



HÖGSKOLAN VÄST

Institutionen för hälsovetenskap

**Faktorer som påverkar kommunikationen mellan vårdpersonal
och anhöriga inom demensvården
- En litteraturöversikt**

Babak Ghanbari Kondori, Mia El Feghaly

**Examensarbete i omvårdnad på grundnivå
Sjuksköterskeprogrammet
Institutionen för Hälsovetenskap
Vårterminen 2022**

Faktorer som påverkar kommunikationen mellan vårdpersonal och anhöriga inom demensvården
Factors affecting communication between healthcare staff and family caregivers in dementia care

Författare	Babak Ghanbari Kondori Mia El Feghaly
Handledare	Johanna Selin Månsson
Examinator	Inga Larsson
Institution	Högskolan Väst, Institutionen för hälsovetenskap
Arbetets art	Examensarbete i omvårdnad, 15 hp
Program/kurs	Sjuksköterskeprogrammet, 180 hp
Termin/år	VT 2022
Antal sidor	18 (exklusive försättsblad, innehåll, referenser och bilagor)

Abstract

Background: Communication is key to expressing oneself and, in healthcare, communication may be compromised due to different limitations. In dementia care, relatives often take on the role of caregivers for their loved one and thereby adopt a role of advocacy. With this role communication with healthcare staff becomes a necessity. However, certain factors affect the way communication is perceived. Since nurses in Sweden have laws and ethical codes as well as a description of competence to follow to ensure that health is promoted and good care given, the knowledge of communication factors is a necessity.

Aim: The aim of this study was to describe the factors affecting the communication between healthcare staff and caregivers in dementia care.

Method: The chosen method was literature review and nine scientific articles from 2012-2022 were analysed.

Results: The analysis resulted in the following themes and subthemes:

Affected perception with the subthemes *Frustration, stress and concern, Language barriers. Staff qualifications and commitment* with the subthemes *Lack of competence, Inadequate information, Staff presence and display of interest. Availability* with the subthemes *Support and correct information, Teamwork, Cooperation and participation* and *Good competence.*

Conclusion: The results showed that communication with caregivers was affected by lack of staff and knowledge in dementia care. When staff were unavailable, caregivers experienced that they were left out and kept uninformed. This caused them to feel frustrated and stressed and affected their communication skills. To prevent this, staff need to gain more knowledge in dementia care, should make themselves available and be able to provide accurate and timely information.

Keywords: Caregiver, Communication, Dementia, Healthcare staff, Literature review

Populärvetenskaplig sammanfattning

När en person insjuknar i en demenssjukdom påverkar det inte bara den som drabbats utan även de som står personen nära. Personen som insjuknat behöver hjälp och stöd vilket kan innebära att de anhöriga också behöver stöd. Ofta agerar anhöriga som förespråkare för den närstående i kontakten med vården, vilket ställer krav på hur hälso- och sjukvårdspersonal kommunicerar med anhöriga. Syftet med studien var att kartlägga vilka faktorer som påverkade kommunikationen mellan vårdpersonal och anhöriga till personer med demenssjukdom. Resultatet baserades på nio studier, som hämtats från vetenskapliga publikationer. Analysen resulterade i tre huvudteman och åtta underteman. I resultatet framkom att anhörigas förmåga att kommunicera med vårdpersonal påverkades negativt av sådant som kom från externa källor. Det framkom i resultatet att när vårdpersonalen inte gav tillräckligt med information så upplevde sig de anhöriga frustrerade vilket gjorde att deras uppfattningsförmåga och kommunikativa förmåga hindrades. Vidare visade resultatet att då sjukvårdspersonal saknade kunskap om hur personer med demens kunde avvika i sitt beteende, kände anhöriga sig oroliga. De ifrågasatte vårdpersonalens omsorgskunskap och tappade tilliten till vården. När vårdpersonal medvetandegörs om vilka faktorer som påverkar kommunikationen kan de bättre anpassa sin dialog därefter. Vidare kan kunskapsinhämtning om hur personer med demenssjukdom påverkas av den miljö de befinner sig i göra att vårdpersonal får en djupare förståelse för hur de ska förhålla sig till personen med demenssjukdom samt dennes anhörig. Bemötandet och kommunikationen blir mer anpassad vilket i sin tur leder till färre negativa känslor hos anhöriga.

Innehållsförteckning

Inledning.....	1
Bakgrund.....	1
Demenssjukdom.....	1
Demens i relation till det offentliga rummet och individen.....	2
Hälsa.....	2
Lidande.....	3
Kommunikation.....	3
Vårdande kommunikation.....	3
Sjuksköterskan som kommunikatör.....	4
Sjuksköterskans ansvar och funktion.....	4
Problemformulering.....	5
Syfte.....	5
Metod.....	5
Litteratursökning.....	5
Urval.....	6
Analys.....	6
Resultat.....	7
Påverkad perception.....	7
Frustration, stress och oro.....	7
Språkbarriärer.....	8
Bristande kvalifikationer och engagemang hos vårdpersonalen.....	8
Bristande kompetens.....	8
Bristfällig information.....	8
Personalnärvaro och intresse.....	9
Tillgänglighet.....	9
Stöd och rätt information.....	9
Teamarbete, samarbete och medverkan.....	10
God kompetens.....	11
Diskussion.....	11
Resultatdiskussion.....	11
Metoddiskussion.....	15
Slutsatser.....	17
Praktiska implikationer.....	18
Förslag till fortsatt kunskapsutveckling inom sjuksköterskans kompetensområde.....	18
Referenser.....	19

Bilagor

Bilaga I	Översikt systematisk sökning
Bilaga II	Mall för kvalitetsbedömning av studie med kvalitativ metod
Bilaga III	Mall för kvalitetsbedömning av studie med kvantitativ metod
Bilaga IV	Översikt av analyserade vetenskapliga artiklar

