



**Linnéuniversitetet** Kalmar  
Växjö

# **Vårdande möte i omvårdnaden av personer med demenssjukdom**

**Stefan Andersson**

**Sara Törnlöf Romin**



**Linnéuniversitetet** Kalmar  
Växjö

Institutionen för hälso- och vårdvetenskap

Examensarbete vårdvetenskap 15 hp

TITEL: Vårdande möte i omvårdnaden av personer med demenssjukdom

FÖRFATTARE: Stefan Andersson och Sara Törnlöf Romin

## SAMMANFATTNING

Personer med måttlig eller svår demenssjukdom förmedlar känslor, tankar och behov utifrån nedsatt kognitiv och emotionell förmåga. Då sjukdomen innebär annorlunda kommunikation och uttryck försvåras samspelet med vårdaren vilket kan minska välbefinnande och öka lidande. Syftet med denna litteraturstudie var att belysa hur sjuksköterskan kan stödja demenssjuka personers upplevelser av identitet, integritet och välbefinnande. Sökningar av artiklar gjordes i databasen Cinahl och kvalitetsgranskningen resulterade i att sju artiklar inkluderades i studien. Artiklarna analyserades med kvalitativ innehållsanalys. I resultatet framkom det vårdande mötet som gränsöverskridande samband av fem teman. Kärnan bestod i att bjuda in och närvara som grund för bekräftelse vilken länkades samman med fyra överlappande teman. Dessa var att främja för identitet och integritet, att återkoppla för historiskt sammanhang mot tidigare rollidentitet, att sörja för meningsfullhet genom samvaro och interaktion och att skydda mot utsatthet och sårbarhet. Författarnas slutsats var att det vårdande mötet gav upplevelser av glädje, humor, ökad funktion samt upplevelse av identitet, integritet, välbefinnande och minskat lidande.

Nyckelord: Demenssjukdom, sjuksköterska - patient relation, identitet, integritet och välbefinnande.

---

<b>1. INLEDNING</b>	1
<b>2. BAKGRUND</b>	1
2.1 Demenssjukdom	1
2.2 Lidande	2
2.3 Integritet	2
2.4 Identitet	3
2.5 Välbefinnande	3
2.6 Bekräftelse	3
2.7 Nationella riktlinjer	4
2.8 Det vårdande mötet	4
2.9 Upplevelse	5
<b>3. PROBLEMFÖRMULERING</b>	5
<b>4. SYFTE</b>	6
<b>5. METOD</b>	6
5.1 Inklusions- och exklusionskriterier	6
5.2 Sökningsförfarande och urval	6
5.3 Kvalitetsgranskning	8
5.4 Analys	8
5.5 Etiskt förhållningssätt	9
<b>6. RESULTAT</b>	9
6.1 Att bjuda in och närvara som grund för bekräftelse	10
6.2 Att främja för identitet och integritet	11
6.3 Återkoppla för historiskt sammanhang mot tidigare rollidentitet	11
6.4 Att skydda mot utsatthet och sårbarhet	12
6.5 Att sörja för meningsfullhet genom samvaro och interaktion	12
<b>7. DISKUSSION</b>	13
7.1 Metoddiskussion	13
7.2 Resultatdiskussion	16
7.3 Slutsats	19
<b>8. REFERENSLISTA</b>	20
<b>Bilaga 1</b> Kvalitativ kvalitetsgranskningsmall	
<b>Bilaga 2</b> Kvantitativ kvalitetsgranskningsmall	
<b>Bilaga 3</b> Analys av meningsenheter mot behov enligt Kitwood (1997).	

**Bilaga 4** Analys av framträdande innebörder och teman kopplat till bemötande och bekräftelse.

**Bilaga 5** Söktabell PsycINFO

**Bilaga 6** Artikelmatris

## **1. INLEDNING**

Som omvårdnadsansvariga sjuksköterskor inom särskilda boenden för personer med demenssjukdom har vi uppmärksammat att samspelet mellan personal och vårdtagare inte alltid främjar vårdtagarens behov. Detta eftersom vårdtagaren inte bekräftas i mötet. Då individens förutsättningar för kommunikation är förändrat bidrar detta till annorlunda krav på den som vårdar. Det förändrade samspelet och mötet mellan personal och vårdtagare försvårar bekräftelsen av vårdtagaren som riskerar att inte få sina behov tillgodosedda med risk för minskat välbefinnande och ökat lidande. Ett uttryck för detta kan enligt Graneheim (2010) vara att vårdtagaren reagerar med känslouttryck som kan ses som ett svar på att något inte är bra. Denna typ av reaktioner hos vårdtagaren möts ibland inom demensvård med dämpande läkemedelsbehandling eller med fysiska begränsningsåtgärder. I de nationella riktlinjerna för demensvård betonas att dessa situationer främst skall mötas med omvårdnadsåtgärder (Socialstyrelsen, 2010). I vår yrkesroll som sjuksköterskor ska vi arbeta för att främja samspelet mellan vårdare och vårdtagare med det yttersta målet att minska individens lidande och öka välbefinnande. För att lyckas med detta behöver vi kunskap om dessa omvårdnadsåtgärder och hur ett gott möte i vårdrelationen inom demensvård kan skapas. Inom vår egna kommunala verksamhet och som sjuksköterskor arbetar vi inte i den basala omvårdnaden. Vår roll är att vara omvårdnadsansvariga för olika enheter. En roll som innebär att både direkt och indirekt leda särskilda omvårdnadsprocesser och att samordna i teamet kring vårdtagaren. Det är i egenskap av denna roll som vår erfarenhet är att omsorgspersonal vänder sig till oss för att få stöd och hjälp att bemöta individens reaktioner och känslouttryck.

## **2. BAKGRUND**

### **2.1 Demenssjukdom**

Demenssjukdomar kan delas in i flera typer. Vanliga är primärdegenerativ ex Alzheimers demens och vaskulär typ. Klassificeringen grundar sig dels på skadelokalisation i hjärnan samt utifrån patogenes vilket påverkar neuropsykologi, sjukdomsförlopp och eventuell symtomatisk behandling. Gemensamt för demenssjukdomarna är att de är progredierande med smygande förlopp som innefattar flertalet symtom på grund av kronisk och progressiv förändring av hjärnans funktion. Demens definieras som ett syndrom med nedgång i kognitiv och intellektuell funktion och ofta också med påverkan på individens personlighet och emotionella beteende. Under sjukdomsförloppet sker en successiv nedsättning i funktioner av minne, orientering, kropps- och rumsuppfattning, språk- och tankeförmåga, praktisk förmåga

samt problemlösning. På grund av dessa organiska förändringar i hjärnan uppstår svårigheter att förstå och uttrycka grundläggande behov (Marcusson, 2003). Passager över de olika sjukdomsstadierna innebär ett förändrat sätt att interagera med omvärlden. Tankar, känslor, önskningar och behov får annorlunda uttryck och blir svårare att förmedla (Kitwood, 1997). Den demensdrabbade får successivt allt svårare att klara sig själv och blir beroende av andra för att klara sin dagliga livsföring. Självbilden försvagas och sårbarheten för stress ökar vilket skapar en känslighet mot sin omgivning (Edberg, 2002). Upplevelsen av helhet och mening i förhållande till sig själv och andra människor försvåras. Beteenderepertoaren och uppfattningen av omgivningen förändras. Intellectuella, viljestyrda och motoriska funktioner försvåras vilket ger ett för situationen annorlunda handlande (Hallberg, 1997).

## 2.2 Lidande

Att vara demenssjuk innebär olika former av lidande. Dels upplevs sjukdomslidande i relation till sjukdom och behandling och dels livslidande i relation till det unika egna livet (Eriksson, 1994). Sjukdomslidande för den demensdrabbade är kopplat till problemen med kommunikation, orientering, varseblivning och funktion. Upplevelsen av helhet och mening är påverkad samtidigt som olika dimensioner av jaget påverkas (Edberg, 2002). En ytterligare dimension i lidandet är vårdlidande, ett lidande vilket är kopplat till vårdssituationen. I vård av personer med demens kan vårdlidandet ges betydelsen av kränkning av värdighet, fördömelse och straff, maktutövning samt utebliven vård (Eriksson, 1994).

## 2.3 Integritet

Integritet kan förklaras med ett tillstånd av helhet och innebär människans specifika egenvärde och kan inte överlämnas utan endast bejakas eller kränkas (Edberg, 2002). Helhet kan beskrivas som det oberörda i personligheten. Helheten innebär en personlig sfär med gränser som personen själv bestämmer. Att bejaka personens integritet innebär respekt för personen som person, lyhördhet för olikheter och en känslighet för dennes sårbarhet. I arbetet inom vård och omsorg kommer vårdaren nära personens oberörbara zon vilket kräver en varsam balansgång för att inte kränka. Respekt för integritet omfattar hela personens sammanhang; livshistoria, familj, närstående, vänner och kultur m.m. (Stryhn, 2007). Upplevelsen av integritet hos demenssjuka personer innebär en känsla av meningsfullt sammanhang, helhet och mening, i situationen som personen befinner sig (Edberg, 2002).

