). Där tolkas Joyce Travelbees teori med fokusering på omvårdnadens mellanmännsliga process. Hennes utgångspunkt är att människan är en unik individ, vilket passar in på vår studie. Det är viktigt att tänka på vid kommunikation med personer med demenssjukdom att varje individ är unik och att de är personer med olika erfarenheter, tankar och känslor (Kirkevold, 2000).

Enligt Travelbee är kommunikation ett av sjuksköterskans viktigaste redskap, en process där tankar och känslor överförs. Det är också en förutsättning för uppnåendet av det som enligt Travelbee är målet för omvårdnaden: att hjälpa patienten att klara av sin sjukdom och sitt lidande och finna mening i sin upplevelse (Kristoffersen, 1998).

Travelbees tankegångar sammanfattas i hennes definition av omvårdnadsbegreppet:

"Omvårdnad är en mellanmännslig process där den professionella omvårdnadspraktikern hjälper en individ, en familj eller ett samhälle att förebygga eller bemästra upplevelser av sjukdom och lidande och, vid behov, att finna en mening i dessa upplevelser (Kirkevold, 2000, s 130).

Kommunikation är något som pågår hela tiden då två människor möts. Det kan vara verbalt eller icke-verbalt. Kommunikationens syfte är att lära känna patienten och att tillfredsställa patientens behov (a a).

Enligt Travelbee kan patientens isolering och ensamhet lindras eller förstärkas genom kommunikation. Kommunikation kräver bestämda förutsättningar då den är en komplicerad process som inkluderar olika färdigheter, där ibland kunskap och förmåga att tillämpa den, känslighet och ett väl utvecklat sinne för "timing" samt behärskande av olika kommunikationstekniker. Travelbee menar att ett effektivt utnyttjande av kommunikation ingår i vad hon kallar sjuksköterskans "terapeutiska användande av sig själv". Detta innebär "ett medvetet bruk av sin egen personlighet och kunskap för att medverka till en förändring hos patienten". Förändring är terapeutisk när den lindrar patientens plågor (Kirkevold, 2000 s 137).

SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR

Syftet med studien var att undersöka hur vårdpersonalen kan kommunicera och samspela med personer med Alzheimers sjukdom för att undvika missförstånd. Ur syftet studeras följande frågor:

1. *Hur kan vårdpersonalen bemöta och samspela med personer med Alzheimers sjukdom?*
2. *På vilket sätt bör vårdpersonalen kommunicera med dem?*

METOD

För att kunna besvara frågeställningen har en undersökning gjorts av vad som finns dokumenterat om hur vårdpersonalen på ett bra sätt kommunicerar och samspelar med personer med Alzheimers sjukdom. Som Polit, m fl (2001) säger är en litteraturstudies övergripande syfte att samla kunskap om ett ämne.

Datainsamlingsmetod

För att få en bra bakgrund till ämnet gjordes sökningar på Hälsa och Samhälles bibliotek (Malmö högskola), Stadsbiblioteket i Malmö och Stadsbiblioteket i Lund. Artikelsökning har gjorts på Pubmed, Cinahl, Elin, Medicinska centralbiblioteket i Malmö och Lunds universitetsbibliotek. Sökord som användes var Alzheimers disease, communication, comprehension, interaction, ethics och attitudes. Se bilaga 1 för exakt redovisning av litteratursökning. Många artiklar var inte tillgängliga, vilket innebar en viss begränsning. I de fall där artiklarna inte fanns i fulltext, men bedömdes kunna passa studiens syfte, beställdes dessa. Beställningar gjordes både inom och utom Norden

Definitioner och avgränsningar

Demens är ett samlingsnamn för en grupp symtom som tyder på att olika hjärnfunktioner har försämrats. Vi har valt att i huvudsak inrikta oss på den dominerande demenstypen, Alzheimers sjukdom. Några artiklar använde sig av begreppet demens men inkluderades ändå i studien.

Artiklar som valdes var publicerade från 1993 och framåt men ett undantag gjordes för en artikel från 1989 som ansågs besvara frågeställningen.

Fokus har legat på kommunikationen och samspelet mellan vårdpersonal och personer med Alzheimers sjukdom där vårdpersonalen definieras som vårdbiträde, undersköterskor och sjuksköterskor. Familj och anhöriga ingår alltså inte i litteraturstudien.

Analysmetod

Med hjälp av sökorden fick vi fram en mängd träffar som vi reducerade genom att titta på titlarna. De artiklar som hade en passande titel studerades vidare genom att läsa dess abstract. Om även abstractet stämde överens lästes hela artikeln. Efter att ha gått igenom alla artiklar som valts ut och som svarade på frågeställningen övergick vi till att kritiskt granska dessa. Polit, m fl (2001) låg som grund för

granskningen av de vetenskapliga artiklarna och kriterierna för en vetenskaplig artikel. Se bilaga 2. Varje artikel granskades enligt mallen och presenteras i tabellform i bilaga 3. Artiklarna har kritiskt granskats och analyserats för bedömning av innehåll, trovärdighet och användbarhet utifrån litteraturstudiens syfte och frågeställning. Efter granskningen visade det sig att artiklarnas innehåll kunde delas in i tre olika teman som redovisas i resultatet.

RESULTAT

Efter granskningen delades resultatet in i tre teman anpassat efter artiklarnas innehåll:

- Samspel
- Verbal kommunikation
- Icke-verbal kommunikation

Samspel

Förändring av interaktion tar plats genom generös sinnesstämning, ömsesidig respekt av varandra och överföring av omtanke till varandra (Long & Slevin, 1999).