Inledning

Demenssjukdomar är något som vem som helst kan drabbas av. Enligt Socialstyrelsen (2020) finns cirka 130 000–150 000 personer med demenssjukdom i Sverige varav cirka 6000 är 65 år eller yngre. I takt med att livslängden ökar, förväntas antalet personer med demenssjukdom fördubblas fram till år 2050. Enligt Socialstyrelsen (2017a) behöver en person med demenssjukdom stöd och anpassning av miljö, bemötande och kommunikation och sedan 1950-talet har äldreomsorgen spelat roll i form av stöd och avlastning för de anhöriga. De senaste 30 åren har det skett förändringar inom äldrevården. Längre livslängd, organisatoriska omstruktureringar och besparingar har lett till ett mindre antal vårdplatser och äldre med mindre vårdbehov lever allt längre kvar i sina hem och vårdas ofta av sina anhöriga. Anhöriga är väl insatta i sina närstående med demenssjukdom situation och vårdbehov samt är ofta de som har kontakt med vården (Socialstyrelsen, 2017a). Detta innebär att sjuksköterskan, inom de flesta vårdinriktningarna, kommer att möta anhöriga till personer med demenssjukdom. I och med detta ställs krav på sjuksköterskans skicklighet att kommunicera såväl som att förstå vad det är som påverkar anhörigas förmåga att förstå och förmedla sig. Den övergripande avsikten med examensarbetet är att undersöka vad som påverkar kommunikationen mellan vårdpersonal och anhöriga till personer med demenssjukdomar. Mer kunskap behövs för att förhindra kommunikationsproblematik mellan vårdpersonal och anhöriga, risk för låg vårdkvalité samt för att främja hälsa.

Bakgrund

Demenssjukdom

Definitionen av demens i de två kategoriserande systemen Diagnostic and Statistics Manual of Mental Disorders (DSM-5) och International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10) anger att demenssjukdomar är en nedsättning av kognitiva funktioner orsakade av en progressiv neurodegenerativ sjukdom (Folkhälsomyndigheten, 2017; Sundelöf & Tegman, 2019). Demens är inte *en* sjukdom utan ett samlingsnamn på en rad kognitiva funktioner som beror på inträffade skador i hjärnan och olika symptom uppträder beroende på typ av skada. Demens är kroniskt progressivt, symptomen blir kraftigare med tiden och det finns ingen behandling vilket innebär att sjukdomen så småningom leder till döden. För den som lever med en demenssjukdom kan beteendemässiga och psykiska symptom uppträda, vilka kan vara svåra för omgivningen att förstå. Vidare kan personer med demenssjukdom känna sig vilse och ha svårigheter med att minnas, delta i aktiviteter eller kommunicera. Diagnosticering sker genom att väga samman resultatet av olika undersökningar (Edberg & Orrung Wallin, 2019; Sundelöf & Tegman, 2019). Demenssjukdomar delas upp i tre stadier; mild, måttlig och svår. Vid mild demenssjukdom kan personen ofta klara sig utan stora insatser medan personer med måttlig och svår demenssjukdom behöver hjälp med vardagliga sysslor (Socialstyrelsen, 2017).

Alzheimers sjukdom beräknas uppgå till cirka 50 - 70 procent av alla kognitiva sjukdomar och är därmed den vanligaste typen av demenssjukdom. Symptom på Alzheimers kan vara minnesförlust, lätt språkstörning, koncentrationssvårigheter samt nedsatt orienteringsförmåga (Edberg & Orrung Wallin, 2019; Winblad m.fl., 2016). En annan vanlig demenssjukdom är vaskulär demens vars symptom med minnessvårigheter, nedsatt språkförmåga och personlighetsförändringar kan komma plötsligt. Lewy Body demens är en tredje vanlig demenssjukdom som, likt Alzheimers, börjar med tidiga symptom såsom trötthet, stelhet, försämrad uppmärksamhet och rumslig orientering samt begränsad mimik och utvecklas senare till tydliga minnesstörningar. Utöver detta förekommer även frontallobsdemens, som är en

relativt vanlig demenssjukdom med tidiga symtom i form av bristande omdöme, försämrade språkliga förmågor och personlighetsförändringar (Edberg & Orrung Wallin, 2019).

Demens i relation till det offentliga rummet och individen

Enligt World Health Organisation (WHO) (2021) lever mer än 55 miljoner människor med demens och cirka 10 miljoner nya fall tillkommer varje år över hela världen. Demenssjukdom är den sjunde största dödsorsaken i världen samt den vanligaste orsaken till funktionsnedsättning hos äldre. Demenssjukdom har inte bara en fysisk, psykisk, ekonomisk och social påverkan på de drabbade, utan påverkar även deras anhöriga och samhället. Hård fysisk och känslomässig press drabbar ofta anhöriga vilket innebär att de ofta behöver stödinsatser (WHO, 2021). Trygghet är en förutsättning för att anhöriga ska kunna bidra till att skapa bästa möjliga välbefinnande för sina närstående med demenssjukdom (Socialstyrelsen, 2017a). Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom (2017b) ämnar bidra till en effektiv hälso- och sjukvård samt att resurser inom socialtjänsten fördelas efter behov. Syftet med de nationella riktlinjerna är att höja kvaliteten i hälso- och sjukvården och skapa trygghet hos både personer med demens samt deras anhöriga.