## 2.4 Identitet

Norberg (2010) beskriver att en vanlig syn har varit att demenssjuka förlorar sin identitet. Upplevelsen av identitet vid demenssjukdom är hotad men delar av identiteten kan dock vara bevarad långt in i sjukdomen och upplevs då på ett förkroppsligat sätt. Norberg beskriver identiteten utifrån Rom Harrés teori om olika aspekter av självet; själv ett, två och tre. Själv ett kan förklaras med *jag är jag* och anses vara bevarat långt fram i sjukdomen och kan bevaras genom att behandla personen som du. Själv två kan förklaras med *vem är jag?* Själv tre kopplas till det självbiografiska minnet och kan stödjas genom bejakande av livshistorien. Själv två förklaras med *så här är jag* och konstrueras i samvaro med omgivningen och utgår från individens roller. Själv tre kan bejakas av omgivningen genom att utgå ifrån att rollerna finns kvar även om de inte visas. Förmågan hos vårdtagaren att visa och bevara sin känsla av identitet är således kopplad till vårdarens förmåga att stödja och locka fram individens olika själv.

## 2.5 Välbefinnande

Välbefinnande kan användas som synonymt begrepp till livskvalitet samtidigt som välbefinnande utgör delar av livskvalitet (Hagberg, 2002). Livskvalitet är ett multidimensionellt koncept som omfattar subjektiva upplevelser och objektiva kriterier. Grunden för välbefinnande och livskvalitet är uppfyllelse av individens behov. Engagemang i positiva aktiviteter, närvaro av positiva och frånvaro av negativa uttryck, deltagande i meningsfulla aktiviteter och känsla av samvaro anses ha central betydelse för upplevelsen. Vid framskriden demenssjukdom då nedsatt kognition och minskat språk försvårar förmågan till subjektiv skattning behöver vårdaren bistå personen att skatta sitt välbefinnande och sin livskvalitet. I detta skede blir kroppsspråk och förmedlade känslor samt uttryck mycket viktiga för bekräftelsen av den demenssjuke (Falk, Persson & Wijk, 2007).

## 2.6 Bekräftelse

Bekräftelse utgör en bas för människors liv. Bekräftelse erkänner den andres existens och unika sätt att uppleva situationen. I en icke bekräftande relation ökar sårbarheten och värdet som människa minskar (Gustafsson, 1997). I relation till lidande är en tröstande relation central i omvårdnaden av personer med demenssjukdom. Demenssjukdom skapar ett lidande som behöver tröstas. Mötet med den demenssjuke handlar dels om att förmedla tröst i de dagliga aktiviteterna för att individen ska få möjlighet att bli bekräftad som en värdefull och viktig person (Edberg, 2002). Grundläggande för människor är också uttryck av vår egen

identitet som ett led i självbekräftelse. Vid minskade uttrycksmöjligheter, till exempel vid demenssjukdom, blir det svårare att uttrycka den inre identiteten vilket innebär att möjligheten till självbekräftelse minskar. Detta skapar ett ökat behov av att bli bekräftad av omgivningen. När självbekräftelsen är otillräcklig såsom vid demenssjukdom får vårdaren större betydelse för individens självbild, självvärdering, samt upplevelser av mening och värde. Om bekräftelsen inte är anpassad så utgör den inget stöd utan snarare ett hot mot den inre identiteten (Hagberg, 2002).

## 2.7 Nationella riktlinjer

Enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer för demensvård (2010) samt regeringens värdegrundsutredning (SOU 2008:51), ska personer med demens ges respekt utifrån sina rättigheter till integritet och självbestämmande.

Demenssjuka ska vidare få möjlighet att känna trygghet i den vård som ges. Omvårdnaden ska planeras utifrån personens specifika behov som kan tillämpas genom ett personcentrerat förhållningssätt utifrån vårdtagarens livshistoria. Vårdpersonalen bör arbeta för att främja goda individuella vårdrelationer. Detta kan uppnås genom att visa den demenssjuke respekt och värdighet i dess beroende av stöd och hjälp. På grund av de kommunikationsproblem som kan uppstå av sjukdomens progress bör vårdpersonal arbeta för att stödja och främja vårdtagarens självkänsla och identitet i sjukdomsförloppet. Vårdgivare kan vidare inte till fullo nå insikt i personens upplevelse av sjukdomen. Vissa demenssjuka upplevs ha ett sjukdomslidande genom hela förloppet, och lidandet kan förstås likt känslan av utanförskap, hemlöshet eller förlorat sammanhang. Demenssjuka har därför ett starkt behov av att få uppleva tröst i sitt lidande. Vårdpersonal bör främja personens möjlighet till meningsfullhet genom aktivitet, och kan vidare verka stödjande i att individen ska få uppleva trygghet och välbefinnande i sin tillvaro (Socialstyrelsen, 2010).

## 2.8 Det vårdande mötet

Inom kontexten demensvård och omvårdnaden av personer med demenssjukdom är omvårdnadens syfte att främja demenssjuka personers identitet, integritet, välbefinnande och livskvalitet (Socialstyrelsen, 2010; SOU 2008:51). En viktig kunskap för detta är förståelse för hur personen kommunicerar sina upplevelser genom sitt beteende. Detta innebär en strävan efter att försöka förstå vad personen försöker ge uttryck för. Därtill kommer att se personens upplevelser av sin verklighet som sann, att se till de aktuella förmågorna och upplevelserna samt söka efter personens personlighet, värderingar och livshistoria (Norberg,



2010). Arenan för detta är det vårdande mötet med utgångspunkten i samspelet mellan vårdtagare och vårdare. Det centrala utgör bemötande och bekräftelse av vårdtagaren som en unik person med unika behov. För personer med demenssjukdom är behovet av identitet, tröst, sysselsättning, anknytning och att vara medräknad speciellt viktiga. Innebörden av identitet är kopplat till vem personen är mot bakgrund av kognitiv nivå och känsloläge. Detta innebär en känsla av kontinuitet med sin livshistoria och ett sammanhang mellan roller och kontexter i livet. Innebörden av tröst kopplas till känslan av förlust av anhöriga, tidigare livsföring och förmågor. Behov av sysselsättning har innebörden av att få vara involverad i något som är meningsfullt och stimulerar personens förmågor och resurser. Innebörden av anknytning kopplas till ett ökat behov av att få knyta an till andra för att hantera osäkerhet och ångest i tillvaron. Behovet av att vara medräknad kopplas slutligen till att kunna ingå i ett socialt sammanhang, att tillhöra och att räknas (Kitwood, 1997).

## 2.9 Upplevelse

Vi kan inte säkert veta vad den demensdrabbade upplever. Detta på grund av nedgång i kognitiv och intellektuell funktion vilket försvårar det verbala uttrycket för omgivningen att förstå. Utgångspunkten är dock att demenssjuka upplever vilket innebär en syn på personer med demenssjukdom som kännande och tänkande. Förståelsen för vad som upplevs bygger på våra föreställningar utifrån att först och främst vara människa (Edberg, 2003). Den demenssjuke upplever, enligt ovan, såväl lidande, integritet, identitet och välbefinnande och kan även bekräftas. Upplevelsen är inte alltid språkligt klädd utan uttrycks mer fragmentariskt och emotionellt (Kitwood, 1997). Detta innebär att för att tolka och förstå får man söka kroppsspråk, förmedlade känslor samt uttryck (Falk, Persson & Wijk, 2007).

## 3. PROBLEMFORMULERING

Personer med måttlig och svår demenssjukdom förmedlar känslor, tankar och behov utifrån sin kognitiva förmåga samt via sina unika emotionella uttryck. Då sjukdomen innebär förändrad kommunikationsförmåga samtidigt som reaktioner och uttryck blir svårare att tolka försvåras samspelet med vårdaren. Detta kan medföra att vårdtagaren inte alltid bekräftas. Därmed riskeras att personen inte få sina behov av identitet, integritet och välbefinnande tillgodosedda med innebörden av ökat lidande. Sjuksköterskan behöver kunskap kring främjande av samspelet mellan vårdare och vårdtagare. Detta för att minska den demenssjukes lidande och öka välbefinnandet.

#### **4. SYFTE**

Syftet är att belysa hur sjuksköterskan kan stödja demenssjuka personers upplevelser av identitet, integritet och välbefinnande.

#### **5. METOD**

Metoden som valts i denna studie är systematisk litteraturstudie. Metodvalet grundas på målet att skapa ny syns utav tidigare publicerade studiers resultat. Utifrån vår studies frågeställning har detta inneburit att systematiskt söka, kritiskt granska, analysera och sammanställa forskning inom vårt specifika område (Polit och Beck, 2008; Forsberg och Wengström, 2008).

##### **5.1 Inklusions- och exklusionskriterier**

De artiklar som inkluderades i studien skulle vara av relevans för studiens syfte. Inga begränsningar gjordes avseende kvalitativa eller kvantitativa forskningsstudier då det finns en fördel med att använda båda ansatserna (Forsberg och Wengström, 2008). Vidare skulle artiklarna, utifrån författarnas språkförståelse, vara skriva på engelska eller svenska. Studierna skulle vidare vara publicerade mellan 2000-2010. Artiklarna skulle utgå ifrån upplevelser hos personer med måttlig till svår demenssjukdom. Studier som handlade om vårdgivarens upplevelser i interaktionen med demenssjuka exkluderades således. Vidare skulle studierna vara kritiskt granskade via funktionen peer reviewed samt innehålla abstract.