En amerikansk observationsstudie gjord av Long & Slevin (1999) redovisar att ett gott samspel mellan personal och patient har visat sig vara ett starkt behov. Det framhävs att bekräftelse av andra kan ge bättre självkänsla och patientens unikhet bör värdesättas. Följande citat understryker att grundtanken är att varje patient är speciell, *"Ingen annan kan vara som du. Du är oersättlig. Ingen borde ges makten att ta bort, förändra eller förinta det unika"* (a a, s 10). Som sjuksköterska bör det inte läggas någon vikt vid t ex patientens sociala status, trosbekännelse eller andra former av yttre påverkan och det bör alltid kommas ihåg att det finns en person bakom diagnosen. Resultatet beskriver en så kallad tvåvägsprocess, i vilken en överföring uppstår mellan två människor och djup omtanke överförs till och från varandra. Denna känsla av omtanke och att någon bryr sig om en kan göras i tystnad, i en atmosfär av lugn som skapas av sjuksköterskor. Detta kan bland annat göras genom terapeutisk beröring, ett leende, ögonkontakt eller en känsla av tillhörighet. Alla dessa väsentliga kommunikationskännetecken inträffar inom få sekunder. Detta är all den tid som behövs för att låta någon veta att "Jag bryr mig". Detta är något som sker när en individ, sjuksköterskan kommunicerar med en annan människa, patienten. Mötet mellan två människor är en terapeutisk kommunikation och det ligger till grund i omvårdnaden.

I en nordamerikansk kvalitativ studie gjord av Perry, m fl (2005) analyserades gruppsamtal med hjälp av videoinspelningar en gång i veckan i tio veckor mellan vårdpersonal och åtta patienter med en MMSE-skala mellan 0 - 19. Studiens syfte var att beskriva de kommunikationsstrategier som används av erfarna sjuksköterskor och att bedöma effekten av dessa strategier när det gäller att stödja demenspatienters aktiva deltagande i gruppsamtal. Varierande strategier användes av ledargruppen för att underlätta samspelet med patienterna och att hålla kommunikationen flytande med inriktning på patienternas egna upplevelser och tolkningar. Gruppledarens vanligaste strategier var att påbörja och på olika sätt bevara samtalet och förhindra att det spårade ur på grund av osammanhängande

kommentarer. Det krävdes också stöd, bekräftelse och att ge uttryck för uppskattning. I något mindre utsträckning behövde samtalsledaren ställa frågor för att underlätta förståelsen och undanröja missförstånd.

Analysen av patienternas svar resulterades i en indelning som inkluderade sex typer av interaktion:

- Kommunikationstecken (t ex hm, jaha)
- Begränsat engagemang
- Mera utförliga svar
- Personliga svar
- Självinitierat deltagande
- Osammanhängande deltagande

För mer ingående förklaring se följande tabell.

Tabell 1. Beskrivning av dementas deltagande i gruppsamtal efter Perry, m fl (2005). Medeltalet och spridningen för varje typ av kommunikation visas för varje patient.

Patienten	Ålder	MMSE skala	Närvaron (antal samtal)	Kommunikationstecken	Begränsat engagemang	Mera utförliga svar	Personliga svar	Självinitierade deltagande	Osammanhängande deltagande
1	94	*	5	3.6 (2-6)	18.4 (14-21)	2.2 (1-3)	0.6 (0-1)	3.8 (0-8)	0.4 (0-1)
2	91	12	10	6.1 (2-11)	23.3 (7-39)	17.6 (4-40)	2.0 (0-7)	4.0 (0-8)	12.4 (3-31)
3	86	17	10	4.8 (1-9)	19.6 (7-44)	25.2 (7-50)	6.6 (1-11)	3.8 (0-9)	2.2 (0-9)
4	85	9	8	2.2 (0-6)	12.8 (6-29)	1.2 (0-3)	0.7 (0-5)	0	0.7 (0-2)
5	85	11	9	11 (0-41)	19.1 (1-38)	2.8 (0-7)	0.3 (0-1)	2.3 (0-9)	1.5 (0-3)
6	92	9	8	0.9 (0-3)	2.0 (0-4)	0.2 (0-1)	0.1 (0-1)	0.2 (0-1)	0
7	86	1	5	1.5 (1-2)	12.5 (0-20)	0.6 (0-3)	0 (0)	0.2 (0-1)	0.8 (0-2)
8	88	0	8	1.0 (0-3)	2.6 (0-8)	2.0 (0-7)	0.8 (0-2)	1.25 (0.4)	7.25 (0-12)

Tabellen visar att alla patienter i någon grad var inblandade i samtalen. Även de med den mest avancerade graden av demens. Kommunikationsbeteendet varierade under försöksperioden vilket framgår av spridningen. Patienternas förmåga att själv starta ett samtal visade sig vara mycket begränsat. Deltagandet i samtalen kategoriseras av att de på olika sätt svarar på frågor. Undersökningens resultat understryker betydelsen av att använda sig av olika samtalsstrategier. Det är också viktigt att genom gruppsamtal underlätta demenspatienters kommunikation med varandra (Perry, m fl, 2005).

Verbal kommunikation

Det är genom kommunikativ omvårdnad som utveckling, förändring och läkning sker (Long & Slevin, 1999).

Hos patienter med Alzheimers sjukdom försämras kommunikationsförmågan över tiden. För att studera detta utförde Orange, m fl (1998) en undersökning på sex patienter i tidigt demensskede, sex personer i ett mer avancerat stadium och sex friska kontroll personer i motsvarande ålder (60-85 år). För att analysera kommunikationsproblemen och hur dessa hanterades gjordes videoinspelningar av deras samtal i samband med måltider med personer som var väl insatta i patientens tidigare liv. Inspelningen upprepades efter sju till nio månader. Studiens syfte var att undersöka missförstånd som uppstår vid ett samtal med Alzheimers patienter och hur kommunikationsförmågan förändras över tiden.

De variabler som studerades var:

- andelen av yttranden som under samtalet orsakades av kommunikationsproblem
- hur samtalsstörningen hanterades
- i vilken utsträckning samtalet lyckades att reparera

Analysen visade att omkring 16-29 % av det som sades under samtalets gång ägnades åt att hantera kommunikationsproblem. Andelen var signifikant högre för Alzheimerspatienter i mer avancerat stadium. Samtalsproblem kunde i alla tre grupper till övervägande del klaras av på ett framgångsrikt och delvis enkelt sätt t ex genom att korrigera missförstånd eller att förtydliga uttalanden. Ibland krävdes det upprepade förtydliganden. Personerna med Alzheimers sjukdom var tröga till att svara och ofta enstaviga i sina svar. De kunde dock också bidra till att lösa samtalsproblem. Förmågan att hantera samtalsproblem försämrades för dessa patienter under observationstiden. Resultatet av denna studie måste ses mot bakgrunden av att inspelningen av samtalen gjordes i samband med måltiden vilket i allmänhet representerar lugna och stressfria situationer samt att den Alzheimerssjuke samtalspartner var en person som var väl insatt i den sjukets situation, liv, erfarenheter och uttrycksätt. Artikelförfattarna understryker behovet av utbildning av vårdpersonalen för att kunna hantera kommunikationsproblemen (Orange, m fl, 1998).