Nästan var femte person i Sverige ger regelbundet stöd eller omsorg till någon de känner och för de flesta uppstår någon gång en situation där de behöver ta hand om en närstående på grund av sjukdom, ålderdom eller funktionsnedsättning. Ibland kan flera hjälpas åt och ibland är det en ensam person som axlar ansvaret. Gemensamt för dessa scenarion, är att samtliga som ger vård är anhöriga och den som mottar vård är en närstående (Socialstyrelsen, 2014).

Socialstyrelsen (2014) definierar begreppet *anhörig* som en person som ger vård eller omsorg till en närstående. I proposition 2008/09:82 framgår att en anhörig kan vara en person inom familjen, en granne eller en vän. Begreppet *närstående* definieras som någon som mottar omsorg av en anhörig eller annan person (Socialstyrelsen, 2014). När en närstående insjuknar i en demenssjukdom är det påfrestande för hela familjen. Den anhöriga som vårdar personen med demenssjukdom kan därför försumma sina egna behov vilket kan leda till både fysisk och psykisk ohälsa (Socialstyrelsen, 2017a).

Genom att involvera anhöriga i vård och omsorg, skapas en känsla av tillhörighet och delaktighet. Behovet av delaktighet varierar mellan anhöriga men ett övergripande önskemål om att få information om kommande och beslutade vårdplaneringar finns. Delaktighet främjas genom tydliga roller mellan anhöriga, de äldre och vårdpersonal och hur mycket ansvar och insatser de anhöriga ska axla. Idag pågår ett arbete för att öka kompetensen samt möjligheten att tydligare synliggöra anhörigas värdefulla roll i vården (Socialstyrelsen, 2017a). Enligt Patientlagen (SFS 2014:821) är det patienten själv, som genom medgivande till delaktighet och samtycke, väljer vad de anhöriga får ta del av. När den äldre demenssjuka personen har en avtagande kognitiv funktion är det viktigt att så tidigt som möjligt samtala för att besluta hur det ska bli i framtiden. I Lagen om framtidsfullmakter (SFS 2017:310) regleras hur den demenssjuka kan låta den anhöriga involveras genom att ge dem utökad bestämmanderätt.

Hälsa

Eriksson (2018) menar att det är svårt att sätta gränser för vad som är sjukt eller friskt samt att hälsa är unikt för individen. Synen på hälsa har ändrats genom århundradenas lopp och har gått ifrån den human- och naturvetenskapliga synen på hälsa som betytt frånvaro av sjukdom. I dag är hälsa mer betydelsefullt och är ett av de vårdvetenskapliga kärnbegreppen. Hälsa är ett tillstånd förenat med sundhet, friskhet och välbefinnande som härstammar ur en betydelsemässig analys av hälsobegreppet (Eriksson, 2018). Svensk sjuksköterskeförening (2016) uppger att hälsa är en grundläggande mänsklig rättighet vars juridiska definition är att

hälsa är ett tillstånd av komplett fysisk, psykisk och socialt välbefinnande, och inte bara frånvaro av sjukdom (Svensk sjuksköterskeförening, 2016).

Enligt Carnevali (1996) inverkar det dagliga livet och det funktionella hälsotillståndet på varandra. Livskvaliteten påverkas av hur väl kraven från det dagliga livet kan balanseras med resurserna av de funktionella förmågorna. Funktionella förmågor kan delas in i yttre och inre resurser. Inre resurser kan vara fysisk, psykisk eller känslomässiga styrka, kunskap, mod och kommunikationsförmåga. Yttre resurser kan vara grannskapet, andra människor samt monetära medel. Dessa resurser är några av de viktiga funktionella förmågor som påverkar individens möjlighet att möta kraven från det dagliga livet (Carnevali, 1996).

Lidande

Enligt Eriksson (2018) kan lidande beröva individen på god hälsa men samtidigt ge begreppet en betydelse. Genom att individen drabbas av en sjukdom får den insikt i sin hälsa. Lidande kan framställas utifrån tre dimensioner; livslidande, sjukdomslidande och vårdlidande. Livslidandet kan yttra sig när det uppstår ett hot mot existensen genom att sjukdomen, ohälsan eller hela situationen blir svår att hantera och därmed problematiskt att leva och fungera socialt. Sjukdomslidande är det lidande som relateras till sjukdomen samt behandlingen av den och delas upp i kroppslig smärta samt själsligt och andligt lidande. Vårdlidande är lidande som uppstår på grund av vården eller brist på den. Trots att det är vårdens uppgift är att lindra lidande kan vården i stället, paradoxalt nog, orsaka den. Att kränka individens värdighet är den vanligaste formen av vårdlidande och fråntar individen dennes ansvar, möjligheten att vara människa samt minskar individens möjligheter att utnyttja sina resurser. Eriksson (2018) menar att vårdlidande är ett onödigt lidande och borde inte existera men gör det på grund av avsaknad av reflektion, bristande kunskap om mänskligt lidande samt ett för stort fokus på det teknologiska i stället för människan och helheten. Enligt Fredriksson (2017) tar lidandet ifrån människan hela eller delar av förmågan att kommunicera vilket medför att kommunikation inom hälso- och sjukvården behöver verka för att lindra lidandet och upprätta gemenskap.

Kommunikation

Ordet kommunikation kommer från det latinska ordet *communicare* som betyder att göra gemensamt och syftet med kommunikation kan vara att dela och öka glädje, skapa och förstärka sociala band, koordinera och samarbeta eller informera och bli underrättad (Jensen, 2015). I en grundläggande mening innebär kommunikation att dela information men enligt Jensen (2015) är det mer komplicerat än så. Kommunikation är ett vidsträckt fenomen som kan relateras till och påverkas av språk, beteende, interaktioner och medvetandenivåer och kännetecknas av en interaktion mellan den som sänder samt den som mottar information. Det finns flera faktorer som kan påverka det informationsutbytet och en av dem är perceptionen. Forskning har konstaterat att de mest studerade faktorer som påverkar perceptionen är fysiologiska, kognitiva, personliga, åldersrelaterade och kulturella (Jensen, 2015). Vidare påverkas även kommunikationen av *attribuering*, vilket innebär att individen som kommunicerar tillskrivs, både positiva och negativa, egenskaper, tankar, känslor eller avsikter som inte nödvändigtvis stämmer med verkligheten. Den professionella kommunikationen kräver därmed en viss kunskap för att, på ett lämpligt sätt, föra fram och uppnå det som situationen kräver (Jensen, 2015).