##### **5.2 Sökningsförfarande och urval**

Sökningen genomfördes i referensdatabasen CINAHL, vilken anses vara en täckande databas med fokus på forskning inom omvårdnad sedan 1982. Provsökningar gjordes för att finna relevanta sökord (Forsberg & Wengström, 2008). De sökord som användes utformades utifrån svenska MESH mot bakgrund av denna studies syfte. De var dementia, nursing care, nurse-patient relations, interaction, suffering, wellbeing, quality of life, integrity, identity och self identity. Den booleska sökoperatör AND kopplade ihop sökorden och användes under sökningarna för att avgränsa antalet träffar. I databaserna gjordes årtalsbegränsning samtidigt som sökordet skrevs in. Av sökresultaten som framkom av de olika sökkombinationerna, lästes titlarna igenom. Av de titlar som bedömdes relevanta mot syftet lästes samtliga abstrakt. De artiklar som var relevanta utifrån inklusionskriterierna och syftet för studien valdes ut för en kvalitetsgranskning. De sökord och kombinationer som genererade träffar redovisas i sökschemat (tabell 1). De artiklar som erhöles vid flera sökkombinationer har endast

redovisats en gång i kolumnen ”inkluderade artiklar” i sökschemat. Sökningen genererade 41 artiklar vars abstrakt lästes igenom. Tio av dessa var dubletter och valdes av det skälet bort. Av resterande 31 artiklar valdes tio artiklar bort efter genomläsning av abstrakt då dessa inte svarade mot syftet. Tjugo artiklar lästes igenom av båda författarna och diskuterades igenom gemensamt. Efter genomläsning och diskussion togs ytterligare tio studier bort utifrån att de inte svarade mot syftet eller utgjorde litteraturoversikter och litteraturstudier enligt Forsberg och Wengström (2008). Totalt bedömdes elva artiklar vara relevanta för kvalitetsgranskning.

Tabell 1. Söktabell CINAHL

Nr	Sökord	Antal träff	Valda titlar	Kvalitetsgranskning	Inkluderade artiklar
1	dementia	8091			
2	nursing care	37374			
3	nurse-patient	4424			
4	interaction	11497			
5	suffering	526			
6	wellbeing	1200			
7	quality of life	14950			
8	integrity	2394			
9	identity	4626			
10	self identity	186			
	1 AND 2	584	0		
	1 AND 2 AND 3	62	12	2	1
	1 AND 2 AND 3	3	2	0	
	1 AND 2 AND 4	14	2	0	
	1 AND 3 AND 4	9	6	4	3
	1 AND 6	26	3	1	1
	1 AND 3 AND 7	3	1	0	
	1 AND 2 AND 7	30	2	0	
	1 AND 8	36	0	0	
	1 AND 9	62	5	3	2
	1 AND 3 AND 9	6	2	0	
	1 AND 10	8	5	1	
	1 AND 3 AND 10	1	1	0	

### 5.3 Kvalitetsgranskning

Elva artiklar kvalitetsgranskades utifrån modifierade granskningsmallar ur Willman, Stoltz och Bahtsevani (2006) för kvalitativa respektive kvantitativa artiklar (bilaga 1 och 2). Mallarna baseras på granskade studiers syfte och frågeställningar, design, urval, eventuella mätinstrument, analys och tolkning. Kvalitetsgranskningsmallarna innefattar frågor och kan besvaras med JA, NEJ eller VET EJ. Varje fråga som besvarades med ja erhöll ett poäng, nej och vet ej erhöll noll poäng. Studier med kvalitativ metod kunde maximalt erhålla tolv poäng. De kvantitativa studierna kvalitetsgranskades utifrån två mallar; randomiserad respektive experimentell design. Studier med kvantitativ metod kunde maximalt få sexton alternativt elva poäng. Slutpoängen värderades mot procentuella kvalitetsomdömen där studier med hög kvalitet erhöll mellan 80-100%, medel kvalitet 60-79% och låg kvalitet 0-59%. Studier med hög och medel kvalitet kom att ingå i denna studie och studier med låg kvalitet valdes bort. Sammanfattningsvis kom efter kvalitetsgranskningen sju studier att ingå i denna studie vilka redovisas i artikelmatris (bilaga 3). Av de elva artiklar som granskades valdes tre bort på grund av låg kvalitet; Cohen-Mansfield, Golander och Arnheim (2000), Crichton och Koch, T (2007) och Russell och Timmons (2009). Trots godkännande vid kvalitetsgranskningen fann vi vidare att Skovdahl, Kihlgren & Kihlgren (2003) inte svarade an mot syftet vilket inte upptäcktes förrän under analysen. Detta medförde att även denna artikel togs bort.

### 5.4 Analys

Analysmetoden inspirerades utifrån Lundman och Hällgren Graneheim (2008) som beskriver kvalitativ innehållsanalys innehållande åtta olika steg. Analysprocessen består av framtagande av analysenheter, tolkning av domäner (större delar sammanhållen text) och framtagning av meningsenheter. Utifrån meningsenheter kondenseras och abstraheras innebörder och kodas i gemensamma etiketter. Koder med liknande innehåll utgör sedan olika kategorier från vilka teman skapas. Analysenheter utgjordes av ingående studiers resultatdelar. Dessa texter lästes naivt flera gånger av bägge författarna. Utgångspunkten var vår redovisade förförståelse och definition av det vårdande mötet med ursprung i uppfyllelse av individens behov av tröst, identitet, sysselsättning, att knyta an och att medräknas enligt Kitwood (1997). Utifrån resultatdelarna markerades större stycke text ut med fokus på hur demenssjuka människor observerats reagera på vårdarens interaktion och intervention. Detta antogs i förevarande studie innebära positiva känslouttryck såsom välbehag, glädje, skratt, humor, ökad funktion samt ökat välbefinnande. Dessa uttryck förekom i studiernas beskrivande texter och speglades i de genomförda interventionerna, observationerna eller mätningarna med instrument. För att

finna meningsbärande textavsnitt ställde vi utifrån syftet följande analysfråga till materialet; *Vad i texten kan förstås som identitet, integritet och välbefinnande?*

Från de meningsbärande texterna markerades mindre meningsenheter ut vilka sorterades i matris. Under analysen framkom även kopplingar mellan de olika meningsenheterna och de i bakgrunden definierade behoven, enligt Kitwood (1997), varför initial sortering av meningsenheter gjordes under dessa (bilaga 3). Meningsenheterna kondenserades därefter vidare och sorterades i gemensamma innebörder kopplat till vårdarens bemötande och bekräftelse. Vidare kodades dessa i olika färg och sorterades i olika kategorier. Utifrån dessa söktes ytterligare kondensering av gemensamma innebörder. De olika kategorierna kunde reduceras och sorteras i olika teman (bilaga 4) vilka presenteras i resultatet.

### 5.5 Etiskt förhållningssätt

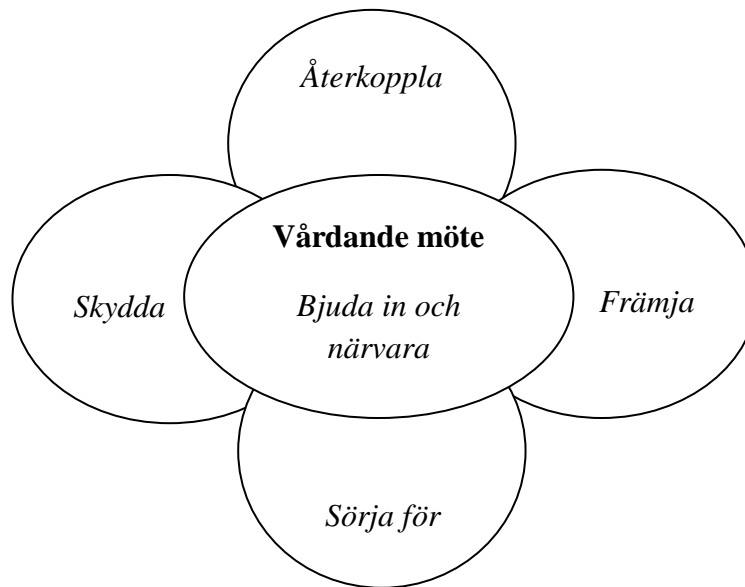
Ett etiskt övervägande i litteraturstudien var att ingående artiklar/studier fått tillstånd från en etisk kommitté eller där etiska överväganden tydliggjorts. Detta för att öka studiens trovärdighet (Forsberg och Wengström, 2008). I humanvetenskaplig forskning är informerat samtycke viktigt (Polit och Beck, 2004). Utifrån att målgruppen i våra studier är personer med demenssjukdom är det svårt att erhålla detta. Vi gjorde således ett ställningstagande att artiklarna skulle ha ett angivet samtycke från närstående eller annan juridisk person. Ytterligare etiska ställningstaganden är att vi i vår studie har redovisat och analyserat samtliga artiklar och inte undanhållit icke önskvärda resultat. Vi har vidare eftersträvat att inte plagiera eller förvränga våra inkluderade studiers resultat.

## 6. RESULTAT

Upplevelsen av identitet, integritet och välbefinnande står i samband med behovsuppfyllelse av identitet, tröst, sysselsättning, anknytning och att vara medräknad.

Resultatet visade att sjuksköterskor kan stödja demenssjuka personers upplevelser av identitet, integritet och välbefinnande på olika och skilda sätt. Detta framkommer i analysen som det vårdande mötet vilket beskrivs av olika teman runt en central innebörd, vilket utgör temat *att bjuda in och närvara*. Utifrån bekräftelse av individens behov länkas det centrala temat samman med fyra överlappande teman; *att främja, återkoppla, sörja för och skydda* (Figur 1). Dessa redovisas som att bjuda in och närvara som grund för bekräftelse, att främja för identitet och integritet, att återkoppla för historiskt sammanhang mot tidigare rollidentitet, att skydda mot utsatthet och sårbarhet samt att sörja för meningsfullhet genom samvaro och

interaktion. Det vårdande mötet med dess olika teman har en gränsöverskridande inverkan på varandra. Det beskrivs ha en central innebörd i hur sjuksköterskan kan stödja demenssjuka personers upplevelser.



Figur 1. Vårdande möte med överlappande teman.

