



Fakulteten för samhälls- och livsvetenskaper

Social omsorg

Branka Trosic

Att tolka dementa

Vårdpersonalens egna berättelser

To interpret the demented

The nursing staff's own narratives

Självständigt arbete i hälsa och välfärd i förändring, 15 hp

(Examensarbete)

SAMCP

Termin/År: Vt/2009
Handledare: Clary Krekula
Examinator: Ulla Rantakeisu

SAMMANFATTNING

Tidigare forskning pekar på försämrad kommunikationsförmåga som ett av de mest uppmärksammade symtomen vid demenssjukdom. För att förmedla ett budskap till sin omgivning använder dementa som alla andra människor både verbala och icke-verbala signaler. Med tiden försämras deras verbala uttrycksätt och de börjar istället att i allt högre grad använda sig av de icke-verbala signalerna, som till exempel ansiktsuttryck, kroppsspråk, gester, paraspråk och liknande. Eftersom dementas olika kommunikativa uttrycksätt ibland kan vara väldigt svåra att tolka av andra i deras närhet, är det av stor betydelse att ta reda på de förutsättningar som påverkar detta. Syftet med denna studie är att utifrån vårdpersonalens berättelser belysa vilka faktorer som påverkar deras tolkning av dementas olika kommunikativa uttrycksätt under omvårdnadsmötet. För att svara på detta syfte har jag använt mig av fokusgruppsintervjuer som metod för att samla in data, vilken sedan analyserades med hjälp av kvalitativ innehållsanalys. Resultatet visar att de faktorer som påverkar vårdpersonalens tolkning av dementas olika kommunikativa uttrycksätt är (1) kunskap, (2) yrkeskompetens och (3) institutionella aspekter som psykosocial miljö och tid. Den föreliggande studiens resultat kommer förhoppningsvis att bidra till en bättre kommunikation mellan dementa och vårdpersonal.

Sökord: demens, verbal kommunikation, icke-verbal kommunikation, demensvård, fokusgrupper, innehållsanalys

ABSTRACT

Earlier research points at a worsened ability to communicate as one of the symptoms of dementia that have attracted the most attention. To send a message to their surroundings, the demented, like all other people, use both verbal and non-verbal signals. With time their verbal forms of expression worsen and they instead begin to a greater and greater extent to use non-verbal signals, for example facial expressions, body language, gestures, paralanguage and such. Because the different communicative forms of expression of the demented sometimes can be very difficult to interpret by others in their surroundings, it is of great importance to find out the conditions that influence this task. The purpose of this study is to on the basis of the narratives from the nursing staff, shed light on which factors influence their interpretation of the different communicative forms of expression of the demented during the nursing meeting. In order to answer the purpose, I have used focus group interviews as a method for collecting data, which was analyzed with the help of qualitative content analysis. The results show that factors that influence the nursing staff's interpretation of the different communicative forms of expression of the demented are (1) knowledge, (2) occupational competence and (3) institutional aspects, such as psychosocial environment and time. The results of the present study will hopefully contribute to a better communication between the demented and the nursing staff.

Search words: dementia, verbal communication, non-verbal communication, dementia care, focus group, content analysis

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

SAMMANFATTNING

ABSTRACT

1. INLEDNING	1
1.1. SYFTE	3
1.4. DISPOSITION.....	3
1. BAKGRUND	5
2.1. DEMENSSJUKDOM.....	5
2.2 KOMMUNIKATION.....	7
2.3 KOMMUNIKATIONSSTRATEGIER INOM DEMENSVÅRDEN	9
3. METOD	11
3.1. URVAL.....	12
3.2. FRÅGEGUIDE.....	13
3.3. DATAINSAMLINGEN	13
3.4. ANALYS	14
3.4. STUDIENS TROVÄRDIGHET	16
3.5. ETISKA ÖVERVÄGANDEN	17
4. RESULTAT OCH ANALYS	18
4.1. KUNSKAP	18
a) Kunskap om demenssjukdom	18
b) Att ha kunskap om den demente.....	20
4.1.2. ANALYS AV KUNSKAP	21
4.2. YRKESKOMPETENS	23
a) Erfarenhet av att jobba med dementa	23
b) Förmågan att visa empati och att lyssna	24
4.2.1. ANALYS AV YRKESKOMPETENS.....	26
4.3. INSTITUTIONELLA ASPEKTER.....	28
a) Psykosocial miljö	28
b) Tid	29
4.3.1. ANALYS AV INSTITUTIONELLA ASPEKTER	30
5. DISKUSSION	31
5.1. METOD DISKUSSION	31

5.2. RESULTAT DISKUSSION	33
6. SLUTSATSER	35
7. LITTERATURFÖRTECKNING	36
Bilaga 1	
Bilaga 2	
Bilaga 3	

1. INLEDNING

I litteraturen beskrivs demens ofta som en åldersrelaterad sjukdom vilken kan innebära ett stort medicinskt, socialt och ekonomiskt problem för samhället (Armanius Björilin et al 2002; Marcusson et al 2003). Eftersom befolkningen i Sverige kommer att leva allt längre betyder det även en ökning av kroniska sjukdomar, som bland annat demenssjukdom (Socialstyrelsen 2007). Idag räknar man att det finns omkring 148 000 dementa i Sverige. Uppskattningen är att det varje år insjuknar runt 24 000 personer samt att ungefär lika många dör i demenssjukdom. Det är ingenting som talar för att det idag är fler personer som drabbas av demenssjukdom än tidigare, men en kraftig tillväxt av den äldre befolkningen efter år 2020 innebär också en prognostiserad ökning av dementa (Socialstyrelsen 2009).

Demens är inte en egentlig sjukdom utan en ansamling av symtom och det finns flera olika typer av demenssjukdomar¹. Trots att det fortfarande inte är möjligt att bota demens har demensbehandlingen drastiskt gått framåt under de senaste decennierna (Melin & Olsen 2004). Demensvård bör bygga på ett personcentrerat förhållningssätt och utföras av en multiprofessionell grupp. De åtgärder som idag genomförs inom demensvården inriktas in på att skapa en så god livskvalitet som möjligt för de dementa med syftet att underlätta deras vardag (Socialstyrelsen 2009). Målet med en god demensvård bör vara att stärka dementas självkänsla. De behöver likaväl som alla andra människor känna välbefinnande för att må bra och fungera i samhället (Kitwood 1997).

Tidigare forskning pekar på försämrade kommunikationsförmåga som ett av de mest uppmärksammade symtomen vid demenssjukdomar (Armanius Björilin et al. 2002; Marcusson et al. 2003; Statens beredning för medicinsk utvärdering 2006). Därför är det viktigt att uppmärksamma de kommunikationsproblem som framkommer när en person insjuknar i någon typ av demenssjukdom och hur vårdpersonalen kan hjälpa den drabbade att framföra sina egna upplevelser och erfarenheter, för att öka förståelsen för deras behov och önskningsar (Kitwood 1997). Genom mitt arbete som röntgensjuksköterska, där jag kommer i daglig kontakt med dementa, har jag observerat att kommunikation med dementa sällan är någon lätt uppgift. Hur vi bemöter en annan person har ofta sin grund i vår uppfattning av hur den andre tänker och vad han eller hon känner. För dementa som har nedsatt kognitiv förmåga är det många gånger mycket svårt att framföra sina upplevelser samt erfarenheter. En stor del av dem klarar det inte alls. Beroende på hur vi tar emot bland annat dementa skapas grunderna för förståelse och tillit mellan oss, vilket sedan har stor påverkan på kommunikationsprocessen.

Att budskapet som dementa förmedlar med hjälp av sina olika kommunikativa uttryckssätt måste tolkas på rätt sätt, är något som jag har förstått är viktigt för en fungerande kommunikation med dem. Därför har jag blivit intresserad av forskningsfrågan om vilka faktorer som påverkar vårdpersonalens tolkning av dementas olika kommunikativa uttryckssätt under omvårdnadsmötet. Således har jag bestämt mig för att försöka hitta svar på den frågan hos de som genom sin vardagliga kontakt får mycket erfarenheter och kunskaper om dementas olika uttryckssätt, det vill säga vårdpersonal som jobbar med dementa inom kommunal hälso- och sjukvård.

¹ Demenssjukdomens uppkomst och symtom skiljer sig från varandra beroende på vilken typ av demenssjukdom det handlar om. I denna studie gör jag inte någon indelning, utan väljer att enbart använda mig av beteckningen *demenssjukdom*.

Målet med denna studie är att med hjälp av fokusgruppsintervjuer svara på syftet som beskrivs på de nästkommande raderna. Jag hoppas att den kunskap som framkommer från min studie kan ge ett litet bidrag till en förbättrad kommunikation med de dementa där deras självkänsla, värdighet och integritet förblir intakt i så stor utsträckning som möjligt.

1.1. SYFTE

Syftet är att utifrån vårdpersonalens berättelser belysa vilka faktorer som påverkar deras tolkning av dementas olika kommunikativa uttryckssätt under omvårdnadsmötet.

1.3. DISPOSITION

I den innevarande *inledningen* presenteras uppsatsen genom en kort presentation av mitt ämnesval och vad jag hoppas åstadkomma med mitt arbete. Vidare presenterar jag syftet. Jag avslutar inledningen med en beskrivning av uppsatsens disposition.

Nästkommande kapitel, *bakgrunden*, behandlar inledningsvis den tidigare forskningen vilken har legat till grund för uppsatsen samt den teoretiska delen. Jag beskriver vad demenssjukdom är, vad som händer under själva sjukdomsförloppet, vilken påverkan demenssjukdomen kan ha på en människas kommunikationsförmåga och vilka som är de uttryckssätt som dementa använder i kontakten med deras omgivning. I kapitlets andra del presenteras uppsatsens teoretiska utgångspunkter: Hur kommunikation definieras, verbal och icke-verbal kommunikation samt kommunikationsstrategier inom demensvården.

Därefter följer ett metodkapitel med en beskrivning av uppsatsens metodologiska val och studiens genomförande. Detta kapitel avslutas med en beskrivning av studiens trovärdighet samt de etiska övervägandena.

Avsnittet *resultat och analys* inleds med en tabell där jag presenterar uppsatsens tema, kategorier och subkategorier, som har skapats med hjälp av en innehållsanalys. Uppsatsens empiriska del består av beskrivningar av de tre kategorierna med hjälp av citat och analys. I slutet av varje kategoribeskrivning kopplar jag fynden från de empiriska data till den tidigare forskningen.

I uppsatsens två sista delar diskuterar jag först metoden och sedan resultatet för att därefter avsluta studien med några slutsatser.

1. BAKGRUND

En kort redogörelse om demenssjukdom inleder bakgrunden till min studie. Sedan tar jag upp den teoretiska delen som beskriver de delar av kommunikationen som jag anser ligger till grund för att belysa vilka faktorer som påverkar vårdpersonalens tolkning av dementas olika kommunikativa uttryckssätt under omvårdnadsmötet.

2.1. DEMENSSJUKDOM

För att kunna tolka dementas olika kommunikativa uttryckssätt måste vårdpersonalen känna till en del fakta om själva demenssjukdomen. Jag börjar med att presentera en definition, den största riskfaktorn, det mest uppmärksammade symtomet samt en kort skildring av sjukdomsförloppet.

Demens definieras som ett långvarigt kliniskt tillstånd, ett syndrom som oftast försämras med tiden och som beror på flera olika skador i det centrala nervsystemet (Marcusson et al. 2003; SBU 2006). Beroende på hjärnskadans lokalisering och omfattning kan den demente visa på personlighetsförändringar, aggressivitet, hämningsslöshet, empatibrist och känslomässig avtrubning (Armanius Björilin et al. 2002; SBU 2006). Forskningen bekräftar att den största riskfaktorn för att insjukna i demens är hög ålder (Armanius Björilin et al. 2002; Marcusson et al. 2003; SBU 2006). Förklaringen kan vara att de negativa influenser som påverkar hjärnan ökar med stigande ålder och att vissa riskfaktorers effekt beror på den tid man utsätts för dem (Marcusson et al. 2003). Det första och mest uppmärksammade symtomet är nedsatt minnesfunktion, som oftast framträder i kombination med symtom som försämrade kommunikations-, tanke-, inlärnings- och orienteringsförmåga. I det första stadiet² av demenssjukdomen är det ofta det episodiska minnet som drabbas och den demente får problem med att komma ihåg vad han eller hon har gjort eller tänkt nyss (Fahlander et al. 2009; Marcusson et al. 2003). Senare under sjukdomsförloppet ökar minnes- och orienteringssvårigheterna och sjukdomens fyra A:n, amnesi (minnesförlust), apraxi (svårigheter att utföra ändamålsenliga rörelser), afasi (språksvårigheter) och agnosi (oförmåga att kunna identifiera föremål), blir mer och mer tydliga (Armanius Björilin et al. 2002). Svårigheter att hitta ord orsakar *språkstörningar* och kan leda till att den drabbade undviker situationer då han eller hon måste samtala (Marcusson et al. 2003).

Med tiden förändras den dementes beteende märkbart och ofta påvisas mer oro, apati, irritation och aggressivitet i det svåra stadiet av demenssjukdomen. Det är heller inte ovanligt med fysiskt våld och skrik från den drabbades sida (Armanius Björilin et al. 2002). Minnessvårigheterna har oftast blivit så stora att de dementa inte kan komma ihåg namnet på sina anhöriga och har även svårt att minnas dem överhuvudtaget. Vidare kan de inte orientera sig i miljön, uppfattar ingen skillnad mellan dag och natt och upprepar ofta enformiga rörelser, ord eller fraser (Marcusson et al. 2003).

Att de svårt demenssjuka ibland faktiskt kan visa på närvaro av korta stunder av psykisk klarhet kan vara svaret på en ofta diskuterad fråga inom demensforskningen, det vill säga om dementa klarar av att tänka själva samt om de förstår sin omvärld (SBU 2006). Mayhew och hans medarbetare (2001) gjorde en studie i USA med syfte att undersöka förståelsen av

² Demenssjukdomens olika stadier: Mild, måttlig och svår demens (Socialstyrelse 2009).

kommunikationen hos personer med svår demens. Resultaten visade att patienterna från studien (trots mycket svår demens) var medvetna om sina kognitiva nedsättningar, kunde uttrycka självmedvetenhet samt visa välbefinnande.

För att bevara kontakten med dementa är det viktigt att så tidigt som möjligt observera de *kommunikationsproblem* de får under sjukdomens utveckling (Kitwood 1997). En dement person har till exempel mycket svårt att lära sig nya symboler. Därför är det bland annat viktigt att vid miljöinredningen för den demente tänka på att använda sig av för den aktuella personen *välkända symboler* från tiden då han eller hon inte var sjuk (Melin & Olsen 2004). I sin kvalitativa studie får Palo-Bengtsson och Ekman (2002) fram att en *vardaglig miljöväxling* ökar de dementas intresse för andra människor och stimulera dessa till att skapa nya sociala kontakter. En *anpassad omgivning* och en *kunnig vårdpersonal* är således viktiga förutsättningar för en god demensvård (Marcusson et al. 2003). Genom att *lyssna, observera* och visa en *bekräftande attityd* i samtalet med dementa kan vårdpersonalen ge dem *stöd* och påpeka att de är unika och värdefulla (Mayhew et al. 2001; Norman et al. 2002)

I stycket ovan introduceras några av de viktiga förutsättningarna för att vårdpersonalen ska kunna kommunicera med dementa och dessa är: Anpassad omgivning, användning av välkända symboler, en vardaglig miljöväxling, kunnig personal, att lyssna, en bekräftande attityd och att ge stöd.

Ett annat antagande för en god kommunikation är att känna till att dementa är människor med känslor, tankar och önskingar som agerar i relation till personerna i sin omgivning (Kitwood 1997; Watzlawick et al. 1967). De kan kanske uppvisa *konstigt beteende* som inte alltid är lätt att tyda och förstå av vårdpersonalen, men det finns inget beteende som inte är värt att tolkas, utan allt handlande har en mening och varje budskap som skickas måste tas emot och tydas. Oavsett om en person är aktiv eller passiv, pratar eller är tyst skickar den ett budskap, som i sin tur, vare sig han eller hon är medveten eller omedveten, påverkar andra som är tvungna att svara (Watzlawick et al. 1967). Och för att svara på dementas *kommunikativa signaler* är det grundläggande att vårdpersonalen känner till de *olika uttryckssätt* som dementa kan använda i sin kommunikation. Därför fortsätter jag min redogörelse om demenssjukdomar med att ta fram några av de olika kommunikativa uttryckssätt som dementa använder sig av.

Tidigare forskning visar klart på att *kroppsrörelser* och *ansiktsuttryck* är några av de sätt som hjälper de dementa att hålla kontakten med den kommunikativa världen när språket sviker (Götel et al. 2003; Hubbard et al. 2002; Nyström & Lauritzen 2005; Palo-Bengtsson & Ekman 2002; Ward et al. 2008). Exempelvis kan ett bekymrat ansiktsuttryck eller upprepat tonläge visa på frustration, medan att frågande rynka på ögonbrynen kan vara ett tecken på förvirring (Mayhew et al. 2001). Ett annat uttryckssätt som tidigare undersökningar nämner att dementa använder sig av för att behålla kontakten med andra människor är *fysisk kontakt* (Hansebo & Kihlgren 2001; Hubbard et al. 2002; Ward et al. 2008). *Gester, självuttryck* och *tonläge* tas utöver detta också upp som viktiga kommunikativa uttryckssätt som används av dementa (Ward et al. 2008).

Men det finns även premisser som försvårar för de dementa att använda sig av sina kommunikativa uttryckssätt och några av dem är: Språksvårigheter, uttryckslöst ansiktsuttryck samt försämrade kroppsrörelser (Killick & Allan 2001; Ward 2008). När dementa får svårt att förmedla sig verbalt kan de börja använda sig av flera olika former av självuttryck, vilka kan vara annorlunda från person till person. De kan också börja ta i bruk en *språklig kod* som vårdpersonalen endast delvis eller i värsta fall inte alls förstår (Ward et al. 2008).

Vid sådana tillfällen, när vårdpersonalen inte klarar av att tolka den dementes uttryckssätt, kan hjälp av andra som eventuellt känner igen koden och kan förmedla budskapet vara välbehövt (Eide & Eide 2009). Ett annat tillvägagångssätt som kan hjälpa vårdpersonalen i kommunikationen med de dementa är användning av musik och sång. Några av de tidigare studierna tar upp musikens och sångens positiva inflytande på dementas kroppsrörelser och ansiktsuttryck (Brotons & Koger 2000; Götell et al. 2003; Nyström & Olin Lauritzen 2005; Palo-Bengtsson & Ekman 2002).

Sammanfattningsvis visar tidigare forskning att när en person får diagnosen demens påverkar det hela dennes liv och de tidigare förmågorna kan inte längre tas för givna (Norberg & Zingmark 2001). Att förstå dementas signaler och visa förståelse genom tolkning av först och främst ickeverbala uttryckssätt, är den viktigaste delen av kommunikationen inom demenssjukvården. Genom detta kan vårdpersonalen skapa förtroende och trygghet samt säkra ett bra vidare samarbete med patienten (Eide & Eide 2009).

2.2 KOMMUNIKATION

Teorin som jag tar upp i min studie rör olika aspekter av kommunikation som påverkar kontakten med de dementa under omvårdnadsmötet. Inledningsvis definierar jag kommunikation och därefter förklarar jag kort de två, för kommunikationen grundläggande, begreppen: *Tecken* och *kod*.

En av de många definitioner av kommunikation som framkommer i litteraturen och som fångade mitt intresse är den som säger att kommunikation är *en social samverkan* med hjälp av meddelanden (Fiske 2001). Jag vill i min studie lyfta fram den *interpersonella kommunikationen*, som kännetecknas av tal, mimik, kroppsspråk samt handlar om situationer där kontakten äger rum ansikte mot ansikte (Dimbleby och Burton 1999).

All kommunikation utgörs av koder och tecken som överförs till eller görs tillgängliga för andra (Fiske 2001). Kommunikation handlar även om att sända och ta emot tecken med olika betydelser (Dimbleby & Burton 1999). Tecken beskrivs som något fysiskt som pekar mot något annat än sig självt. De registreras med våra sinnen och tolkas likadant av alla (Fiske 2001). För att budskapet ska komma fram bör de som kommunicerar känna till tecknens betydelse och kunna tolka dessa (Dimbleby & Burton 1999). Om vi ska kunna förstå varje tecken och kommunicera måste vi känna till *tecknens konvention* eller sedvana, som är en överenskommelse mellan tecknens användare. Det finns tre olika teckenkategorier: (1) *En ikon*, (2) *ett index* och (3) *en symbol*. En ikon är något som liknar tecknet mest, som till exempel ett fotografi på någon eller något. Ett index står för något som innebär ett direkt samband mellan tecknet och objektet, exempelvis visar rök på ett index för eld. En symbol framstår å sin sida som ett tecken där sambandet med objektet förklaras med hjälp av tecknens konvention, exempelvis framstår ord ofta som en symbol. Symboler bör vara tydliga och passa in i en persons referensramar om personen ska kunna förstå deras betydelser (Melin & Olsen 2004).

Kod definieras som en samling av språkliga och sociala konventioner vilka måste vara kännbara för att tolkningen av de olika signalerna ska bli lyckad (Eide & Eide 2009). Två former av koder beskrivs i litteraturen och dessa är: (1) *Framställande koder* och (2)

återgivande koder. Framställande koder är inte självständiga utan är beroende av kodaren själv eller dennes sociala situation, som till exempel gester, tonfall eller ögonrörelser. Det är dessa typer av koder som skapar grunden för att ickeverbal kommunikation kan ske. Framställande koder kan bara markera nutiden, vilket betyder att kommunikation enbart kan ske ansikte mot ansikte och alla parterna i kommunikationen måste vara närvarande. De är viktiga för kommunikationen med dementa, eftersom det under ett omvårdnadsmöte med en dement handlar mycket om att tolka vad denna person vill förmedla i en viss situation. Den andra typen av koder, som används för att kategorisera informationens kommunicerande och sociala funktioner, är de återgivande koderna. De används för att producera självständiga meddelanden, vilket betyder att det handlar om texter som kan bestå av både ikoniska eller symboliska tecken med en självständig existens (Fiske 2001).

När två eller flera människor kommunicerar skickar de ofta till varandra en kombination av flera olika signaler, vilka inte sällan är både verbala och icke-verbala (Dimbleby & Burton 1999). Indelning av en *verbal* och *icke-verbal kommunikation* hittar vi även i flera andra tidigare studier (Argyle 1988; Eide & Eide 1999; Fiske 2001; Nilsson & Waldermarson 2007; Solem et al. 1996).

För ett bra samtal, det vill säga en bra verbal kommunikation, gäller följande tre förutsättningar: (1) *Ärlighet*, (2) *respekt* och (3) *inlevelse*. Ärlighet beskrivs som en insikt över sina känslor och tankar, det vill säga att en person är ärlig och äkta inför sig själv. Utan ärlighet blir det svårt att på ett naturligt sätt förmedla något till någon annan och istället kan det försämra tilliten mellan de inblandade. Respekt innebär att visa att en person är tagen på allvar, är accepterad och intressant (Solem et al. 1996). Den tredje förutsättningen för ett lyckat samtal är inlevelse eller *empati*, vilket innebär en förmåga att sätta sig in i hur den andre personen upplever världen runt sig, men samtidigt skilja mellan sina egna och den andres känslor (Holm 2001). En teknik som används i kommunikationen för att uppnå empati är *aktivt lyssnande*. Det aktiva lyssnandet används genom att en person bland annat presenterar sin förförståelse för den andre (Solem et al. 1996). Även om orden räknas som det centrala i den verbala kommunikationen, skapar förmågan att kunna lyssna en viktig grund för en lyckad och fungerande verbal kontakt (Dimbleby & Burton 1999).

Varje gång två personer kommer så nära varandra att deras kroppssignaler kan ha påverkan på dem sker en icke-verbal kommunikation (Argyle 1988). Några av de olika typerna av icke-verbala signaler som påverkar det sociala samspelet mellan människor är: Kroppskontakt, närhet, orientering, utseende, nickningar, gester, kroppshållningar, ögonrörelser och olika ickeverbala aspekter av tal (Argyle 1988; Fiske 2001).

Det finns flera sätt för människor att föra en icke-verbal kommunikation, bland annat kan de förmedla olika *gester* med hjälp av sina händer, armar, huvud eller fötter. De signalerna betraktas nära samordnade med talet och kompletterar oftast den verbala kommunikationen (Argyle 1988; Fiske 2001). Användningen av *paraspråket*, som till exempel olika egenskaper av en röst eller olika uttryck som att flämta eller sucka, räknas som icke-verbala aspekter av talet vilka även kan ha påverkan på den verbala kommunikationen (Argyle 1988; Dimbleby & Burton 1999; Fiske 2007). Ett annat sätt att framföra sig icke-verbalt på är att ändra på sitt ansiktsuttryck, sin kroppshållning eller att till och med använda sig av det fysiska avståndet. Icke-verbala signaler som klädsel och olika fysiska framträdanden kan delas in i två typer: De som en människa själv kan påverka, som till exempel kläder, smink och smycken samt de som är svårare att inverka på, som till exempel längd, vikt eller hudfärg (Argyle 1988).

Hur vi än gör kommunicerar vi med varandra. Det sätt en människa använder för att kommunicera med andra är i stor grad beroende av dennes personlighet, kunskap, färdigheter,

attityder, vilja, samarbete samt *kommunikationsstörningar* (Nilsson & Waldermarson 2007). Kommunikationsstörningar eller brus är alla de signalerna som når till mottagaren i en kommunikationsprocess, men inte är skickade av sändaren. Kommunikationsstörningarna försvårar för mottagaren att få in de rätta signalerna och tolka dem. Detta begränsar i sin tur mängden av information som utväxlas mellan sändaren och mottagaren under kommunikationsprocessen (Fiske 2001). Bland annat kan kommunikationsstörningarna bero på en persons *egna referensramar*, vilka skapas genom en persons livserfarenheter och kunskaper. Dessa referensramar utgör grunden för hur en person tolkar kommunikationssignalerna (Melin & Olsen 2004; Nilsson & Waldermarson 2007). När en människa insjuknar i demenssjukdom uppstår det en rad olika problem i dennes vardag, vilket gör att referensramarna reduceras och kommunikationen försämras (Melin & Olsen 2004).

De dementa behöver hjälp med att klara av, för dem ibland mycket påfrestande, kommunikationssituationerna. Demensforskningen har tagit fram fyra *kommunikationsstrategier* som har ett stort inflytande på dagens demensvård. De är: Personcentrerad vård, validation, reminiscensmetod och realitetsorientering, vilka kortfattat presenteras på raderna nedan.

2.3 KOMMUNIKATIONSSTRATEGIER INOM DEMENSVÅRDEN

Att sätta en dement person först och inte bara objektifiera denne är målet med den *personcentrerade vården*, som har för syfte att hjälpa de dementa bevara självet trots deras kognitiva försämringar. Personcentrerad vård innebär försök av vårdpersonalen att förstå hur den demente upplever verkligheten med syftet att kunna kommunicera på ett sätt som båda förstår (Kitwood 1997). Vårdpersonalen bör sträva efter att återuppbygga och behålla de dementas personlighet med hjälp av bland annat deras livshistoria, värderingar, kultur, självbild och tidigare roller (Killick och Allan 2001).

Validation används för att stödja dementas integritet och för att erkänna deras känslor som sanna. Metoden bygger på respekt, empati och ärlighet från vårdarnas sida gentemot dementa och målet är att bland annat minska stressen hos dem, att återställa deras självkänsla och rättfärdiga existensen för dem. I mötet med dementa bör vårdpersonalen inte bekräfta deras desorientering, utan istället fokusera och bemöta känsloläget i deras uttalande. De möjliga resultaten av validation kan vara en ökad social kontroll, ökad verbal- och ickeverbal kommunikation, att man börjar sitta mer upprätt, att man börjar gå bättre, att ögonen öppnas, mindre aggression och mindre behov av läkemedel och fysiska tvång (Feil 1994).

Reminiscensmetoden innebär att en person på ett meningsfullt och personligt sätt återger sina minnen, ofta med hjälp av fotografier, musik eller vardagsföremål (Gynnerstedt & Schartau 2000; Killick & Allan 2001). Att bevara den äldre personens självkänsla är det högsta målet med reminiscensmetoden (Gynnerstedt och Schartau 2000). Reminiscensarbetet grundar sig på ett aktivt lyssnande, känslighet, empati, respekt och uppmärksamhet (Killick & Allan 2001). Dess uppgifter är att koppla ihop en persons förflutna och nutid, att bekräfta personens identitet, att uppmuntra personens självkänsla, att ändra på personens uppfattningar och förståelse, att stimulera det sociala livet och att göra det lättare att bedöma personens nuvarande funktion (Gynnerstedt & Schartau 2000).

Realitetsorientering är en kommunikationsteknik där det konsekvent namnges föremål, omgivning, handlingar och tidpunkter som är viktiga för dementa. Syftet är att påminna dem

om olika föremåls namn och hur de används, vilket kan hjälpa till i deras orientering (Heap 1995). Killick och Allan (2001) skriver att syftet med realitetsorienteringen är att försöka få dementa att uppfatta verkligheten på samma sätt som alla andra runt dem, vilket kan leda till att samtalet mellan alla inblandade blir begripligt och meningsfullt.

Som en sammanfattning av teoridelen kan det sägas att kommunikationen har en mängd viktiga funktioner, den finns överallt och sker hela tiden. Kommunikation innebär ett socialt samspel mellan människor som utförs både via verbala samt icke-verbala signaler. Tidigare forskning om demenssjukdom och kommunikation handlar mycket om de olika kommunikationssignalerna hos en dement person samt om kommunikationsstrategierna inom demensvården. Med tanke på att kommunikation är beroende av olika tecken och koder som måste tolkas rätt, skulle det vara intressant att veta vilka faktorer påverkar omvårdnadspersonalens tolkning av dementas olika kommunikativa uttryckssätt under omvårdnadsmötet. Med detta syfte i åtanke går jag över till beskrivningen av utförandet av min studie.

4.1. METOD

Syftet med mitt arbete är att utifrån vårdpersonalens berättelser belysa vilka faktorer som påverkar deras tolkning av dementas olika kommunikativa uttryckssätt under omvårdnadsmötet. Därför valde jag *en kvalitativ ansats* till min studie. Min avsikt var att studera helheten av vårdpersonalens berättelser som framgick under *fokusgruppsintervjuerna* och analysera ord. Genom detta ville jag skapa förutsättningar för förståelsen av innebörd i de meningarna som framfördes under datainsamlingen för att slutligen belysa betydelser och sammanhang av vilka faktorer påverkar vårdpersonalens tolkning av dementas olika uttryckssätt under omvårdnadsmötet (jmf Kvale 1997).

Arbetet med uppsatsen startade med att jag definierade problemområdet som jag var intresserad av att undersöka, det vill säga kommunikation mellan vårdpersonal inom kommunal hälso- och sjukvård och dementa. Nästa steg var att påbörja arbetet med en litteratursökning för att samla in data till studiens bakgrund samt information om fokusgrupper och innehållsanalys. En del av litteraturen om demenssjukdom och kommunikation fick jag redan i höstas då jag gjorde en litteraturbaserad studie om Alzheimers sjukdom och icke-verbal kommunikation. Databaserna jag använde mig av för litteratursökningen var: LIBRIS, Universitetsbiblioteket i Karlstad, Universitetsbiblioteket i Örebro, Sjukhusbiblioteket i Karlstad, SweMed+, CINAHL, PubMed, ScienceDirekt och Academic Search Elite. Sökord var: Demens, kommunikation, icke-verbal kommunikation, demensvård, fokusgrupper, innehållsanalys.

Som undersökningsmetod för datainsamlingen använde jag mig av fokusgruppsintervjuer. Denna metod valde jag eftersom den lämpar sig för undersökningar av människors egna erfarenheter, attityder och perspektiv utifrån något de som har varit med om. Samtidigt ville jag få fram så många aspekter och tankar som möjligt under en begränsad tid för att kunna svara på syftet i min studie, att utifrån vårdpersonalens egna berättelser belysa vilka faktorer som påverkar deras tolkning av dementas olika kommunikativa uttryckssätt under omvårdnadsmötet (jmf Wibeck 2000).

Innehållsanalys valde jag som analysmetod för jag ville kunna beskriva det som sades under intervjuerna utan att använda mig av vidare analys eller tolkning (jmf Graneheim & Lundman 2004).

Metodbeskrivningen inleder jag med en redovisning av urvalet och framställning av frågeguiden. Sedan beskriver jag genomförandet av datainsamlingen och analysen. Metoddelen avslutas med en redogörelse av studiens tillförlitlighet samt etiska överväganden.

3.1. URVAL

Syftet med min undersökning är att utifrån vårdpersonalens egna berättelser belysa vilka faktorer som påverkar deras tolkning av dementas olika kommunikativa uttryckssätt under omvårdnadsmötet. Med detta syfte i åtanke valde jag att göra ett ändamålsenligt urval, vilket betyder att urvalet av studiens deltagare gjordes enligt särskilda kriterier (Morgan 1988). De kriterierna som var i enlighet med uppsatsens syfte var att deltagarna i studien skulle jobba med dementa inom kommunal hälso- och sjukvård, samt skulle kunna och självklart vilja delta i undersökningen under den tid som jag hade till mitt förfogande att göra fokusgruppsintervjuerna.

Rekryteringen till fokusgrupperna har jag gjort genom en kontaktperson, som arbetar med demensvård inom kommunal hälso- och sjukvård i denna kommun, där jag har valt att göra fokusgruppsintervjuerna. Kontaktpersonen har hjälpt mig med information om hur demensvården inom denna kommun fungerar, samt vilka enhetschefer som jag behövde kontakta för att få tillstånd att utföra fokusgruppsintervjuerna på deras enheter. Vidare hjälpte kontaktpersonen mig med att dela ut informationsbrevet till de eventuella informanterna samt att ordna tid och plats för fokusgruppsintervjuerna (jmf Wibeck 2000).

Genom att skicka brev (Bilaga 1) till tre enhetschefer tog jag kontakt med dem för att få deras tillåtelse att utföra fokusgruppsintervjuer med vårdpersonalen på vardera enheten. Till slut var det bara en av dem som svarade trots ytterligare två påminnelsebrev. Detta betydde i sin tur att jag endast kunde använda mig av informanter från en och samma enhet.

Till vårdpersonalen som jobbade på den enheten som jag fick tillstånd att göra fokusgruppsintervjuerna i och som visade intresse att delta i studien, skickade jag ett informationsbrev (Bilaga 2). I brevet beskrev jag studiens syfte, hur intervjuerna skulle gå till, försäkrade att allt skulle vara konfidentiellt och att de kunde avbryta sitt deltagande om och när de helst vill. Samtliga deltagare gav sitt skriftliga medgivande till att delta i studien.

Informanterna var tolv kvinnor som jobbar med dementa på en enhet inom den kommunala hälso- och sjukvården. På grund av tidsbrist och omöjlighet att samla grupperna på en annan tid skapades två fokusgrupper med ojämn fördelning. En fokusgrupp hade tio deltagare medan den andra endast hade två. Gemensamt för deltagarna i de fokusgrupperna som jag intervjuade var att de till följd av att de jobbade på samma enhet träffade i stort sett samma dementa personer. Detta ledde till en bra kommunikation och diskussion i fokusgruppen. Skillnaden mellan deltagarna var att de hade olika vårdutbildningar och på grund av detta jobbade med olika uppgifter inom den kommunala hälso- och sjukvården. De skilde sig också åt i att de hade jobbat olika länge inom vårddyrket och hade olika erfarenheter av att jobba med dementa.

3.2. FRÅGEGUIDE

Som stöd till diskussionerna har jag valt att använda mig av *en intervjuguide* (Bilaga 3) där jag har tagit fram de breda områden som har med ämnet, att kommunicera med de dementa, att göra. Jag har använt mig av öppna frågor för att ge möjlighet till deltagarna att själva berätta om sina erfarenheter, det vill säga hur de tolkar dementas olika kommunikativa uttryckssätt. Syftet med detta var också att samtidigt underlätta interaktionen i fokusgruppen och skapa mer diskussion (jmf Wibeck 2000). Under fokusgruppsintervjuerna följdes intervjuguiden inte ordagrant, utan ibland kändes det självklart att ändra på ordningen på frågorna beroende på resonemangen i fokusgruppen. Men självklart hade jag kontroll över att alla väsentliga frågeområden kom på tal.

3.3. DATAINSAMLINGEN

Som datainsamlingsmetod använde jag mig av fokusgruppsintervjuerna. Fokusgruppsintervju är en typ av gruppintervju där en mindre grupp människor möts för att diskutera ett givet ämne med varandra på uppmaning av en moderator. (Wibeck 2000). Interaktionen mellan deltagarna utgör en del av själva metoden, då gruppdiskussionen kan hjälpa människor att berätta och förklara något som det annars kan vara svårt att hitta ord för (Kitzinger 1994).

I min roll som moderator har jag uppmuntrat gruppmedlemmarna att prata och diskutera med varandra, istället för att bara ställa direkta frågor som de var tvungna att svara på. Det kändes som att detta gav ett högre engagemang i gruppen och att deltagarna tyckte att det var roligt att föra ett mer spontant resonemang. Min uppgift var att följa de in i deras resonemang och samtidigt ha kontroll över att samtalet inte gick utanför ramarna för studiens tema (jmf Wibeck 2000).

Varje intervju var en timme lång och utfördes på deltagarnas arbetsplats, där de alla kände sig hemmastadda och trygga (jmf Wibeck 2000). Den första fokusgruppen jag intervjuade var ganska stor med sina tio deltagare och jag tog hjälp av min kontaktperson genom att be henne att vara med och kontrollera att alla i gruppen deltog i samtalet. Detta hjälpte mig att koncentrera mig på samtalet i fokusgruppen och att föra anteckningar av vem av deltagarna som sade vad. Anteckningarna använde jag sedan som stöd när jag lyssnade på fokusgruppsintervjun. Den andra fokusgruppen bestod av endast två personer, men eftersom de hade jobbat länge med demensomvårdnad hade de en stor kunskap och erfarenhet att dela med sig. Detta var ett högst hållbart argument för mig att inkludera dem i min studie.

Eftersom samtliga deltagare var bekanta med varandra sedan tidigare behövdes inga ingående öppningsfrågor som skulle hjälpa dem att bli mer bekväma med varandra. De presenterade sig endast för mig och berättade kort om sina erfarenheter av att jobba med dementa (jmf Wibeck 2000).

Som en start på fokusgruppsintervjuerna presenterade jag mig själv och berättade lite om mitt arbete. Sedan informerade jag deltagarna om deras rätt att avbryta sitt deltagande när som helst om de skulle vilja det och jag garanterade dem även konfidentiellitet. Efter detta introducerade jag ämnet, det vill säga syftet, att jag utifrån deras berättelser skulle vilja belysa vilka faktorer som påverkar deras tolkning av dementas olika kommunikativa uttryckssätt under omvårdnadsmötet.

Under fokusgruppsintervjuens gång ställde jag de öppna frågorna och lyssnade därefter på deltagarna och deras berättelser. Beroende på hur samtalet fördes blandade jag mig i om jag kände att de behövde mer information eller om det var dags för att starta ett nytt tema (jmf Morgan 1998; Wibeck 2000). Avslutningsvis, när jag bedömde att samtalet hade kommit till sitt slut, frågade jag om de skulle vilja tillägga något som enligt dem inte hade berörts tidigare under intervjutillfället.

Båda intervjuerna spelades in på en diktafon och jag förde även anteckningar om vem som sa vad under intervjuerna för att senare kunna identifiera deltagarna vid transkriptionen. För att ingen av deltagarna skulle gå att känna igen i den transkriberade texten kodade jag dem genom att, istället för att skriva deras namn, sätta en siffra från 1 till 12 (jmf Wibeck 2000)

3.4. ANALYS

För att analysera informationen som jag samlade in med hjälp av fokusgruppsintervjuerna använde jag mig av en kvalitativ innehållsanalys. Det är en kvalitativ metod som grundar sig på att formulera innehållet i en text genom att de data som ska analyseras först identifieras i meningsbärande enheter och sedan kondenseras till mindre textmängder. Dessa enheter skapar koder eller subkategorier och en struktur som möjliggör att en framtagning av kategorier därmed blir synlig (Graneheim & Lundman 2004).

Datainsamlingen och analysen sker som två parallella processer (Krueger 1998 refererad i Wibeck 2000). Direkt efter varje intervju lyssnade jag igenom den inspelade informationen och gjorde den första transkriptionen. Redan då började jag titta på meningar och fraser med relevant information för min studie (Graneheim & Lundman 2004). Sedan lyssnade jag på de inspelade intervjuerna igen och gjorde en noggrann transkription, där jag så noga som möjligt försökte återge alla ord som sades (Wibeck 2000).

Genom att läsa igenom det transkriberade intervjumaterialet flera gånger försökte jag skapa en känsla av helhet i texten. I nästa steg skapades de meningsbärande enheterna som motsvarade syftet (jmf Graneheim & Lundman 2004; Krippendorff 2004; Neuendorf 2002). Vidare kondenserade jag de meningsbärande enheterna så att texten kortades ned, men jag var försiktig med att inte göra någon förändring av dess egentliga innehåll. Efter att jag hade läst igenom de kondenserade meningsbärande enheterna igen gick jag över till nästa steg och fick fram en tolkning av deras underliggande mening. Med hjälp av detta fick jag sedan fram subkategorier och kategorier som återspeglar det centrala budskapet från den insamlade informationen (Tabell1).

Tabell 1: Exempel ur den kvalitativa innehållsanalysen

Meningsenheter	Kondenserad meningsenhet	Tolkning av meningsenhet	Subkategori	Kategori
Jag: Berätta om en händelse under omvårdnadsrådet då ni fick problem med kommunikationen?				
A1: Den här mannen han har kramp när han vill säga något, och det, man visste inte riktigt vad man skulle säga åt honom och jag, ja, men så kom det, men det kunde ta fem minuter innan det kom fram, jag visste inte vad jag skulle göra riktigt, jag kände inte honom, det var första gången jag har träffat honom också	Visste inte hur man skulle ta hand om honom, hade träffat honom för första gången.	Att inte ha mycket erfarenhet	Erfarenhet	Personliga kompetenser
A1: Då börjar han först svära och blev förbannad för att han inte fick fram orden, förstod ingenting.	Han blev förbannad för att han inte fick fram de rätta orden.	Att sakna kunskap som förklarar situationen	Att ha kunskap om demenssjukdom	Kunskap
A3: Jag var också där i flera timmar och då regnade det ute så det var inte lätt att gå ut då, han tycker om att vara ute och gå mycket, men vi satt vid köksbordet och pratade, han försökte säga något i mellan och jag fyllde i vad jag trodde att han skulle säga och det fungerade ganska bra, han tyckte det gick ganska bra, vi kände varandra på så sätt.	Jag fyllde i vad jag trodde att han skulle säga och det fungerade, vi kände varandra på så sätt.	Att veta hur man ska göra	Erfarenhet	Personliga kompetenser

Syftet med att skapa subkategorierna är att få fram termer som sammanfattar likadana formuleringar i den insamlade informationen, medan kategorierna utgör det manifesta innehållet. Kategorierna granskades noga för att hitta ett gemensamt innehåll i dem. På så vis gjorde jag en reduktion av kategorierna tills inga ytterligare likheter gick att finna och kategorierna blev varandra uteslutande (Graneheim & Lundman 2004).

Den text som jag fick fram genom fokusgruppsintervjuerna analyserades systematiskt och objektivt med syfte att hitta och beskriva uppfattningar som framgick från fokusgruppsintervjuerna. Som resultat fick jag fram tre kategorier: Kunskap, yrkeskompetens och institutionella aspekter. Dessa tre kategorier har tillsammans skapat temat *faktorer som påverkar vårdpersonalens tolkning*.

3.4. STUDIENS TROVÄRDIGHET

Reliabiliteten i en kvalitativ forskning är beroende av både den tekniska utrustningen och personerna som utför undersökningen (Gunnarsson 2002). För datainsamlingen under fokusgruppsintervjuerna använde jag en diktafon och innan varje intervju kontrollerade jag noga den tekniska kvaliteten hos den. Detta för att vara säker på att det som sades under intervjuerna skulle kunna höras vid databearbetningen efteråt. Tillfälliga fel kan aldrig uteslutas helt och hållet och därför är det nödvändigt att forskare tar hänsyn till just de möjliga fel som kan uppstå på grund av studiens design (Kvale 1997).

Intervjuerna utfördes enligt samma procedur. Alla informanter fick samma information om studien, intervjuerna gjordes på deras arbetsplats och dessutom användes samma intervjuguide vid båda fokusgruppsintervjuerna. Innan datainsamlingen startades var jag noga med att läsa på och lära mig så mycket som möjligt om demenssjukdom, kommunikation, fokusgrupper och innehållsanalys. Ändamålet med detta var att kunna bygga upp en bra förförståelse inför utförandet av undersökningen.

Att ha samma moderator i alla intervjuerna ökar reliabiliteten i forskningen (Albrecht et al 1993 citerad i Wibeck 2002). Jag hade rollen som intervjuare i båda fokusgrupperna. Validitet handlar om att man verkligen undersöker det som är relevant för forskningen genom att använda rätt metod vid rätt tillfälle (Gunnarsson 2002). Eftersom syftet med min studie handlar om att utifrån vårdpersonalens berättelser belysa vilka faktorer som påverkar deras tolkning av dementas olika kommunikativa uttryckssätt, var en kvalitativ metod ett självklart val. Valet av fokusgrupper tycker jag också passade bra som datainsamlingsmetod för att svara på syftet med mitt arbete.

Som jag tidigare nämnde påbörjade jag mitt arbete med den här studien genom att läsa om den tidigare forskningen i ämnet. Detta hjälpte mig att skapa en bra förförståelse, vilken i sin tur hjälpte mig vid valet av syfte. I början av uppsatsen beskrev jag min bakgrund och mina erfarenheter om kommunikation med dementa. I metodavsnittet har jag detaljerat beskrivit hur det gick till med urvalet, frågeguiden, datainsamlingen och innehållsanalysen. Fokusgruppsintervjuerna utfördes i en miljö som kändes trygg och hemma för deltagarna, det vill säga på deras arbetsplats. Forskaren bör vara noga med valet av miljö eftersom en ovan sådan kan hämma deltagarnas medverkande i diskussionen (Wibeck 2002).

Under förberedelserna för fokusgruppsintervjuerna använde jag kunskap från den tidigare forskningen för att få en stabil bakgrund för att kunna formulera relevanta frågeområden som jag tog upp i intervjuguiden. Genom att använda mig av fokusgrupper fick jag under intervjutillfället igång en diskussion om ämnet, vilket gav möjlighet för informanterna att rätta till eventuella missförstånd och felaktiga uppfattningar. För att säkra validiteten avslutade jag varje fokusgruppsintervju med att ge deltagarna en möjlighet att ta upp något som kanske glömdes och inte sades tidigare under diskussionen. Denna sista fråga inleddes med att jag återigen läste upp hela syftet med min studie och gav deltagarna en liten stund att fundera innan de svarade.

3.5. ETISKA ÖVERVÄGANDEN

I genomförandet av min studie har jag rättat mig efter de fyra forskningsetiska krav som Vetenskapsrådet (2002) beskriver. Eftersom deltagarna i min studie är anställda inom kommunal hälso- och sjukvård har jag först tagit kontakt med deras enhetschef. Jag informerade dem om undersökningens syfte, hur jag skulle gå till väga med datainsamlingen samt vad uppsatsen skulle användas till. Efter deras godkännande tog jag kontakt med samtliga eventuella deltagare.

Det första kravet är *informationskravet*, vilket innebär att alla deltagare i en undersökning måste informeras om att deras deltagande är frivilligt samt att de kan välja att avbryta sin medverkan när som helst under undersökningen (Vetenskapsrådet 2002). Deltagarna informerades först skriftligt och sedan även muntligt om undersökningens syfte, att intervjuerna skulle spelas in på diktafon, att deras deltagande var frivilligt samt att de kunde avbryta sin medverkan när som helst.

Samtyckekravet understryker vikten av att informera eventuella deltagare om deras möjligheter att bestämma själva om de vill delta i studien och att de kan avbryta sitt deltagande när de vill utan några som helst påtryckningar från forskarens sida. Det är viktigt att deltagarna ger sitt skriftliga samtycke om att de frivilligt deltar i studien innan undersökningen startar (Vetenskapsrådet 2002). Detta gjorde deltagarna i min studie och innan dess fick de information att de själva fritt väljer om och när de vill avbryta sitt medverkande i studien.

Genom att garantera deltagarna att all information som samlades in under intervjuerna skulle aidentifieras och förvaras inlåst under studiens gång, för att sedan förstöras efter att uppsatsen blir godkänd, har jag uppfyllt det tredje forskningskravet, *konfidentialitetskravet* (Vetenskapsrådet 2002). Jag upplyste deltagarna både skriftligt och muntligt om konfidentialiteten i studien. För att tillgodose konfidentialitetskravet har jag skyddat de medverkandes personuppgifter genom att redan vid intervjutillfället och senare även vid transkriptionen inte anteckna deras namn, utan istället koda dem med siffror. Jag har varit noga med att inte nämna i studien vem av deltagarna som har sagt vad i uppsatsen eller vart de jobbar. Syftet med detta var att göra det omöjligt för någon utomstående att känna igen de som medverkade i undersökningen. Allt detta som gäller konfidentialitetskravet kunde jag garantera från min sida, det vill säga att jag skulle skydda varje enskild deltagares identitet och åsikter. Men det finns även ett dilemma i samband med detta, eftersom alla i fokusgruppen kunde höra varandras åsikter och funderingar. Jag kunde inte garantera att de övriga deltagarna inte skulle sprida vidare någon information gällande diskussionerna under fokusgruppsintervjuerna.

Det fjärde kravet är *nyttjandekravet*. Det betyder att den insamlade informationen endast får användas för de ändamål som forskaren har fått lov för (Vetenskapsrådet 2002). Data från fokusgruppsintervjuerna har jag bara använt för att svara på syftet i denna studie och den kommer inte att användas till något annat. Deltagarna har underrättats om studiens ändamål och de kommer att få ta del av den färdiga uppsatsen eftersom de framförde önskemål om detta.

4. RESULTAT OCH ANALYS

För att förtydliga studiens resultat inleder jag detta avsnitt med en tabell där jag översiktligt presenterar teman, kategorier och subkategorier. Därefter beskriver jag den empiri och analysen för varje kategori separat. De två fokusgrupperna som har använts för datainsamlingen anger jag i uppsatsen som grupp A (10 deltagare) och grupp B (2 deltagare). Deltagarna i varje grupp har vidare markerats med siffror, som till exempel A1; A2 eller B1; B2 osv.

Tabell 2: Teman, kategorier och subkategorier

Tema	Kategorier och subkategorier
Faktorer som påverkar vårdpersonalens tolkning	1. Kunskap a) Om demenssjukdom b) Om den demente
	2. Yrkeskompetens a) Erfarenhet av att jobba med dementa b) Förmåga att visa empati och lyssna
	3. Institutionella aspekter a) Tid b) Psykosocial miljö

4.1. KUNSKAP

När deltagarna diskuterar faktorer som påverkar deras förmåga att tolka dementas olika kommunikativa uttryckssätt nämner de kunskap. Denna kunskap berör två områden: a) *kunskap om demenssjukdom* och b) *kunskap om den demente*. Jag inleder med att diskutera hur kunskap om demenssjukdomar har inverkan på kommunikationen mellan vårdpersonal och dementa.

a) Kunskap om demenssjukdom

Att vara insatt i fakta kring demenssjukdom, det vill säga (1) *känna till sjukdomens orsaker, symtom och förlopp* för att kunna ta hand om de dementa, anses av deltagarna i denna studie vara grundläggande faktorer som påverkar deras tolkning av dementas olika kommunikativa uttryckssätt. De berättar att dementa visar sin frustration, aggressivitet och till och med använder sig av fula ord över försämringen av den egna talförmågan. Dessa uttryck betraktas som normala kommunikationsmönster för dementa och kallas för beteendestörningar och psykiska symtom vid demenssjukdom (BPSD). För att underlätta och stödja dementa vid sådana tillfällen är vårdpersonalens uppgift att hitta ett fungerande sätt att förebygga samt mildra orsakerna till beteendet genom att korrekt tolka dementas olika kommunikativa uttryckssätt.

Deltagarna berättar i citatet nedan om hur det kan låta under omvårdnadsmötet när (2) *den dementes kommunikation påverkas av demenssjukdomen*.

B1: "Just det med språket, då när det börjar och fallera, hör man ofta "jag är så dum i huvudet"."

B2: "..., jag kan ju inte, så den känslan kommer, så den är ju inte så rolig, det att jag är så dum i huvudet att jag inte kan det här."

B1: "Just det."

B2: "Ja, som jag gör om de säger så och börjar, då brukar jag sätta mig och titta lite så där, "det får du stå för att du är dum i huvudet, jag tycker inte att du är dum i huvudet, du har svårt att prata, det har du, men därför är du väl inte dum i huvudet", att vi bekräftar att ok, du kan inte prata, du är dålig på att prata, men för det är du inte dum i huvudet."

I citatet skildras en situation när en dement person visar sin frustration över den nedsatta talförmågan. Genom att ha kunskap om demenssjukdom förstår sig vårdpersonalen bättre på den dementes beteende och skapar därefter lättare kontakt med honom eller henne. Då blir det även lättare att förklara för den demente hur verkligheten ser ut.

Vårdpersonalens resonemang om hur (3) *kunskap om demenssjukdomens förlopp* påverkar deras tolkning av olika kommunikativa uttryckssätt hos de dementa framträder i nedanstående citat.

B1: "Vi har frågelekar, vi har till ett spel, men nu är det några som har blivit dåliga på att prata".

B2: "Vi känner det, vi kanske inte kan göra det så ofta, för att en del som har det svårt att prata nu lider så markant, så om alla sitter..."

B1: "... ser på honom, man kan se det med rastlöshet, ..., när han kommer på dagen så är han lite mer apatisk."

B2: "... och så har vi sjungit, så även om man inte kan, så kan man (visar att man kan klappa med händerna)..., då är ju han i alla fall med."

I ovanstående citat talar deltagarna om utförandet av vardagliga rutiner med de dementa. Deltagarna påpekar att det är viktigt att kunna känna igen de förändrade signalerna när någon av de dementa blir sämre. Genom att ha kunskap om demenssjukdomens förlopp kan de tolka dessa signaler och anpassa omvårdnadssituationen efter den enskilde demente personen.

Ännu en kunskapsaspekt om demenssjukdom som berör vårdpersonalens tolkning av dementas olika kommunikativa uttryckssätt, (4) *kunskap om dementas olika kommunikationsstilar i olika situationer*, framträder i följande citat.

B1: "Det är ofta lite farligt, för de är ju duktiga och spela."

B2: "O, ja ..., de kan ju vara hur vilsna som helst, men när de ska till doktorn, när man är där, när man sitter med dem hos doktorn, nämen då, då skärper de sig så, så man inte tror att det är sant att det är samma människa."

B1: "Då säger läkaren" jag har ingen aning, det är inget fel på det där inte"."

Citatet illustrerar hur vårdpersonalen diskuterar händelsen när en dement person som i vanliga fall är helt förändrad i sitt beteende besöker sin läkare. Vid läkarbesöket uppträder den demente helt och hållet normalt och läkaren uppfattar inte honom eller henne som sjuk. Om vårdpersonalen inte har kunskap om dementas olika kommunikationsstilar i olika situationer kan det hända många missuppfattningar under omvårdnadsmötet, poängterar deltagarna.

Som en sammanfattning av det som jag har fått fram i fokusgruppsintervjuerna om vårdpersonalens kunskap om demenssjukdomar, vill jag understryka betydelsen av att vårdpersonalen i så stor mån som möjligt erhåller kunskap om demenssjukdomens snabba förändringar, om dementas olika kommunikationsstilar samt hur dementas kommunikation påverkas av demenssjukdomen. Dessa tre aspekter utgör en stor hjälp för vårdpersonalen att kunna tolka dementas olika kommunikativa uttryckssätt.

b) Att ha kunskap om den demente

I diskussionen under fokusgruppsintervjuerna har deltagarna även diskuterat kunskap om (1) *den demente individens historik och livserfarenheter* innan sjukdomen bröt ut, som ett viktigt underlag för deras förmåga att tolka dementas olika koder och tecken. I citatet nedanför berättar de just om hur de försöker få en inblick i dementas tidigare liv för att senare kunna skapa en så god livskvalitet som möjligt för den enskilde demente.

B1: "Dels är det ju bra för man ser hur de bor, vad de har för stil och ja, man ser hur en är, man märker så väl vad det är för person..."

B2: "... och efter en stund, då känner vi ju varandra lite, om jag sett din man, och dina barn, och dina barnbarn, då känner jag dig så litegrann."

B1: "De livsberättelserna, det som fylls på med anhöriga, det är väldigt bra, så man vet vad man har haft för intresse och större händelser i livet..."

Citatet illustrerar hur vårdpersonalen kommer hem till den demente, pratar med dennes familj, tittar på familjefoton och försöker få en inblick om vem personen är bakom demenssjukdomen.

En annan aspekt som deltagarna har fört resonemang över är två begrepp som ofta kopplas ihop med dementas kognitiva tillstånd och handlar om den dementes specifika sjukdomsförlopp. Dessa är (2) *oro och ångest*. I fokusgruppsintervjuerna har deltagarna uppmärksammat vikten av att vårdpersonalen tolkar rätt de uttryckssätt som dementa manifesterar när de känner oro och ångest. I citatet nedan diskuterar deltagarna kring vilka olika saker, känslor och händelser som kan orsaka att den demente börjar känna oro och ångest. Deltagarna påpekar att de dementas kommunikativa uttryckssätt kan skilja sig åt från person till person beroende på nivån av deras känslomässiga tillstånd.

A1: "Det finns mycket oro."

A2: "Det är olika saker, sätta på lite kläder, oro över hur det fungerar..."

A3: "Vet inte vad som ska sitta vart, ..., eller bara att de bor var de bor, oro för att de ska iväg någonstans, hur de ska bo, oro över var deras man är eller, som kanske redan har gått bort och oro över vart ens barn är."

A4: "Oro över saker."

A3: "Oro över saker som försvinner, plånböcker."

A1: "Mycket folk i hemmet, att hallucinera, skapar liksom ångest."

Från citatet framgår att dementa kan visa oro av flera olika skäl, som till exempel: Oro över vardagliga saker, som val av kläder, oro över främmande folk eller oro över var deras äkta make eller maka har tagit vägen, trots att de kanske är döda för länge sedan.

4.1.2. ANALYS AV KUNSKAP

Att ha grundläggande kunskap om demenssjukdomar, som till exempel att känna till att det första och mest uppmärksammade symtomet är nedsatt minnesfunktion som ofta är förenat med bland annat försämrade kommunikationsförmåga, är väsentligt (Armanius Björilin et al. 2002; SBU 2006). Tack vare kunskapen om de bakomliggande orsakerna kan vårdpersonalen fokusera på den dementa och bemöta känslolagret i dennes uttalande med ärlighet och respekt (Solem et al. 1996). Genom sin skicklighet kan vårdpersonalen visa att de betraktar den demente som en självständig person och inte objektifierar honom eller henne (Kitwood 1997).

Kunskap om dementas tidigare liv är en betydelsefull komponent för vårdpersonalens förmåga att svara på den kognitiva förändringen hos de dementa. Detta skapar möjlighet att dementas olika kommunikativa uttryckssätt blir korrekt tolkade. Fynd från denna studie visar på vikten av att vårdpersonalen känner till dementas förflutna och livserfarenheter. Detta kan vara en bra utgångspunkt för dem att skapa överenskommelse i hur de kan uppfatta koder och tecken. Enligt tidigare forskning bör de som kommunicerar känna till tecknens betydelse och kunna tolka dessa om budskapet ska komma fram (Dimbleby & Burton 1999). Genom att använda sin kännedom om dementas tidigare liv kan vårdpersonalen skapa en bättre grund för att öka sina färdigheter och förstå vilka referensramar som gäller för dementa (Melin & Olsen 2001).

I studien berättar deltagare om dementa som frågar efter sin för länge sedan avlidne/a make eller maka. Mina resultat lyfter fram att tillgången till den dementas familjefotografier är viktiga för att vårdpersonalen ska kunna tolka dennes olika kommunikativa uttryckssätt. Detta resultat ansluter på så vis till tidigare forskning som betonar betydelsen av att vårdpersonalen kan använda sig av exempelvis fotografier under omvårdnadsmötet. Tidigare forskning har bland annat illustrerat att vårdpersonalen använder fotografier för att förklara verkligheten för dementa (Gynnerstedt & Schartau 2000). Mina resultat visar alltså att fotografier kan ha ytterligare en funktion: De kan underlätta för vårdpersonalen att skaffa sig kunskap om den demente och därmed främja deras tolkning av dementas olika kommunikativa uttryckssätt.

Att kunskap är en förutsättning för tolkningen av dementas olika uttryckssätt styrks även av den tidigare forskningen, som poängterar betydelsen av en kunnig vårdpersonal (Marcusson et al. 2003; Nilsson & Waldermarsson 2007). Mina resultat ansluter så tillvida till den tidigare forskningen. Mina resultat visar på relevans av att vårdpersonalen känner till att dementas kognitiva tillstånd förändras beroende på olika orsaker, som till exempel den tidigare beskrivna känslan av oro hos dementa. Som vårdpersonal måste man ta reda på vilka orsaker som ligger till grund för ett visst beteende, för att så tidigt som möjligt observera olika kommunikationsstörningar eller brus. Exempelvis manifesterar dementa ofta olika uttryckssätt för frustration och aggressivitet genom att säga fula ord. Utan kunskap om bakgrunden till detta finns en risk att vårdpersonalen bara fokuserar på det negativa, vilket hindrar tolkningen av de rätta signalerna som dementa vill förmedla (jmf Fiske 2001).

Sammanfattningsvis visar resultatet som handlar om vårdpersonalens kunskap att arbeta med dementa på två olika kunskapsmönster: Att ha kunskap om demenssjukdom och att ha kunskap om den demente. Studien pekar ut de två kunskapsmönster som ett betydelsefullt underlag för att kommunikationen med de dementa ska fungera. Om vi ska kunna läsa av de olika kommunikativa uttryckssätt som dementa kan uppvisa måste vi självklart ha kunskap om hur deras referensramar ser ut och hur de kan påverkas. Genom att skaffa sig lärdom om

demenssjukdomar ökar samtidigt vårdpersonalens färdigheter, attityderna förändras och viljan att lära känna de dementa ökar (Nilsson & Waldermarsson 2007).

Det kan tyckas att kunskap om demenssjukdomars uppkomst och utveckling behandlar samma typ av kunskap. Det stämmer till en viss del, men jag anser ändå att vi måste skilja på kunskaper om varför en person insjuknar i demenssjukdom och vad det är som händer under själva sjukdomsutvecklingen. De förstnämnda kunskaperna ger oss en mer allmän vetskap om demenssjukdomars upphov och symtom. De kunskaper som rör det som händer under sjukdomsutvecklingen är mer personliga och i stort beroende av dementas sociala och kognitiva förutsättningar.

Det kunskapsmönster som handlar om vårdpersonalens kännedom om dementas livshistoria skiljer sig en del från kunskapen om demenssjukdomens uppkomst och utveckling, eftersom det ibland kan röra sig om en insikt som vårdpersonalen inte kan styra över. Omständigheterna är inte alltid sådana att dementa har familj som kan berätta något, att deras hem visar vilka de är som personer eller att de själva kan berätta något om sina tidigare liv.

4.2. YRKESKOMPETENS

Den andra kategorin som har inflytande på hur vårdpersonalen tolkar dementas olika kommunikativa uttryckssätt påverkas av deras individuella förhållningssätt. Enligt resultatet av denna studie beror detta förhållningssätt på a) deras *erfarenheter av att arbeta med dementa* och b) deras *empatiska förmåga* samt *förmåga att lyssna*.

a) Erfarenhet av att jobba med dementa

(1) *Erfarenhet av att jobba med dementa* betraktas av studiens deltagare som en viktig yrkeskompetens. De berättar om situationer där erfarenhet har visat sig ha en betydande roll vid tolkningen av dementas verbala och icke-verbala uttryckssätt genom att beskriva hur känslor av maktlöshet och otillräcklighet hos oerfaren vårdpersonal ibland kan ta över under omvårdnadsmötet. För de som har vana av att jobba med dementa och har träffat dem förut är det lättare att utveckla en mer positiv relation och fungerande kommunikation.

A1: ”... , man visste inte riktigt vad man skulle säga åt honom... det var lite konstig situation, jag visste inte vad jag skulle göra riktigt, jag kände inte honom, det var första gången jag har träffat honom...”

A2: ”Knivig situation.”

A1: ”Ja, väldigt jobbigt... han började först svära och blev förbannad för att han inte fick fram orden.”

A3: ”Jag var också där..., men vi satt vid köksbordet och pratade..., han försökte säga något i mellan och jag fyllde i vad jag trodde att han skulle säga och det fungerade ganska bra..., han tyckte det gick ganska bra... vi kände varandra.”

I detta citat framför först en oerfaren vårdare sina problem i omvårdnadsmötet med en dement person som har svårt att uttrycka sig verbalt. Eftersom hon inte känner den demente får hon svårt att tolka dennes kommunikativa signaler. Det märks tydligt att hon bedömer kontakten med den demente under omvårdnadsmötet som mycket svår och påfrestande. Citatet avslutas med ett uttalande av en mer erfaren vårdpersonal som har fått kontakt med den demente tidigare. Med hjälp av hennes erfarenhet går det lättare att tolka den dementes kommunikativa uttryckssätt och förstå dennes önsknings och behov under omvårdnadsmötet.

Deltagarna resonerar också om hur tolkningen av olika kommunikativa uttryckssätt hos dementa kan underlättas genom (2) *regelbundna besök av samma vårdpersonal* så ofta som möjligt. En sådan rutin skapar en positiv kontakt och de dementa blir mer bekväma och mottagliga för kommunikation. I citatet nedan framför deltagarna sina funderingar kring detta.

A1: ” Sedan är det väldigt bra att vi ofta går till samma, om man säger så, det blir, på något sätt, kanske de inte känner oss, men ändå vet de, att de känner igen oss på något vis ändå...”

A2: ” ... och vi känner hur de vill ha, om man har varit där mycket, annars springer man till olika varje gång, det att gå till några av dem, läsa av dem, man märker att de känner igen en på något sätt, vet inte vad vi heter eller så, men säger, ”du kan ju bo över här eller sova över”

A3: ”Håller med som bekant när man kommer.”

A1: "... satte sig och drack kaffe med henne och pratar och hjälper."

I citatet berättar deltagarna först om fördelarna med att besöka samma dementa ofta och regelbundet. De beskriver hur de regelbundna omvårdnadsmötena hjälper de dementa att slappna av och kommunicera. Samtidigt får vårdpersonalen en möjlighet att lära känna de dementa och lättare kunna tolka deras olika kommunikativa uttryckssätt.

Under fokusgruppsintervjuerna har deltagarna också berättat om när kommunikationen med dementa inte har fungerat under omvårdnadsmötet. Vid sådana tillfällen understryker deltagarna att det ofta behövs en del erfarenhet. Ett av tillvägagångssätten som de ibland använder sig av är (3) *personalbyte*. I citatet nedanför beskriver deltagarna hur det går till när de är tvungna att byta med någon kollega.

A1: "Ibland gjorde vi så att vi bytte, att vi ringde på någon annan så att den andre gick upp liksom och väntade i fem minuter för att komma in och då gick det bra, det spelade ingen roll vilken av oss det var, utan man bara bytte."

A2: "Man bara bytte ansikte, då var det den andra boven och så var man själv jättesnäll."

A3: "Precis"

A4: "Ibland hjälper det bara att byta person."

Citatet beskriver en situation där dementa reagerar negativt på vårdpersonal som besöker dem, vilket gör att kommunikationen mellan dem blir lidande. Ibland löser vårdpersonalen detta genom att byta med varandra och låta en annan kollega gå in. Efter en liten stund kommer den första personen tillbaka och kommunikationen fungerar som den ska igen.

Slutligen kan det konstateras att erfarenhet av att arbeta med dementa enligt resultatet i min studie verkligen framgår som en viktig aspekt av yrkeskompetensen. Genom sin erfarenhet kan vårdpersonalen öka på sina möjligheter att tolka dementas olika kommunikativa uttryckssätt under omvårdnadsmötet.

b) Förmågan att visa empati och att lyssna

En annan aspekt som har påverkan på vårdpersonalens yrkeskompetens enligt studiens deltagare är deras empatiska förmåga och förmågan att lyssna. Flera deltagare berättar om att dessa två individuella egenskaper hos en person är betydelsefulla för hur vårdpersonalen tolkar kommunikativa uttryckssätt hos dementa. I citatet nedan talar deltagarna om hur de under sjukdomsprocessen, som ofta innebär en försämring av dementas kognitiva förmåga, har för uppgift (1) *att sätta sig in i dementas livsperspektiv*. Målet med detta är att försöka hjälpa de dementa att hålla sig till verkligheten så länge som möjligt.

B1: "..., och så åker vi ut och hämtar dem i deras hem då, och där har vi en viss träning då, vi ser om de kan låsa dörren själva, annars gör vi det och låser dörren åt dem, och sådana där grejer... de brer sina smörgåsar..."

B2: "Det är ju det att det finns en del som inte klarar av och bre smörgås, då kommer vi och hjälper lite diskret, inte så att det syns liksom, inte hos alla, det är väldigt viktigt."

Citatet illustrerar hur vårdpersonalen under utförandet av vardagliga rutiner använder sig av sin empatiska förmåga för att läsa av om och när de dementa behöver hjälp. Genom att uppfatta dementas kommunikativa uttryckssätt rätt kan vårdpersonalen sätta sig in i deras känslor och hjälpa dem lite diskret. Deltagarna poängterar hur vissa dementa är angelägna om att omgivningen inte ska lägga märke till deras svaghet.

Det som deltagarna också pratar om är deras iakttagelse om hur dementa ibland helt (2) *medvetet använder sig av humor* med syfte att fånga vårdpersonalens uppmärksamhet. Deltagarna uppfattar detta som dementas sätt att visa att de finns och är närvarande. Citatet som kommer härnäst beskriver en stund under omvårdnadsmötet då vårdpersonalen tränar dementas kognitiva funktion.

B1: "Vi säger bara det med ordspråken, vi säger halva ordspråk, och de ska finna den andra halvan, det finns där, det finns där och är ju gympa för hjärnan."

B2: "Sedan kan man ju köra gympa på annat sätt, man kan sitta och småjävlas och säga fel varje gång."

B2: "Det är ju också en konst, att inte säga rätt."

B1: "Så där med glimten i öga, just det där."

I citatet berättar deltagarna om en situation när dem upplever att dementa medvetet använder sig av humor. Bara genom att verkligen lyssna kan vårdpersonalen tolka dementas beteende korrekt i en situation som den i citatet, det vill säga sökande efter uppmärksamhet och kontakt. Detta främjar vårdpersonalens empatiska förmåga och skapar en bra kommunikationsgrund mellan dem och de dementa.

Att korrekt (3) *uppfatta de känslomässiga avtrubbningarna och minnes- samt orienteringssvårigheterna* i dementas olika kommunikativa uttryckssätt med hjälp av sin inlevelseförmåga skapar en möjlighet för vårdpersonalen att anpassa sitt handlande under omvårdnadsmötet. Citatet nedanför visar deltagarnas resonemang om vad de tänker angående att använda empati för att tolka hur dementa mår och känner.

B1: "Det blir hjälp automatiskt när man förändrar bemötandet, det måste vi göra med varje individ, som följs med olika bemötanden."

B2: "Ja, det är utifrån vad det är som ska vara bäst för dem, det är det man alltid vill, men visst måste man ju ändras."

B1: "Det är ju från dag till dag alltså, det är ju dagsform det är ju till och med en dag. En som ju är jättesur, arg, ledsen, allting, kan ha en vecka då det är bara solstrålar överallt och sedan veckan därpå är det precis ända ner till bott, men det är bara och gunga med det."

Citatet tar först upp deltagarnas funderingar om hur de måste använda sin inlevelseförmåga för att bemöta dementas kognitiva förändringar. Deltagarna poängterar att förändringarna är individuella samt kan hända ofta och snabbt. För att kunna skapa en bra kommunikation med de dementa är det viktigt att förändringarna oavsett hur de än är kan tolkas och uppfattas korrekt.

Kort sagt är både empati och förmågan att lyssna två av grundläggande personliga egenskaper som vårdpersonalen förfogar över och viktiga delar av deras yrkeskompetens. Med hjälp av sin inlevelseförmåga och förmågan att verkligen lyssna utvecklar vårdpersonalen också sin skicklighet att tolka de olika kommunikativa uttryckssätten hos de dementa.

4.2.1. ANALYS AV YRKESKOMPETENS

De individuella förhållningsätterna hos vårdpersonal inom demensvård som studiens resultat pekar på och som påverkar vårdpersonalens yrkeskompetens är: a) erfarenhet av att arbeta med dementa och b) att ha empatisk förmåga och kunna lyssna.

Erfarenhet av att arbeta med dementa tas upp som en given del av vårdpersonalens förståelse. Flera deltagare berättar om kommunikationssvårigheter mellan oerfaren vårdpersonal och de dementa. Som ett exempel talar deltagarna om en dement person med problem att kommunicera verbalt med omgivningen. Vid besök av oerfaren vårdpersonal uppstår svårigheter eftersom de inte förstår hans eller hennes icke-verbala signaler som skapar en känsla av otrygghet hos båda parter. Detta förstör i sin tur deras samarbete och den demente börjar visa irritation samt ilska. Det märks att referensramarna hos oerfaren vårdpersonal inte räcker till för att de i detta fall ska kunna tolka den dementes icke-verbala uttryckssätt (jmf Melin & Olsen 2004; Nilsson & Waldemarson 2007). Med hjälp av mer vana av att jobba med samma dementa person får vårdpersonalen möjlighet att lära sig mer om dennes framställande koder, som enligt tidigare forskning skapar grunden för icke-verbal kommunikation (Fiske 2001). Deltagare anser att endast kontinuerliga dvs. besök hos en och samma dementa person kan ge möjlighet till att göra framställandekoder begripliga för båda sidor. Detta underlättar tolkningen av dementas olika kommunikativa uttryckssätt och resulterar i meningsfullt kommunikation.

Flera deltagare talar om situationer där dementa, när talförmågan sviker, börjar använda sig av språkliga koder som är svåra att tolka. De koderna kan bland annat handla om sexuell fixering, där de dementa använder fula ord samt förolämpar vårdpersonal. Den oerfarna vårdpersonalen kan få det jobbigt med tolkningen av sådana koder och vid vissa tillfällen behövs det hjälp från andra som eventuellt känner igen koden och förstår den drabbade (jmf Eide & Eide 2009).

Resultatet talar också om vårdpersonalens empatiska förmåga och hur denna påverkar deras kommunikation med dementa. Tidigare studier beskriver empati som ett redskap att skydda de dementas integritet och självkänsla med, men poängterar även vikten av att skilja mellan sina egna och de dementas känslor (Holm 2001). Deltagarna har bland annat diskuterat relevansen att vid tillfällen då dementa behöver hjälp göra detta så diskret som möjligt och helst utan att omgivningen märker något. Genom att visa på sin ärlighet och inlevelse kan vårdpersonalen skapa en bättre kommunikation med dementa (jmf Solem et al. 1996). Vidare tycker deltagarna att förmågan att sätta sig in i dementas livsperspektiv och få möjlighet att skydda deras integritet och självkänsla genom att erkänna deras känslor som sanna, är en viktig förutsättning för att kunna tolka deras olika kommunikativa uttryckssätt (jmf Feil 1994). Som tidigare forskning har fastställt är dementa framför allt människor med känslor, tankar och önskningar som agerar i relation till personerna i sin omgivning (Kitwood 1997; Watzlawick et al. 1967).

Ett fynd av denna studie, som har nära koppling till empati enligt den tidigare forskningen, är förmågan att lyssna (jmf Solem et al. 1996). I resultatet berättar deltagare om betydelsen av att verkligen lyssna och höra på dem dementa under omvårdnadsmötet. De har pratat om olika situationer då dementa bland annat använde humor för att visa att de är närvarande. En person skickar alltid någon signal till sin omgivning, som i sin tur, vare sig den är medveten eller omedveten, påverkar andra som är tvungna att svara (Watzlawick et al. 1967). En av de

tidigare beskrivna kommunikationsstrategierna som grundar sig på ett aktivt lyssnande, empati, känslighet, respekt och uppmärksamhet är reminiscensmetoden, som har för uppgift att koppla ihop dementas förflutna och nutid (Gynnerstedt & Schartau 2000). Detta överensstämmer med fyndet från min studie, eftersom deltagarna påpekar just betydelsen av att lyssna noga, visa empati och respekt samt att vara uppmärksam över dementas problem som något primärt inom demensvården.

Som avslutning på denna analys kan jag kort säga att denna studie har resulterat i aspekter som erfarenhet, empati och förmågan att lyssna som grundläggande för vårdpersonalens yrkeskompetens. Empati och förmågan att lyssna är verkligen två personliga egenskaper som skiljer sig mycket beroende på hur man är som person (Holm 2001). De båda utpekades som centrala delar av demensvården i resultatet av denna studie samt tidigare forskning. För det är viktigt att vårdpersonalen kan lyssna noga och visa empati för de dementa, men utan att själva bli påverkade.

4.3. INSTITUTIONELLA ASPEKTER

När personalen diskuterar faktorer som påverkar deras tolkning av de dementas kommunikation framträder två institutionella aspekter: a) *tid* och b) de dementas *psykosociala miljö*.

a) Psykosocial miljö

För att dementa ska kunna slappna av och bli kommunikativa är en välfungerande psykosocial miljö att föredra enligt deltagarna i studien. Det som deltagarna påpekar i citatet nedan talar om hur viktigt det är med (1) *en lugn och avslappnad* psykosocial miljö runt de dementa för att deras olika kommunikativa uttryckssätt ska kunna vara förståeliga för vårdpersonal som ska tolka dessa.

A1: "Att man aldrig, framförallt aldrig är stressad, det funkar aldrig."

A2: "Och inte gå in för många, hos vissa passar det inte att gå in fler, en del tycker inte om att det kommer in två."

A3: "Det får inte bli rörigt för dem."

A2: "... och inte prata i telefon, ringa och så där, en del kan vara väldigt oroliga, när det blir för mycket spring, de förstår inte riktigt vad vi gör då och bara sluter sig."

I citatet lyfter deltagarna fram de saker som kan medföra en negativ påverkan på dementas kognitiva tillstånd, vilket betyder en dålig kommunikation under omvårdnadsötet. När det blir rörigt sluter den demente sig (se citatet), uttryckstecken blir mindre framträdande och det blir därför svårare för personalen att "se" den demente och tolka dennes icke-verbala tecken.

En annan typ av psykosocial miljö som deltagarna resonerar kring är en aspekt som för det mesta brukar ha en positiv påverkan på dementas kommunikation. Detta handlar om att vårdpersonal skapar (2) *en homogen grupp* med de dementa, där de som ingår befinner sig i ungefär samma fas av sjukdomen. Detta anses vara viktigt för dementas positiva utveckling av kognitiva tillstånd. Deltagarna ser det som en chans för dementa att få ett positivt intellektuellt utbyte, utan att någon av dem blir lidande. Citatet härnäst visar hur deltagarna diskuterar de homogena grupperna och deras påverkan på dementas kommunikation.

B1: "... nu är det så stor spridning, men annars försöker och jobbar vi så att det är några som är lika långt gångna, så vi får utbyte utav det, det är viktigt."

B2: "Men det försöker vi i den mån som det går, att vi får grupper som passar ihop."

B1: "..., när det fungerar kan de slappna av, de pratar och skrattar..."

B2: "Vi kan hänga med och läsa av ..."

I citatet framkommer att deltagarna alltid när det är möjligt försöker skapa homogena grupper där dementa kan umgås och träna sina kognitiva funktioner. Deltagarna berättar om hur dementa hittar varandra och har roligt vilket samtidigt ger möjlighet för vårdpersonal att följa de grupperna och tolka dementas olika kommunikativa uttryckssätt.

Slutligen kan jag säga att de aspekter av dementas psykosociala miljö som framträder i mitt resultat är: att det är lugn och ro i dementas omgivning och att det skapas homogena grupper där de dementa kan umgås med andra med liknande problem. De aspekterna skapar förutsättningar för en bra kommunikation och tolkning av dementas olika kommunikativa uttryckssätt.

b) Tid

Deltagarna beskriver tid som en betydelsefull faktor som har inflytande på deras kommunikation med dementa. Ett tema som betonas i gruppernas samtal är hur tiden måste räcka till om de ska kunna klara av och tolka de dementas olika kommunikativa uttryckssätt under omvårdnadsmötet. I materialet framträder hur tillgång på tid påverkar personalens tolkning på två sätt. Tillgång till tid påverkar (1) *personalens möjlighet att "läsa av"* samt i avsaknad av tid måste (2) *de låtsas inför de dementa att den finns*.

I citatet som följer nedan diskuterar deltagarna tidens betydelse i kontakten med de dementa.

A1: "Att man har tid, alltså det är nummer ett, att man kommer in och det är lugnt... det är tiden som spelar en väldigt viktigt roll med dementa."

A2: "Ska inte vara jättestressad."

A3: "Bara komma in och sätta sig betyder mycket för att kunna läsa av någon."

A4: "Inte ha bråttom."

A5: "Ja, inte ha bråttom, utan prata med hjärtat, sätta sig och se ..."

Citatet innehåller deltagarnas tankar om tiden och dess betydelse i kommunikationen med de dementa. De beskriver hur viktigt det är att ha tid och inte stressa för att kunna, som de beskriver det, "läsa av" dementas olika kommunikativa uttryckssätt.

De andra funderingarna som deltagarna utväxlar handlar om omvårdnadsmötet med en dement person som behöver ganska mycket hjälp. De beskriver hur deras kommunikation påverkas negativt eftersom tiden inte räcker till. Men de poängterar att de ändå är tvungna att visa motsatsen för den demente, för annars kommer kommunikationskontakten mellan dem att avbrytas. Deltagarna framhåller att om dementa upplever vårdpersonalen som stressade och ser att de bara springer runt, påverkas deras kommunikativa uttryckssätt negativt och då kan de bli nästan okontaktbara. Citatet som följer talar om konsten att förmedla känslan om att tiden faktiskt räcker till.

A1: "Nej, det är ju en konst, det är det ju."

A2: "Och det är ju oerhört viktigt för akutvården, att kunna förmedla att man faktiskt har tid, trots att det kanske bara rör sig om två, tre minuter."

A3: "Och att hänga av sig, det kanske bara är för en tablett, hänga av sig och inte visa att man bara rusar in och ut med jackan på, utan lyssnar."

A4: "Ja, det är att man kommer in, och ska försöka förmedla att man säger att man har tid för det, men ändå säger kroppen att man inte riktigt har tid för det, men har tid att se på..."

Citatet skildrar deltagarnas tankar om tidens betydelse för omvårdnadsmötet. De påtalar att det är jätteviktigt att under omvårdnadsmötet förmedla till den demente att tiden finns. De pratar också om hur viktigt det är att komma in till den dementa samt ha tid att lyssna och se.

Enbart på detta sätt kan de uppfatta dementas signaler och tolka deras olika kommunikativa uttryckssätt.

Som en sammanfattning av det som har sagts om tiden under fokusgruppsintervjuerna kan det konstateras att tiden har stor relevans för vårdpersonalens möjligheter att på ett rätt sätt tolka dementas olika kommunikativa uttryckssätt under omvårdnadsmötet.

4.3.1. ANALYS AV INSTITUTIONELLA ASPEKTER

De strukturella aspekter av omvårdnadsmötet som kommer fram i resultatet är psykosocial miljö och tid.

Palo-Bengtsson och Ekman (2002) skriver att en vardaglig miljöväxling ökar dementas intresse för andra människor och ger dem stimulans att skapa nya sociala kontakter. I min studie visar resultatet på att de dementa har behov av att träffa andra i samma situation vilket ger dem möjligheter till ett positivt intellektuellt utbyte. Miljö anses av deltagarna i studien vara en viktig aspekt som förstärker både vårdpersonalens kunskap samt förståelse. En resumé av detta är att vi inte får glömma att de dementa är människor som alla andra med sina sociala behov som måste ha en lugn och trivsamt miljö att vistas i. En anpassad omgivning och en kunnig vårdpersonal är de viktigaste villkoren för en god demensvård, vilket innebär goda möjligheter för tolkningen av dementas olika kommunikativa uttryckssätt (Marcusson et al. 2003).

En aspekt i min studie som har visat sig ha ett inflytande inom demensvården är tiden. Deltagarna uppfattar tiden som en av de viktigaste utgångspunkterna för att förutsättningar som vårdpersonalens kunskap samt förståelse ska kunna fungera. De har berättat om omvårdnadsmöten då tiden inte räcker till och hur denna brist skapar stress och oro hos både dem och de dementa. I litteraturen hittar jag inga tidigare studier som uppmärksammar detta, kanske för att de flesta tar det för givet att tid alltid måste finnas inom demensvården.

Om vårdpersonalen inte får tillräckligt med tid att utföra sina uppgifter under omvårdnadsmötet, skapar det en känsla av otrygghet hos både dem och de dementa. Detta påverkar i sin tur dementas kommunikationssätt på ett negativt vis.

5. DISKUSSION

Syftet med denna studie har varit att utifrån vårdpersonalens berättelser belysa vilka faktorer som påverkar deras tolkning av dementas olika kommunikativa uttryckssätt under omvårdnadsmötet. Eftersom mitt mål har varit att öka kunskapen om det som anges i syftet utifrån vårdpersonalens perspektiv och uppfattningar har jag använt mig av den kvalitativa ansatsen. Den metod som jag har valt är en kvalitativ innehållsanalys, därför att den fokuserar på mötet och samtalet människor emellan (Krippendorff 2004) och att beskriva det som sägs under intervjuerna utan att använda vidare analys eller tolkning (Granheim & Lundman 2004).

Genom att sammanfatta resultaten i min uppsats kan jag säga att vårdpersonalens kunskap, yrkeskompetenser som erfarenhet, empati och förmåga att lyssna samt de institutionella aspekterna som, tid och psykosocial miljö är de faktorer som har stor påverkan på vårdpersonalens tolkning av dementas olika kommunikativa uttryckssätt. Genom sin kunskap och erfarenhet utformar vårdpersonalen spektra av olika strategier för att lindra och förebygga svårigheterna i kommunikationen med dementa, som till exempel kan bildas av negativ psykosocial miljö samt tidsbrist. Detta utgör grunden till en utveckling av en fungerande kommunikation där det skapas bra förutsättningar för vårdpersonalens tolkning av dementas olika kommunikativa uttryckssätt.

5.1. METODDISKUSSION

På raderna som följer härnäst har jag planerat att föra ett resonemang om metodvalet i min studie. Det första jag tänker skriva några ord om är valet av deltagare till min undersökning. Som jag har beskrivit tidigare i metodavsnittet är deltagarna tolv kvinnor som jobbar med dementa inom kommunal hälso- och sjukvård. Att deltagarna var kvinnor var ingenting som jag planerade från början. Däremot skulle det ha varit intressant och säkerligen lärorikt att även ha fått en del erfarenheter och upplevelser från den manliga vårdpersonalen. Hur resultatet påverkas av detta är ingenting som jag känner till i dagens läge, men det skulle vara intressant att i framtiden göra en liknande studie med fokusgrupper där vårdpersonal från båda könen är representerade och får komma till tals.

En annan aspekt av urvalet är att mina deltagare jobbar inom kommunal hälso- och sjukvård. På frågan om varför jag har gjort ett sådant val är svaret ganska enkelt. Genom att läsa om dagens demensforskning och om bland annat kostnaderna för demensvård i Sverige har jag fått fram fakta att kommunerna står för 85 procent av samhällskostnaderna för demensvården (Socialstyrelsen 2005; Socialstyrelsen 2009). Detta visar på att den största omvårdnaden och det främsta stödet till dementa finns inom kommunal verksamhet, vilket stödjer mitt val att göra intervjuer med vårdpersonal som jobbar med dementa inom kommunal hälso- och sjukvård.

Nästa fråga att diskutera är mitt val av fokusgrupper som en metod att samla in data. Jag valde metoden eftersom denna metod lämpar sig för att undersöka människors egna erfarenheter, vilket just var mitt mål med studien. Dessutom har den här typen av datainsamling gett mig möjlighet att ta del av många fler berättelser under den begränsade tiden jag hade till mitt förfogande än om jag hade använt mig av individuella intervjuer. En av fördelarna med fokusgrupper är att metoden kan stimulera människor som vanligen inte tycker att de har

något att berätta att tala om sina egna upplevelser och tankar (Kitzinger 1994). I fokusgruppsintervjun med tio deltagare märktes det att några av dem inte var villiga att prata till en början, utan de drog sig tillbaka och lyssnade bara på de andra. Men allt eftersom tiden gick började de känna sig mer bekväma och deras ursprungligen passiva inställning förändrades. De blev mer och mer engagerade att berätta om sina upplevelser och medverka i diskussionen.

En annan sak som jag vill belysa lite närmare är de två fokusgrupper som jag intervjuade. Från början planerade jag att dela in deltagarna i tre fokusgrupper, men som Wibeck (2000) påpekar spelar tiden och resurstillgångarna in vid avvägningen om hur många grupper som ska användas i undersökningen och så var fallet även här. Tids- och resursbegränsningarna var avgörande i mitt beslut att göra fokusgruppsintervjuerna enligt de möjligheter jag hade till mitt förfogande, så det blev därmed till slut två fokusgrupper med tio respektive två deltagare. Tidsmässigt var det för den här gången omöjligt att göra det annorlunda eftersom de informanter som var villiga att delta i studien inte kunde ställa upp på en annan tid. Med informationen som jag fick i planeringsfasen om deltagarnas erfarenheter av att jobba med demenssjuka personer som grund, bestämde jag mig för att ändå utföra fokusgruppsintervjuerna, eftersom jag bedömde att deltagarnas kunnande och upplevelser skulle kunna vara av stor relevans för min studie. Fokusgruppsintervjuer bör bland annat användas när det gäller att undersöka motivation och handlande hos de informanter som ingår i undersökningen (Morgan 1998), och deltagarna i min studie har sannerligen inte visat någon brist på detta.

Begränsningar i studien kan vara att deltagarna representerar vårdpersonal som vanligen kommer i kontakt med dementa i de två första stadierna av sjukdomen. Eftersom deras berättelser mest är kopplade till kognitiva förändringar och dementas behov i de första stadierna, har det som händer med de dementa i det sista stadiet av sjukdomen varit väldigt skvalt representerat här och därmed kan det hända att en viss del relevant information inte har kunnat inhämtas.

5.2. RESULTAT DISKUSSION

Debatten om demenssjukdomar som förs i Sverige idag handlar mycket om hur demensvården kan förbättras och bli mer effektiv, på grund av demenssjukvårdens höga samhällskostnader (SBU 2006; Socialstyrelsen 2005; Socialstyrelsen 2009). I år har Socialstyrelsen kommit med ”Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom” (2009) där de betonar förutsättningar som personcentrerad omvårdnad, multiprofessionellt arbete samt utbildning av vårdpersonalen, som viktiga grunder för en god demensvård och omsorg. Resonemang om att forskning om demensomvårdnad behöver utveckling i områden där åtgärderna riktar sig till individen, det vill säga att undersökningarna bör utgå från dementa, vårdpersonal och omvårdnadsmötet, har också förs på tal (SBU 2006). Detta stämmer i hög grad med mina funderingar, min motivation och drivkraften för att göra denna studie.

Syftet är att utifrån vårdpersonalens berättelser belysa vilka faktorer som påverkar deras tolkning av dementas olika kommunikativa uttryckssätt under omvårdnadsmötet. Med hjälp av innehållsanalys som analysmetod har jag som resultat fått tre kategorier förenade i ett tema som beskriver vårdpersonalens kunskap, deras yrkeskompetens samt institutionella aspekter som viktiga förutsättningar för tolkningen av dementas olika kommunikativa uttryckssätt under omvårdnadsmötet. För att belysa innebörden av varje kategori har jag skapat följande subkategorier: Kunskap om demenssjukdomar, kunskap om den demente, erfarenhet av att arbeta med dementa, förmåga att visa empati och att lyssna, tid samt psykosocial miljö. Till varje kategori tillhör två subkategorier och deras fördelning tar jag upp i Tabell 1 som finns i början av resultat och analysavsnittet.

För att kommunikationen med dementa ska fungera och deras olika kommunikativa uttryckssätt ska kunna tolkas korrekt, bör vårdpersonalen erhålla den grundläggande kunskap om själva demenssjukdomen samt om den enskilda personen som finns bakom sjukdomen, vilket pekats ut i mitt resultat. Behovet av en kunnig vårdpersonal styrks även av den tidigare forskningen (Marcusson et al. 2003; Nilsson & Waldermarsson 2007; SBU 2006; Socialstyrelsen 2009). I litteraturen tas också upp att en fungerande kommunikation med dementa kräver en vårdpersonal med kunskap om dementas personlighet, livshistoria och även demenssjukdomens utveckling. Samtidigt måste vårdpersonalen under varje omvårdnadsmöte göra bedömningar och tolkningar som grunden för en kommunikation (Hansebo & Kilgren 2002; SBU 2006). Detta konstaterande hittar också fäste i mina rön från denna studie genom deltagarnas berättelser om hur de tolkar dementas olika kommunikativa uttryckssätt under omvårdnadsmötet. De påpekar att varje möte med den demente är speciellt och annorlunda och därför skiljer sig tolkningen från fall till fall (jmf Ward 2008). Genom att vårdpersonalen samt folk i allmänhet ökar sina kunskaper om just demenssjukdom kan en mer öppen diskussion skapas. Detta kan förhoppningsvis ändra på attityderna om demenssjukdom, vilka idag fortfarande är ganska negativa (SBU 2006).

Den andra kategorin som har framkommit ur de empiriska data från fokusgruppsintervjuerna är vårdpersonalens yrkeskompetens. När jag pratar om yrkeskompetens i min uppsats syftar jag på vårdpersonalens erfarenheter av att jobba med de dementa samt hur de använder sig av sin empati och förmåga att lyssna. Mina resultat visar att de båda aspekterna har inflytande på hur vårdpersonalen tolkar dementas olika kommunikativa uttryckssätt under omvårdnadsmötet (Marcusson et al. 2003). Vårdpersonal med mer erfarenhet får det lättare att kommunicera med dementa i jämförelse med de som har mindre erfarenhet, vilket framhävs i de tidigare studierna (Melin & Olsen 2004; Nilsson & Waldemarson 2007).

Empati och förmågan att lyssna är den andra aspekten som beskriver vårdpersonalens yrkeskompetens. Deltagarna resonerar med varandra under fokusgruppsintervjuerna om betydelsen av hur den som jobbar med dementa är som person. Exempelvis kan två ur vårdpersonalen besöka samma dementa och utföra samma åtgärder. Det kan ändå visa sig att de inte får samma resultat under omvårdnadsmötet, utan deras tolkningar av dementas uttrycksätt kan vara annorlunda och därmed påverka deras relation med den demente (jmf Ward et al. 2008). Litteraturen utpekar en persons förhållningssätt och hur denna kommunicerar med dementa som centralt för hur under omvårdnadsmötet kommer att fungera mellan dem (Hansebo & Kihlgren 2002; SBU 2006).

Kunskap, erfarenhet, empati och förmågan att lyssna är aspekter som i hög grad är beroende av en individs personlighet. Om en person har viljan samt andra förutsättningar att skaffa sig kunskap och skapa erfarenheter kan det ha en betydande inverkan på samtliga tre aspekter. Det som jag vill förmedla här är att en person själv har ett stort inflytande på graden av sitt kunnande samt att skapa olika erfarenheter, vilka blir till hjälp för att utveckla personens empatiska förmåga och förmågan att lyssna. Men två andra aspekter som jag har fått fram i resultatet av min undersökning har lite annorlunda utgångspunkt, eftersom det inte är vårdpersonalen själv som styr över dem. Dessa är tid för omvårdnadsmötet samt dementas psykosociala miljö, som för det mesta är beroende av organisatoriska förutsättningar.

Tid, eller närmare bestämt avsaknad av tid, är något som samtliga deltagare har tagit upp under fokusgruppsintervjuerna. Ett logiskt tänkande är att om allt annat ska fungera bör vårdpersonalen ha tillräckligt med tid för kommunikation och tolkningen av dementas olika kommunikativa uttrycksätt under omvårdnadsmötet. Tyvärr visar vårdpersonalens verklighet idag på något helt annat, enligt deltagarna i min studie. I litteraturen hittar jag inget stöd för mina fynd, kanske för att de flesta tar det för givet att tid alltid måste finnas inom demensvården. En annan tanke som jag har fått i och med detta arbete är att tiderna förändras och hela sjukvården idag är mycket mer belastad än tidigare. Idag har verkligheten för de som jobbar med dementa inom kommunal hälso- och sjukvård blivit annorlunda och personalen har avsevärt kortare tid för att göra besök hos den demente än vad de hade förut. Deltagarna poängterar att trots att den nämnda tidsbristen har ogynnsam påverkan på dem, är de tvungna att visa motsatsen till de dementa under omvårdnadsmötet. De dementa har trots allt rätt till en trygg och god demensvård, vilket bland annat betyder att deras olika kommunikativa uttrycksätt ska tolkas korrekt (jmf Kitwood 1997; Watzlawick et al 1967).

Det som framgår från *Sammanfattning av SBU:s rapport om: Demenssjukdomar* (2006) är att dagens kunskapsläge om demenssjukdomar pekar på att det finns flera områden inom demensvården som helt saknar eller är i behov av en förbättrad forskning. Kanske bör forskningen om tiden och andra institutionella aspekter inom demensvården ingå i de domäner som SBU:s rapport syftar på.

6. SLUTSATSER

Att skapa en bra kontakt med dementa och hjälpa dem att bevara självkänslan, värdigheten och integriteten i så stor mån som möjligt anses vara hjärtat inom demensvården. Enligt tidigare studier visar dementa på en rad avvikande beteenden och emotioner, vilka kan betyda annorlunda för var och en av dem. De dementa använder sig av olika kommunikationskoder och tecken för att förmedla sig både verbalt och icke-verbalt. För många i deras omgivning uppfattas tolkningen av dessa signaler som något mycket svårt, vilket ofta medför en dålig kommunikation. Därför kändes det rätt att göra en studie där jag genom vårdpersonalens berättelser skulle kunna få reda på vilka olika faktorer som påverkar deras tolkning av dementas olika kommunikativa uttryckssätt under omvårdnadsmötet. Resultatet visar att faktorer som påverkar vårdpersonalens tolkning av dementas olika kommunikativa uttryckssätt är kunskap, yrkeskompetens och de institutionella aspekterna som psykosocial miljö och tid.

En stor del av resultatet bekräftas i den tidigare forskningen, men det fynd som handlar om tidsaspektens roll är något som inte har nämnts i de tidigare studierna. Samtliga deltagare i min studie poängterar tydligt betydelsen av att ha tid eller att åtminstone visa de dementa att den finns. Detta kanske ger en intressant öppning för en ny domän att utforska inom demensvården. Enligt min mening behövs vidare forskning med avseende på hur kommunikation med dementa berörs av tidaspekten.

7. LITTERATURFÖRTECKNING

- Armanius Björlin, G., Basun, H., Beck-Friis, B., Ekman, S-L., Englund, E., Eriksdotter, Jörhagen, M., Gustafson, L., Lannfelt, L., Nygård, L., Sparring Björkstén, K., Terzis, B., Wahlund, L-O. & Wimo, A., (2004). *Om demens: [klinisk bild, utredning, vård och omvårdnad, konfusionstillstånd, genetik och biokemi, patologi, minnesfunktioner, vardagslivets aktiviteter, sexualitet och demens, frågor om tvång och självbestämmande, hälsoekonomi], 2., [rev.] uppl edn.* Stockholm: Liber.
- Argyle, M. (1988). *Bodily Communication*. London: Biddles Ltd, Guildford and King's Lynn.
- Brotons, M., & Koger, M.S. (2000). The impact of Music Therapy Language Functioning in Dementia. *Journal of music therapy*, 37(3), 183-195.
- Dimbleby, R., & Burton, G. (1999). *Kommunikation är mer än ord*. Lund: Studentlitteratur.
- Eide, H. & Eide, T. (2009). *Omvårdnadsorienterad kommunikation: relationsetik, samarbete och konfliktlösning*. Lund: Studentlitteratur.
- Fahlander, K., Carlsson, G. & Vikström, D. (2009). *Demensboken: levnadsberättelse, upplevelse, fakta och förhållningssätt*. Lund: Studentlitteratur.
- Feil, N., (1994). *Validation-Feilmetoden: hur man hjälper desorienterade äldre-äldre*. Lund: Studentlitteratur.
- Fiske, J. (2001). *Kommunikationsteorier. En introduktion*. Borås: Wahlström & Widstrand. Centraltryckeriet AB.
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112.
- Götell, E., Brown, S., & Ekman, S-L. (2002). Caregiver Singing and Background Music in Dementia Care. *Western Journal of Nursing research*, 24(2), 195-216.
- Götell, E., Brown, S., & Ekman, S. L. (2003). Influence of caregiver singing and background music on posture, movement, and sensory awareness in dementia care. *International Psychogeriatrics / IPA*, 15(4), 411-430.
- Gunnarsson, R., (2002). [Elektronisk] *Validitet och reliabilitet*. Tillgänglig: <http://www.infovoice.se/fou/bok/10000035.htm> [2009-03-28].
- Gynnerstedt, K., & Schartau, M-B. (2000). *Reminiscensmetoden: tillämpad i äldreomsorgen*. Lund: Studentlitteratur.
- Hansebo, G., & Kihlgren, M. (2002). Carers' interactions with patients suffering from severe dementia: a difficult balance to facilitate mutual togetherness. *Journal of Clinical Nursing*, 11, 225-236.

- Heap, K., (1995). *Samtal med äldre. Om kommunikation, minnen, kriser och sorg*. Falköping: Gummessons Tryckeri AB.
- Holm, U., (2001). *Empati: att förstå andra människors känslor*. Stockholm: Natur och kultur.
- Hubbard, G., Cook, A., Tester, S. & Downs M. (2002). Beyond words. Older people with dementia using and interpreting nonverbal behaviour. *Journal of Aging Studies*, 16, 155-167.
- Killick, J. & Allan, K. (2001). *Communication and the care of people with dementia*, Buckingham: Open University Press.
- Kitwood, T. (1997). *Dementia reconsidered: the person comes first*. Buckingham: Open University Press.
- Kitzinger, J. (1994). The methodology of Focus Groups: the importance of interaction between research participants. *Sociology of Health & Illnes*, Vol.16(1), 103-121.
- Krippendorff, K. (2004). *Content analysis: an introduction to its methodology*. Thousand Oaks, Calif.: Sage Publication.
- Kvale, S. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Mayhew, P. A., Acton, G. J., Yauk, S., & Hopkins, B. A. (2001). Communication from individuals with advanced DAT: Can it provide clues to their sense of self-awareness and well-being? *Geriatric Nursing (New York, N.Y.)*, 22(2), 106-110.
- Marcusson, J., Röhl, A. & Blanc, T.L. (2003). *Alzheimers sjukdom och andra kognitivassjukdomar*, 2., [rev.] uppl edn. Stockholm: Liber.
- Melin, E., & Olsen, R.B. (2004). *Handbok i demens*. Stockholm: Komentus.
- Neuendorf, K. A. (2002). *The Content Analysis Guidebook*. Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage Publication.
- Nilsson, B., & Waldermarsson, A-K. (2007). *Kommunikation – samspel mellan människor*. Lund: Studentlitteratur.
- Nordberg, A. & Zingmark, K. *Att leva med svår demens*. (2002). I Edberg, A. K. (red.). *Att möta personer med demens*. Lund: Studentlitteratur. s. 28-44.
- Norman, K. H., Norberg, A., & Asplund, K. (2002). Confirmation and lucidity during conversations with a woman with severe dementia. *Journal of Advanced Nursing*. 39 (4), 370-376.
- Nystrom, K., & Olin Lauritzen, S. (2005). Expressive bodies: Demented persons' communication in a dance therapy context. *Health (London, England : 1997)*, 9(3), 297-317.

Palo-Bengtsson, L., & Ekman, S. L. (2002). Emotional response to social dancing and walks in persons with dementia. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 17(3), 149-153.

Socialstyrelsen. (2007). *Demenssjukdomarnas samhällskostnader och antalet dementa i Sverige 2005*. [Elektronisk]. Tillgänglig: http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9206/2007-123-32_200712332.pdf (2009-08-25).

Socialstyrelsen. (2009). *Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom 2009 – Stöd för styrning och ledning. Preliminär version*. [Elektronisk]. Tillgänglig: http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8441/2009-126-236_2009126236.pdf (2009-10-05).

Solem, E. (1996). *Demens: psykologiska perspektiv*. Lund: Studentlitteratur.

Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2006). *Sammanfattning av SBU:S rapport om demenssjukdomar : En systematisk litteraturöversikt*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering SBU.

Ward, R., Vass, A. A., Aggarwal, N., Garfield, C., & Cybyk, B. (2008). A different story: Exploring patterns of communication in residential dementia care. *Ageing & Society*, 28, 629-651.

Watzlawick, P., Helmick Beavin, J. & Jackson, D. D. (1967). *Pragmatics of Human Communication: A study of Interactional Patterns, Pathologies, and Paradoxes*, New York: W.W.Norton & Company. Inc.

Vetenskapsrådet. (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. [Elektronisk] Stockholm: Elanders Gotab.

Wibeck, V. (2000). *Fokusgrupp. Om fokuserade gruppintervjuer som undersökningsmetod*. Lund: Studentlitteratur.

Till berörda enhetschefer!

Demenssjukdomar skapar ett växande problem i samhället eftersom antalet drabbade ökar i takt med en allt högre medellivslängd. Personer med demens har ofta en bristande förmåga att kommunicera på ett verbalt sätt; istället är det oftast den ickeverbala kommunikationen som används. Det är ofta så att andra människor i deras omgivning har svårt att tolka och förstå deras uttryckssätt, vilket kan leda till ett sämre bemötande och omhändertagande av personer med demens.

Utöver att jag jobbar som röntgensjuksköterska på Centralsjukhuset i Karlstad läser jag en masterutbildning i hälsofrämjande arbete vid universitetet i Karlstad och den här studien kommer att ingå i min magisteruppsats. Genom mitt jobb kommer jag ofta i kontakt med personer som på grund av sin demenssjukdom har fått det svårt att kommunicera med sin omgivning. Denna studie kommer förhoppningsvis att skapa en bättre förståelse för och en fördjupad kunskap om vilka faktorer som bidrar till att förbättra tolkningen av de dementas verbala och icke-verbala uttryckssätt under omvårdnadsmötet och på så vis öka deras välbefinnande och ge de ett bättre och mer personligt stöd och omvårdnad.

Syftet med min studie är att utifrån vårdpersonalens berättelser belysa vilka faktorer som påverkar deras tolkning av dementas olika kommunikativa uttryckssätt under omvårdnadsmötet.

Med utgångspunkt från studiens syfte har jag valt att använda mig av fokusgruppsintervjuer, för min tanke är att fler åsikter, erfarenheter och tankar skulle kunna komma fram genom gruppdiskussioner. Det är tre intervjuer med fem personer i varje grupp som jag planerar att genomföra. Varje intervju kommer att ta mellan en till en och en halv timme och ska helst ske under vecka 17 och/eller 18. Intervjuerna kommer att spelas in på band och senare analyseras med metoden innehållsanalys. Självklart kommer allt datamaterial från intervjuerna att behandlas helt konfidentiellt och efter avslutad uppsats kommer det att förstöras. Resultatet ska redovisas i min magisteruppsats under 2009.

Med det här brevet önskar jag få ert tillstånd att genomföra dessa fokusgruppsintervjuer med personalen på er enhet och att även få er hjälp med att informera dem om studien. Sedan när/om jag får det bekräftat från er via e-mail eller telefon att det är i sin ordning, kommer jag att ta kontakt med personalen som är intresserad och informera dem om studien och fokusgruppintervjuerna. Jag skulle uppskatta om ni kunde ge mig ett svar senast inom en vecka efter att ni har mottagit informationsbrevet.

Vid eventuella funderingar är Ni välkomna att kontakta mig.

Tack på förhand

Med vänliga hälsningar
Branka Trosic
Telefon: 054-513 580
Mobil: 073 9805679
branka.trosic@bredband.net

Handledare:
Universitetslektor
Clary Krekula
Telefon: 054-700 16 62
clary.krekula@kau.se

Bilaga 2

Skoghall, 23 mars 2009

Information om studien samt medgivande till deltagande!

Demenssjukdomar skapar ett växande problem i samhället eftersom antalet drabbade ökar i takt med en allt högre medellivslängd. Dementa har ofta en bristande förmåga att kommunicera på ett verbalt sätt; istället är det den ickeverbala kommunikationen som används. Det är ofta så att andra människor i deras omgivning har svårt att tolka och förstå deras uttryckssätt, vilket kan leda till ett sämre bemötande och omhändertagande av personer med demens.

Syftet med min studie är att utifrån era berättelser belysa vilka faktorer som påverkar er tolkning av dementas olika kommunikativa uttryckssätt under omvårdnadsmötet. Denna studie kommer förhoppningsvis att skapa en bättre förståelse och en fördjupad kunskap om vilka faktorer som bidrar till att förbättra tolkningen av de dementas uttryckssätt och på så vis öka deras välbefinnande och ge de ett bättre och mer personligt stöd och omvårdnad.

Med det här brevet önskar jag få er intresserade och villiga att delta i den här studien. Jag planerar att göra tre fokusgruppsintervjuer med fem personer i varje grupp. Varje intervju kommer att ta mellan en och en och en halvtimme och jag planerar att genomföra dem vecka 17 och/eller 18. Intervjuerna kommer att utformas som ett samtal i gruppen och spelas in på band som senare kommer att skrivas ut och analyseras med metoden innehållsanalys.

Datamaterialet från intervjuerna kommer att behandlas konfidentiellt, vilket betyder att det inte kommer att framgå i studien vilka ni är eller vem som har sagt vad. Erat deltagande är förstås helt frivilligt och ni kan när som helst under intervjuens gång välja att avbryta det. Intervjutexten kommer inte att delges någon annan än mig och min handledare, den kommer att bli avidentifierad och förvaras inlåst under studiens gång. Efter avslutad uppsats kommer all insamlad data att förstöras.

Utöver att jag jobbar som röntgensjuksköterska på Centralsjukhuset i Karlstad läser jag en masterutbildning i hälsofrämjande arbete vid universitetet i Karlstad. Resultatet kommer jag att redovisa i min magisteruppsats under 2009.

Vid eventuella funderingar är Ni välkomna att kontakta mig.

Med vänliga hälsningar
Branka Trosic
Telefon: 054-513580
Mobil: 073 9805679
branka.trosic@bredband.net

Handledare:
Universitetslektor
Clary Krekula
Telefon: 054-700 16 62
clary.krekula@kau.se

Medgivande till att delta i studien:

.....
Ort och datum

.....
Namn

Bilaga 3

INTERVJUGUIDE

Öppningsfrågor

Presentation: namn och erfarenhet att jobba med demenssjuka personer

Introduktionsfrågor

Beskriv kommunikation?

Vad är kommunikation?

Hur gör du när du vill kommunicera med andra?

Vad är en bra/dålig kommunikation enligt dig?

Hur skulle du vilja beskriva verbal/ickeverbal kommunikation?

Övergångsfrågor

Vad innebär kommunikation med en demenssjuk person för dig?

Beskriv en situation där du kommunicerar med en demenssjuk person?

Vilka tycker du är förutsättningarna för att kommunikationen med en demenssjuk person lyckas?

Vad är det som kan göra att den blir problematisk och dålig?

Nyckelfrågor

Berätta om de verbala och icke-verbala uttrycken som framkommer vid kommunikation med en demenssjuk person?

Hur förmedlar sig en demenssjukperson till omvärlden?

Vilka verbala/icke-verbala uttrycken användes och när?

Beskriv olika beteende hos en demenssjukperson?

Hur går du till väga i kommunikationen med en demenssjuk person för att försöka förstå de verbala och icke-verbala uttrycken?

Berätta om dina erfarenheter av att tolka de olika verbala och icke-verbala uttrycken hos en demenssjuk person?

Vad anser du är viktigt att tänka på i sådana situationer?

Vilka svårigheter skulle du vilja säga att det finns med att förstå de olika uttrycken hos en demenssjuk person?

Vad kan underlätta tolkningen?

Använder du några särskilda strategier när du kommunicerar med en demenssjuk person?

Kan du beskriva några för- och/eller nackdelar med de strategierna som du har använt dig av för att kommunicera med en demenssjuk person?

Avslutande frågor

Syftet med min uppsats är att utifrån era berättelser belysa vilka faktorer påverkar er tolkning av dementas olika kommunikativa uttryckssätt under omvårdnadsmötet. Tycker ni att det finns något annat ni vill och tycker att det behövs tilläggas? Har vi missat något?