Även studien gjord av Phinney och Chesla (2003) omfattade fyra män och fem kvinnor i åldern 64 – 88 år med diagnosen Alzheimers sjukdom med likgiltig socioekonomisk status och samma etniska bakgrund. Patienternas MMSE-skala låg genomsnittligen på 19,3 av 30 möjliga och visar att människor med Alzheimers sjukdom tänker mycket långsammare och ofta tar pauser och funderar över hur de ska uttrycka sig. Normalt har människan förmågan att tänka och att använda språket som en självklarhet. Men vid Alzheimers sjukdom blir samtalet långsammare, ”hackigt” och det kan inte längre tas för givet då konversationen tappar sin jämnhet och förmågan att få fram tankar, ord eller idéer fungerar inte.

I Tappens, m fl (1997) studie var majoriteten kvinnor (66 %). Patienterna blev rankade med MMSE-skalan som bedömde deras mentala funktion, graderingen låg mellan 2 – 18 med ett medeltal på 10. Patienterna träffade intervjuarna tre gånger i veckan under trettio minuter i sexton veckor. Intervjuerna blev inspelade i första, åttonde och sextonde veckan. Resultatet i studien redovisar att personalen som intervjuade patienterna använde dubbelt så många slutna som öppna frågor. Detta visade deras kunskap om de rekommendationer som finns om att använda slutna frågor. Resultatet avslöjade en tendens mot längre svar till öppna frågor följt av blandade frågor och kortare svar till personalens slutna frågor. Många forskare rekommenderar att undvika öppna frågor och istället använda frågor som endast behöver bli besvarade med ett eller två ord som t e x ja eller nej. Längre svar är viktiga endast om svaren är relevanta. Varje typ av fråga jämfördes med patientens MMSE-skala. Blandade frågor användes sällan till patienter med hög MMSE-skala men oftare till patienter med en låg MMSE-skala. Sambandet mellan MMSE-skalan och längden på patientens svar på öppna och slutna frågor var sambandet positivt men svagt. Studien visar också att det fanns en tendens till samband mellan patientens MMSE-skala och patientens svar till blandade frågor men det var inte statistiskt signifikant. Slutligen gjordes en undersökning av sambandet mellan svarets relevans och typ av fråga som ställdes, där det fanns ett

icke-signifikant positivt samband mellan relevanta svar och användandet av blandade eller öppna frågor.

Det kan förmodas att demenssjukdomen försämrar förmågan att fungera i sociala sammanhang. I en undersökning gjord av Fromm & Holland (1989) studerades den så kallade funktionella kommunikationen hos personer med Alzheimers sjukdom från lätt till måttlig svårighetsgrad i jämförelse med deprimerade respektive friska äldre personer samt personer med Wernickeafasi. Personerna undersöktes med hjälp av CADL – metoden (communicativ abilities in daily living) som gör det möjligt att testa personer i olika situationer och med avseende på olika funktioner. Resultatet visar tydliga skillnader mellan grupperna. Det som karakteriserar personerna med Alzheimers sjukdom är att de har minst svårigheter med sociala konventioner, rollspel, automatisk kommunikationsbeteende så som att hälsa, acceptera ursäkter och besvara frågor avseende personlig information. Men angående att besvara personliga frågor kan det ibland vara svårt för dessa personer att hantera situationer då deras minne sätts på prov eller att klara kommunikationer som ställer krav på den kognitiva förmågan det vill säga att förstå sammanhang. Det gäller också för personer med lätt svårighetsgrad av demensen. Personer med Alzheimers sjukdom har svårt att se samband mellan orsak och verkan, att finna logiska alternativ till en given information och att förstå skämt. Det föreligger vanligen också problem beträffande förmågan att läsa, skriva och räkna. Kommunikationen kan försvåras av att de ger oklara irrelevanta och ofullständiga svar på frågor. Det ges en känsla av att de har missat poängen.

De transkriberade intervjuerna gjorda av Tappen, m fl (1997) blev även undersökta för att fastställa typer av interaktion som lockar fram uttryck och känslor hos patienter med Alzheimers sjukdom. Många kommunikationsstrategier visades sig underlätta uttryck av känslor och oroligheter. Detta gjorde att patienten blev tvungen att svara med så mycket information som hon var benägen till. Precis så som Fromm & Holland (1989) presenterar i sitt resultat visar även Tappen, m fl (1997) hur vissa frågor möttes med ilska t ex ”När gifte du dig”? Patienten svarade då irriterat ”Vem f*n vet, vem bryr sig”? Det visar att patienten inte alltid minns specifika saker från sitt förflutna och kan känna sig förnedrad och hanterar situationen med ilska. Användandet av tydliga frågor, att tala samma språk, att bilda gemenskap och att bjuda på sig själv är av stor betydelse.

Om en patient märker att vårdpersonalen verkligen är intresserad av hennes liv kan en förändring ses i henne. Resultatet i en observationsstudie gjord av Long & Slevin (1999) visar att människan får en ny glöd och blir mer levande med oväntade känslor när hon får feedback av vårdpersonalen. Resultatet visar också att patienterna kan känna att dem börjar ett nytt liv igen. Precis som barnet menar dem att den äldre människan behöver bli tilltalad och ha någon som lyssnar på henne för att bli medveten om sig själv och för att kunna leva och växa.

I en kvalitativ studie gjord av Moore & Davis (2002) i North Carolina spelades samtal in en gång i veckan i två år med åtta personer med Alzheimers sjukdom, både män och kvinnor i åldern 65 – 94 år med en MMSE-skala på femton. Resultatet visar att det är uppenbart att människor med en demenssjukdom kan bidra med berättelser som ger insikt i deras liv och att det inte bara ges en insikt i individen utan också att berättelsen upprätthåller verbalt eller icke verbalt beteende som påvisar belåtenhet under samtalet. Berättelser är en viktig del av konversationer för människor.

För att upprätthålla ett samtal verkar det vara nödvändigt för sjuksköterskan att först känna igen det mest framträdande temat som kopplar ihop deras tankar. När detta sker är det viktigt att låta patienten leda samtalet och undvika att ändra ämne (Richter, m fl, 1995).

Tjugotvå legitimerade sjuksköterskor, majoriteten kvinnor deltog i den kvalitativa studien gjord av Richter, m fl (1995). Studien pågick i två veckor då samtal spelades in för att upptäcka verbal och icke-verbal kommunikation mellan vårdpersonal och patient med Alzheimers sjukdom. Det mest framgångsrika och samtyckta angående konversationsstrategier som rapporterades i studien var användandet av korta verbala påminnelser, att följa en mening i taget, kontinuerlig verbal uppmuntran/tröst som att säga ”Det är ok” och ”Allt är bra nu”. De flesta av vårdpersonalen höll med om att verbal kommunikation med patienter var viktig och att fortsätta prata tills de hittar något som patienten svarar på. Trots att det patienten säger inte har någon mening menar vårdpersonalen att det är viktigt att uppmuntra henne till att tala. Personalen uttryckte att det var viktigt att veta om patientens förflutna och att samtal med familjemedlemmar hjälper personalen att få veta patientens meningsfulla livsintresse. Denna information bidrog ofta till att det gavs insikt i patientens uppträdande och även att ge personalen en startpunkt för samtalet med patienten. Det var tydligt från en gruppdiskussion att individualistisk närmande var nödvändigt vid kommunikation med en person som har Alzheimers sjukdom.

Med noggrant lyssnande, observationer och fokusering på nyckelord och meningar noterades i Mayhews, m fl (2001) kvalitativa studie många exempel på självmedvetenhet och välmående bland patienterna som var med i studien med avancerad Alzheimers sjukdom.

I likhet med Mayhew redovisar Moore & Davis (2002) i sin studie hur vårdpersonalen kan hjälpa patienterna att berätta delar av sin livshistoria och lyssnandet av meningsfulla ledtrådar som leder till andra berättelser. I samtalet med en person med Alzheimers sjukdom finns förmågan att kunna lyssna efter vad som låter som slutet på en berättelse, en början på en annan historia, en annan händelse eller repetition av en händelse

Följande citerade samtal visar hur vårdpersonalen kan hjälpa patienten att föra vidare ett samtal:

Intervjuarens kommentar:

Patientens kommentar:

Michigan...Ni flyttade till Michigan?
Min man arbetade i Michigan och vi stannade där ett tag. Min man arbetade där. Och jag kom dit efter att jag gift mig. Min pappa lagade frukost åt mig: Han grät när jag åkte.

Anteckningar:

Intervjuaren var förvånad över detaljerna angående pappans gråtande. Då familjelivet återtog upp i ytterligare ett samtal upprepade patienten detaljerna och det gavs mer information om hennes tidigare liv.

Intervjuarens kommentar:

Vem är det som är på fotografiet?

Patientens kommentar:	Den hänger bara där. Jag känner inte dem?
Intervjuarens kommentar:	Känner du inte dem som är på bilden ? Oh. OK.
Patientens kommentar:	Det är andra människor. Jag hade en syster. Här är Muffin, min lilla pudel.
Intervjuarens kommentar:	Oh, Muffin, pudeln. Vilken färg hade hon?
Patientens kommentar:	Vit..och....vi gick upp i bergen, det var en bra bit.
Intervjuarens kommentar:	Det är härligt med hundar!
Patientens kommentar:	Ja, det är klart att man saknar dem!
Anteckningar:	Ett nyckelord i patients kommentar angående hans hund. Muffin var en antydning om att en ny berättelse skulle dyka upp. Detaljerna lät som början eller ett slut på en annan berättelse (Moore & Davis, 2002 s 265).

Icke-verbal kommunikation

När verbal kommunikation är en svårighet har icke verbal kommunikation visat sig vara en hjälpsfull strategi. Så som ögonkontakt, leende, beröring, att ta en patient i handen eller att lägga armen runt axlarna underlättar mycket i kommunikationen (Richter, m fl, 1995).

En kvalitativ studie med femton patienter med en MMSE-skala mellan 0 - 7 med ett medelvärde på 4,6 gjordes videoinspelningar på femton minuter per gång med en sjuksköterska med specialité på geriatrik visar att människor med avancerad Alzheimers sjukdom uttrycker olika känslor under en kommunikation med vårdpersonalen. Glädje visades vara lika självklart som frustration och nervositet. Tecken på glädje inkluderade leende och skratt på ett lugnt och avkopplande sätt. Tecken på frustration inkluderade negativa ansiktsuttryck som en blick riktad mot marken. Leende och skratt var självklart hos alla patienter i studien. Detta var inte relaterat till MMSE score (Mayhew, m fl, 2001).

Patienter med Alzheimers sjukdom verkade vara medvetna om att deras kognitiva förmåga försämras. Detta visade att förståelsen av kommunikationen ibland krävde utveckling genom extra ord eller ljud och användandet av observationer och icke-verbal kommunikation (Mayhew, m fl, 2001).

DISKUSSION

Diskussionskapitlet är uppdelat i metod-, resultatdiskussion samt fortsatt forskning och slutsats.

Metoddiskussion

Artikelsökningen visade att det inte fanns så mycket om ämnet då fokus låg på hur vårdpersonalen kommunicerar och samspelar med personer med Alzheimers sjukdom. Totalt resulterade sökningarna i tjugonio artiklar som granskades, varav

nio användes. Mycket sållades bort då det visade sig handla om kommunikation och samspel mellan maka/make och den Alzheimerssjuke då detta var en av avgränsningarna. Andra skäl till att många artiklar valdes bort var att de inte var vetenskapliga och trots registrering på medicinska sidor med lovord på artiklar visade det sig att dessa kostade flera dollar. Ekonomin var en avgränsning för oss då vi redan sen tidigare lagt ner långt över tänkt summa på beställda artiklar.

Trots tänkta begränsningar då vi ville ha aktuella studier från och med 1993 fram till idag användes en studie från 1989 då vi ansåg att den motsvarade frågeställningen. Artikeln fann vi genom andra artiklars referenser då sökningen gjordes på medicinska biblioteket i Malmö med hjälp av Pubmed. Sökorden som användes har täckt in området. Joyce Travelbees teori är den som använts eftersom den har en fokusering på omvårdnadens mellanmännsliga dimensioner där utgångspunkten är att människan är en unik individ och kommunikation är ett av sjuksköterskans viktigaste redskap.

Endast nio artiklar användes då det var svårt att hitta vetenskapliga artiklar som såg problemet från det perspektiv som var tänkt. De artiklar som valdes ut och granskades följer Polits m fl (2001) kriterier för vetenskaplighet. Totalt resulterades det i sju kvalitativa och två kvantitativa artiklar.

Resultatdiskussion

Många av de artiklar som använts menar att dementa personer i första hand är människor och i andra hand handikappade. Det är viktigt att all vårdpersonal tänker på patienten som en människa och inte en diagnos. Även Long & Slevin (1999) menar att varje patient är speciell och deras unikheter bör värdesättas. Detta kan kopplas till Travelbees teori där utgångspunkten är att människan är ”en unik, oersättlig individ – en varelse som bara existerar en enda gång i denna värld; lik men också olik varje annan person som någon gång har levat eller kommer att leva (Kirkevold, 2000, s 131).

Syftet med studien var att öka kunskapen om hur vårdpersonal kan kommunicera och samspela med personer med Alzheimers sjukdom för att undvika missförstånd. Det var svårt i några publikationer att få en uppfattning om personalens utbildning med avseende på kommunikationen. Vid något tillfälle användes ”expert nurses”, men för övrigt var det lite oklart.

Av egna erfarenheter finns vetskapen om att det krävs mycket av vårdpersonalen vid kommunikation med dementa. Ofta uppstår konflikter på grund av osammanhängande kommunikation då de ofta pratar om något som för en själv kan vara oförståeligt. Som vårdpersonal kan man bli satt i komplicerade situationer då patienter frågar t ex var deras avlidne man/hustru är? Det är i sådana lägen man vill ha ett ”facit” på hur man ska agera. Det hade varit väldigt enkelt om man hade kunnat ta fram en mall vid behov men riktigt så enkelt är det inte. Precis som Travelbee menar i sin teori och som Long & Slevin (1999) presenterar i sin studie är varje individ unik, var och en med sin unika livserfarenhet och det är det som hela tiden måste vara grunden i ens tänkande. Det är alltså viktigt, precis som vårdpersonalen i Richter, m fl (1995) studie säger att veta något om patientens bakgrundshistoria och att veta vilka ord och uttryck som patienten själv använder sig av i olika situationer för att undvika missförstånd som kan leda till ilska och frustration.

Resultatet i Tappen, m fl (1997) studie visar att frågor som vårdpersonalen ställer kan mötas med ilska då patienten inte alltid minns saker från sitt förflutna vilket kan bidra till att patienten känner sig förnedrad och hanterar situationen med irritation. Att använda tydliga frågor, att tala samma språk, att ha nära kontakt med patienten och att bjuda på sig själv är viktiga element för att undvika missförstånd. Att använda slutna frågor som är mer specifika och fokuserade istället för öppna frågor och är till mer hjälp för patienten. Vi tror att istället för att ställa frågor till patienten som, t ex ”Vilket år födde du din son” kan personalen istället hjälpa patienten i kommunikationen genom att berätta för henne om händelsen, t ex ”1940 när du födde din son, du kan väl berätta lite om det”? Tappen, m fl (1997) stärker vårt antagande i sin studie. Travelbee menar att omvårdnad är en mellanmänsklig process där den professionella omvårdnadspraktikern ska hjälpa en individ att förebygga eller bemästra upplevelser av sjukdom och lidande. Lidande kan förorsakas av t ex minskad känsla av egenvärde.

I studien gjord av Phinney & Chesla (2003) poängteras att samtalet med personer som har Alzheimers sjukdom blir långsammare och ”hackigt” då detta är en av bristerna man som vårdpersonal bör känna till för att möjliggöra en så bra kommunikation som möjligt. Tålmod är en viktig faktor då det oftast krävs mer tid för kommunikationen. Det är viktigt att vårdpersonalen inte tar orden ur munnen på patienten eller på nåt sätt försöker skynda på henne i samtalet.

Något som sjuksköterskor som kommunicerar med personer med Alzheimers sjukdom bör tänka på är användandet av de viktiga kommunikationskännetecken som Long & Slevin (1999) redovisar i sitt resultat. Terapeutisk beröring innebär att ta patienten i handen eller lägga armen runt axlarna. Ett leende, ögonkontakt och en känsla av tillhörighet är också viktiga faktorer för att inleda ett samspel mellan vårdpersonalen och vårdtagare. Icke-verbal kommunikation har visat sig vara en hjälpfull strategi då den verbala kommunikationen är nedsatt så som den är vid demenssjukdom. Vi tror att beröring kan förändra patienten fysiskt, psykiskt och andligt. Genom beröring och feedback kan patienten få tröst, känna sig lugn och få trygghet vilket även ses i observationsstudien gjord av Long & Slevin (1999) där resultatet visar att människan kan få en ny glöd och bli mer levande om hon får feedback av vårdpersonalen.

Tappen, m fl (1997) redovisar i sin studie vikten av att använda ”rätt frågor”. Slutna frågor är mer specifika och fokuserade och är till mer hjälp för patienten. För att ett mål ska kunna etablera en bra kommunikation måste man kunna skapa delad mening och locka fram relevanta svar. Även om en patient har fått diagnosen Alzheimers sjukdom är det viktigt som vårdpersonal att tänka på att individualisera och inte tro att en kommunikationsstrategi fungerar på alla trots samma diagnos. Travelbee hävdar att vårdpersonalens förhållningssätt till individens upplevelse av sjukdom och lidande är viktigare än förhållningssättet till sin egen eller annan vårdpersonals diagnos eller bedömning.

Slutsats och förslag till vidare forskning

Normalt har människan förmågan att tänka och använda språket som en självklarhet. Hos patienter med Alzheimers sjukdom försämras kommunikationsförmågan med tiden vilket leder till att samtalet blir långsammare och inte längre kan tas för givet. Förmågan att få fram tankar, ord eller idéer fungerar inte adekvat. Därav är det av stor vikt att vårdpersonalen använder

tydliga frågor, bildar gemenskap och bjuder på sig själv i konversationen med personer med Alzheimers sjukdom. Trots att det patienten säger inte har någon mening bör vårdpersonalen ändå uppmuntra henne till att tala. Att vårdpersonalen vet någonting om patientens förflutna har resultatet i flera av studierna visat vara viktig då denna information ofta kan bidra till insikt i patientens uppträdande och även ge personalen en startpunkt för samtalet med patienten. För att minska missförstånd mellan personal och patient och onödig frustration hos patienterna är denna kunskap till god nytta som alla bör ta till sig.

Funderingar som har kommit upp under studiens gång är om beröring skiljer sig mellan olika kulturer. Berörs patienten på olika sätt i olika länder? Skiljer sig beröringens betydelse mellan män och kvinnor? Vi anser att det finns alldeles för lite forskat om den icke-verbala kommunikationen då vi tycker att det är minst lika viktigt som det verbala, om inte mer. Vidareforskning på detta kan vara av stor betydelse inom vården för att öka kunskaperna ytterligare hos vårdpersonalen i kommunikationen med personer med demenssjukdom.

REFERENSER

- Abrahamsson, B-L (2003) *Demens - omsorg och omvårdnad*. Stockholm: Bonnier utbildning.
- Adams, R & Manthorpe, J (2003) *Dementia care*. Oxford: Arnold
- Almberg, B & Jansson, W (2003) *Fånga stunden. Hur man bemöter och förhåller sig personer med demenshandikapp*. Stockholm: Liber utbildning
- Beck-Friis, B (1997) *Det blir lättare när det blir svårare*. Stockholm: Gothia.
- Björlin, G m fl (2004) *Om demens*. Falköping: Liber
- Blomqvist, K & Edberg, A-K (2004) *Att vara äldre... "man har ju sina krämpor"*. Lund: Studentlitteratur
- Cedersund, E & Nilholm, C (2000) *Samtal i äldreomsorgen – samspelet mellan omsorgspersonal och äldre med Alzheimerssjukdom*. Lund: Studentlitteratur
- Edberg, A-K, (2002) *Att möta personer med demens*. Lund: Studentlitteratur
- Fromm, D & Holland, A (1989) Functional communication in Alzheimer's disease. *Journal of speech and hearing disorder* 54 535-540
- Gleeson, M & Timmins, F (2004) Touch: a fundamental aspect of communication with older people experiencing dementia. *Nursing older people* 16(2) 18-21
- Gulmann, N-C (2003) *Gerontopsykiatri*. Lund: Studentlitteratur
- ICN:s etiska kod för sjuksköterskor. [översättning: Tamarind] Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening, 2000
- Jahren-Kristoffersen, N (1998) *Allmän omvårdnad 1*, Stockholm: Liber
- Kirkevold, M (2000) *Omvårdnadsteorier: analys och utvärdering*. Lund: Studentlitteratur
- Long, A & Slevin, E (1999) Living with dementia: communicating with an older person and her family. *Nursing Ethics* 6(1) 23-37
- Marcusson, J, m fl (1997) *Demenssjukdomar*. Stockholm: Liber
- Marcusson, J m fl (2003) *Alzheimers sjukdom och andra kognitiva sjukdomar*. Stockholm: Liber
- Mayhew, P, m fl (2001) Communication from individuals with advanced DAT: Can it provide clues to their sense of self-awareness and well-being? *Geriatric nursing* 22(2) 106-110

- Moore, L & Davis, B (2002) Quilting narrative. Using repetition techniques to help elderly communicators. *Geriatric nursing* 23(5) 262-266
- Norberg, A, m fl (1994) *Att vara dement. Människa instängd i trasig hjärna*. Stockholm: Bonnier utbildning
- Olsen-Hellberg, I & Melin, E (1996) *Geriatrisk och äldreomsorg*. Stockholm: Liber
- Orange, J.B, m fl (1995) Application of the communication enhancement model for long-term care residents with Alzheimer's disease. *Topics language disorder* 15(2) 20-35
- Orange, J.B, m fl (1998) Resolution of communication breakdown in dementia of the Alzheimer's type: *Longitudinal study*. *Journal of applied communication research* 26 120-138
- Perry, J, m fl (2005) Nurse – patient communication in dementia. Improving the odds. *Journal gerontological nursing* 31(4) 43-52
- Phinney, A & Chesla, C (2003) The lived body in dementia. *Journal of aging studies* 17 283-299
- Polit, D F, Beck, C T, Hungler, B P (2001) *Essentials of nursing research, methods, appraisal and utilization. (5th edition)* Philadelphia: Lippincott.
- Richter, J, m fl (1995) Communicating with persons with Alzheimer's disease: Experience of family and formal caregivers. *Archives of psychiatric nursing* 11(5) 279-285
- Rubenowitz, S (1980) *Utrednings – forskningsmetodik*. Esselte stadium AB
- Shulman, M & Mandel, E (1993) Maximizing communication with the Alzheimer's patient. *Nursing homes long term care management*, 42(7) 36-38
- Socialstyrelsen (2005 a) <http://www.sos.se> (28 november -05)
- Socialstyrelsen (2005 b) Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska Artikelnr 2005-105-1
- Tappen, R, m fl (1997) Communicating with individuals with Alzheimer's disease: Examination of recommended strategies. *Archives of psychiatric nursing* 11(5) 249-256
- Westlund, P, m fl (1994) *Demensboken*. Stockholm: Liber

BILAGOR

Bilaga 1: Litteratursökning

Bilaga 2: Mall för artikelgranskning

Bilaga 3: Kritisk granskning av artiklar

Bilaga 1

LITTERATURSÖKNING

Databas:	Sökord:	Antal träffar:	Lästa abstract:	Granskade artiklar:	Använda artiklar:
PubMed	Alzheimer disease + communication	1151	5	5	3
PubMed	Alzheimer disease + interaction	428	1	1	0
Pubmed	Alzheimer disease + interaction	3	0	0	0
PubMed	Alzheimer disease + communication + comprehension	5	1	1	0
PubMed	Alzheimer disease + communication + attitudes	19	0	0	0
PubMed	Alzheimer disease + communication + ethics	1	1	1	0
Cinahl	Alzheimer disease + communication	75	14	10	4
ELIN manuell sökning	Alzheimers disease + communication	5	0	0	0
ELIN manuell sökning	Dementia + communication	176	14	9	1
Manuell sökning, Mah	Alzheimer disease + communication		4	2	1

Bilaga 2

MALL FÖR ARTIKELGRANSKNING

Artikelgranskning görs enligt Polit, m fl (2001).

Titel

Titeln utgör början på en vetenskaplig artikel och ska innehålla max 15 ord. Titeln till en kvalitativ studie ska innehålla en beskrivning av huvudfenomenet och den undersökta gruppen. I kvantitativa studier ska titeln innehålla den undersökta gruppen och beroende och oberoende variabler.

Abstract

Abstract är en kort beskrivning av innehållet i studien. Författarna ska presentera frågeställningarna och vilka metoder som används för att besvara dessa. Resultatet ska beskrivas och dess eventuella användningsområde inom den kliniska verksamheten. Syftet med abstract är att utifrån det, ska läsaren kunna bedöma artikelns lämplighet. Abstract ska innehålla ca 100 – 200 ord.

Introduktion

Introduktionen behöver inte nödvändigtvis ha någon specifik rubrik men den ska komma direkt efter abstract. Introduktionen ska innehålla huvudfenomenet eller variablerna i studien, d v s identifiering av huvudfenomenet i undersökningen. Dessutom ska syftet, frågeställningarna och/eller hypoteser som är aktuella för studien presenteras. För att läsaren ska förstå hur den aktuella studien förhåller sig till tidigare forskning ska en presentation av tidigare litteratur göras samt eventuell teoretisk referensram beskrivas. I många vetenskapliga artiklar innehåller även introduktionen en förklaring av varför studien är viktig för omvårdnaden.

Metod

Metoden som används för att besvara frågeställningarna beskrivs här. Metoden ska innehålla beskrivning av urvalet med presentation av vilka kriterier som sats upp. Vilken forskningsdesign som används och hur datainsamlingen har genomförts ska beskrivas. Även etiska aspekter tas upp.

Resultatet

Resultatredovisningen i kvalitativa och kvantitativa studier skiljer sig markant. En gemensam nämnare är förstås en presentation av de fynd som framkommit av den analyserade datjan. I kvalitativa studier organiseras resultaten som olika teman som härstammar från det insamlade materialet. Resultatet i kvantitativa studier presenteras i löpande text, men den viktigaste informationen presenteras ofta i form av tabeller och/eller figurer. I en kvantitativ studie ska dessutom information om statistiska test och signifikansnivå presenteras.

Diskussion

I diskussionen drar författarna slutsatser om studiens mening och betydelse. En beskrivning av vad resultatet betyder ges, hur det kan användas i praktiken och det föreslås vägar till vidare forskning i ämnet. Diskussionen ska också innehålla studiens eventuella begränsningar.

Referenser

En vetenskaplig artikel avslutas med en lista över all litteratur som använts i studien.

Bilaga 3

KRITISK GRANSKING AV ARTIKLAR

Enligt Polit, D F, Beck, C T och Hungler, B P (2001) Essentials of nursing research, methods, appraisal and utilization. Philadelphia: Lippincott.

Fromm, D & Holland, A (1989) Functional communication in Alzheimer's disease. *Journal of speech and hearing disorder* 54 535-540

Titel:	Välbeskriven, tar upp huvudfenomenen och den undersökta gruppen. Innehåller lämpligt antal ord.
Abstract:	Syfte, resultat och metod finns men metoden kunde ha varit mer detaljerad och specificerad. Svårförståelig abstract.
Introduktion:	Lång och välformulerad introduktion med förklaring på svåra begrepp. Tidigare forskning nämns. Syftet nämns i slutet av introduktionen med två frågeställningar.
Metod:	Mycket noggrann och detaljerad datainsamlingsmetod. Metoden är lång med nödvändiga ordförklaringar.
Resultat:	Resultatet är indelat i tre kategorier. Svårförståelig på grund av alla siffror utifrån tabellerna och många förkortningar vilket förvirrar ännu mer.
Diskussion:	Lättläst. Författarna tar upp tidigare forskning om liknande procedur. De diskuterar kring fenomenen. Förslag på vidareforskning ges.

Kim, E & Buschmann, M (2004) Touch – stress model and Alzheimer's disease. Using touch intervention to alleviate patients stress. *Journal of gerontological nursing* 30(12) 33 – 39

Titel:	Beskriver huvudfenomenet och den undersökta gruppen. Innehåller lämpligt antal ord.
Abstract:	Redovisar artikelns innehåll. Metod och tänkt användningsområde framkommer.
Introduktion:	Identifierar huvudfenomenet och syftet. Tidigare forskning presenteras under tre huvudrubriker med fem subkategorier.
Metod:	Otydlig metodbeskrivning. Urvalet presenteras kort.
Resultat:	Välskrivet och detaljerat resultat indelat i två huvudrubriker med fyra underrubriker. Tabeller förtydligar resultatet.
Diskussion:	Diskuterar kring huvudfenomenet och förtydligar några begrepp. Inget förslag på vidareforskning nämns.

Long, A & Slevin, E (1999) Living with dementia: communicating with an older person and her family. *Nursing Ethics* 6(1) 23-37

Titel:	Beskriver fenomenet, kommunikation. Beskriver den utvalda gruppen. Innehåller lämpligt antal ord.
Abstract:	Tydligt abstract där syfte, metod och ramverk beskrivs. Resultat presenteras kort och författarna visar sitt missnöje med tidigare forskning.
Introduktion:	Tydligt strukturerat med många huvudrubriker. Syftet förtydligas

	ytterligare. Statistik beskrivs. Etiska aspekter redovisas här.
Metod:	Kunde varit med detaljerad. Urvalet presenteras endast kort.
Resultat:	Resultatet speglar huvudfenomenen. Delar av resultatet är oklart medan andra är väldigt detaljerade.
Diskussion:	Författarna diskuterar tidigare forskning något kort.

Mayhew, P, m fl (2001) Communication from individuals with advanced DAT: Can it provide clues to their sense of self-awareness and well-being? *Geriatric nursing 22(2) 106 - 110*

Titel:	En lång, detaljerad titel. Ger läsaren insikt i vad studien handlar om.
Abstract:	Förklarar syftet med studien. Tillvägagångssättet beskrivs exakt. Resultatet redovisas också.
Introduktion:	Syftet med studien och studiens betydelse för omvårdnaden redovisas. I slutet av introduktionen ges en kort beskrivning av vad studien kommer att innehålla.
Metod:	Bra, detaljerad metod med bra beskrivning av hur datainsamlingen gått till.
Resultat:	Strukturerat resultat uppdelat i elva rubriker. Rubrikerna ger bra insikt i vad som presenteras under varje avsnitt.
Diskussion:	Författarna diskuterar hur resultatet stöts av tidigare forskning. Även resultatets betydelse diskuteras.

Moore, L & Davis, B (2002) Quilting narrative. Using repetition techniques to help elderly communicators. *Geriatric nursing 23(5) 262 – 266*

Titel:	Nämner inte den undersökta gruppen, kunde ha varit mer utförlig.
Abstract:	Huvudfenomen beskrivs, rekommendationer för vårdpersonalen i vidare arbete med personer med Alzheimers sjukdom nämns.
Introduktion:	En bra bakgrund till problemet ges. Välstrukturerad introduktion med två huvudrubriker. Tidigare forskning nämns igen.
Metod:	Kort men väldigt strukturerat och detaljerat. Bra beskrivning av procedurerna för insamling av data.
Resultat:	Författarna diskuterar sambandet mellan intervjuerna som gjordes. Kort men tydliga resultat redovisas i tabell.
Diskussion:	Diskussionen är kort men slutsatserna är väldigt tydliga. Artikeln avslutas med ett kort avsnitt som uppfattas som en onödig upprepning.

Orange, J.B, m fl (1998) Resolution of communication breakdown in dementia of the Alzheimer's type: *Longitudinal study. Journal of applied communication research 26 120-138*

Titel:	Beskriver den undersökta gruppen och huvudfenomenen. Innehåller lämpligt antal ord.
Abstract:	Bakgrund och syfte beskrivs. Metoden beskrivs kort. Resultatet betydelse redovisas.
Introduktion:	Bra bakgrundsbeskrivning av huvudfenomenen. Introduktionen är indelad i nio underrubriker.

Metod:	Svårförståelig men efter mycket granskning är det begripligt. Metoden är uppdelad i tre underrubriker.
Resultat:	Kvantitativ studie. Svår att förstå, innehåller många siffror som blir förvirrande. Redovisar viktiga delar av arbetet som visas i tabeller.
Diskussion:	Intressant, författarna diskuterar kring resultatet. Tidigare studie diskuterar.

Perry, J, m fl (2005) Nurse – patient communication in dementia. Improving the odds. *Journal gerontological nursing* 31(4)

Titel:	Ger en bra insikt i vad studien innehåller.
Abstract:	Syfte, bakgrund, metod och resultat redovisas. Lättförståeligt. Innehåller lämpligt antal ord.
Introduktion:	Lång bra bakgrunden med tabeller som beskrivs noggrant. Författarna diskuterar tidigare forskning. Huvudfenomen tas upp.
Metod:	Väldigt deskriptiv metod med bra datainsamling.
Resultat:	Redovisas i form av citat. Resultatet är indelat i olika strategier med hjälp av tabeller.
Diskussion:	Författarna diskuterar kring tidigare forskning och begränsningar. Bra och lättläst diskussion. Studien avslutas med en sammanfattning av resultatet.

Phinney, A & Chesla, C (2003) The lived body in dementia. *Journal of aging studies* 17 283 - 299

Titel:	Ofullständig titel men den undersökta gruppen beskrivs. Lämpligt antal ord.
Abstract:	Lättläst med ordförklaringar. Fenomenologisk analys, syfte, metod och resultat finns med men frågeställning saknas. Innehåller lämpligt antal ord.
Introduktion:	Lång. Forskarna diskuterar kring ämnet. Exempel på de intervjuades känslor och förståelse nämns. Frågeställning ställs.
Metod:	Delas in i tre kategorier, svårförståelig, tar upp datainsamlingsmetod och tidigare forskning ytterligare en gång.
Resultat:	Väldigt långt resultat, med en känsla av upprepning. Resultatet Delas in 11 kategorier vilket känns som onödigt. Citat nämns som exempel i studien.
Diskussion:	Författarna diskuterar kring resultatet, etiska aspekter tas upp. Vidare forskning på denna studie krävs enligt författarna.

Richter, J, m fl (1995) Communicating with persons with Alzheimer's disease: Experience of family and formal caregivers. *Archives of psychiatric nursing* 11(5) 279 – 285

Titel:	Innehåller både fenomenet som ska undersökas och den utvalda gruppen.
Abstract:	Syftet tas upp. Metod och resultat beskrivs kort. Ingen frågeställning.
Introduktion:	Beskriver huvudfenomenet. Syftet upprepas. Mål för studien beskrivs tydligt.
Metod:	Utförlig beskrivning av den utvalda gruppen., processen och

	analysen. Presentation av använd litteratur finns.
Resultat:	Välstrukturerad och väldetaljerad. Resultatet speglar huvudfenomenen. Resultatet är delat i teman och subkategorier.
Diskussion:	Etiska aspekter tas upp. Sammanfattning av resultatet på ett tydligt sätt. Begränsningar i studien läggs fram med väldigt detaljerade slutsatser. Diskussionen avslutas med en kort rekommendation för vårdpersonalen utifrån studiens resultat.

Tappen, R, m fl (1997) Communicating with individuals with Alzheimer's disease: Examination of recommended strategies. *Archives of psychiatric nursing* 11(5) 249 – 256

Titel:	Fenomenet och den undersökta gruppen nämns.
Abstract:	Utförlig bakgrund till problematiken. Bakgrund och metod finns kort beskrivet. Syftet saknas. En kort beskrivning av resultat.
Introduktion:	Bra inledning med bra beskrivning av problematiken utifrån olika perspektiv. Syftet träder fram sent i introduktionen tillsammans med frågeställningar. Tidigare forskning presenteras kort.
Metod:	Grundlig beskrivning av procedurer av insamling av data. Mätinstrumenten redovisas. Etiska aspekter saknas.
Resultat:	Resultatet struktureras i tre beskrivande kategorier där de fynd som framkommit genom studien redovisas i tabeller som en slags summering.
Diskussion:	Författarna diskuterar resultat. Begränsningar i studien tas upp. Etiska aspekter redovisas kort.