### 6.1 Att bjuda in och närvara som grund för bekräftelse

Att bjuda in och närvara är centralt i det vårdande mötet. Innebörden är fysisk och psykisk närvaro i mötet av personen i dennes verklighet. Det innebär också att ge en inbjudan till samhörighet och delaktighet.

Närvaron i mötet kan nås genom anpassad kommunikation och interaktion med musik och sång. Då vårdaren sjunger påverkas känsloläge och humör hos båda parter vilket kan bidra till äkthet, öppenhet, intimitet och sårbarhet i mötet. Närvaro med musik och sång kan öka välbefinnande och skapa ett djupare engagemang, glädje, förundran samt ökad förståelse hos vårdtagarna (Götell, Brown & Ekman, 2007). Kopplingen mellan välbefinnande och närvaron i mötet är central. Vårdtagarna verkar mer nöjda och deltar mer i interaktion då vårdarna visar uppmärksammat intresse. Detta kan nås genom bekräftande med kroppsspråk såsom ögonkontakt och mimik samt tydlighet i dialog och distinkthet i interaktionens avslut (Eggers et al. 2005; Graneheim et al. 2001). Olika närvaro i mötet kan gestaltas i olika typer av gruppaktivitet. Strukturerad aktivitet med större grad av medverkan av vårdaren kan ge högre

grad av uppmätt välbefinnande jämfört med aktivitet där vårdarens medverkan är minimal (Brooker et al. 2000). Bekant musik och vårdarens sång av bekanta sånger kan även innebära en inbjudan för samhörighet och delaktighet. Musik kan vara en kravanpassad inbjudan till samspel via verbala uttryck, även hos de som inte normalt pratar. Anpassad musik och sång kan bidra till ökad tillfredställelse hos vårdtagarna med ökad glädje, skratt och förnöjsamhet (Götell et al. 2002; 2007).

## 6.2 Att främja för identitet och integritet

Att främja innebär att bistå personen att knyta an till sig själv, att uppleva sitt själv och den egna kroppen. Innebörden är även att möjliggöra interaktion, kompensera för förlust och skapa självbestämmande.

Att använda för personen meningsfull bakgrundsmusik kan bidra till ökad dialog och upplevelse av identitet. Musik och sång som individuellt anpassad kommunikation möjliggör interaktion och kommunikation tillsammans med vårdaren via orden i sångtexten. Detta kan stimulera vårdtagaren till att låta sig vårdas. Att i samband med morgontoalettt framför spegeln spela musik kan även bidra till ökade kommunicerad medvetenhet om sig själv hos den demenssjuke. Musik ökar möjligheterna för igenkänning av den egna personen och kan öka förmågan att beskriva sig själv via sin spegelbild. Detta kan i sin tur stimulera upplevelsen av den egna kroppen och den fysiska identiteten samtidigt som det kan kompensera för förlust (Götell et al. 2002). Användandet av individuellt anpassad rollidentitetsbaserad aktivitet är ett annat sätt att främja och stärka upplevelsen av identitet och att främja upplevelsen av personens själv (Cohen-Mansfield et al. 2006). Genom att utgå ifrån individens preferenser, intentioner och kapacitet främjas individens självbestämmande vilket bidrar till upplevelse av integritet. Ett sätt kan vara att under morgontoalettt visa vårdtagarna tänkta kläder, att inte kommentera misstag samt instruera tydligt och invänta svar. Detta kan bidra till förnöjsamhet och tillfredställelse samt skapar känsla av värdighet och att vara värdefull. Upplevelsen bidrar till förutsättningar att vårdtagaren kan stanna kvar i interaktionen med vårdaren (Eggers et al. 2005).

## 6.3 Återkoppla för historiskt sammanhang mot tidigare rollidentitet

Att återkoppla innebär att utgå från personens livshistoria och tidigare rollidentitet.

Återkoppla innebär ett vårdande möte med personen i dennes historiska verklighet (Götell et al. 2002; 2007; Graneheim et al. 2001, Cohen-Mansfield et al. 2006). Livshistorien kan locka till att kommunicera genom att spela och sjunga bekanta sånger och skapa en gemensam arena

för vårdaren och vårdtagaren (Götell et al. 2002). Vårdaren kan genom användande av individuellt anpassad aktivitet baserad på personen tidigare roller återkoppla personen till betydelsefull rollidentitet. Detta kan åtminstone under själva aktiviteten minska desorientering, agitation och ge ökat välbefinnande. I jämförelse med vanliga aktiviteter som att se på tv eller spela spel visar vårdtagare som deltar i rollidentitetsbaserad aktivitet ökat intresse, deltagande och förnöjsamhet. I jämförelse mellan grupper visas signifikant ökad medvetenhet, mätt med instrument, kring identitet hos deltagare under rollidentitetsbaserad aktivitet än de i vanliga aktiviteter (Cohen-Mansfield et al., 2006). Gruppaktivering med fokus på reminiscens återkopplar till personernas livshistoria och indikerar högre välbefinnande än för målstyrd gruppaktivitet och aktivitet med ostrukturerad tid. Reminiscens, utifrån historiska teman, gav signifikant högst välbefinnande i jämförelse mätt med instrument (Brooker och Duce, 2000).

#### 6.4 Att skydda mot utsatthet och sårbarhet

Att skydda innebär att skydda personens själv mot utsatthet och sårbarhet och mot kränkning. Det innebär också att skydda genom att anpassa krav och struktur samt genom anpassning av krav på interaktion.

Vårdtagare kämpar ibland för sin identitet och integritet genom att göra motstånd. Ibland får vårdaren svårare att främja individens självbestämmande exempelvis vid dusch då vårdtagaren måste klä av sig. Att skydda kan innebära att anpassa kommunikation för att instruera om vad som händer och kommer att hända vilket kan bidra till upplevelse av integritet om kommunikationen förstås. Genom att försöka bevara den privata sfären så långt det går genom att skylla vårdtagaren kan vårdaren skydda personens själv mot utsatthet och sårbarhet.

Vårdtagare kan på detta sätt ändå uttrycka förnöjsamhet efteråt. I andra situationer får skydda innebörden att anpassa kraven på individens interaktion med andra. Tillåtande av interaktion på personens unika sätt, även vid annorlunda uttryck, kan bidra till ökat välbefinnande och upplevelse av integritet. Innebörden kan vara att anpassa kraven på vårdtagaren genom tydlighet samt att skapa meningsfullhet i aktivitet. Detta kan upplevas som bekräftelse i situationen och att få vara kapabel (Graneheim et al. 2001).

#### 6.5 Att sörja för meningsfullhet genom samvaro och interaktion

Att sörja för innebär att skapa samvaro och sörja för interaktion. Det innebär också att individanpassa och skapa meningsfullhet. Innebörden är även en anpassning av struktur och krav i strävan efter att vårdtagaren skall få lyckas.



Att skapa samvaro och sörja för interaktion tar sin grund i närvaron. Samvaro och interaktion kan nås genom anpassad musik och sång som även innebär individanpassning mot meningsfullhet (Götell et al. 2002; 2007). Innebörden av att skapa meningsfullhet grundar sig även mot något som vårdtagarna visar engagemang för. Skillnaden i upplevt välbefinnande skiljer sig således mellan olika typer av aktivitet. Tidigare har betydelsen av vårdarens grad av medverkan nämnts som avgörande för välbefinnande men även intresse och meningsfullhet hos individen är viktiga. Livshistorien är central i detta avseende. Dock är det inte bara tidigare intressen som styr vad som anses meningsfullt utan också vad man är intresserad av just nu. Vårdtagare med intressen inom musik, konst och husdjur har bedömts vara tydligt mer engagerade av stimuli inom dessa än bland vårdtagare utan dessa intressen. Intresset har bedömts med instrument utifrån duration, uppmärksamhet och attityd. Vårdtagarna visade högre grad av välbefinnande med positiv attityd och verbalt uttryck av belåtenhet vilket kunde vara positivt ansiktsuttryck såsom leende, skratt eller andra uttryck för glädje (Cohen-Mansfield et al. 2010). Rollidentitetsbaserad aktivitet är även här betydelsefullt då den ger en anpassning mot individens historia och, samtidigt som det stärker identitet, bjuder in för delaktighet på ett anpassat sätt (Cohen-Mansfield et al. 2006). Att sörja för innebär att vårdaren skapar möjligheter för att individen skall få lyckas genom anpassning av krav och struktur mot det som är signifikant för och känt av individen. Detta kan uppnås genom anpassad aktivitet där vårdtagaren interagerar med sin omgivning i dagliga sysslor som förstås och har betydelse för individen såsom att torka bord (Graneheim et al. 2001). Det kan även vara aktivitet i grupp exempelvis runt historiska teman där deltagarna medverkar efter sina premisser. Även den lägsta graden av medverkan kan bidra till identitet genom den historiska kopplingen. Kraven på individen är flexibla efter förmåga vilket kan bidra till integritet. Närvaro av och gemenskap med andra kan samtidigt ge upplevt välbefinnanden (Brooker & Duce, 2000).

## **7. DISKUSSION**

### **7.1 Metoddiskussion**

Enligt Forsberg och Wengström (2008) bör den kritiska metoddiskussionen innehålla litteratursökningens omfattning, urval i form av innehåll och kvalitet, generaliserbarhet samt studiens begränsningar. Litteratursökningen gjordes utifrån sökorden: dementia, nursing care, nurse-patient relations, interaction, suffering, wellbeing, quality of life, integrity, identity och self identity.