Vårdande kommunikation

Enligt Stål (2008) blir begreppet kommunikation än mer komplicerat när det ska ske i ett vårdande syfte. Det är inte alltid tydligt vad som avgör ifall ett möte i vården är framgångsrikt

eller ej samt att individer har olika förutsättningar influerade av sådant som kön, utbildning, etnisk tillhörighet och förväntningar (Stål, 2008). Inom vården fungerar kommunikation både som en metod och en slutpunkt och berör två olika kommunikativa inriktningar; det dualistiska-reduktionistiska som grundar sig i mottagar-sändarmodellen samt en holistisk-humanistisk som framhäver tolkningsprocessen. Vårdande kommunikation kan synas på tre sätt; som relationell i form av beröring, lyssnande och närvaro, narrativ bestående av berättelser om då-, nu- och framtid samt etisk kommunikation synlig i respekt och omsorg. Den vårdande kommunikationen handlar inte bara om att ge och ta information på ett visst sätt, utan även om själva kampen att återupprätta den kommunikativa förmågan för den som lider (Fredriksson, 2017). Travelbee (1971) menar att en bra relation mellan sjuksköterskan och en annan individ inte sker per automatik. Det finns fyra länkade faser som utgör grunden för en god relation; första mötet, synliggörandet av identiteten, empati och sympati.

Sjuksköterskan som kommunikatör

Sjuksköterskan ska enligt hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30) bedriva god vård genom att bland annat arbeta för att tillgodose behov av trygghet, främja delaktighet och goda kontakter samt ge individuellt anpassad vård. ICN:s etiska kod för sjuksköterskor, som samlar sjuksköterskor under ett gemensamt etiskt förhållningssätt, menar att det åligger sjuksköterskan att ge korrekt, tillräcklig och lämplig information för att ett informerat beslut ska kunna tas på en delaktig grund (Svensk sjuksköterskeförening, 2012). Kommunikation blir därmed en central förutsättning för att kunna uppfylla både lag såväl som etik.

Ett viktigt personligt ansvar som framgår av sjuksköterskans kompetensbeskrivning (Svensk sjuksköterskeförening, 2017), är att sjuksköterskan ska ha pedagogisk kompetens för att kunna möta individer som har olika kunskapsnivåer och behov. Detta innebär att en viktig uppgift för sjuksköterskan blir att planera sin pedagogiska uppgift på ett sådant sätt att anhöriga har möjlighet att ta del av den. Genom att använda sig av olika pedagogiska strategier kan sjuksköterskan skapa en öppen och förtroendefull relation vilket i sin tur kan tillgodose den anhörigas behov av information. En pedagogisk strategi är att upprepa informationen och sedan kontrollera om den anhöriga uppfattat den. En annan strategi är att inge tilltro och uppmuntran vilket kan vara lämpligt då den anhöriga har svårt att förstå den information som givits (Bergh & Pilhammar, 2018).

Sjuksköterskans ansvar och funktion

Att ge omvårdnad på ett respektfullt och värdigt sätt ligger i vårdandets natur. ICN:s etiska kod för sjuksköterskor antogs för första gången år 1953 och vägleder världens sjuksköterskor i ett enat förhållningssätt (Svensk sjuksköterskeförening, 2012). Kodens fyra grundläggande ansvarsområden är att främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa och lindra lidande (Svensk sjuksköterskeförening, 2012). I mötet mellan patient och sjuksköterska så behöver ett partnerskap som präglas av öppenhet upprättas och därför behöver sjuksköterskan kunna leda och ge kollegor, patienter samt anhöriga tillräcklig kunskap om omvårdnad och omvårdnadshandlingar för att säkerställa en god vårdkvalité (Svensk sjuksköterskeförening, 2016). Enligt ICN:s etiska kod ska en sjuksköterska utarbeta rutiner som skyddar individer mot felaktigt handlande (Svensk sjuksköterskeförening, 2012). Vidare är det av yttersta vikt att sjuksköterskan på ett strukturerat sätt kan samordna och utvärdera teamarbetet utifrån patientens behov och resurser, samt säkerhetsställa att relevant information delas i teamet (Svensk sjuksköterskeförening, 2012).

Problemformulering

Forskning har visat att hela livet kan komma att förändras för anhöriga när en närstående drabbas av demenssjukdom. Det är även vanligt att anhöriga hamnar i en situation där de känner oro inför framtiden när en närstående blir demenssjuk. Kommunikationsproblem kan orsaka onödigt lidande hos anhöriga samt personer med demenssjukdom. Ett av sjuksköterskans ansvarsområden är att undervisa och ge information till patienter samt deras anhöriga. För att kunna ge bästa möjliga stöd ska sjuksköterskor ha ett bra bemötande och god kommunikation med både patienter och anhöriga. Socialstyrelsen bedriver idag ett arbete med syftet att skapa trygghet för både anhöriga och närstående, men mer konkreta åtgärder behöver tas fram för att ge anhöriga stöd och kunskap om demenssjukdomen samt råd om vilket förhållningssätt som är bäst gentemot den som är sjuk. Brister i kommunikationen kan leda till en felaktig eller otillräcklig vård samt onödigt vårdlidande. Vidare kan en bristande kommunikation även indirekt påverka hälsan eftersom hälsa också innebär ett psykiskt och socialt välbefinnande. Hur kommunikationen fungerar mellan vårdpersonal och anhöriga kräver kunskaper hos sjuksköterskor eftersom det är de som ansvarar för omvårdnaden.

Syfte

Syftet var att beskriva faktorer som påverkar kommunikationen mellan vårdpersonal och anhöriga till personer med demenssjukdom.

Metod

Till den här studien användes Fribergs (2017a) metod ”Att göra en litteraturoversikt”. Att arbeta på ett strukturerat och systematiskt sätt kan ge en översikt över kunskapsläget inom ett specifikt område inom omvårdnad eller sjuksköterskans verksamhetsområde (Friberg, 2017a). Syftet är att skapa kunskap inom det valda området (Friberg, 2017a). I studien har artiklar med både kvalitativ och kvantitativ metod analyserats.

Litteratursökning

Östlund (2017) förklarar att det kan vara lämpligt att lägga tid på att identifiera lämpliga sökstrategier och ord för att lättare kunna fokusera på sökningen i det senare skedet. För att få en så tydlig översikt som möjligt skapades ett arbetsdokument med en planeringsdel. Rubriker på vad som ansågs vara nödvändigt i arbetet skrevs ner i ett Excel-dokument. Därefter upprättades en ordbank med fraser och sökord som återspeglade problemformuleringen. Utifrån syftet formulerades meningar och därefter skrevs sökord som ansågs representera problemet. Synonymer till sökorden togs fram med hjälp av en synonymordlista och översattes till engelska med hjälp av ett lexikon för att få den korrekta motsvarigheten. Ordbanken kompletterades med flera ord allteftersom sökningen framskred. De ämnesord som oftast förekom i fraserna var ”communication”, ”relatives” och ”dementia” samt deras synonymer varpå systematiska sökningar initialt gjordes med dessa ord för att erhålla en insikt i hur bred forskning som fanns på området. Östlundh (2017) uppger att sökning med trunkering ger olika böjelser på sökordet. Trunkering användes på samtliga ord i sökningen. Boolesk söktechnik med begreppet ”AND” användes för att sammanföra resultaten av de enskilda sökningarna. Databaser som användes var CINAHL och PubMed eftersom de främst innehåller artiklar om omvårdnad och medicin. Sökningarna gav en stor andel artiklar med varierat innehåll. Enligt Östlundh (2017) görs avgränsningar för att sortera bort sådant som inte tillhör problemområdet. Avgränsningar som valdes ut för samtliga artiklar var peer reviewed, skrivna på engelska samt publicerade mellan 2012–2022. Avgränsningarna valdes för att säkerställa att studien använt artiklar som var granskade, baserade på ny vetenskaplig forskning samt var internationella.

Urval

Friberg (2017a) menar att det är viktigt att det finns grunder för hur artiklarna väljs ut och bort. Urvalet ska kunna motiveras, vara noggrant utvalt och svara mot syftet (Friberg, 2017a). Utifrån sökningarna med de sökord som författarna bedömt som relevanta, hittades totalt 239 titlar som samtliga lästes av båda författarna. Kriterier för inklusion var artiklar från olika länder som handlade om kommunikation mellan vårdpersonal och anhöriga till personer med demenssjukdom samt kommunikation inom vård av personer med demenssjukdom. Titlar som inte låg i linje med syftet samt artiklar med sammanställningar av tidigare studier exkluderades eftersom litteraturstudier, enligt Polit och Beck (2021) ska baseras på primärkällor. Ytterligare exklusionskriterier var ifall artikeln handlade om kommunikation ur enbart ett patientperspektiv samt artiklar som var en del av andra studier. Författarna läste 102 abstract och baserat på dessa lästes 40 artiklar i sin helhet. Artiklarna kvalitetsgranskades enligt granskningsmallarna för kvalitativ metod och kvantitativ metod utformad av Brink och Larsson (2019) vid Högskolan Väst, (Se bilaga II och III). Kvaliteten på de artiklar som valdes ut bedömdes som hög. Ingen av de granskade artiklarna exkluderades. Efter granskningen inkluderades nio artiklar, sju med kvalitativ metod och två med kvantitativ/kvalitativ (mixad) metod. De artiklar som valdes ut presenteras i en artikelöversikt (Se bilaga IV).

Analys

Enligt Friberg (2017a) innebär analysarbetet att, i fyra steg, dela upp de valda artiklarnas resultat och skapa en ny helhet som svarar mot det valda syftet. I första steget lästes de valda artiklarna noggrant igenom för att förstå både innehåll såväl som sammanhang och sammanfattades därefter i en kort text. Syftet med sammanställningen var att säkerställa så att den sammanfattade texten svarade mot syftet. I det andra steget delade författarna upp artiklarna mellan sig för att göra en ordentlig genomgång. Genomgången resulterade i en överskådlig tabell med rubriker som tydliggör hur artikeln är uppbyggd och vad dess olika delar består av. Tabellen presenteras som en översikt av analyserade vetenskapliga artiklar (Bilaga IV). Enligt Friberg (2017b) fungerar översikten som ett analysredskap samt en början på det fortsatta analysarbetet. Vidare skapar översikten en möjlighet för läsaren att avgöra huruvida de utvalda artiklarna är rimliga i förhållande till problemformulering och syfte (Friberg, 2017b). Därefter bytte författarna artiklar med varandra och gjorde ytterligare en granskning för att försäkra att båda förstått artiklarna och att den engelska översättningen blivit korrekt. I analysarbetets tredje steg eftersöktes och urskiljdes likheter och skillnader mellan studierna. Eftersom författarna använt artiklar med både kvalitativ och mixad metod lades fokus i det tredje steget på att identifiera likheter och skillnader mellan artiklarna i avseende till hur resultatet presenterats. Författarna gjorde detta genom att färgmarkera och lyfta ut meningsbärande enheter samt kvantitativa värden. Meningsbärande enheter är meningar eller ord som är centrala i texten (Polit & Beck, 2021). De meningsbärande enheterna och kvantitativa värdena sorterades sedan in i en tabell och därefter gjordes en kondensering av de meningsbärande enheterna. Kondenseringen gav upphov till olika underteman. I fjärde steget användes tabellen för att fokusera på likheter som framkommit i olika undertema. De undertema som hade liknande innehåll sammanfördes till teman. Analysen resulterade i tre teman och åtta underteman.

Resultat

Tabell 1. Översikt av tema och undertema

Tema	Undertema
Påverkad perception	Frustration, stress och oro Språkbarriärer
Bristande kvalifikationer och engagemang hos personalen	Bristande kompetens Bristfällig information Personalnärvaro och intresse
Tillgänglighet	Stöd och rätt information Teamarbete, samarbete och medverkan God kompetens

Påverkad perception

Temat handlar om inre faktorer som påverkar kommunikationen på ett sätt som hindrar en god utveckling och hämmar en dialog. Underteman var *Frustration, stress och oro* och *Språkbarriärer*.

Frustration, stress och oro

Brist på kommunikation mellan vårdpersonal och andra instanser utgjorde en källa till stress och frustration hos anhöriga. Kommunikationen påverkades negativt av brist på information och ledde till att anhöriga kände sig missnöjda och stressade. Anhöriga, läkare och annan vårdpersonal erfor att kommunikationen brast. Detta kunde exempelvis påverkas av att anhöriga inte visste vilken tid ronderna skulle ske och kunde därför inte koordinera sin tid därefter. Även när samtal mellan läkare och anhöriga skedde upplevdes det som hastigt och otillräckligt vilket gjorde att anhöriga inte fick tillfredställande svar på sina frågor. Det var även oklart för dem vad deras roll som familjemedlemmar var och vad som förväntades av dem i den akuta vården (Moyle m.fl., 2016; Zmora m.fl., 2021).

Ofta var vårdpersonalen upptagen och inte tillgänglig för att kommunicera. Trots att anhöriga accepterade detta så upplevdes det som frustrerande då de ansåg att de inte blev lyssnade på eller att deras åsikter inte togs på allvar (Keuning-Plantinga m.fl., 2021). För många anhöriga var det dessutom en påfrestande upplevelse att ha sina närstående inlagda på sjukhus eftersom deras vårdande roll gjorde att de kände sig sårbara. De upplevde att när de inte fick någon information så fräntogs de sin roll som förespråkare för sina närstående. Påfrestningar under sjukhusvistelsen ökade på grund av att anhöriga inte kände sig behandlade som sårbara familjemedlemmar av vårdpersonalen. Som resultat av denna påfrestning upplevde de som vanligtvis var friskspråkiga att de drog sig undan eller var mindre kapabla att förespråka sina närståendes behov samt upplevde mindre tolerans och hade lättare att bli upprörda. Många anhöriga upplevde sig utmattade efter sjukhusvistelsen men hade svårt att överlåta vården till sjuksköterskorna eftersom de var rädda att deras närstående med demenssjukdom inte var välkommen (Keuning-Plantinga m.fl., 2021; Moyle m.fl. 2016).

Den kvantitativa delen av en studie från Nederländerna utförd med mixad metod (n=129) vars syfte var att studera erfarenheter av akutsjukvården hos anhöriga till personer med demenssjukdom visade att mer än hälften (n=78) av deltagarna hade närstående som uppvisade ett utåtagerande beteende vid inskrivning. För 49% av dessa så frågade inte vårdpersonalen

anhöriga om hur det utåtagerande beteendet hos deras närstående borde hanteras. För 5 % så var det oklart för de anhöriga om de blivit tillfrågade. Strax under hälften, 46%, blev tillfrågade hur det utåtagerande beteendet borde mötas från vårdpersonalen (Keuning-Plantinga m.fl., 2021).

Språkbarriärer

En annan faktor som orsakade påfrestningar var när språket hindrade en god kommunikation. Många anhöriga ansåg att läkarna använde ett alltför komplicerat medicinskt språk med termer som var svåra för dem att förstå. När anhöriga var osäkra eller oförstående kunde det orsaka svårigheter för vårdpersonalen i sådana situationer såsom när morfin behövde administreras (Lundin & Godskesen, 2021; Moyle m.fl., 2016).

Oavsett vilken typ av språkbarriär det handlade om så upplevdes det problematiskt när anhöriga inte förstod. Anhöriga noterade att om kommunikationen inte kunde ske med ett gemensamt språk så kunde det få negativa konsekvenser. En av de vanligaste konsekvenserna var att personen med demenssjukdom fick fel diagnos och därmed fel typ av vård. Ytterligare en konsekvens var att personer med demenssjukdom isolerade sig till följd av att de inte kunde kommunicera med andra och fick därmed enbart social kontakt vid måltidstillfällena. Anhöriga insåg att språkskillnaden var en viktig faktor, dock var de inte lika noga med att det blev korrekt såsom majoriteten av den svensktalande vårdpersonalen var. De svensktalande försökte kompensera för språkbristen genom att använda sig av ett enkelt språk, gester och att mima (Rosendahl m.fl., 2016).

Bristande kvalifikationer och engagemang hos vårdpersonalen

Temat handlar om bristande yttre faktorer som påverkar kommunikationen på ett sätt som hindrar en god utveckling och inte främjar dialog. Underteman var *Bristande kompetens*, *Bristfällig information* och *Personalnärvaro och intresse*.

Bristande kompetens

När det fanns kunskapsbrister hos vårdpersonalen så påverkades kommunikationen negativt. Anhöriga menade att det var problematiskt när sjuksköterskan inte förstod sig på den närståendes beteende och upplevde frustration till följd av att sjuksköterskan inte hade tillräckligt med kunskap om demenssjukdomar. Inom organisationen ansåg sjuksköterskor att det var svårt att hitta personal som hade den känsliga medvetenheten och lämpliga personliga inställningen som behövdes för att vårda personer med demens i det komplexa palliativa skedet (Lundin & Godskesen, 2021).

Den kvantitativa delen av en studie från Nederländerna utförd med mixad metod (n=129) vars syfte var att studera erfarenheter av akutsjukvården hos anhöriga till personer med demenssjukdom visade att mer än hälften (n=78) av deltagarna hade närstående som uppvisade ett avvikande beteende vid inskrivning. Hos strax under hälften (47%) av deltagarna så brukade vårdpersonal fysisk styrka eller gav befallande instruktioner för att lugna situationen. För 27% av deltagarna så gjorde vårdpersonalen inte det och för 26% så visste inte de anhöriga om de hade gjort det (Keuning-Plantinga m.fl., 2021).

Bristfällig information

När anhöriga fick för lite eller ofullständig information upplevde de känslor av förvirring, frustration och osäkerhet. De kunde inte informera andra familjemedlemmar eller vänner om den närståendes hälsotillstånd. Bristen på vårdpersonal och den hektiska miljön försvårade möjligheten att få tag på information (Moyle m.fl., 2016). Anhöriga upplevde att de var

utelämnade att hantera sina närstående själva och saknade vägledning om hur de kunde hantera sina närståendes rastlösa beteende. Sjuksköterskorna fokuserade hellre på den fysiska vården i stället för att svara på frågor men anhöriga upplevde ändå att kommunikationen förbättrades i deras närvaro (Keuning-Plantinga m.fl., 2021).

Vidare ansåg anhöriga att det var nödvändigt att de var med under anamnesupptagningar för att vårdpersonal skulle få all den trovärdiga och personliga information som behövdes. De kände ofta att de behövde korrigera det som sades och till skillnad från vårdpersonalen upplevde anhöriga att många problem kunde förutspås och därmed undvikas. Vårdpersonalen delade inte denna åsikt vilket gjorde att många anhöriga upplevde att kommunikationen brast (Moyle m.fl., 2016; Witham m.fl., 2018). Utöver detta upplevdes en ovisshet av att inte veta vilken vårdpersonal som kunde kontaktas och det ansågs viktigt att ha någon form av central informationskälla i den stressiga och förvirrande miljön. Det var viktigt för anhöriga att ha en källa för information och många uppgav att inkonsekventa samtal var en särskild källa till stress. Den hektiska och överväldigande miljön samt de ständiga personalskiftena som sker på sjukhus gjorde att anhöriga upplevde det svårt att ha ett bra informationsutbyte (Moyle m.fl., 2016; Zmora m.fl., 2021).

Personalnärvaro och intresse

Att kommunicera var en svår och utmanande roll för både anhöriga såväl som vårdpersonal. Båda förminskade sin roll i livet hos personen med demenssjukdom och det var problematiskt för anhöriga att komma i kontakt med den ansvariga vårdpersonalen. En del anhöriga menade att de kände att de var tvungna att följa den närvarande vårdpersonalens bedömningar (Keuning-Plantinga m.fl., 2021; Moyle m.fl., 2016; Witham m.fl., 2018). Anhöriga ansåg att vårdpersonal kunde förbättra sin kommunikation samt ta hänsyn till att personen hade en demenssjukdom. Ofta förekom incidenter där personer med demenssjukdom avvek i sitt beteende på grund av den negativa inverkan sjukhusinläggningen haft på dem. Detta fick en negativ konsekvens för anhöriga som upplevde att de, på grund av att de inte kunnat hantera personen med demenssjukdom, var ovälkomna in på avdelningen och att vårdpersonalen undvek att ha kontakt med dem (Keuning-Plantinga m.fl., 2021).

Den kvantitativa delen av en studie från USA utförd med mixad metod (n=85) hade som syfte att erhålla en djupare förståelse för vilka interpersonella och kontextuella faktorer som påverkar kommunikation och relationer mellan anhöriga och vårdpersonal genom att analysera deras erfarenheter under en intervention på ett boende. Under studiens gång fann forskarna få positiva förändringar i uppfattningen hos anhöriga gällande vårdpersonalens kommunikation ($p < 0,01$). Studien synliggjorde att efter interventionen så visade 51%, gentemot tidigare 33%, av vårdpersonalen ett ökat intresse av att lära sig mer om den boende. Vidare framkom även att 50 % av vårdpersonalen, jämfört med 35,3% innan interventionen, såg till att ha den information som behövdes för att ge en god vård (Zmora m.fl., 2021).

Tillgänglighet

Temat handlar om faktorer som påverkar kommunikationen på ett sätt som främjar en känsla av samhörighet genom en god dialog. Underteman var *Stöd och rätt information* och *Teamarbete, samarbete och medverkan samt God kompetens*.

Stöd och rätt information

Kommunikation var en avgörande faktor som utmärkte en välutvecklad vård och reflekterade förhållandet mellan anhöriga och vårdpersonal. Kommunikation mellan vårdpersonal och anhöriga verkade skapa ett djupare band mellan dem. Vårdpersonalen var medvetna om att det

inte alltid frågades efter information som anhöriga hade och menade att det kunde göras mer för att utveckla förhållandet med anhöriga. Anhöriga hade behov av att dels få bli sedda som involverade medvårdare, dels som personer i behov av stöd. En majoritet av anhöriga ansåg att deras högsta prioritet var att få information eftersom personer med demenssjukdom ofta hade svårt att själva återge det som diskuterats då den anhöriga inte varit närvarande. Utöver det upplevde sig anhöriga respekterade och sedda när vårdpersonalen inte bara kontaktade dem om negativa händelser utan även när något positivt hade skett. Anhöriga kände sig sedda när det informerades om negativa händelser på ett känsligt sätt eller när vårdpersonal möjliggjorde och öppnade upp för en dialog om vård i livets slutskede. Vidare angav anhöriga att det vore hjälpsamt om de hade haft någon de kunde talat med och som fungerat som ett emotionellt stöd (Moyle m.fl., 2016; Reitinger m.fl., 2018).

Kontinuerlig information om stora förändringar och rutinuppdateringar angående de boendes vård ansågs av anhöriga vara en viktig faktor för att öka tilliten. Anhöriga ansåg även att sådan information bör delas inom lämplig tid. En produktiv kommunikation emellan vårdpersonalen var viktig för att öka anhörigas positiva känslor av vården (Zmora m.fl., 2021). Nödvändigheten med att ha en kontaktperson ansågs vara en signifikant faktor för en god vårdkoordination (Witham m.fl., 2018).

Den kvantitativa delen av en studie från USA utförd med mixad metod (n=85) hade som syfte att erhålla en djupare förståelse för vilka interpersonella och kontextuella faktorer som påverkar kommunikation och relationer mellan anhöriga och vårdpersonal genom att analysera deras erfarenheter under en intervention som avsåg att ge anhöriga stöd och kompetens inför en närståendes flytt in på ett boende. Under studiens gång fann forskarna få positiva förändringar i uppfattningen hos anhöriga gällande vårdpersonalens kommunikation ($p < 0,01$). Enbart 66,7% av anhöriga angav att de gav vårdpersonalen direktiv i hur de bäst skulle ta hand om deras närstående jämfört med 68,2% innan studien. Att antalet sjönk efter interventionen var en följd av att anhöriga fått en bättre förståelse för vårdpersonalens arbete. Över 90 % av deltagarna rapporterade att vårdpersonalen bemötte anhöriga och andra familjemedlemmar med respekt (Zmora m.fl., 2021).

Teamarbete, samarbete och medverkan

Vårdpersonal ansåg att kommunikation var A och O inom demensvården och försökte ha uppsikt över trevnaden hos personerna med demenssjukdom samt rapporterade observationer till övrig vårdpersonal och anhöriga (Hughes m.fl., 2019). Anhöriga ville ses som en del av det vårdande teamet. Involvering av anhöriga i beslutsfattandet tydde på att vården visade respekt för dem och indikerade att de var en del av teamet. Anhöriga noterade dessutom att vården blev mer kvalitativ för närstående när deras åsikter kunde framföras. Vårdmöten var en viktig faktor som hjälpte till med upprätthållandet av en kontinuerlig dialog mellan anhöriga och vårdpersonal och ofta kunde anhöriga fråga efter en kontinuerlig relation med vårdpersonalen för att aktivt kunna påverka vården (Lundin & Godskesen, 2021; Moyle m.fl., 2016; Reitinger m.fl., 2018; Zmora m.fl., 2021).

Både vårdpersonal och anhöriga var medvetna om att uppfattningsförmågan av händelser hos personer med demenssjukdom kunde vara olik deras egen och att det kunde leda till ett oväntat beteende. Både vårdpersonal och anhöriga var även väl medvetna om att personer med demenssjukdom ofta använde kroppsspråket för att förmedla när något inte stämde (Hughes, m.fl., 2019). Anhöriga ansågs därför till stor del kunna bidra vid en smärtbedömning. För många sjuksköterskor var det svårt att bedöma när personer med demenssjukdom hade ont eftersom den kognitiva försämringen kunde påverka den verbala förmågan. När verbal

kommunikation inte gick att förstå behövde sjuksköterskorna fokusera på beteendet. Anhöriga var ofta bekanta med sina närståendes beteende och kunde därför tolka och förklara för sjuksköterskorna (Lundin & Godskesen, 2021). Ett annat område där anhöriga och vårdpersonal kunde arbeta i team var då personerna med demenssjukdom hade ett annat modersmål och de anhöriga kunde tolka och vara talespersoner för dem (Rosendahl m.fl., 2016).

En kvantitativ studie från Nederländerna, utförd med mixad metod (n=129) hade som syfte att studera erfarenheter av akutsjukvården hos patientvårdare till personer med demenssjukdom. Studien visade att mer än två tredjedelar (n=89) av deltagarna ansåg att de alltid eller väldigt ofta var delaktiga i beslut som gällde vården av deras närstående och att strax över hälften (n=67) var nöjda med sin insats i dessa beslut (Keuning-Plantinga m.fl., 2021).

God kompetens

Förbättrad kommunikation framkom som ett direkt resultat av utbildning och träning. Personalen hade genom utbildning fått lära sig att formulera frågor på ett enkelt sätt och hålla språket enkelt och tydligt. Detta ökade anhörigas förtroende för vårdpersonalen (Surr m.fl., 2019). Anhöriga föreslog att en särskild avdelning med specialiserade sjuksköterskor inom demens kunde upprättas för att personerna med demenssjukdom skulle kunna vårdas av samma sjuksköterskor (Keuning-Plantinga m.fl., 2021). När personalen förstod sig på känslor och behov hos personen med demenssjukdom upplevde anhöriga välbefinnande. