



EXAMENSARBETE

Våren 2012

Sektionen för hälsa och samhälle
Omvårdnad

**Kommunikation och bemötande-
förutsättningar för personer med
demenssjukdom att delta i sin
dagliga omvårdnad**

Författare

Monika Opperud

Ann-Charlotte Palm

Handledare

Anita Björnberg

Examinator

Gerth Hedov

Kommunikation och bemötande – förutsättningar för personer med demenssjukdom att delta i sin dagliga omvårdnad

Författare: Monika Opperud och Ann-Charlotte Palm
Handledare: Anita Björnberg

Litteraturstudie

Datum: 2012-06-27

Sammanfattning

Bakgrund: Personer med demenssjukdom känner ofta ett utanförskap på grund av svårigheter att kommunicera. Vårdare som möter dessa personer har en viktig roll i att stödja välbefinnande, livskvalitet och möjlighet att delta i den dagliga omvårdnaden. Om kommunikationen och bemötandet inte anpassas efter den demenssjukes förmåga och han/hon inte ses som unik individ kan det leda till att personens kapacitet minskar.

Syfte: Syftet var att beskriva hur vårdpersonal genom kommunikation och bemötande kan skapa förutsättningar för personer med demenssjukdom att delta i sin dagliga omvårdnad.

Metod: Litteraturstudie baserad på 12 artiklar.

Resultat: Det framkom att vårdare genom att kommunicera och bemöta med närvaro i mötet och förmedla glädje, kunde skapa förutsättningar för personer med demenssjukdom att delta i omvårdnaden. Att närvara i mötet innebar att vara lyhörd, tydlig och bekräfta personen. Bekräftelsen kunde ske genom att visa intresse, respekt, förtroende, stödja minnet och sträva efter jämställdhet och gemenskap.

Diskussion: Det viktigaste fyndet var betydelsen av att bekräfta personen med demenssjukdom vilket får stöd i teorin bakom personcentrerad vård och bekräftande omvårdnad. Det finns behov av fortsatt forskning och utveckling av klinisk verksamhet relaterat till kommunikation och bemötande av personer med demenssjukdom.

Nyckelord: Kommunikation, Demens, Omvårdnad, Vårdrelation.

Communication and treatment – conditions for persons with dementia to participate in their daily care

Author: Monika Opperud and Ann-Charlotte Palm
Supervisor: Anita Björnberg

Literature review

Date: 2012-06-27

Abstract

Background: People with dementia often feel alienated because of difficulties in communicating. Caregivers who meet these persons have an important role in supporting wellbeing, quality of life and the possibility to participate in daily care. If communication and treatment is not adapted to the person with dementia and he or she is not seen as unique individual, it can lead to reduction of the person's capacity.

Aim: The aim was to describe how caregivers through communication and treatment can create conditions for persons with dementia to participate in their daily care.

Method: Literature review based on 12 articles.

Result: It was revealed that caregivers by communicating and responding with presence in the meeting and conveying joy could create conditions for persons with dementia to participate in their own care. Presence in the meeting was to be responsive, distinct and confirm the person. The confirmation could be done by showing interest, respect, trust, support memory and promote equality and community.

Discussion: The most important finding was the importance of confirmation, which is supported by the theory behind person-centred care and confirming nursing. There is need for continued research and development of clinical practice about communication and treatment of persons with dementia.

Keywords: Communication, Dementia, Nursing, Nurse-patient relation.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

BAKGRUND	5
SYFTE	7
METOD	7
Datainsamling och urval	8
Analys	10
Etiska övervägande och förförståelse	10
RESULTAT	10
Kommunicera och bemöta med närvaro i mötet.....	11
Vara lyhörd.....	11
Vara tydlig	12
Bekräfta personen.....	12
Förmedla glädje.....	16
DISKUSSION	16
Metoddiskussion	16
Resultatdiskussion.....	19
Slutsats	21
REFERENSER	22

Bilaga 1 Mall för kvalitetsgranskning

Bilaga 2 Sökschema för datorbaserad litteratursökning

Bilaga 3 Artikelöversikt

Bilaga 4 Exempel på analys

BAKGRUND

Personer med demenssjukdom känner ofta ett utanförskap och en sorg som delvis beror på svårigheter att kommunicera. Deras minnessvårigheter och svårigheter att klara det dagliga livet, kan även ge problem att upprätthålla identitet och självkänsla.¹ Vårdare som möter dessa personer har en viktig roll i att stödja och hjälpa dem att delta i dagliga aktiviteter, för att på så sätt främja deras välbefinnande och livskvalitet.²⁻⁴ Därför är det viktigt att kunna kommunicera och bemöta personer med olika grad av demenssjukdom.^{2,3}

Demens är ett samlingsnamn för flera sjukdomar med störningar av intellektuella funktioner i hjärnan. De dominerade demensdiagnoserna är Alzheimers sjukdom (primärdegenerativ demenssjukdom där symtomen långsamt progredierar över år) och vaskulär demens (orsakad av kärlsjukdomar där symtomen är kopplad till plats för kärlskadan och försämrar intellektet trappstegsvis). Andra demenssjukdomar är Levy Body demens, frontallobdemens samt blanddemens (den sjuke har både Alzheimers sjukdom och vaskulär demens). För övrigt finns ett 70-tal sekundära demenssjukdomar.⁵ Idag finns cirka 150 000 personer med demenssjukdom i Sverige.² Risken att insjukna i demens ökar med stigande ålder och är något högre för kvinnor än män. Orsaken framkommer ej, förutom att kvinnor blir äldre än män.⁶ På grund av den ökande andelen äldre i samhället^{7,8} stiger antalet personer med demenssjukdom. Dessutom förväntas kraftig ökning efter år 2020.²

I demenssyndromet ingår nedgång i minnesförmåga (framför allt närminnet), språk, apraxi - svårigheter att utföra avsiktliga handlingar, agnosi - svårigheter att tolka sinnesintryck, orientering i tid och rum, att hitta i sin omgivning, att planera och att tänka abstrakt, organisera, ordna och slutföra komplexa uppgifter.⁵ Demenssjukdomen progredierar och graderas som mild demens med klar nedgång i intellektuell förmåga, personen klarar att leva på egen hand, medelsvår demens då personen behöver daglig tillsyn och svår demens när personen behöver ständig tillsyn.⁵ Enligt Sabat⁹ är språksvårigheter ett utmärkande symptom och kommer tidigt i sjukdomen. Det svåraste är att finna ord och att benämna ting, att förmedla sig och förstå information. Oftast fungerar uttal, grammatik, flytande tal och att repetera ord.⁹

Sociala omständigheter runt en person som lider av demenssjukdom kan påverka hennes eller hans uppträdande och uppmärksamhet,¹⁰ vilket kan resultera i språkliga missförstånd.⁹ Personer med demenssjukdom kan ha svårt att följa med i vad som händer. De kan bli vilsna, oroliga och aggressiva. Missförstånd, kontrollförlust och identitetskränkning kan ge hastigt skiftande humör.^{10,11} På grund av vårdpersonalens frustration då personer med demens motsätter sig vård händer det att personer med demenssjukdom tvingas till undersökningar, medicinering och behandling mot sin vilja.¹¹ Vård mot en persons vilja får endast ske i akuta nödsituationer, då personens liv eller hälsa är allvarligt hotat.¹² Det är viktigt att vårdpersonalen har respekt för den sjuke och försöker avleda situationer där autonomifrågan ställs på sin spets så att personens integritet bevaras, men ändå ser till att personens basala behov tillfredställs. Vården ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med den sjuke. För att göra det möjligt måste kommunikationen anpassas till individen.^{13,14}

Kommunikation och bemötande är en central aspekt på omvårdnad. Kärnan i omvårdnad är människan och hennes eller hans hälsa, livskvalitet och förmåga till coping.¹⁵ Välbefinnande är hälsans subjektiva del,¹³ det vill säga att personen mår bra¹⁶ vilket kan uppnås genom att behov tillfredställs.¹³ Personer med demenssjukdom har behov av närhet, delaktighet, sysselsättning och upplevelse av identitet.⁴ Sjuksköterskan ansvarar för omvårdnaden och ska kunna kommunicera och bemöta på ett respektfullt, lyhört och empatiskt sätt och förvissa sig om att den sjuke förstår given information.¹⁷ Kunskap om kommunikation och bemötande kan tillämpas av alla yrkeskategorier i vården.¹⁸ I sjuksköterskans ansvarsområde ingår arbetsledning, utvecklingsarbete och att bidra till utbildning för övrig vårdpersonal då hon/han uppmärksammar att behov finns.¹⁷ Sjuksköterskan ska kunna hjälpa övriga vårdare att tolka och förstå den demensdrabbade så att omvårdnaden kan anpassas till den enskildes behov.¹⁹

Att kommunicera betyder att överföra budskap eller att vara i förbindelse och härstammar från latinets *communicare*, som betyder 'göra gemensam'.¹⁶ Budskapet kodas med symboler och förmedlas verbalt genom ord och icke verbalt genom tonfall, kroppsspråk, mimik, fysiskt avstånd, gester och beröring.²⁰ Det mottagaren uppfattar beror på perception - hjärnans förmåga att sortera intryck och välja ut det mottagaren fokuserar på.²¹ Det är svårare att uppfatta budskapet vid stress, många störande intryck, försämrad syn eller hörsel.²² Hur budskap tolkas beror på mottagarens förförståelse,

tidigare erfarenhet, kultur och livssituation. För att förstå en sjuk människa måste vårdaren ifrågasätta sina fördomar och ta hänsyn till den sjukes perspektiv.¹³ Återkoppling och bekräftelse på att budskapet uppfattats rätt är viktigt.²⁰ En nära relation gör det lättare att tolka personer med demenssjukdom.^{10,23} Kännedom om hur den demenssjuke har varit även innan hon insjuknade, intressen, färdigheter och vanor underlättar omhändertagandet.⁵ Vårdare som inte känner personen kan, förutom att lyssna på och observera personen, behöva hjälp av anhörig eller ordinarie vårdare.²⁴

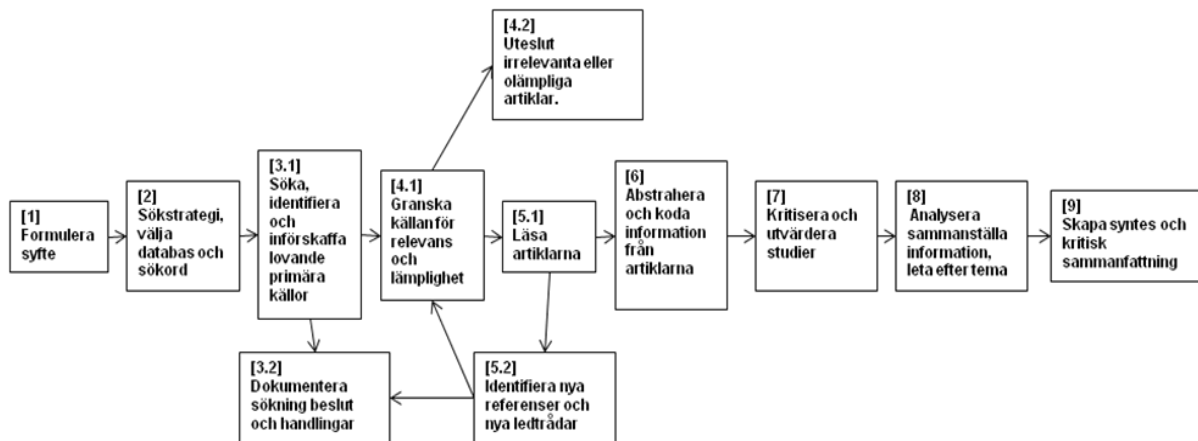
Bemötande definieras som uppträdande¹⁶ och handlar bland annat om hur vi kommunicerar, attityd, inställning och omfattar även människosyn.^{25,26} Hur bemötandet uppfattas påverkas av ordval, tonfall, kroppsspråk och det intryck detta ger av respekt, intresse och förståelse.²⁷ Människor har behov av bekräftelse och vårdpersonalens bemötande kan bidra till att utveckla hälsa.²⁸ Detta gäller även personer med demenssjukdom som också kan känna sig kränkta då de blir missförstådda eller ignorerade.¹ Om personen med demenssjukdom inte ses som unik individ och kommunikationen anpassas därefter, kan det leda till att personens kapacitet och välbefinnande minskar och personen blir isolerad.⁹

SYFTE

Syftet var att beskriva hur vårdpersonal genom kommunikation och bemötande kan skapa förutsättningar för personer med demenssjukdom att delta i sin dagliga omvårdnad.

METOD

Allmän litteraturstudie med systematisk sökning, kritisk granskning och sammanställning av litteratur²⁹ gjordes med hjälp av Polit och Beck's flödesschema.^{30:}
figur 1 Processnumret från flödesschemat skrevs inom [hakparenteser] i metodavsnittet.



Figur 1. Egen översättning av Polit och Beck's flödesschema.^{30(s.172)}

Definition: Vårdare och vårdpersonal användes för att inte begränsa till specifik yrkesgrupp.

Datainsamling och urval

[2] Artikelsökningar gjordes i databaserna PubMed och CINAHL. För att begränsa träffar till relevanta artiklar användes nyckelord och olika kombinationer av boolesk söklogik (AND, OR och NOT).³¹ I PubMed heter nyckelord MeSH och i CINAHL heter det Heading. Som bas i alla sökningar användes nyckelordet *dementia* (*demens*), med begränsning till *nursing* (*omvårdnad*), *psykologi* eller *psykosocial* aspekt. MeSH och Heading med utökad sökning (*explode*) användes, vilket innebär att även diagnosnamn som Alzheimers disease, vascular demens, Levy Body demens, frontallobsdemens innefattades.

För att begränsa träffar kombinerades basökningen med nyckelordet *communication* (*kommunikation*) med utökad sökning och nyckelordet *nurse - patient relation* (*sjuksköterska - patient relation*). I *nurse - patient relation* kommer omvårdnadspersonal med. De utvalda artiklarna i denna sökning hade minst ett av nyckelorden *communication* eller *nurse - patient relation* som huvudämne (major topic). För att hitta fler artiklar användes därefter major topic av ett av dessa nyckelord i nya kombinationer. *Communication* med *explode* kombinerades med *nurs** som trunkerades. Trunkering användes för att få med sökordens olika böjningsformer i fritext.³¹ Ord som *nurse* (sjuksköterska), *nursing assistant* (undersköterska) och *nurses*

aide (vårdbitråde) kom med. Men även nursing (omvårdnad) och tidskriftsnamn innefattande nursing. *Nurse - patient relation* kombinerades med *communicat** eller *interact** i titel eller abstrakt, för att utöka antalet artikelträffar med hög sannolikhet att de handlade om kommunikation. [5.2] Artiklar söktes även i referenslistor och tidskrifter. Där hittades bland annat artiklar om sång som inte var kodade som *nurse - patient relation* eller *communication*. Därför kombinerades bas sökningen *dementia/(nursing OR psykologi/psykosocial aspekt)* med *singing* och *nurs** för att inte missa liknande artiklar.

[3.1] Träfflistorna analyserades. Det första urvalet gjordes med hjälp av rubriker och andra urvalet vid granskning av abstrakt.³¹ Om abstrakt saknades eller inte var tydligt angående metod och innehåll i studie som låg till grund för artikeln, användes även samlad bild av nyckelord för urval av artikel. Artiklar som matchade syftet beställdes i fulltext. [4.1] Slutligt urval gjordes då artiklarna lästs i sin helhet och kvalitetsgranskats³² enligt Röda Korsets Högskolas mall.^{33: bilaga 1} [3.2] Litteratursökningen dokumenterades angående databas, sökord, avgränsningar, antal träffar, exklusionskriterier och valda artiklar³¹ i bilaga 2.

[4:1] Inklusionskriterier för urval var artiklar skrivna på engelska, granskade av sakkunniga och publicerade 2002-2011, som grundats på observationsstudier av kommunikation mellan personer med demenssjukdom och sjuksköterska, undersköterska eller vårdbitråde och som uppfyllde minst medelkvalitet enligt våra kriterier. För att uppnå hög kvalitet måste metoden vara välbeskriven, resultatet trovärdigt, svara på syftet och tillföra något nytt och vara användbart eller ge styrka åt tidigare forskning som saknar styrka. För att vara av medelkvalitet behövde resultatet vara trovärdigt och svara på syftet men några brister i metodbeskrivning accepterades. Då resultatet inte verkade trovärdigt på grund av brister i metod ansågs kvaliteten vara låg. 12 artiklar³⁴⁻⁴⁵ valdes. Artiklarna bygger på kvalitativ innehållsanalys av videoinspelningar^{34,36-45} eller fältanteckningar från observationer.³⁵ I fem av studierna^{34,41,43-45} har olika koder använts som sedan behandlats kvantitativt. Flera av artiklarna är gjorda av samma författarlag och bygger på samma underlag.^{37-39;40-41;43-45}

[4.2] Exklusionskriterier var studier med enstaka person eller av låg kvalitet. Ingen artikel uteslöts på grund av låg kvalitet.

Analys

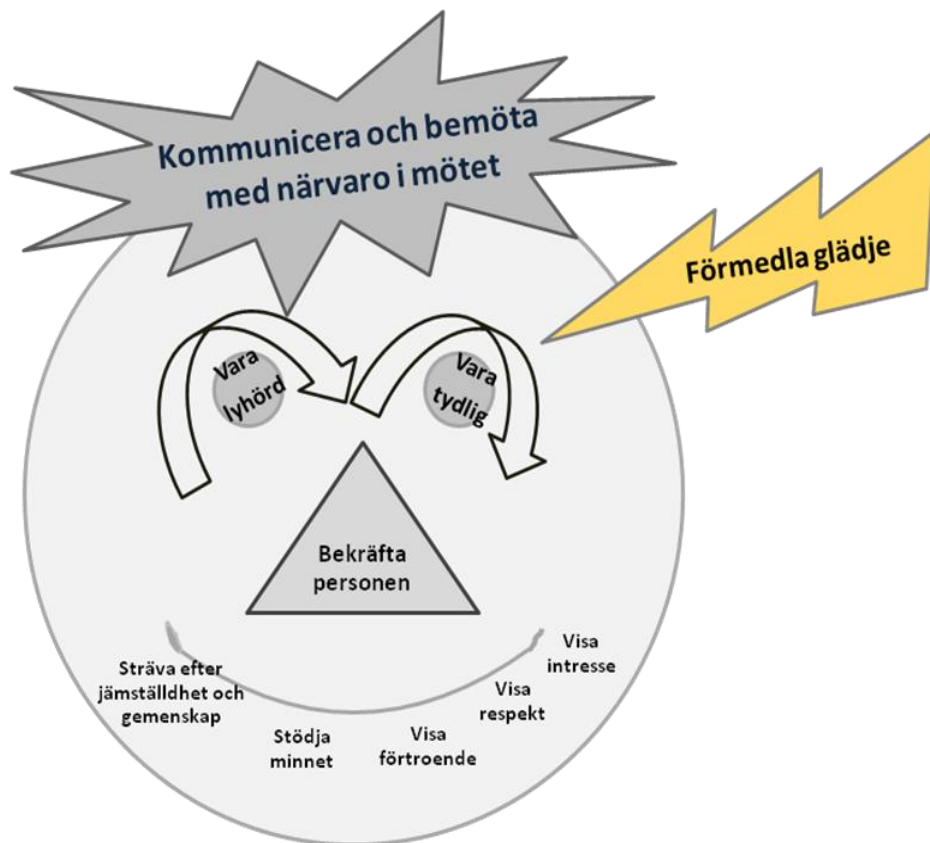
[5.1] Artiklarna lästes enskilt flera gånger av båda författarna och sammanfattades. Sammanfattningarna diskuterades, sammanställdes och redovisas i en artikelöversiktstabell.³², bilaga³ [6] Analys gjordes av artiklarnas resultat. Meningsenheter togs fram, översattes till svenska, tolkades och kodades. Exempel visas i bilaga 4. [7] Styrkan i olika delar av studiernas resultat utvärderades. [8] Likheter och skillnader sammanställdes i tema, kategorier och underkategorier.⁴⁶ Sammanställningen redovisas i uppsatsens resultatdel.⁴⁷ Efter varje rubrik i resultatet presenteras inom parentes antal artiklar (a), personer med demenssjukdom (pmd) och vårdare (v) som stödjer kategorin eller underkategorin.

Etiska övervägande och förförståelse

Endast artiklar som fått etiskt tillstånd och där etiska överväganden gjorts, har valts. Risken med litteraturstudier är att författarna väljer studier som stödjer den egna uppfattningen. Författarna är sjuksköterskor. En av författarna har stor erfarenhet av arbete med personer som har en demenssjukdom. Vi har aktivt hållit distans till vår förförståelse och preferenser vid analysen av artiklarna, för att objektivt göra urval och presentera resultat.^{29,30} En fördel med erfarenhet kan vara att kunskapen om demenssjukdomar gör det lättare att förstå fakta kring demenssjukdomarna i artiklarna. Alla resultat presenterades oavsett vår egen uppfattning.

RESULTAT

Resultatet bygger på 12 artiklar³⁴⁻⁴⁵ som alla analyserats kvalitativt och i fem^{34,41,43-45} av artiklarna har dessutom koder använts som behandlats kvantitativt. Artiklarna omfattade 83 personer med demenssjukdom och 109 vårdare.³⁴⁻⁴⁵ Vårt syfte var att beskriva hur vårdpersonal genom kommunikation och bemötande kan skapa förutsättningar för personer med demenssjukdom att delta i sin dagliga omvårdnad. I analysen av artiklarna framkom ett tema - att vårdaren genom att *kommunicera och bemöta med närvaro i mötet* kunde skapa förutsättningar för personen att delta. Närvaro i mötet innefattade kategorierna - *vara lyhörd, vara tydlig och bekräfta personen*. Det framkom även en fristående kategori - *förmedla glädje*, vilket också kunde skapa förutsättningar för personer med demenssjukdom att delta och må bra i den dagliga omvårdnaden.



Figur 2. Översikt av hur vårdare kan skapa förutsättningar för personer med demenssjukdom att delta i sin dagliga omvårdnad: I temat kommunicera och bemöta med närvaro i mötet ingår flödet av kategorierna vara lyhörd, vara tydlig och bekräfta personen. Kategorin bekräfta personen innefattar: visa intresse, visa respekt, visa förtroende, stödja minnet och sträva efter jämställdhet och gemenskap. Den fristående kategorin förmedla glädje tillför energi till kommunikationsprocessen och till personen med demenssjukdom.

Kommunicera och bemöta med närvaro i mötet

Att kommunicera och bemöta med närvaro i mötet innebar att vårdaren fokuserade på personen hon/han mötte. Genom att vara lyhörd för intryck, tydlig i sitt uttryck och bekräfta personen, ökade möjligheterna för vårdpersonalen att kunna förstå och hjälpa personen med demenssjukdom att delta i sin dagliga omvårdnad.

Vara lyhörd (10 a, 79 pmd, 73 v)

I flera studier framkom betydelsen av att vara lyhörd för den demenssjuka personen.^{34-42,45} Det var viktigt att kunna se, höra och tolka personen för att kunna skapa ett samspel och hjälpa henne/honom att delta i den dagliga aktiviteten.^{34-37, 40, 42} Att se personens förmågor för att kunna ta vara på dessa,^{35-37, 40, 42} uppfatta personens önskningar³⁶ och se

personens begränsningar för att kunna ge rätt hjälp.^{35-36, 42} Genom att vara lyhörd och anpassa strategier till exempel vid närmande kunde vårdaren ge personen med demenssjukdom en känsla av tillit och trygghet och därmed öka förutsättningarna för personen att delta i sin omvårdnad.³⁶ Då vårdpersonalen inte såg, hörde eller lyssnade på den demenssjuke personen kunde de inte heller hjälpa personen att delta.^{35,37-41,45}

Vara tydlig (8 a, 63 pmd, 57 v)

För att den demenssjuke personen skulle uppfatta och förstå budskap och kunna delta i omvårdnaden var det av vikt att budskapet framfördes tydligt och klart. Tydlighet bygger på närvaro i mötet och lyhördhet. Att vänta med att ge nya instruktioner eller ställa nya frågor tills personen uppfattat föregående^{34,35,40} och då den sjuke personen inte uppfattat uppmaningen upprepa densamma exakt,^{34, 36} kunde underlätta förståelsen.^{34-36,40} Det var även viktigt att tala om det som är aktuellt. Flera instruktioner samtidigt, dubbla budskap och indirekta uppmaningar kunde bli otydliga och svåra att följa.^{34,35,42} Det kunde även vara svårt för personer med demenssjukdom att förstå uppmaningar som gäller motoriska handlingar som framfördes genom frågor exempelvis *”kan du lyfta din fot?”* eller *”varför sätter du dig inte ner?”*.³⁴ I studier³⁷⁻⁴⁰ där vårdaren sjöng i samband med vårdaktiviteter försvann vårdarens verbala instruktioner, trots det tedde det sig som att personen med demenssjukdom hade lättare att förstå och kunna delta i aktiviteten.³⁷⁻⁴⁰ Detta tydde på att instruktioner kunde vara störande.

Kroppsspråket kunde förstärka tydligheten i kommunikationen och öka personens förutsättningar att delta i sin omvårdnad. Vårdaren kunde visa upp föremål och med gester förklara riktningar och handlingar för att öka tydligheten.^{34-37, 40,42} Beröring kunde också förstärka tydligheten i budskapet.^{36, 42} Det framkom i flera studier^{36,37,39,40,42} ett samband mellan att vårdpersonal och den sjuke var lugna och avslappnade och att kommunikationen fungerade. En orsak – verkan effekt framkom dock ej.

Bekräfta personen (12 a, 83 pmd, 109 v)

Då personen med demenssjukdom fick bekräftelse kunde hon/han känna sig betydelsefull,^{36,42} ha lättare för att öppna sig,³⁶ förstå sammanhang^{34-35, 37, 40,42} och delta i sin omvårdnad.³⁴⁻⁴⁵ Att bekräfta personen innefattade underkategorierna att visa

intresse, visa respekt, visa förtroende, stödja minnet och att sträva efter jämställdhet och gemenskap.

Visa intresse (7 a, 83 pmd, 109 v)

Ett sätt att bekräfta var att vårdaren visade intresse för personen.^{34-36,38,40} Detta kunde till exempel göras genom att ställa personliga och allmänna frågor till den sjuke personen, vilket underlättade för personen att delta i kommunikationen.^{34,42} Då vårdaren visade intresse och tillgänglighet, kunde personen känna sig betydelsefull och bli mer öppen för att delta.³⁶ Intresset kunde även visas genom att vårdaren hade ögonkontakt med den sjuke personen.^{35,38,40,42} I flera studier^{35,40,42} framkom ett starkt samband mellan en fungerande kommunikation och ögonkontakt. Enbart ögonkontakt var ändå inte tillräckligt för att skapa ett gott samspel.³⁸

Det kunde ha en lugnande effekt på personen samt underlätta förståelsen, då vårdaren satte sig ner och samtalade med den sjuke personen.³⁵ I en studie⁴³ verkade personerna med demenssjukdom bli ledsna, de grät, höll fast vårdpersonalen och hade svårt att delta i omvårdnaden, när vårdpersonalen inte visade intresse utan var helt tyst och kommunikation saknades.

Visa respekt (8 a, 72 pmd, 98 v)

Att visa respekt innefattade att ta hänsyn, kommunicera och bemöta vänligt, artigt och inte vara nedlåtande.^{42,45} När vårdaren anpassade sig och tog hänsyn till den sjuke personens vilja, förmåga och tilltalade som personen önskade, hade personen möjlighet att känna sig värdig, respekterad, trygg^{35-36,42} och kunde ha lättare att förstå situationen och delta i omvårdnaden.^{35,37,40} Om vårdaren tog hänsyn till personen uppstod färre konflikter.^{35, 37, 40} För att skydda personens självkänsla och därmed underlätta för personen att delta i sin omvårdnad, var det viktigt att hjälpa personen i aktiviteten vid behov och hålla balans mellan intimitet och avstånd.⁴²

Då vårdaren talade med den sjuke personen, som till ett litet barn och använde olämpliga intima uttryck som ”*lilla gumman*” eller ”*älskling*” kunde personen påverkas negativt.^{43,44} Kontakten mellan vårdaren och personen med demenssjukdom kunde bli

nedsett under aktiviteten. I några studier⁴²⁻⁴⁴ ökade motståndet till omvårdnaden då och personerna verkade irriterade.

Visa förtroende (5 a, 49 pmd, 76 v)

Det framkom i ett par studier^{36,42} ett samband mellan att vårdaren visade förtroende för personens förmågor och personens vilja och mod att försöka utföra aktiviteten. För att personen med demenssjukdom skulle våga delta och utföra handlingar kunde vårdaren behöva inge personen självförtroende genom att ge beröm eller uppmuntra och säga att du kan.^{36,42}

Att tilltala den sjuke personen med *vi* där handlingen inte gällde både vårdaren och personen med demenssjukdom, utan endast den sjuke personen visade brist på förtroende för personens förmåga, vilket kunde hindra den sjuke personen att behålla en positiv självkänsla och kunna delta i sin omvårdnad. Flera studier^{34,43-44} har visat att detta sätt att kommunicera inte var framgångsrikt. Personernas motstånd till vård ökade och de verkade irriterade.⁴³⁻⁴⁴ Styrkan av slutsatserna minskade dock på grund av att det var vanligare att använda tilltalet *vi* på detta sätt till personer med högre hjälpbehov och större kognitiva svårigheter i en av studierna⁴⁴ och i den andra studien var grad av demenssjukdom okänd.³⁴

Stödja minnet (4 a, 43 pmd, 42 v)

Vårdaren kunde genom att relatera till personen med demenssjukdom stärka personens minne och personlighet samt motverka förvirring hos den sjuke personen.³⁵ Minnet kunde även stimuleras av att sjunga välkända sånger till exempel folksånger, dryckesvisor, äldre barnvisor och populärsånger i samband med aktiviteter.^{37,40} I en av studierna³⁷ framkom att sångtexten kunde påminna personen om hennes/hans hem och tidigare liv. Det framkom även att personerna med demenssjukdom kunde minnas och utföra aktiviteter såsom att raka sig och att kamma sig självständigt som de ej vanligtvis kunde, utan att vårdaren instruerade personerna verbalt.³⁷

Vårdaren kunde hjälpa den demenssjuke personen genom att föreslå aktiviteter, eftersom personens minnesproblem kunde göra det svårt att komma på aktiviteter eller uttrycka önskningar själv.³⁶ När en demenssjuk person inte klarade av eller mindes en aktivitet kunde vårdaren berätta hur personen tidigare klarat av uppgiften på ett bra sätt,

för att uppmuntra och stödja personen att delta i aktiviteten. Vårdare som kände personen väl kunde också hjälpa personen att berätta en historia genom att göra inlägg om personen blev tyst, vilket kunde uppmuntra personen till att fortsätta berättelsen.³⁶

Sträva efter jämställdhet och gemenskap (9 a, 83 pmd, 109 v)

Då vårdaren involverade personen med demenssjukdom i aktiviteten genom att ge den sjuke tid och utrymme till att ta egna initiativ kunde det skapas ett bättre samarbete.^{36,37,40,42} Känslan av delaktighet och kontroll kunde personen med demenssjukdom få om vårdaren inte sade emot utan istället avledde personen genom att följsamt föreslå andra saker när deras önskan var svår att uppfylla, vilket kunde främja samarbetet. Att sitta i samma nivå som den sjuke personen kunde stärka jämlikheten och gemenskapen.³⁶ Gemenskapen kunde även stärkas av beröring^{36,42} eller genom att använda *vi* när detta gällde gemensam handling för både vårdaren och personen.^{34,42} Jämställdheten i kommunikationen gynnades av att vårdaren undvek att kommentera små misstag hos personen med demenssjukdom.³⁵⁻³⁶ Att vårdaren anpassade sitt tempo då den sjuke personen hade svårt att följa med möjliggjorde för personen att klara av uppgiften.³⁵ Genom att möta personen i sin egen värld kunde en gemensam bild av världen skapas eller kunde vårdaren låta den sjuke personen bidra med sin kunskap och erfarenhet,^{36,42} vilket kunde skapa ett känslomässigt band och bättre samarbete.⁴² Ett annat sätt att samarbeta kunde vara att förhandla med den demenssjuke under vårdaktiviteten.⁴²

Personer med demenssjukdom hade ingen möjlighet att utföra uppgifter då vårdaren avbröt dem eller utförde handlingen samtidigt som uppmaning gavs.^{34,40,42} I en studie⁴² väntade inte vårdaren på den sjuke personens tillåtelse i konfliktsituationer, utan utförde uppgifterna ändå. Då vårdaren styrde aktiviteten på ett kontrollerande sätt kunde personens förståelse av situationen^{35,45} och viljan att delta minska.⁴⁵ Då vårdpersonal pratade med personer med demenssjukdom som till små barn, blev inte personen bekräftad som vuxen och skillnaden mellan vårdpersonalen och personen förstärktes. Detta kunde göra personerna irriterade⁴³ och leda till ökat motstånd till vård.⁴³⁻⁴⁴

Förmedla glädje (5 a, 19 pmd, 15 v)

I studier³⁹⁻⁴¹ om sång i samband med aktiviteter ökade glädjen kraftigt hos både vårdpersonal och personer med demenssjukdom då vårdaren sjöng. Även då bakgrundsmusik, som personen med demenssjukdom tyckte om, spelades vid aktiviteterna ökade glädjen men inte i samma styrka och karaktär som då vårdaren sjöng.³⁹ Både vårdaren och den sjuke personen med demenssjukdom uttryckte välbefinnande då sång användes i aktiviteterna.³⁹⁻⁴⁰ Sången och glädjen verkade väcka slumrande förmågor, som fysisk styrka, balans, sensorisk och rumslig medvetenhet hos den sjuke personen³⁸ och gav stunder av klarhet i kommunikationen,^{37,39,40} som ökade personens förutsättningar att delta i sin omvårdnad. Flera personer kunde sjunga med i sångerna även om de i vanliga fall ej brukade säga mer än enstaka ord.^{37,39,40} Glädjen verkade ha god effekt på kommunikationen och gemenskapen under och efter sången.^{37,39,40} Det var stor likhet på reaktionerna i de olika situationerna hos de olika personerna i dessa studier vilket ökade trovärdigheten i resultaten.³⁷⁻⁴¹ En annan styrka i dessa studier³⁷⁻⁴¹ var att personerna jämfördes med sig själva i olika vårdsituationer.

Vid ett tillfälle då vårdaren lät irriterad när hon sjöng verkade även denna känsla överföras till personen med demenssjukdom och minska personens förutsättningar att delta.³⁹ Detta tyder på att även vårdpersonalens negativa känsloutryck kunde överföras till den sjuke personen, trots sången.

DISKUSSION

Metoddiskussion

Vi valde att göra en litteraturstudie, som bör vara grunden för all forskning.⁴⁶⁻⁴⁷ En av inklusionskriterierna för urval av artiklar var att artiklarna byggde på observation, vilket också rekommenderas för litteraturstudier som beskriver socialt samspel.³⁰ Sökningar gjordes i PubMed som är en stor databas med hänvisningar till biomedicinsk litteratur och CINAHL som är inriktad på omvårdnad. Vi gjorde provsökningar i PsykInfo som inte gav ytterligare artiklar, därför valde vi att inte ta med den databasen. Vi tror inte att sökningar i fler databaser skulle resultera i träffar av betydelse. Genom att undvika begränsning till major topic kunde fler artiklar hittas, men sökningen skulle vara betydligt sämre i sin träffsäkerhet och svårare att hantera. Vi tror inte detta påverkade resultatet.

En av artiklarna³⁶ hittades endast via manuell sökning. Den var så ny att den ännu inte fanns i PubMed eller CINAHL, men svarade bra på vårt syfte och höll god kvalitet.

Kommunikation är en central aspekt av omvårdnad, vilket gjorde det svårt att begränsa sökningen så att endast de artiklar som svarade på syftet kom med. *Bemötande* ingår till viss del i kommunikation. Att göra ytterligare begränsningar med sökord som *att delta* skulle innebära att träffar av intresse förbisågs. Det fanns stor enighet i val av artiklar. Artiklar som exkluderades beskrev symptom av demenssjukdom, åsikter, attityder eller upplevelser om sjukdom, vård eller kommunikation, IT - kommunikation och kognitiva hjälpmedel. Även artiklar som handlade om närståendevårdare, arbetsmiljö, vårdprogram, gruppaktiviteter, miljöpåverkan eller utbildnings effekt på kommunikation, information om diagnos, hade forskar perspektiv eller inte var primärstudier exkluderades. Artiklar där endast en person med demens ingick uteslöts liksom där det var oklart vilken vårdare som ingick och artiklar som inte baserats på observation.

För att kunna förstå omgivningen måste människor relatera till det de redan vet.¹³ Denna förförståelse kan ha gjort att ny information som motsade det vi redan visste missades eller bortförklarades, på grund av att vi människor omedvetet strävar efter att skapa en logisk enhet.¹³ Att vi valt artiklar skrivna på engelska kan också ha orsakat missförstånd och påverkat både urval och tolkning av artiklarna. Styrkan av trovärdigheten i resultatet var att risk för missförstånd hade minimerats genom att vi i analysen läste artiklarna enskilt, plockade ut meningsenheter, översatte och tolkade dem var för sig. Därefter diskuterade och reflekterade vi över tolkningen tillsammans. Efter flera diskussioner där begreppen skärskådats utformades en gemensam bild. Vi pendlade mellan närhet och distans till vår förförståelse, genom att försöka se objektivt på artiklarna och diskutera vår tolkning. Vi har växlat i perspektiv mellan helhet och detaljer i artiklarna. En annan styrka är att vi har olika bakgrund i vår profession som sjuksköterskor. Vi blev förvånade att vi fann så många undergrupper till att bekräfta personen. Undergrupperna gick till viss del i varandra och kunde grupperats annorlunda.

Röda korsets granskningsmall^{33: bilaga 1} gav fördjupad förståelse av artiklarna men saknade betygsriterier. Andra granskningsmallar^{29,30} skiljde tydligt på kvantitativa och

kvalitativa metoder vilket inte passade våra artiklar. Efter diskussion skapade vi egna kriterier. Kriterierna och kvalitetsbedömningen kan ha brister eftersom vi inte hade tidigare erfarenhet av att kvalitetsgranska vetenskaplig litteratur.

Resultatet styrktes av 12 kvalitativa artiklar, varav fem delvis var kvantitativa.^{34,41,43-45} Artiklarna innefattade 83 personer med demenssjukdom och 109 vårdpersonal. En svaghet var att artiklarna hade brister i förhållande till vårt syfte trots att de hade hög kvalitet i förhållande till sitt eget syfte. Några hade undersökt effekten av sångintervention.³⁷⁻⁴¹ Resultatet svarade bra på vad som hände i samband med interventionen som helhet, vilket var en förvånansvärt stor positiv effekt på kommunikationen och personerna med demenssjukdom. Orsak – verkan inbördes mellan detaljer i det som hände var svårt att fastslå även om samband sågs. Det verkade dock som att glädjen hade en avgörande betydelse för den goda effekt som sången hade, eftersom det var den utmärkande skillnaden mot de andra studierna. Tyvärr stöds dessa studier endast av 19 personer med demenssjukdom och gick därför inte att generalisera.³⁷⁻⁴¹ I andra studier⁴³⁻⁴⁴ undersöktes effekten av olika sätt att kommunicera och bemöta. Koder användes som innefattade flera delar. I vilken grad och hur de enskilda delarna påverkade personen kunde ej särskiljas. Som helhet pekade dock artiklarna³⁴⁻⁴⁵ enhetligt på betydelsen av att bekräfta personen och att närvara i mötet. Styrkan på slutsatserna ökade inte på grund av att flera artiklar som grundats på samma urval och gjorts av samma författarlag inkluderades, men gav en bredare bild av hur olika delar samverkade.

Studierna var gjorda på vårdhem i Sverige³⁵⁻⁴² och USA,^{34,43-45} där miljöerna och kulturen var liknande vilket ökade homogeniteten i urvalet och underlättade överförbarhet till västerländska vårdhem. Delar av resultatet kunde troligtvis även överföras till andra miljöer. I sjukhusmiljö är den demenssjuke personen ännu mer utsatt på grund av okänd miljö och okända vårdare.^{2,5,10} Könsfördelningen hos personerna med demenssjukdom i studierna var cirka två tredjedelar kvinnor och en tredjedel män. Vårdpersonalen var övervägande kvinnor, men det påverkade troligtvis inte resultatet. I en annan studie sågs ingen skillnad i kommunikation och bemötande på grund av vårdarens kön.⁴⁸

Vidare forskning kan ytterligare kartlägga förhållande mellan orsak - verkan i bemötande och kommunikationsprocessens detaljer. Det skulle även vara av intresse att studera om glädjen kan förmedlas på annat sätt än genom sång. Studier i sjukhusmiljö är också angeläget eftersom behovet att utveckla kommunikation och bemötande av personer med demenssjukdom är stort i denna miljö.^{11,49-51}

Resultatdiskussion

Vårt viktigaste fynd var betydelsen av att *bekräfta personen* med demenssjukdom för att skapa förutsättningar för henne/honom att delta och må bra i den dagliga vården.

Vårdaren kunde möjliggöra för personen att känna sig nöjd, tillfreds och motiverad till att delta i aktiviteter i sin dagliga omvårdnad genom att bekräfta personen, med sin kommunikation och sitt bemötande. Enligt Rogers,⁵² som utvecklade klientcentrerad terapi,²¹ har människor behov av både självaktning och uppskattning av andra för att växa som person.⁵² Rogers teori ligger till grund för både personcentrerad vård som utvecklats av Kitwood och Bredin⁴ och SAUC modellen för bekräftande omvårdnad.⁵³ SAUC modellen står för S – sympathy expressing (uttrycka sympati), A – acceptans establishing (skapa acceptans), U - understanding acquiring (skapande av förståelse) och C – competence manifesting (befästa kompetens) och har utvecklats av Gustafsson och Pörn.⁵³ Behovet av bekräftelse av andra ökar enligt Kitwood och Bredin⁵⁴ då en person får demenssjukdom och mister förmågor.

Personcentrerad vård bygger på synsättet, att vårdaren ska se hela personen. Även en sjuk människa är först och främst en person och sjukdomen är endast en del av personen. Målet är att ge personen maximala förutsättningar för att må bra och behålla sina förmågor. Mycket av det som beskrivs i personcentrerad vård påminner om vårt resultat. I personcentrerad vård innefattas till exempel att respektera och bekräfta personens upplevelse och tolkning av ohälsa och sjukdom, samt att arbeta utifrån denna tolkning för att främja hälsa med utgångspunkt i vad hälsa betyder för just denna enskilda person.^{4,54,55}

För att bekräfta personen behövde vårdaren *vara lyhörd*. Detta överrensstämmer med Rogers,⁵² Kitwoods⁴ och Gustafssons⁵³ teorier om att genuint närvara och förstå personen för att kunna bekräfta personen. I en studie från vårdhem⁵⁶ framkom betydelse

av att närvara både i tanken och moraliskt för att underlätta för personer med demenssjukdom att delta i vården.

Kommunikation och bemötande är en dynamisk process. I vårt resultat började processen med att vårdaren var lyhörd och läste av personen med demenssjukdom. I SAUC modellen börjar processen med att vårdaren visar intresse för personen och sedan respekt innan de läser av personen.⁵³ Detta är olika sätt att beskriva samma process för att bekräfta den sjuke personen. Bekräftelsen sker genom jämlikhet i relationen och förtroende för personen i både SAUC modellen⁵³ och i vårt resultat. Enligt Gustafsson⁵³ kan vårdaren gå direkt till fas C och jobba efter sin kunskap om personen då vårdare och personen känner varandra. Detta motsäger det vi såg i vår litteraturstudie av personer med demenssjukdom och vårdare som kände varandra väl. Kommunikationen och bemötande av personer med demenssjukdom var en ständig pågående process, på grund av personens minnesproblem. Vårdaren måste fortsätta vara lyhörd och se personen under hela mötet, för att kunna bekräfta personen. SAUC modellen har inte utarbetats specifikt för personer med demenssjukdom.⁵³

För att bekräfta personer med demenssjukdom var det viktigt att vårdaren *var tydlig*. Rogers,⁵² Gustafsson⁵³ och Kitwood⁴ tar inte upp vikten av tydlighet. Deras teorier fokuserar mer på bemötande än kommunikation. Vikten av tydlighet i kommunikationen får stöd i grundläggande kommunikationsteori²⁵ där det beskrivs hur budskapet kan störas av ”*brus*”. Vårdaren kan öka bruset med överflödig information. I studierna vi har analyserat behövdes tydlighet för att nå personen och för att personen skulle kunna förstå. Ofta har det handlat om instruktioner men vårdaren måste också nå och få personen att förstå för att kunna bekräfta personen. En persons självkänsla kan stärkas av att kunna förstå och klara av saker.⁵⁴

Ett annat viktigt fynd var att vårdaren genom att *förmedla glädje* lättare kunde nå personen med demenssjukdom och öka personens kompetens och välbefinnande. Även i personcentrerad vård tas glädje upp som en viktig del av vården både som ett medel och som ett mål.⁴ Att vårdare och personer med demenssjukdom verkade dela känslor har setts i tidigare studier.^{23,57} Inom allmän psykologi sätts ett samband mellan känsla och motivation.²¹

I den kliniska vården är det viktigt att vårdaren bekräftar personer med demenssjukdom med sitt sätt att kommunicera och bemöta. Forskningsresultat kan inte i sig själv påverka personalens kommunikation och bemötande. För att påverka beteenden behöver synsätt och attityd påverkas och fördomar bekämpas med kunskap och fastställd värdegrund.^{4,26,55,56} I en studie⁵⁸ framkom att vårdare som hade mer utbildning om demensvård arbetade mer personcentrerat än de som hade mindre kunskap. Studier⁵⁹ har visat att för att påverka kommunikationen och bemötande av personer med demenssjukdom, behövs regelbunden utbildning om kommunikation och bemötande av dessa personer. Ett exempel kan vara att utbilda sjuksköterska eller undersköterska i avancerad demensvård som sedan kan handleda kollegor.⁶⁰ Språket som används kan påverka både eget och andras synsätt. Genom att använda personbegreppet istället för patientbegreppet reduceras inte personen till sin sjukdom utan synen av en individ med ett socialt sammanhang stärks.^{4,55} Kommunikation och bemötande är också beroende av organisatoriska förutsättningar som ger utrymme för sjuksköterskor att hjälpa den sjuke att genomföra det hon/han önskar, såsom att ta tid att samtala om intressen, önskingar och tidigare liv.⁵⁵ Vårdpersonal behöver dessutom tid att reflektera över värderingar och rutiner.⁵⁶ Även utveckling av självkännet är viktigt.^{4,52}

Slutsats

Kommunikation och bemötande med närvaro i mötet var en förutsättning för att personer med demenssjukdom skulle kunna delta och må bra i den dagliga omvårdnaden. Närvaro i mötet innebar att vara lyhörd, tydlig och bekräfta personen. Att vara lyhörd var en förutsättning för att vara tydlig. Både lyhördhet och tydlighet var nödvändiga för att bekräfta personen. Bekräftelsen av personen innefattade att visa intresse, respekt, förtroende, stödja minnet och att sträva efter jämställdhet och gemenskap. Genom att förmedla glädje kunde vårdaren stärka närvaron i mötet och processen i kommunikationen samt öka medvetenhet och fysisk förmåga hos personen med demenssjukdom.

REFERENSER

Artiklar som ingår i studien är markerade med *.

1. Holst G & Hallberg IR. Exploring the meaning of everyday life, for those suffering from dementia. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*. 2003; 18(6): 359-365.
2. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom 2010: stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2010. (Elektronisk). (2010-05-20) Tillgänglig: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18012/2010-5-1.pdf> (2011-10-10).
3. Wallskär H. Vård av personer med demenssjukdom: vad vet vi idag? Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU), 2007. (Elektronisk) (2007-11-17) Tillgänglig: http://www.sbu.se/upload/Publikationer/Content0/1/Demens_2007_kommun.pdf (2011-11-19).
4. Kitwood TM. *Dementia reconsidered: the person comes first*. Buckingham: Open University Press; 1997.
5. Marcusson J, Blennow K, Skoog I & Wallin A. I: Marcusson J. (red.). *Alzheimers sjukdom och andra kognitiva sjukdomar*. 2., [rev.] uppl. Stockholm: Liber; 2003. s. 9-11.
6. Socialstyrelsen. *Folkhälsorapport 2009*. Stockholm: Socialstyrelsen; 2009 ISBN:978-91-978065-8-9. (Elektronisk). (2009-03-19) Tillgänglig: http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8495/2009-126-71_200912671.pdf (2011-11-19).
7. Statistiska centralbyrån. *Folkmängd efter ålder och kön. År 2011-2110*. (Elektronisk). (2011-04-15) Tillgänglig: <http://www.scb.se/> (2011-10-10).
8. Statistiska centralbyrån. *Folkmängden i riket efter civilstånd ålder och kön. År 1068-2010*. (Elektronisk). (2011-02-18) Tillgänglig: <http://www.scb.se/> (2011-10-10).
9. Sabat SR. Language funktion in Alzheimer's disease: A critical review of selected literature. *Language & Communication*. 1994; 14(4): 331-351.
10. Rämgård M. *Platsens betydelse för dementa. En studie av demensvården i tre skånska kommuner*. FoU Skåne. Skriftserie 2009:8, ISSN 1404-5419. ISBN 978-91-89661-38-7 (Elektronisk) (2009-12-15) Tillgänglig: <http://www.kfsk.se/download/18.15ad65ca12568c4aca1800010176/Skriftserie+2009-8+webb.pdf> (2011-10-27).

11. Eriksson C & Saveman BI. Nurses' experiences of abusive/non-abusive caring for demented patients in acute care settings. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2002; 16(1): 79-85.
12. Brottsbalk (1962:700) 24 kap. Om allmänna grunder för ansvarsfrihet 4 §. (Elektronisk). Tillgänglig: <http://www.lagrummet.se/> (2012-02-08).
13. Birkler J. *Filosofi och omvårdnad: etik och människosyn*. 1. uppl. Stockholm: Liber; 2007.
14. Hälso- sjukvårdslagen. SFS-nr: 1982:763. (Elektronisk). Tillgänglig: <http://www.lagrummet.se/> (2012-02-08).
15. Kristoffersen NJ, Nortvedt F & Skaug E. *Om Omvårdnad*. I: Kristoffersen NJ, Nortvedt F & Skaug E (red.). *Grundläggande omvårdnad*. 1. 1. uppl. Stockholm: Liber; 2005. s. 13-27.
16. Svenska akademien Lexikaliska institutet. *Svensk ordbok: utgiven av Svenska Akademien*. 1. uppl. Stockholm: Norstedt [distributör]; 2009.
17. Socialstyrelsen. *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Artikelnr 2005-105-1 (Elektronisk). (2005-02-22) Tillgänglig: http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf (2011-10-10).
18. Andersson SO. *Mötet och samtalet*. I: Fossum B (red.). *Kommunikation: samtal och bemötande i vården*. 1. uppl. Lund: Studentlitteratur; 2007. s. 101-134.
19. Holst G. *Bridging the communication gap between a person with dementia and caregivers. A nursing perspective*. Lund: Univ.; 2000.
20. Larsson I, Rahle Hasselbalch L & Palm L. *Patientkommunikation i praktiken: information, dialog, delaktighet*. Stockholm: Norstedts akademiska förlag; 2008.
21. Karlsson L. *Psykologins grunder*. 3., [uppdaterade och utökade] uppl. Lund: Studentlitteratur; 2004.
22. Johansson O. *Kommunikation med äldre*. I: Stål R (red.). *Vårdkommunikation i teori och praktik*. 1:2. uppl. Lund: Studentlitteratur; 2008. s. 105-123.
23. Edberg AK. *Att möta personer med demens*. I Edberg AK (red.). *Att möta personer med demens*. Lund: Studentlitteratur; 2002. s. 13-27.
24. Bridges J & Wilkinson C. *Achieving dignity for older people with dementia in hospital*. *Nursing standard*. 2011; 25(29): 42-47.
25. Fossum B. *Modeller och teorier för kommunikation och bemötande*. I: Fossum B (red.). *Kommunikation: samtal och bemötande i vården*. 1. uppl. Lund: Studentlitteratur; 2007. s. 23-39.

26. SOU 1999:21 Utredningen om bemötande av personer med funktionshinder. Lindqvists nia: nio vägar att utveckla bemötandet av personer med funktionshinder: slutbetänkande. Stockholm: Fakta info direkt; 1999.
27. Jootun D & McGhee G. Effective communication with people who have dementia. *Nursing Standard*. 2010; 25(25): 40-46.
28. Willman A. Hälsa är att leva: en teoretisk och empirisk analys av begreppet hälsa med exempel från geriatrisk omvårdnad. 1. uppl. Diss. Lund: Univ.; 1996.
29. Forsberg C & Wengström Y. Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning. 2., [uppdaterade] utg. Stockholm: Natur & Kultur; 2008.
30. Polit DF & Beck CT. Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice. 7., [uppdaterade] uppl. Philadelphia PA: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins; 2009[2010].
31. Östlund L. Informationssökning. I: Friberg F (red.). Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten. Lund: Studentlitteratur; 2006. s. 115-124.
32. Friberg F. Tankeprocessen under examensarbetet. I: Friberg F (red.). Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten. Lund: Studentlitteratur; 2006. s. 27-36.
33. Röda Korsets Högskola. Att välja artiklar som är viktiga och relevanta. (Elektronisk). (2005-11-14) Tillgänglig: http://biblioteket.rkh.se/docs/mall_granskning.pdf (2012-02-08).
34. * Christenson AM, Buchanan JA, Houlihan D & Wanzek M. Command use and compliance in staff communication with elderly residents of long-term care facilities. *Behavior Therapy*. 2011; 42(1): 47-58.
35. * Eggers T, Norberg A & Ekman SL. Counteracting Fragmentation in the Care of People With Moderate and Severe Dementia. *Clinical Nursing Research*. 2005; 14(4):343-369.
36. *Ericsson I, Kjellström S & Hellström I. Creating relationships with persons with moderate to severe dementia. *Dementia*. 2011; 0(0): 1-17. doi: 10.1177/1471301211418161. (Elektronisk). (2011-10-09). Tillgänglig: <http://dem.sagepub.com/content/early/2011/10/05/1471301211418161> (2012-02-06).
37. * Götell E, Brown S & Ekman SL. Caregiver Singing and Background Music in Dementia Care. *Western Journal of Nursing Research*. 2002; 24(2):195-216.

38. * Götell E, Brown S & Ekman SL. Influence of Caregiver Singing and Background Music on Posture, Movement, and sensory Awareness in Dementia Care. *International Psychogeriatrics*. 2003; 15(4): 411-430.
39. * Götell E, Brown S & Ekman SL. The influence of caregiver singing and background music on vocally expressed emotions and moods in dementia care: A qualitative analysis. *International Journal of Nursing Studies*. 2009; 46(4): 422-430.
40. * Hammar LM, Emami A, Engström G & Götell E. Communicating through caregiver singing during morning care situations in dementia care. *Scandinavian Journal of caring Sciences*. 2011; 25: 160-168.
41. * Hammar LM, Emami A, Götell E & Engström G. The impact of caregivers' singing on expressions of emotion and resistance during morning care situations in persons with dementia: an intervention in dementia care. *Journal of Clinical Nursing*. 2011; 20: 969-978.
42. * Hansebo G & Kihlgren M. Carers' interactions with patients suffering from severe dementia: a difficult balance to facilitate mutual togetherness. *Journal of Clinical Nursing*. 2002; 11: 225-236.
43. * Herman RE & Williams KN. Elderspeak's Influence on Resistive to Care: Focus on Behavioral Events. *American Journal of Alzheimer's disease and other dementias*. 2009; 24(5): 417-423.
44. * Williams KN, Herman R, Gajewski B & Wilson K. Elderspeak communication: Impact on dementia care. *American Journal of Alzheimer's disease and other dementias*. 2009; 24(1): 11-20.
45. * Williams KN & Herman RE. Linking Resident behavior to Dementia Care Communication: Effects of Emotional tone. *Behavior Therapy*. 2011; 42(1): 42-46.
46. Axelsson Å. Litteraturstudie. I: Granskär M & Höglund-Nielsen B (red.). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. 1. uppl. Lund: Studentlitteratur; 2008. s. 173-188.
47. Friberg F. Att göra en litteraturöversikt. I: Friberg F (red.). *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur; 2006. s. 115-124.
48. Skovdahl K, Larsson Kihlgren A & Kihlgren M. Dementia and aggressiveness: video recorded morning care from different care units. *Journal of Clinical Nursing*. 2003; 12: 888-898.
49. Cowdell F. Care of older people with dementia in an acute hospital setting. *Nursing Standard*. 2010; 24(23): 42-48.

50. Nolan L. Caring for people with dementia in the acute setting: a study of nurses' views. *British Journal of Nursing*. 2007; 16(7): 419-422.
51. Lanesjö E. Olämplig vårdmiljö för allt fler demenssjuka. *Äldre i centrum*. 2011; (2), s. 39-40.
52. Rogers CR. *On Becoming a Person*. (1961). (Elektronisk). Tillgänglig: http://books.google.se/books?id=0yHBXXhJbKQC&hl=sv&source=gbs_ViewAPI&printsec=frontcover&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false (2012-04-24).
53. Gustafsson B. The SAUC Model for Confirming Nursing. *Theoria: Journal of Nursing Theory*. 2000; 9(1): 6-21.
54. Kitwood TM & Bredin K. Towards a Theory of Dementia Care: Personhood and Wellbeing. *Ageing and Society*. 1992; 12: 269-289.
55. Svensk sjuksköterskeförening. Personcentrerad vård. (2010-11-26). (Elektronisk). Tillgänglig: http://www.swenurse.se/PageFiles/9595/Nr80_26nov_OM%20Personcetrerad.pdf (2012-04-07).
56. Helgesen AK, Larsson M & Athlin E. 'Patient participation' in everyday activities in special care units for persons with dementia in Norwegian nursing homes. *International Journal of Older People Nursing*. 2010; 5(2): 169-178.
57. Norberg A. Caring for demented patients. *Acta Neurologica Scandinavica*. 1996; 165: 105-108.
58. Normann HK, Asplund K & Norberg A. Attitudes of Registered Nurses towards patients with severe dementia. *Journal of clinical nursing*. 1999; 8(4): 353-359.
59. Levy-Storms L. Therapeutic communication in long-term care institutions: Recommendations for future research. *Patient Education and Counseling*. 2008; 73: 8-21.
60. Stiftelsen Silviahemmet. Demensvård för livskvalitet. Stiftelsen Silviahemmets utbildning 2012. (2012-01-18).(Elektronisk). Tillgänglig: http://www.silviahemmet.se/wp-content/uploads/2010/03/Katalog-2012_5.pdf (2012-04-07).

Bilaga 1

Mall för granskning av vetenskapliga artiklar

Detta är ett hjälpmedel för att bedöma vetenskapliga artiklars kvalitet och användbarhet för Dina studiesyften. Besvara inte kriterierna med endast Ja eller Nej. Motivera alltid Din bedömning. Alla frågor är inte relevanta för alla artiklar.

Börja med slutet! 1. Konklusion och/eller diskussion. (eng. Conclusion/discussion)	Egna Anteckningar
Försök att inledningsvis skapa Dig en uppfattning om forskarens konklusioner och/eller diskussion. Det ger dig en utgångspunkt i den fortsatta läsningen. Det är viktigt att veta vad presentationen av artikeln ska leda till för att kunna bedöma relevansen i vad som representerar underlaget för forskarens argumentation. a) Vilka resultat dominerar diskussionen och/eller konklusionen? b) Formulera Din uppfattning om konklusionen/diskussionen. Det kommer att vara en värdefull utgångspunkt i Din vidare läsning.	
2. Syfte (eng. Purpose, Aim)	
a) Vad är syftet med studien/undersökningen? b) Finns det några specifika frågeställningar formulerade? c) Verkar det rimligt i förhållande till Din egen utgångspunkt?	
3. Bakgrund (eng. Introduction, Background, Literature review, Conceptual framework)	
a) Refererar författaren till tidigare forskning? Om ja, vilken? b) Presenteras en teori som utgör ramen för studien? Om ja, vilken/vilka? c) Finns viktiga termer och/eller begrepp definierade? Om ja, vilken/vilka? d) Förtydligas eller förklaras det i bakgrunden varför denna studie är nödvändig? Om ja, med vilka argument? e) Beskriver forskaren sin egen förförståelse eller sitt eget synsätt (viktigt i studier med kvalitativa data)? Om ja, hur? f) Verkar bakgrunden rimlig i förhållande till Din egen utgångspunkt och författarens syfte?	

Detta förstår jag inte:

<p>4. Metod (eng. Method: Study setting, Sample, Participants, Procedure, Intervention)</p>	
<p>a) Vilken typ av studie utfördes (ex. experiment. hermeneutisk textanalys)?</p> <p>b) I vilken miljö genomfördes studien ex. sjukhus, skola, laboratorium)?</p> <p>c) Urval (vem, vilka, vad undersöktes)? Beskrivs ev. försökspersoner, var de unika på något sätt eller "normaltyper".</p> <p>d) Hur gick man tillväga för att välja deltagare/försökspersoner (ex. slumpmässigt urval, konsekutivt, strategiskt urval)?</p> <p>e) Hur många deltagare/försökspersoner ingick i studien?</p> <p>f) Erhölls godkännande från etisk kommitté? Beskrivs det hur försökspersonernas identitet skyddades och frivillighet garanterades?</p> <p>g) Hur gick datainsamlingen till (ex. mätningar, enkäter, intervjuer, observationer)?</p> <p>h) Verkar metoden för datainsamlingen och ev. val av försökspersoner rimliga och relevanta i förhållande till Din egen utgångspunkt och forskarens syfte?</p> <p>i) På vilket sätt analyserades materialet (statistiska metoder, begreppsanalys. viss tolkningsmetod etc)?</p> <p>j) Användes beskrivande statistik (tabeller, figurer, stapeldiagram etc) och/eller statistiska analyser? Om ja, vilka?</p> <p>k) Vid statistisk analys, vilka variabler undersöktes?</p> <p>l) Beskrivs hur validitet och reliabilitet (kvantitativa analyser), trovärdighet och överförbarhet (kvalitativa analyser) säkerstälts?</p> <p>m) Tycker Du att metodavsnittet ger en tydlig beskrivning av tillvägagångssättet? Skulle det vara möjligt att göra om (replikera) studien genom att följa metodbeskrivningen?</p> <p>n) Verkar metoden som helhet rimlig i förhållande till Din egen utgångspunkt och forskarens syfte? Finns det svagheter av betydelse för just Dina syften?</p>	

Detta förstår jag inte:

5. Resultat (eng. Results, Findings)	
a) Beskriv resultaten av undersökningen.	
b) Om statistiska analyser använts identifiera de resultat som är statistiskt signifikanta och ange signifikansnivån.	
c) Vid tolkande analyser, ange teman och/eller kategorier. Verkar resultaten logiska, tillförlitliga och trovärdiga?	
6. Diskussion och/eller konklusion (eng. Discussion, Conclusion, Implications for further research)	
Läs nu diskussion och konklusion igen.	
a) Vilka slutsatser drar forskaren?	
b) Vilka begränsningar diskuterar forskaren?	
c) Räkna upp förslag på fortsatt forskning, forskarens och/eller egna.	
d) Verkar detta rimligt i förhållande till Din egen utgångspunkt och forskarens syfte?	
7. Innebörden av studien för den praktiska vården (eng. Clinical implications, Implications for practice)	
a) Vilka resultat kan ha betydelse för den praktiska vården enligt forskaren?	
b) Anser Du att resultaten är lämpliga att omsätta i praktiskt vårdarbete? Om ja, i vilken miljö?	
c) Hur skulle användandet av dessa resultat förändra arbetet på Din avdelning? Beskriv utifrån tidsaspekter, arbetsbelastning, ekonomi, juridiska och etiska aspekter, kvalitet för vem/vilka grupper.	
8. Sammanfattande helhetsbedömning	
a) Syftet: varför har undersökningen gjorts?	
b) Genomförandet: på vilket sätt har undersökningen gjorts?	
c) Kvaliteten: hur bra anser du att undersökningen är?	
d) Relevans: är denna studien relevant för dina patienter?	

Detta förstår jag inte:

Betyg:

Bilaga 2

Sökschema för datorbaserad litteratursökning

Datum	Databas	Sökord och boolesk operator (and, or, not)	Begränsningar	Typ av sökning	Antal träffar	Motiv till exklusion av artiklar	Utvalda artiklar
28/3 2012	PubMed	("Dementia/nursing"[Mesh] OR "Dementia/psychology"[Mesh]) AND "Nurse-Patient Relations"[Mesh] AND "Communication"[Mesh]	English[lang] AND 2002-2011"[PDat]) NOT (Letter[ptyp] OR Review[ptyp])	MESH	35	Ej primärstudie. Rollspel, miljö eller utbildnings effekter på kommunikon. Åsikter eller upplevelser av kommunikation, vårdpersonalens attityder och kompetens. Intervention där personalen själv beskriver effekten. Forskar perspektiv. Information om diagnos. IT-telekommunikation, vårdtyngd. Artiklar där endast en person med demens ingår.	5
28/3 2012	PubMed	("Dementia/nursing"[Mesh] OR "Dementia/psychology"[Mesh]) AND "Nurse-Patient Relations"[Majr] AND "Communication"[Majr]	English[lang] AND 2002-2011"[PDat]) NOT (Letter[ptyp] OR Review[ptyp])	MESH och Major	12	Ej primärstudie. Gruppaktiveter. Utbildnings effekter på kommunikon. Åsikter om kommunikation. Information om diagnos. Artikel där endast en person med demens ingår.	3
28/3 2012	PubMed	("Dementia/nursing"[Mesh] OR "Dementia/psychology"[Mesh]) AND "Nurse-Patient Relations"[Majr] AND (communicat*[Title/Abstract]) OR (interact*[Title/Abstract])	English[lang] AND 2002-2011"[PDat]) NOT (Letter[ptyp] OR Review[ptyp])	MESH, Major och Titel/abstrakt	19	Ej primärstudie. Gruppaktivitet. Utbildnings effekter på kommunikon. Åsikter eller upplevelser av kommunikation, vårdpersonalens attityder och kompetens. IT-telekommunikation, mäta vårdform. Artiklar där endast en person med demens ingår.	5
28/3 2012	PubMed	("Dementia/nursing"[Mesh] OR "Dementia/psychology"[Mesh]) AND "Communication"[Majr] AND nurs*	English[lang] AND 2002-2011"[PDat]) NOT (Letter[ptyp] OR Review[ptyp])	MESH, Major och fritext	65	Ej primärstudie. Närstående vårdare. Upplevelse av sjukdom. Vårdprogram. Story telling, gruppaktiveter, miljö eller utbildnings effekter på kommunikon. Åsikter eller upplevelser av kommunikation. Förmågor hos personer med demenssjukdom. Tolka personer med demenssjukdom. Aggression i förhållande till sjukdom. Forskar perspektiv. Arbetsmiljö. Information om diagnos. IT-system, telekommunikation. Artiklar där endast en person med demens ingår eller oklart vilken vårdare.	5
28/3 2012	PubMed	("Dementia/nursing"[Mesh] OR "Dementia/psychology"[Mesh]) AND nurs* AND Singing	English[lang] AND 2002-2011"[PDat]) NOT (Letter[ptyp] OR Review[ptyp])	MESH och fritext	5		5
28/3 2012	PubMed	Totalt	English[lang] AND 2002-2011"[PDat]) NOT (Letter[ptyp] OR Review[ptyp])	MESH, Major, Titel/abstrakt och fritext	92	Ej primärstudie. Närstående vårdare. Upplevelse av sjukdom. Vårdprogram. Story telling, gruppaktiveter, miljö eller utbildnings effekter på kommunikon. Åsikter eller upplevelser av kommunikation, vårdpersonalens attityder, kompetens och arbetsmiljö. Intervention där personalen själv beskriver effekten. Förmågor hos personer med demenssjukdom. Tolka personer med demenssjukdom. Aggression i förhållande till sjukdom. Forskar perspektiv. Information om diagnos. IT-system, telekommunikation, vårdtyngd. Artiklar där endast en person med demens ingår eller oklart vilken vårdare.	10

11/3 2012	CINAHL	(MH "Dementia+/NU/PF") AND (MH "Communication+") AND (MH "Nurse-Patient Relations")	Published Date: 2002-2011; English Language; Peer Reviewed	Headings och explode	49	Ingen primärstudie. Massage. Artikel där endast en person med demens ingår. Personalens upplevelse sjukdom och vård.	4
11/3 2012	CINAHL	(MH "Dementia+/NU/PF") AND (MM "Communication+") AND (MM "Nurse-Patient Relations")	Published Date: 2002-2011; English Language; Peer Reviewed	major concept, explode	15	Ingen primärstudie. Artikel där endast en person med demens ingår. Personalens upplevelse sjukdom och vård.	3
11/3 2012	CINAHL	(MH "Dementia+/NU/PF") AND (MM "Communication+") AND nurs*	Published Date: 2002-2011; English Language; Peer Reviewed	Headings, major concept, explode och fritext	41	Ingen primärstudie. Artiklar där endast en person med demens ingår eller oklart vilken vårdare. Vårdprogram. Utbildnings effekt på kommunikation. Attityder eller upplevelser av sjukdom och vård. Story telling program. Smärta. Närståendes relation till vården.	4
11/3 2012	CINAHL	(MH "Dementia+/NU/PF") AND (MM "Nurse-Patient Relations") AND ((TI interact*) OR (AB interact*) OR (TI communicat*) OR (AB communicat*))	Published Date: 2002-2011; English Language; Peer Reviewed	Headings o, explode och fritext i title eller abstrakt	20	Ingen primärstudie. Artikel där endast en person med demens ingår. Vårdprogram. Utbildnings effekt på kommunikation. Attityder till sjukdom och vård. Hjälpmedel.	5
11/3 2012	CINAHL	(MH "Dementia+/NU/PF") AND singing AND nurs*	Published Date: 2002-2011; English Language; Peer Reviewed	Headings o, explode och fritext	5	Ingen studie. Dramaprogram.	3
11/3 2012	CINAHL	Totalt	Published Date: 2002-2011; English Language; Peer Reviewed	Headings, major concept, explode, fritext , title och abstrakt	77	Ingen primärstudie. Artiklar där endast en person med demens ingår eller oklart vilken vårdare. Vårdprogram. Utbildnings effekt på kommunikation. Attityder till sjukdom och vård. Story telling program. Smärta. Närståendes relation till vården. Hjälpmedel.	6
Totalt PubMed och CINAHL			Published Date: 2002-2011; English Language		146		11

Bilaga 3

Artikelöversikt

Författare Land År	Titel	Syfte	Urval Datainsamlingsmetod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
Christenson AM, Buchanan JA, Houlihan D & Wanzek M USA 2011 ³⁴	Command use and compliance in staff communicatio n with elderly residents of long-term care facilities.	Undersöka förhållandet mellan olika typer av uppmaning och dess effekt.	Strategiskt urval. 11 personer med demens från tre olika boenden och 11 certifierade omvårdnads assistenter. Tyvärr är grad av demens och personalens erfarenhet inte känd. 822 uppmaningar videofilmades under dagliga vårdaktiviteter (ADL). 85 uppmaningar uteslöts .	Kodsystem utarbetades med uppmanings typer och undertyper. Alfauppmaningar där respons är förväntad och möjlig. Betauppmaningar där uppmaning är svårt att uppfylla. Videoklippen granskades minst 2 gånger, kombination av kvalitativ och kvantitativ innehållsanalys.	Alfauppmaningar är mer effektiva än betauppmaningar. Uppmaningar som är direkta, förstärkta genom förklaring och exakt repeterade är de mest effektiva. Uppmaningar genom frågor med förväntad motorisk respons eller sammansatta uppmaningar är ineffektiva. Indirekta, sammansatta eller uteslutande- uppmaningar slutar ofta med att personalen själv utför handlingen.	Hög
Eggers T, Norberg A & Ekman SA Sverige 2005 ³⁵	Counteracting Fragmentation in the Care of People With Moderate and Severe Dementia	Att undersöka interaktionen mellan vårdare och personer med måttlig till svår demenssjukdom som är välkända för vårdarna, för att ta bort episoder av splittring och se hur vårdare motverkar splittring.	5 kvinnliga och 10 manliga patienter med måttlig till svår demenssjukdom, 16 kvinnliga och 2 manliga vårdare varav 2 sjuksköterskor, 7 undersköterskor och 9 vårdbiträde. Under 4 månader gjordes fältanteckningar av deltagarobservationer av patienterna i interaktion med sina vårdare under 4 timmar var gång under morgonaktivitet, frukost och sociala aktiviteter.	Kvalitativ innehållsanalys. Fältanteckningarna från interaktionerna analyserades genom uttolkning och innehållsanalys i steg. Detta inkluderade tolkande läsning av varje meningsenhet (en period av interaktionen) för att utveckla kategorier och dimensioner som kunde belysa hur splittring motarbetades.	Resultatet visade att av 92 vårdepisoder att 58 visade icke splittring och 34 visade splittring. Av de 92 episoderna sågs i 65 att vårdare motverkade splittring och 27 visade ingen motverkan mot splittring. 4 dimensioner framkom i analysen: uppmärksamhet, respekt, individualitet och anpassning. Varje dimension innehöll en kategori och dess motsats till exempel anpassning – brist på Anpassning.	Hög

Ericsson I, Kjellström S & Hellström I Sverige 2011 ³⁶	Creating relationships with persons with moderate to severe dementia.	Öka förståelsen för hur relationer kan skapas med personer med måttlig till svår demenssjukdom (PMD).	Strategiskt urval. Olikheter i bakgrund eftersträvades. 8 kvinnor och 1 man med måttlig till svår demens 75-97 år. 9 kvinnliga vårdgivare 2-26 års erfarenhet. Videoinspelning av social samvaro (24st), intervju med PMD direkt efter. Djupintervjuer (8 st) med vårdarna. Öppna frågor som utvecklades efterhand. Intervjuerna bandades. Ibland användes minnesanteckningar.	Konstruktivistisk grundad teori med kombination av upprepade intervjuer och observationer. Videofilmerna analyserades först utan ljud för att fokusera på kroppsspråket. Allt material tolkades i text. Texten analyserades: 1- öppet rad för rad, 2 - segmentellt som gav abstrakta kodnamn, 3 - subkategorier med grupper av segment, 4 - identifiera kärnkategorin.	Underlätta för personer med demenssjukdom att öppna upp genom: Tildela tid, etablera trygghet och tillit och kommunicera jämlikt. Personen med demenssjukdom kan då uppleva sig vara betydelsefull, få en känsla av delaktighet och självbestämmande.	Hög
Götell E, Brown S & Ekman SL Sverige 2002 ³⁷	Caregiver Singing and Background Music in Dementia Care.	Undersöka interaktionen mellan vårdare och person med demens i tre olika sorters morgon vård.	Strategiskt urval. 9 personer med svår demens (PMD) och fem sjuksköterskor. 27 videoinspelningar. 9 PMD i tre olika vårdssituationer (vanlig, med bakgrundsmusik och då vårdaren sjunger). Vårdaren tittade på filmen samma dag och hade möjlighet att kommentera.	Kvalitativ innehålls analys av filmerna gjordes. Verbal kommunikation översattes i text. Analysen gjordes i 3 steg. 1- läste med öppenhet. 2 - strukturerad analys med skapande av meningsbärande enheter. 3 - tolkning av helhet av sessionerna.	Normal vård: vårdaren kämpar för att skapa förståelig situation. Subtema: vårdarnas förståelse för patienter som är förvirrade, tysta, motsträviga eller som skriker. Bakgrundsmusik: skapa underförstått sammanhang i samarbete. Subtema: ökat samarbete och förståelse hos patienten, ökad förmåga att uttrycka vilja, minskat motstånd och skrik. Sång: då syntes en fördjupad förståelse och gemenskap vid interaktionen. Subtema: ökad förmåga hos patienten, underförstådd förståelse, minskat motstånd och ökat samarbete utan skrik.	Hög
Götell E, Brown S & Ekman SL Sverige 2003 ³⁸	Caregiver Singing and Background Music on Posture, Movement, and sensory.	Undersöka medvetenhet om rörelser och sensoriska intryck hos demenssjuka personer i tre olika sorters morgon vård.	Strategiskt urval. 9 personer med svår demens (PMD) och fem sjuksköterskor. 27 videoinspelningar. 9 PMD i tre olika vårdssituationer (vanlig, med bakgrundsmusik och då vårdaren sjunger).	Kvalitativ innehålls analys av filmerna gjordes. 1- tittade flera gånger på filmerna. 2 - utarbetade ett kodsysteem angående rörelser, utföra uppgifter, ansiktsuttryck, syn, hörsel och beröring. 3 - dela vårdsessionerna i enheter. 4.1 - analysera patienten 4.2 - analysera personalen. 5 - formulera teman.	Kroppshållning, balans och sensorisk uppfattning förbättrades vid bakgrundsmusik och ännu mer vid sång. Det gjorde också styrka och förmåga att klara uppgifter och utrymmet de använde ökade. Vårdarna hjälpte patienten efter patientens kroppsliga förutsättningar.	Hög

Götell E, Brown S & Ekman SL Sverige 2009 ³⁹	The influence of caregiver singing and background music on vocally expressed emotions and moods in dementia care: A qualitative analysis.	Beskriva hur bakgrundsmusik eller att vårdare sjunger påverkar hur känslor uttrycks av personer med demens och vårdare, vid morgon vård.	Strategiskt urval. 9 personer med svår demens och fem sjuksköterskor. 27 videospelningar. 9 PMD i tre olika vårdssituationer (vanlig, med bakgrundsmusik och då vårdaren sjunger).	Kvalitativ innehålls analys av filmerna gjordes enligt stegen, 1- titta, 2 - dokumentera verbal kommunikation, 3 - översätta orden i känslor, 4 - kategorisera i positiva och negativa känslor, 5 - sammanföra tolkningarna av personalen och PMD och skapa tema för de olika vårdssituationerna.	”Vanlig” vård var PMD frånvarande och besvård trots att sjuksköterskan uttryckte sig vänligt och engagerat. Med bakgrundsmusik var sjuksköterskan mer avspänd och PMD var mestadels på bra humör och deltog mer i kommunikationen. Då sjuksköterskan sjöng framkom mest ömsesidighet, öppenhet, intimitet och känslighet. PMD var avslappnad och verkade mer medvetna.	Hög
Hammar LM, Emami A, Engström G & Götell E Sverige 2011 ⁴⁰	Communicating through caregiver singing during morning care situations in dementia care.	Beskriva hur personer med demens (PMD) och deras vårdgivare uttrycker verbal och icke verbal kommunikation under påklädnad med och utan musik-terapeutisk vård (MTC).	Strategiskt urval. 10 personer med svår demens från 2 vårdhem och 10 vårdare. Vårdarna var undersköterskor eller vårdbiträden. Vårdssituationen videofilmades först utan MTC, 40 scener, sen fick vårdarna utbildning i MTC och filmades därefter igen 40 scener.	Kvalitativ innehållsanalys av filmerna gjordes enligt stegen, 1- titta, 2 - tolka, 3 - koda, 4 - bygga subkategorier, 5 - bygga huvudkategorier.	Utan MTC var vårdarna uppgiftsorienterade och inbjöd sällan PMD i kommunikationen. Ögonkontakt var ovanligt. Kategorier av respons till att vårdarna instruerade. 1: Aktiv och samarbetade 2: Annat tempo 3: Felaktig handling 4: Förvirring 5: Motstånd och ilska. Med MTC inbjöds PMD mer i kommunikationen som skedde icke verbalt. Ögonkontakt var vanligt. Kategorier av respons till att vårdarna inbjuder till kommunikationen. 1: Aktiv och samarbetar 2: Motstånd eller felaktig handling 3: Ömsesidig avslappnad kommunikation.	Hög

<p>Hammar LM, Emami A, Götell E & Engström G</p> <p>Sverige 2011⁴¹</p>	<p>The impact of caregivers' singing on expression of emotion and resistance during morning care situations in persons with dementia: an intervention in dementia care.</p>	<p>Beskriva uttryck för motstånd till vård och känslor i samband med morgonvård utan och med musik-terapeutisk vård (MTC).</p>	<p>Strategiskt urval. 10 personer med svår demens från 2 vårdhem och 10 vårdare. Vårdarna var undersköterskor eller vårdbiträden. Vårdsituationen videofilmades först utan MTC 40 scener, sen fick vårdarna utbildning i MTC och filmades därefter igen 40 scener.</p>	<p>Observationsstudie med och utan Intervention MTC. Videinspelning. Kvalitativ kodning av innehållet enligt bestämda skalor RTC (Resistens to care) och OERS (Observed emotion rating scale) angående tid och duration. Statistiska jämförelser.</p>	<p>Rycka bort är den vanligaste formen av motstånd både utan och med MTC, durationen var signifikant längre utan MTC. Greppa föremål förekom i alla vårdtillfällena, men durationen var signifikant lägre vid MTC. Även för 'att sluta sig' var skillnaden signifikant. Det enda beteende som varade över 2 minuter var skrik. Detta minskade också men skillnaden var inte signifikant. De positiva känslouttrycken glädje och vakenhet ökade signifikant. De negativa känslouttrycken minskade men skillnaden var inte signifikant. Rädsla i >16 s förekom i 50 % utan MTC och 37.5% med MTC.</p>	<p>Hög</p>
<p>Hansebo G & Kihlgren M</p> <p>Sverige 2002⁴²</p>	<p>Carers' Interactions with patients suffering from severe dementia: a difficult balance to facilitate mutual togetherness</p>	<p>Att belysa vårdares interaktioner med patienter med svår demens samt att undersöka förändringar i interaktionerna till följd av intervention som bas för individualiserad och dokumenterad vård</p>	<p>9 personer med svår demenssjukdom och 4 vårdare fullföljde studien. 24 videospelningar gjordes av interaktion i morgon omvårdnaden, tre interaktioner/vårdare och person med demenssjukdom dels vid start, efter 6 månader och 1 år efter interventionen.</p>	<p>En kvalitativ analys gjordes av videospelningarna för att möjliggöra förklaringar av olika interaktioner och deras betydelse. En fenomenologisk – hermeneutisk ansats användes.</p>	<p>Resultatet redovisades som vårdares balansering i vårdaktiviteter. 7 subtema framkom: främja kompetens, kämpa för samarbete, fördjupa kommunikation för gemenskap, visa respekt för den unika personen, balanserad makt, distans på ett negativt sätt, splittrande vårdssituationer.</p>	<p>Medel: resultatet svarar på mer än syftet. Det redogörs inte på vilka grunder alla slutsatser dragits.</p>

Herman RE & Williams KN USA 2009 ⁴³	Elderspeak's Influence on Resistive to Care: Focus on Behavioral Events.	Undersöka sambandet mellan "äldrespråk" och motstånd mot vård (RTC) vid ADL (Active daily living).	Strategiskt urval. 52 omvårdnadspersonal, 20 personer med måttlig demens (PMD), 80 hand inspelade videoscener med interaktion vid ADL.	Kombination av kvalitativ och kvantitativ innehållsanalys. Noldus Observer Video Pro program användes. Förvalda koder äldrespråk, tystnad, normalt tal, och motstånd till vård - RTC skala. För att kunna se orsak verkan jämfördes vårdarnas kommunikation 7 s innan beteende byte hos PMD.	Personalens "äldrespråk" gav RTC oftare än de andra uttryckssätten. Exempel på RTC är vända sig bort, knuffa bort, hålla fast saker, säga nej, rycka bort eller skrika. Tystnad hos personalen gav två typer av RTC oftare än äldrespråk. Gråta och hålla fast person. Normalt tal var underrepresenterat men gav minst RTC.	Hög
Williams KN, Herman R, Gajewski B & Wilson K USA 2009 ⁴⁴	Elderspeak communication: Impact on dementia care.	Undersöka sambandet mellan "äldrespråk" och motstånd mot vård (RTC) vid ADL (Active daily living).	Strategiskt urval. 52 omvårdnadspersonal, 20 Personer med måttlig demens (PMD), 80 hand inspelade videoscener med interaktion vid ADL.	Kombination av kvalitativ och kvantitativ innehållsanalys. Noldus Observer Video Pro program användes. Förvalda koder äldrespråk, tystnad, normalt tal och motstånd till vård - RTC skala. För att kunna se orsak verkan jämfördes vårdarnas kommunikation 7 s innan beteende byte hos PMD.	RTC har ett signifikant samband med kommunikationssätt. Vid äldrespråk var risken (55 %) dubbelt så stor som vid normalt tal (26 %). Vid tystnad var risken (36 %) något högre än vid normalt tal. Normalt tal var under representerat.	Hög
Williams KN & Herman RE USA 2011 ⁴⁵	Linking Resident behavior to Dementia Care Communication: Effects of Emotional tone.	Undersöka relationen mellan underförstått budskap och motstånd till vård (RTC).	16 videoinspelningar med interaction mellan personal och personer med demenssjukdom (PMD) i badsituation valdes ut för ny granskning från William et al, ⁴⁴ 4 exkluderades eftersom de inte innehöll RCT.	Kombination av kvalitativ och kvantitativ innehållsanalys. PMDs motstånd till vård hade redan kodats enligt RTC skala i William et al. ⁴⁴ Emotionell ton kodades enligt Emotional tone rating scale (ETRS) av studenter som inte visste målet med studien.	Kontrollerande ton var signifikant korrelation med RTC. Sambandet mellan RTC och vårdande eller respektfullt tonfall var icke signifikant.	Medel: hänvisar till andra artiklar för delar av metod.

Bilaga 4

Exempel på analys

Meningsenhet	Översatt meningsenhet	Tolkad	Kodad
Elderspeak (ie. Infantilization or secondary baby talk) features simplistic vocabulary and grammar, shortened sentences, slowed speech, elevated pitch and volume	“Äldrespråk” (eg. Förminskning till spädbarn eller sekundärt baby tilltal) innehåller förenkling av ordval och grammatik, förkortade meningar och långsamt tal, hög ton och volym	’Elderspeak’ Visar ojämlikhet i mötet. Skillnader förstärks	Jämställdhet
(Elderspeak fortsättning)and inappropriately intimate terms of endearment. Features of elderspeak include diminutives, inappropriately intimate nominal references such as “honey” and “good girl”.	(“Äldrespråk” fortsättning) och olämpliga intima ömhetsbetygelser. I “elderspeak” ingår förminskande olämpliga intima ord med obetydlig innebörd, som ”älskling” och ”duktig flicka”.	Kränkning av personens integritet. Visar inte respekt för personen.	respekt
(Elderspeak fortsättning) ...Collective (plural) pronouns substitute the plural references when a singular form is grammatically correct and imply that the adult cannot act independently. For example, “Are we ready for <i>our</i> bath?”	(“Äldrespråk” fortsättning) ...Kollektivt (plural) pronomen ersätter plural referens när en singular form är grammatiskt korrekt och antyder att den vuxne inte kan handla självständigt. Till exempel ”Är vi redo för <i>vårt</i> bad?”	Har inte förtroende för personen	förtroende