Vi bedömer att sökorden täcker tre ingångar av det vårdande mötet; demens, vårdrelationen och inifrånperspektivet. Sökningen valdes att endast göras i CINAHL, vilket kan ha begränsat urvalet i litteraturstudien. Polit och Beck (2008) beskriver vikten av att skaffa sig bred kunskap på området. För att tillförsäkra detta genomförde vi därför senare i arbetet en ny sökning i databasen PsycINFO. Sökningen gjordes utifrån samma avgränsning i tid samt utifrån samma sökstrategi som i CINAHL. Sökningen resulterade i nio potentiella titlar som, på grund av att analysen var långt framskriden och då tiden var begränsad, inte vidare bedömdes. Detta kan ha påverkat denna studies trovärdighet på ett negativt sätt.

Litteraturstudien genomfördes även under längre tid än normalt, vilket medfört att litteratursökningen inte är färsk. Vi antar att det kan finnas nyare studier inom vår valda sökstrategi som därför inte har inkluderats i studien. Detta kan ha påverkat vår litteraturstudies trovärdighet avseende minskad bredd i resultatet. Vi bedömer dock inte att detta påverkat trovärdigheten i gjord analys.

Vi har valt att använda studier med både kvalitativ och kvantitativ metod vilket kan vara en styrka. Huruvida detta är möjligt är beroende på vad som studeras (Forsberg och Wengström, 2008; Polit och Beck, 2008). Föreliggande studie har företagit sig att studera demenssjukas upplevelse av identitet, integritet och välbefinnande. Utifrån att det studerade fenomenet är upplevelser skulle en kritik kunna vara att detta är svårt att studera med kvantitativ metod. Enligt Rosberg (2008) studeras upplevelser traditionellt utifrån fenomenologiskt ansats genom människans medvetande och levda erfarenhet. En annan kritik kan då även vara att medel till svårt demenssjuka personer har svårt att berätta om sina upplevelser. Av denna anledning valdes att inte inkludera upplevelse (experience) som sökord i föreliggande litteraturstudie. De metodologiska valen vid inklusion av studier i föreliggande studie grundar sig i stället på demenssjukas unika upplevelser, dess uttryck och hur de kan förstås. Då upplevelsens uttryck är annorlunda får förståelsen sökas på annat sätt såsom kroppsspråk, förmedlade känslor samt uttryck (Falk, Persson & Wijk, 2007). Valet att inkludera såväl kvalitativa och kvantitativa studier baseras på metodernas olika traditioner vilka grundas i olika ontologiska och epistemologiska antaganden. Den ontologiska grunden beskriver antaganden om världen, vad som existerar och vad som är tingens sanna natur medan den epistemologiska grunden handlar om vad som är kunskap och vart den hämtas. Ur ett ontologiskt perspektiv skiljer sig kvantitativ och kvalitativ metod åt utifrån vad man tror vara sann kunskap. Medan den kvantitativa traditionen söker den objektiva sanningen, fri från tolkning, utgår den kvalitativa traditionen utifrån att sanningen tolkas utifrån sin kontext av betraktaren. Den epistemologiska skillnaden ligger i närheten och distansen till det som studeras. Forskaren

håller sig utanför det som studeras inom den kvantitativa metoden medan hon/han växlar mellan närhet och distans i den kvalitativa metoden. Den kvantitativa metoden innebär att testa olika hypoteser och undersöka olika samband för att förklara med mätbara och statistiskt säkerhetsställda resultat. Den kvalitativa ansatsen undersöker innebörder av upplevda fenomen med syftet att utforska, förstå och generera teori genom exempelvis intervjuer eller observationer (Forsberg och Wengström, 2008; Polit och Beck, 2008). De i studien ingående kvantitativa artiklar har haft mätbara aspekter av välbefinnande och livskvalitet som mått på sina interventioner varför dessa inkluderades. De ingående kvalitativa studierna baseras på andras tolkning av den demenssjukes upplevelser utifrån allmänna föreställningar av att vara människa (Edberg, 2003). Utifrån kunskap om dimensioner av välbefinnande och samspel i relationer studeras den demenssjuke i inkluderade studier ensamt via observation eller i kombination med vårdarens erfarenhet av situationen. Vi bedömer att inklusion av både kvalitativa och kvantitativa studier medför en ökad bredd i beskrivningen av det vårdande mötet.

En viktig aspekt i litteraturstudiens urval är metoden för kvalitetsgranskning. Vi valde att använda granskningsmallar ur Willman, Stoltz och Bahtsevani (2006) vilka vi minimalt modifierade mot ingående studiers metod. Bedömningsparametrarna i mallarna bedömdes vara mycket viktiga för vår studies trovärdighet. Vi såg det därför angeläget att inte göra några större ändringar som kunde skapa över- eller undervärderade studier.

Exempel på detta gäller kvalitativa studiers giltighet gällande data- och analysmättnad som vi upplever har varit svåra att bedöma. Enligt Thorén - Jönsson (2008) anges att analysmättnad kan vara svårt att besvara. Vi kan som författare aldrig veta om en ytterligare analys skulle kunna tillföra något nytt. Vi valde därför att svara VET EJ på de studier vars analysmättnad vi upplevde var svår att avgöra. Vi bedömde vidare att datamättnad generellt var uppnådd då antalet informanter ansågs vara tillräckligt utifrån studiernas design. De slutliga bedömningarna av artiklarna kan både vara över- eller undervärderade mot bakgrund av detta. Vad det gäller generaliserbarheten och överförbarhet i studiens resultat kopplar vi det till urval och storlek på ingående studier. Brooker och Duce (2000) har ett litet urval vilket begränsar möjlighet för generalisering enligt (Forsberg och Wengström, 2008). Analysen av det vårdande mötet kan i detta hänseende begränsas. Resterande kvantitativa studier; Cohen-Mansfield et al. (2006) och Cohen-Mansfield et al. (2010) bedömer vi vara generaliserbara inom sin respektive kontext. En aspekt gällande kontext kan vara kopplat till den demenssjukes kognitiva förmåga och sjukdomsutveckling som för generaliserbarhet bör vara lika. De ingående kvalitativa studierna bedömer vi vara överförbara inom sin respektive

kontext då de mer bygger på trovärdighet i analysen av fenomenet än på generaliserbarhet. Ytterligare en begränsning i vår studie kopplar vi till etiskt godkännande och resonemang som saknas i Cohen-Mansfield et al. (2006), Cohen-Mansfield et al. (2010) samt Brooker och Duce (2000). Forsberg och Wengström (2008) anger att detta är ett viktigt kriterium för inklusion. Willman, Stoltz och Bahtsevani (2006) inkluderar dock etiskt resonemang i granskningsmallarna vilket då mer kan förstås som ett övervägande och kvalitetsparameter. Enligt Polit och Beck (2008) är kravet för publicering etiskt godkännande. Samtliga artiklar i studien är publicerade. Cohen-Mansfield et al. (2006; 2010) ingår i större forskningsprojekt med etiskt godkännande.

## 7.2 Resultatdiskussion

Syftet i denna systematiska litteraturstudie har varit att belysa hur sjuksköterskan kan stödja demenssjuka personers upplevelser av identitet, integritet och välbefinnande. Detta kan göras på olika sätt. Det centrala i resultaten är att bjuda in och närvara, att främja, återkoppla, sörja för och skydda. De olika delarna innehåller olika sätt att bemöta och bekräfta för upplevelser av ovanstående. Inför studien var vår förförståelse att det fanns olika sätt och metoder att använda för detta, exempelvis reminiscens, musik, sång och en rad andra aktiviteter. Litteraturstudien har även visat hur och på vilket sätt de olika sätten kan kopplas till behovsuppfyllelse av tröst, sysselsättning, anknytning, identitet och att vara medräknad enligt Kitwood (1997). De centrala innebörderna i studien visar hur dessa hänger ihop med varandra. Grunden för välbefinnande och livskvalitet är uppfyllelse av individens behov (Falk et al. 2007). För detta krävs att få visa och bevara sin känsla av identitet (Norberg, 2010) med grund i upplevelsen av integritet med personens känsla av meningsfullt sammanhang, helhet och mening (Edberg, 2002). Detta innebär att få vara engagerad i positiva och meningsfulla aktiviteter, upplevelse av samvaro, närvaro av positiva och frånvaro av negativa uttryck (Falk et al. 2007). Arenan för detta är relationen. Omvårdnaden kring den demenssjuke fokuserar ibland på lösningar utanför relationen. Ett exempel kan vara, enligt Hällgren Graneheim (2010), behandling med dämpande läkemedelsbehandling mot tolkade symtom på oro som har sin grund i otillräcklig behovsuppfyllelse. Resultatet i föreliggande studie visar att bekräftelse av den demenssjukes upplevelse av identitet, integritet och välbefinnande till största grad sker inom relationen till omgivningen. I syfte att stödja upplevelser innebär detta att sjuksköterskan måste rikta blicken ditåt. Vårdaren är betydelsefull för en bra relation till vårdtagaren. Enligt Kitwood (1997) ställs det ovillkorliga krav på vårdaren i relationen, som präglas av generositet, förlåtande, ovillkorlig acceptans och ett helhjärtat emotionellt givande.

Det vårdande mötet inom omvårdnaden av demenssjuka speglar också vårdarens professionella ansvar att svara an mot individens behov utan större krav på att få något tillbaka. Vårdarollen inom vård av demenssjuka personer kan således vara mycket krävande och behöver stödjas. Detta faller inom sjuksköterskans funktion. Genom att stödja till vårdande möten kan sjuksköterskan enligt Gustafsson (1997) stödja vårdarens möjlighet till att lyckas bekräfta vårdtagaren. Sjuksköterskan är i sin profession ledare inom omvårdnad med kravet att kunna handleda och förmedla kunskap till medarbetarna (Socialstyrelsen, 2005). De olika delarna kring det vårdande mötet kan fungera som en mall för omvårdnadshandledning till hjälp för vårdaren i omvårdnaden av den demenssjuke. Genom att ställa rätt frågor till sig själv och vårdpersonal riktas fokus mot lösningar inom relationen. Exempel på frågor kan vara kring hur vi bjuder in och närvarar för bekräftelse av den demenssjuke, hur vi främjar för identitet och integritet och hur vi återkopplar för historiskt sammanhang mot tidigare rollidentitet. Det kan också vara hur vi sörjer för meningsfullhet genom samvaro och interaktion och skyddar mot utsatthet och sårbarhet. Studiens resultat stämmer bra överrens med intentionen i socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom 2010. Riktlinjerna anger som tidigare nämnts omvårdnad i första hand. För detta krävs rimligen att kvalitetssäkra användandet av metoder inom relationen för bekräftelse av behov för upplevelse av integritet, identitet och välbefinnande. Resultatet i studien visar flera positiva svar på det vårdande mötet såsom glädje, humor, ökad funktion och upplevelse av identitet, integritet och välbefinnande. En frågeställning är om det vårdande mötet kan vara vårdande även om det inte uppnår positiv effekt? Graneheim et al. (2001) beskriver tillfällena då vårdaren överskrider vårdtagarens självbestämmande och där det vårdande mötet övergår till att skydda det som går att skydda. På vilket sätt påverkar vårdarens avsikt definitionen? Hagberg (2002) pekar på risken för hot och skada mot den inre identiteten om bekräftelsen inte är anpassad. Utifrån bekräftelseperspektivet räcker således inte endast en god avsikt utan kräver ytterligare anpassning av mötet. Ställt mot lidandebegreppet finns möjligheten att sjukdomslidande kan lindras i flera fall, åtminstone under vissa stunder. Edberg (2002) beskriver lidande i förhållande till kommunikation som i studien lindras genom musik och sång vilket stimulerar till verbal kommunikation och positiva känslor. Även minskad upplevelse av helhet och mening kan orsaka sjukdomslidande enligt Edberg. Norberg (2010) beskriver hur den demenssjuke, på grund av minnesnedsättning, kan ha svårt att nå senare delar av sin självbiografi och på så sätt få svårt att hålla ihop sin narrativa identitet. I vår studie beskrivs livshistorien vara viktig för upplevelsen av identitet. Dels genom att utforska personens tidigare rollidentitet och använda

denna i aktivitet samt genom reminiscens, som kan förklaras med att minnas tillbaka. På detta sätt bekräftas personens själv. Även vårdlidande kan motverkas. Eriksson (1994) ger vårdlidande betydelsen kränkning av värdighet. Värdighetsutredningen (SOU 2008:51) kopplar värdighet till den egna identiteten. Utredningen anger att det måste finnas ett medvetet förhållningssätt inom äldreomsorgen att ta hänsyn till individens behov och rätten till identitet samt att sträva efter att skapa förutsättningar för ett värdigt liv och välbefinnande. Många av de, i litteraturstudien, beskrivna positiva effekterna av vårdande möte upplevs för stunden under pågående interaktion. Effekterna på längre sikt är oklara. Mot bakgrund av resultatet i föreliggande studie står det klart att sjuksköterskan kan använda de olika delarna i det vårdande mötet för att bejaka identitet, integritet och välbefinnande och på detta sätt motverka vårdlidande. I de fall det avsedda vårdande mötet inte är vårdande och inte kan lindra skulle det ändå kunna vara en plattform för att försöka bistå individen att enligt Erikson (1994) genomgå lidande. Då lidandet inte kan lindras till fullo kan vi som vårdpersonal, enligt Erikson stödja den demenssjuke genom att ge tröst, att visa förståelse för personens lidande och genom att låta personen bli sedd.

Som fortsatt forskning inom ämnet skulle en interventionsstudie med studiecirkel bestående av sjuksköterska och omsorgspersonal som arbetar på särskilda boenden för demenssjuka personer kunna genomföras. Studiecirkelns pedagogiska metod med en enkel och flexibel struktur anses vara väl anpassad till att identifiera och resonera kring omvårdnadsproblem. En manual för problemlösning i grupp skulle vidare kunna användas för att främja diskussionen. Forskning visar att studiecirkel i kombination med implementation av åtgärder inom omvårdnad ger bättre förankring i verksamheten (Westerberg et al. 2009). Sjuksköterska tillsammans med omsorgspersonal från olika demensboenden inom vår kommunala verksamhet skulle således kunna delas in i grupper om 6-8 personer. Varje grupp skulle sedan träffas två gånger per månad. Utifrån diskussionerna och vidare handledning med sjuksköterska kring det vårdande mötet skulle sedan implementation i verksamheten göras för att stödja de demenssjukas behov av identitet, integritet och välbefinnande.

### 7.3 Slutsats

För att som sjuksköterskor stödja demenssjuka personers upplevelser ingår även att stödja omsorgspersonalen i mötet med vårdtagaren. Det vårdande mötet och dess struktur kan vara en hjälp att nå en vårdande relation. Flertalet av de effekter som är beskrivna i resultatet är för stunden och under pågående interaktion. Effekterna på längre sikt är oklara. Resultatet visar dock en rad positiva svar på det vårdande mötet såsom glädje, humor, ökad funktion och

upplevelse av identitet, integritet och välbefinnande. Detta bedömer vi beskriva minskat sjukdoms- och vårdlidande hos den demenssjuke. Det vårdande mötets struktur och innehåll bedömer vi vara betydelsefullt då det erbjuder vårdaren möjlighet att stödja personen med demenssjukdom och dennes upplevelser av identitet, integritet välbefinnande samt minskat lidande.

## REFERENSLISTA

- Backman, J. (2008). *Rapporter och uppsatser*. Lund: Studentlitteratur.
- Brooker, D., & Duce, L. (2000). Wellbeing and activity in dementia: a comparison of group reminiscence therapy, structured goal-directed group activity and unstructured time. *Aging and Mental Health*, 4, (4), 354-358.
- Cohen-Mansfield, J., Golander, H., & Arnhem, G. (2000). Self-identity in older persons suffering from dementia: preliminary results. *Social Science & Medicine*, 51, (3), 381-94.
- Cohen-Mansfield, J., Parpura-Gill, A., & Golander, H. (2006). Utilization of self-identity for designing interventions for persons with dementia. *Journal of Gerontology*, 61B, (4), 202-212.
- Cohen-Mansfield, J., Marx, M. S., Thein, K., & Dakheel-Ali, M. (2010). The impact of past and present preferences on stimulus engagement in nursing home residents with dementia. *Aging and Mental Health*, 14, (1), 67-73.
- Crichton, J., & Koch, T. (2007). Living with dementia: Curating self-identity. *Dementia*, 6, (3), 365-381 doi: 10.1177/1471301207081570
- Edberg, A-K. (Red.). (2002). *Att möta personer med demens*. Lund: Studentlitteratur.
- Eggers, T., Norberg, A., & Ekman, S-L. (2005). Counteracting fragmentation in the care of people with moderate and severe dementia. *Clinical Nursing Research*, 14, (4), 343-369.
- Eriksson, K. (1994). *Den lidande människan*. Stockholm: Liber.
- Falk, H., Persson, L-O., & Wijk, H. (2007). A psychometric evaluation of a Swedish version of the Quality of Life in Late-Stage Dementia (Qualid) scale. *International Psykogeriatrics* 2007. doi:10.1017/S1041610207005777
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur och kultur.
- Graneheim, U., Norberg, A., & Jansson, L. (2001). Interaction relating to privacy, identity, autonomy and security. An observational study focusing on a woman with dementia and



behavioural disturbances and on her care providers. *Journal of Advanced Nursing*, 36, (2), 256-265.

Graneheim, U. (2010). Beteendeförändringar vid demenssjukdom – ett personcentrerat perspektiv. I Edvardsson, D. (Red). (2010). *Personcentrerad omvårdnad i teori och praktik*. (s.61-74). Lund: Studentlitteratur.

Gustafsson, B. (1997). *Bekräftande omvårdnad SAUK- modellen för vård och omsorg*. Lund: Studentlitteratur.

Götell, E., Brown, S., & Ekman, S-L. (2000). Caregiver singing and background music in dementia care. *Western Journal of Nursing Research*, 24, (2), 195-216.

Götell, E., Brown, S., & Ekman, S-L. (2007). The influence of caregiver singing and background music on vocally expressed emotions and moods in dementia care: A qualitative analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 46, 422-430.

Lundman, B & Hällgren Graneheim, U. (2008). Kvalitativ innehållsanalys. I Granskär, M., & Höglund-Nielsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (s.159-172). Lund: Studentlitteratur.

Thorén – Jönsson, A-L. (2008). Grounded theory. I Granskär, M., & Höglund-Nielsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (s.107-123). Lund: Studentlitteratur.

Hagberg, M. (2002). *Att vara en helhet i ett sammanhang – gestaltning av mening och värde i ålderdomen* (avhandling för doktorsexamen), Lund universitet, 2002.

Kitwood, T.M. (1997). *Dementia reconsidered: the person comes first*. Buckingham: Open University Press.

Marcusson, J., Blennow, K., Wallin, A., & Skoog, I. (2003). *Alzheimers sjukdom*. Stockholm: Liber.

Norberg, A. (2010). Upplevelse av identitet hos personer med demenssjukdom tolkat utifrån Harrés teori. I Edvardsson, D. (Red). (2010). *Personcentrerad omvårdnad i teori och praktik*. (s.19-28). Lund: Studentlitteratur.

Polit, D.F., & Beck, C.T. (2008). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. Lippincott: Williams & Wilkins.

Rahm Hallberg, I-L. (1997). *Problematiska beteenden hos demensdrabbade: samspel, miljö, patient, vårdare*. Stockholm: Liber.

*Regeringens utredning 2008:51. Värdigt liv i äldreomsorgen*. Stockholm: Socialdepartementet.

Rosberg, S. (2009). Fenomenologi. I Granskär, M., & Höglund-Nielsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (s.85-105). Lund: Studentlitteratur.

Russell, C., & Timmons, S. (2009). Life story work and nursing home residents with dementia. *Nursing older people*, 21, (4), 28-32.

Skovdahl, K., Kihlgren, A. L., & Kihlgren, M. (2003). Dementia and aggressiveness: video recorded morning care from different care units. *Journal of Clinical Nursing*, 12, 888-898.

Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*.

Hämtad från [http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9879/2005-105-1\\_20051052.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf). Tillgänglig 2010-12-14.

Socialstyrelsen. (2010). *Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom*.

Hämtad från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18012/2010-5-1.pdf>

Stryhn, H. (2007). *Etik och omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.

Westergren, A., Axelsson, C., Lilja- Andersson, P., Lindholm, C., Petersson, K., & Ulander, K. (2009). Study circles improve the precision in nutritional care in special accommodations. *Food & Nutrition Research* 2009. doi:10.3402/fnr:v53i0.1950

Willman, A., Stoltz, P., Bahtsevani, C. (2006). *Evidensbaserad omvårdnad - en bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur.

**Bilaga 1. Modifierad kvalitetsvärderingsmall - kvalitativ metod**

<b>Kvalitetsbedömning kvalitativ metod</b>			
Tydlig avgränsning/ problemformulering?	Ja	Nej	Vet ej
Är kontexten presenterad?	Ja	Nej	Vet ej
Etiskt resonemang?	Ja	Nej	Vet ej
Urval -relevant?	Ja	Nej	Vet ej
-strategiskt?	Ja	Nej	Vet ej
Metod för -urvalsförförande tydligt beskrivet?	Ja	Nej	Vet ej
-datainsamling tydligt beskriven?	Ja	Nej	Vet ej
-analys tydligt beskriven?	Ja	Nej	Vet ej
Giltighet - Är resultatet logiskt, begripligt?	Ja	Nej	Vet ej
- Råder analysmättnad?	Ja	Nej	Vet ej
- Råder datamättnad?	Ja	Nej	Vet ej
Kommunicerbarhet - Redovisas resultatet klart och tydligt?	Ja	Nej	Vet ej
- Redovisas resultatet i förhållande till en teoretisk referensram?	Ja	Nej	Vet ej
Genereras teori?	Ja	Nej	Vet ej
Huvudfynd: Vilken upplevelse beskrivs:			
Maxpoäng: 12 Ja = 1 poäng, Nej= 0 poäng, Vet ej= 0 poäng			
Sammanfattande bedömning:  HÖG 10-12 p (80-100 %) MEDEL 7-9 p (60-79%) LÅG 0-6 p (0-59%)			

Källa: Willman, Stoltz och Bahtsevani (2006).

## Bilaga 2. Modifierad kvalitetsvärderingsmall - kvantitativ metod

<b>Kvalitetsbedömning kvantitativ metod</b>			
Finns inklusioner och exklusioner med?	Ja	Nej	
Är urvalsförfarande beskrivet?	Ja	Nej	
Är urval representativt?	Ja	Nej	
Adekvat statistisk metod?	Ja	Nej	Vet ej
Är det likvärdiga grupper vid start?	Ja	Nej	Vet ej
Randomiseringsförfarandet beskrivet? *	Ja	Nej	Vet ej
Analyserade i den grupp de randomiserades till?*	Ja	Nej	Vet ej
Blindning av patienter?*	Ja	Nej	Vet ej
Blindning av vårdare?*	Ja	Nej	Vet ej
Blindning av forskare?*	Ja	Nej	Vet ej
Är bortfallsanalysen beskriven?	Ja	Nej	
Är bortfallsstorleken beskriven?	Ja	Nej	
Finns etiskt resonemang?	Ja	Nej	
Är instrumenten valida?	Ja	Nej	
Är instrumenten reliabla?	Ja	Nej	
Är resultatet generaliserbart?	Ja	Nej	
Maxpoäng: 16 p* alt 11p Ja = 1 poäng, Nej= 0 poäng, Vet ej= 0 poäng			
Sammanfattande bedömning:  HÖG 13-16 p* alt 9-11p (80-100 %) MEDEL 10-12 p* alt 7-8 (60-79%) LÅG 0-9 p* alt 0-6 (0-59%)			

Källa: Willman, Stoltz och Bahtsevani (2006).

\*Gäller endast för Cohen-Mansfield, J., Parpura- Gill, A & Golander, H. (2006) då inga andra var randomiserad.

**Bilaga 3.** Analys av meningsenheter mot behov enligt Kitwood (1997).

<b>Identitet</b>	<b>Tröst</b>	<b>Sysselsättning</b>	<b>Medräknad</b>	<b>Anknytning</b>
<b>Återkoppla</b> till livshistorien	<b>Kompensera</b> för förlust	<b>Bjuda in</b> för delaktighet	<b>Närvara</b> i mötet	<b>Bjuda in</b> för samhörighet
<b>Främja</b> kommunicerad medvetenhet	<b>Främja</b> att knyta an till sig själv	<b>Sörja för</b> meningsfullhet, individanpassa	<b>Skydda</b> mot kränkning	<b>Närvara</b> i mötet (fysiskt och psykiskt)
<b>Anpassa</b> kommunikation för att möjliggöra interaktion	<b>Sörja för</b> att få lyckas (anpassa krav, skapa struktur)	<b>Återkoppla</b> till livshistorien	<b>Sörja för</b> att få lyckas (anpassa krav, skapa struktur)	<b>Anpassa</b> kommunikation för att möjliggöra interaktion
<b>Återkoppla</b> till rollidentitet	<b>Främja</b> upplevelse av själv	<b>Anpassa</b> krav och struktur	<b>Återkoppla</b> till rollidentitet	
<b>Skydda</b> personens själv mot utsatthet och sårbarhet			<b>Sörja för</b> meningsfullhet, individanpassa	
<b>Främja</b> upplevelse av den egna kroppen, fysisk identitet			<b>Möta</b> personen i dennes verklighet	
<b>Anpassa</b> krav på interaktion			<b>Sörja för</b> interaktion	
			<b>Sörja för</b> samvaro och interaktion	
			<b>Återkoppla</b> till livshistorien	
			<b>Främja</b> självbestämmande	

**Bilaga 4.** Analys av framträdande innebörder och teman kopplat till bemötande och bekräftelse.

<b>Bjuda in/närvara</b>	<b>Främja</b>	<b>Återkoppla</b>	<b>Skydda</b>	<b>Sörja för</b>
<p><b>Bjuda in</b> för delaktighet</p> <p><b>Närvara i</b> mötet (fysiskt och psykiskt)</p> <p><b>Närvara i</b> mötet</p> <p><b>Möta</b> personen i dennes verklighet</p> <p><b>Bjuda in</b> för samhörighet</p>	<p><b>Främja</b> att knyta an till sig själv</p> <p><b>Främja</b> genom att kompensera för förlust</p> <p><b>Främja</b> upplevelse av själv</p> <p><b>Främja</b> kommunicerad medvetenhet</p> <p><b>Främja</b> upplevelse av den egna kroppen, fysisk identitet</p> <p><b>Främja</b> självbestämmande</p> <p><b>Främja</b> genom att anpassa kommunikation för att möjliggöra interaktion</p>	<p><b>Återkoppla</b> till livshistorien</p> <p><b>Återkoppla</b> till rollidentitet</p>	<p><b>Skydda</b> mot kränkning</p> <p><b>Skydda</b> personens själv mot utsatthet och sårbarhet</p> <p><b>Skydda</b> genom att anpassa krav och struktur</p> <p><b>Skydda</b> genom att anpassa krav på interaktion.</p>	<p><b>Sörja för</b> meningsfullhet, individanpassa</p> <p><b>Sörja för</b> att få lyckas (anpassa krav, skapa struktur)</p> <p><b>Sörja för</b> samvaro och interaktion</p>

## Bilaga 5. Söktabell PsycINFO

Nr	Sökord	Antal träffar	Valda titlar	Kvalitetsgranskning	Inkluderade artiklar
1	dementia	49286			
2	nursing care	5644			
3	nurse-patient relations	7			
4	interaction	146815			
5	suffering	20128			
6	wellbeing	8038			
7	quality of life	54993			
8	integrity	12430			
9	identity	82265			
10	self identity	4665			
	1 AND 2	1021	0		
	1 AND 2 AND 3	0	0		
	1 AND 2 AND 3 AND 4	0	0		
	1 AND 2 AND 3 AND 5	0	0		
	1 AND 2 AND 3 AND 6	0	0		
	1 AND 3 AND 6	0	0		
	1 AND 2 AND 4	157	0		
	1 AND 3 AND 4	0	0		
	1 AND 6	577	0		
	1 AND 3 AND 7	0	0		
	1 AND 3 AND 4 AND 7	0	0		
	1 AND 2 AND 7	291	6		
	1 AND 8	1482	0		
	1 AND 3 AND 8	0	0		
	1 AND 9	2031	0		
	1 AND 3 AND 9	1	0		
	1 AND 10	149	3		
	1 AND 3 AND 10	1	0		

## Bilaga 6. Artikelmatris

Nr.	Författare År	Tidskrift Titel	Syfte	Metod	Resultat	Kvalitet
1	Eggers, T., Norberg, A., och Ekman, S-K. 2005	Clinical Nursing Research. Counteracting fragmentation in the care of people with moderate and severe dementia	Att undersöka interaktionen mellan vårdgivare och vårdtagare när uppsplittring uppstår, samt hur vårdgivare bemöter denna uppsplittring.	Deltagande observationer genomfördes under morgonrutiner, frukost och social aktivitet. 5 kvinnor och 10 män med medel eller svår demenssjukdom samt 18 vårdgivare deltog i studien. Observationerna analyserades med hjälp av tolkande innehållsanalys.	Av analysen framkom 4 dimensioner: uppmärksamhet, respekt, individualitet och anpassning. Genom att vårdgivare visa vårdtagaren intresse i mötet genom dessa 4 dimensioner skapas en positiv vårdmiljö där vårdtagaren känner välbefinnande, respekt och delaktighet.	11p/ Hög
2	Götell, E., Brown, S. & Ekman, S-L. 2002	Western Journal of Nursing Research.  Caregiver singing and background music in dementia care	Att belysa det meningsfulla utbytet av verbal kommunikation mellan personer med demens och deras vårdgivare.	En terapeutisk interventionsstudie i 3 delar (traditionell, med bakgrundsmusik samt med vårdgivare som sjöng) Videoinspelningar, observationer och ljudupptagningar av 9 svårt dementa vårdtagare med demens i samband med morgonrutiner kl 07-09. Intervjuer genomfördes därefter med vårdgivarna. Resultatet analyserades med hjälp av fenomenologisk- hermeneutisk metod, inspirerad av Ricoeur's tolkningsteori.	Musik och sång är gynnsamt i vården av svårt dementa personer med bör anpassas efter situation och individ. Anpassad musik kan skapa bättre förståelse för aktivitet med minskad styrning av vårdaren. Musik kan locka fram verbala uttryck och kan ge möjlighet till ökad dialog med ökad självigenkänning och självmedvetenhet. Musik och sång kan locka fram förmåga till att kommunicera ur historiskt perspektiv.	10p/ Hög



3	Graneheim, U., Norberg, A. & Jansson, L. 2001	Journal of Advanced Nursing.  Interaction relating to privacy, identity, autonomy and security. An observational study focusing on a woman with dementia and behavioral disturbances and on her care providers.	Att belysa hur en svårt dement kvinna med svårtolkande beteenden interagerar med sin vårdpersonal samt hur vårdgivarna interagerar med kvinnan.	En fallstudie med 14 deltagande observationer och bandinspelningar med en svårt dement kvinna på ett särskilt boende. Kvinnan var 73 år gammal. Författarna efterfrågade situationer då kvinnan oftast reagerade med aggressivitet vilket var vid morgontoalett och frukost. Inspelningarna skrevs ut ordagrant. Data materialet analyserades med hjälp av tematisk innehållsanalys och därefter diskuterades subteman fram av författarna.	Författarna fann att interaktionen mellan kvinnan och hennes vårdgivare var relaterade till de centrala fenomenen; privatliv, identitet, autonomi och säkerhet. Författarna anser vidare att dessa teman är både engagerade och i konflikt med varandra samtidigt. Reflekterande dialog kan användas för att nå en djupare förståelse för vårdtagarens situation. Innebörder har inte bara en mening. En tillåtande miljö är viktig. Interaktion mellan personer med svår demens och deras vårdgivare är en komplex dialektisk process där alla deltagare upplever problem. Dessa kan lösas, men är även delar i dilemman som endast går att relatera till – inte lösa.	9p/ Medel
---	---	---	---	---	---	--------------

4	Götell, E., Brown, S & Ekman, S-L. 2007	International Journal of Nursing Studies.  The influence of caregiver singing and background music on vocally expressed emotions and moods in dementia care: A qualitative analysis	Att belysa hur rösten kan användas för att uttrycka känslor och sinnesstämningar i kommunikationen mellan personer med demens och deras vårdgivare i samband med morgonrutiner.	Videoinspelningar genomfördes på ett särskilt boende för svårt dementa. 7 kvinnor och 2 män samt 5 kvinnliga vårdgivare deltog i studien. Inspelningarna gjordes i de boendes badrum under morgontoalet. Totalt genomfördes 27 observationer, delat på 3 tillfällen per vårdtagare; 1 ordinärt, 1 med bakgrundsmusik och 1 då vårdgivaren sjöng eller nynnade en känd sång. Datamaterialet analyserades med hjälp av en kvalitativ innehållsanalys i 5 steg med fokus på de verbala känslouttrycken under de genomförda observationerna.	Vårdgivare som sjunger eller spelar bakgrundsmusik kunde underlätta kommunikationen med vårdtagaren och hjälpa personen att förbättra förmåga att uttrycka positiva känslor och sinnesstämningar. Anpassad musik och sång kan öka välbefinnande med ökat engagemang, glädje, skratt, förundran och förnöjsamhet. Även en ökad grad av vitalitet hos vårdtagaren var synbar, då vårdtagna upplevdes som mer nåbara kognitivt och mer mottagliga för kommunikation med vårdgivaren. Efter observationen upplevde vårdgivarna personerna som lugnare, mindre agiterade samt mer medgörliga och mottagliga för omvårdnad. Enligt författarna förbättrar detta förhållningssätt kvaliteten på demensvården.	10p/ Hög
---	--	---	--	---	---	-------------

5	Brooker, D & Duce, L. 2000	Aging & Mental Health  Wellbeing and activity in dementia: a comparison of group reminiscence therapy, structured goal-directed group activity and unstructured time.	Syftet var att jämföra uppmätt välbefinnande mellan reminiscensterapi i grupp, strukturerat målstyrd gruppaktivitet och ostrukturerad tid hos personer med mild till måttlig demenssjukdom .	En experimentell studie med 25 deltagande personer med mild till måttlig demens, som vistades på dagvård. Nivåer av välbefinnande mättes enligt Dementia Care Mapping (DCM) och analyserades för tre aktiviteter med hjälp av design för en inom gruppen av individer upprepad mätning.	Huvudresultatet gav indikation på att under gruppaktivering med reminiscens var nivåerna av välbefinnande högre än för målstyrd gruppaktivitet och för ostrukturerad tid. Reminiscensterapi och målstyrd gruppaktivitet gav signifikant högre välbefinnande än för ostrukturerad tid.	8p/ Medel
---	----------------------------	---	--	---	---	--------------

6	Cohen-Mansfield, J., Parpura-Gill, A & Golander, H. 2006	Journal of Gerontology  Utilization of self-identity roles for designing interventions for persons with dementia.	Syftet var att undersöka effekten av rollidentitetsbaserad behandling för personer med demens.	En randomiserad experimentell studie. 93 deltagare med demenssjukdom från vårdboende och dagvård delades in i interventionsgrupp och kontrollgrupp. Genom intervju med deltagarna och deras anhöriga fastställdes tidigare framträdande rollidentiteter. Utifrån dessa konstruerades individuellt anpassade aktiviteter för deltagarna i behandlingsgruppen medan kontrollgruppen erhöll standardaktiviteter. Skillnaderna mellan och inom grupperna testades genom signifikansmätningar.	Att individuell rollidentitetsbaserad aktivitet i syfte att stärka självidentitet, roll och personliga attribut hos personer med demens tydligt visar sig kunna bidra till välbefinnande. Behandlingsgruppen visade mer intresse och nöjsamhet under intervention, det var dock ingen skillnad mellan oro, ilska och ledsenhet. Behandlingsgruppen visade även ett ökat intresse för att delta i de individuellt rollanpassade aktiviteterna än för kontrollgruppens standardaktivitet. Behandlingsgruppen visade även minskad desorientering och en liten icke signifikant ökning av desorientering i kontrollgruppen. Likaså för förekomsten av agitation. Man kunde inte se signifikant skillnad mellan vårdboende eller dagvård. Behandlingsgruppen visade signifikant ökad medvetenhet kring sin identitet under interventionsfasen medan kontrollgruppen inte visade någon skillnad.	12p / Medel
---	--	---	--	---	--	----------------

7	Cohen-Mansfield, J., Marx, M.S. & Dakheel-Ali, M. 2010	Aging & Mental Health  The impact of past and present preferences on stimulus engagement in nursing home residents with dementia	Att undersöka om aktiviteter och stimuli baserade på en persons tidigare och nuvarande preferensram resulterar i ökat engagemang än i andra aktiviteter och stimuli.	193 personer med demens från sju olika äldreboenden deltog. Författarna genomförde telefonintervjuer med närstående till deltagarna. Instrumentet Self-identity Questionnaire (SIQ) användes för att i intervjuerna få fram deltagarnas tidigare och nuvarande intressen inom konst, musik, barn, husdjur, läsning, television och kontorsarbete. Observationer och mätning av uppmärksamhetsduration, uppmärksamhet och attityd mot stimuli gjordes mot andra stimuli.	Vårdtagare med intressen inom musik, konst och husdjur var mer engagerade av stimuli inom dessa än bland vårdtagare utan dessa. Vårdtagarna var ökat uppmärksamma och var detta under längre tid vid stimuli enligt tidigare intressen. Vårdtagarna visade även högre grad av positiv attityd, verbalt uttryck av belåtenhet samt fysiskt närmande mot stimuli. Detta kunde innebära positivt ansiktsuttryck såsom leende, skratt eller andra uttryck för glädje. Slutsatsen är att det finns nytta med att fastställa en persons preferenser av stimuli för att kunna förutse mottaglighet och meningsfullhet.	8p/ Medel
---	--	--	--	---	---	--------------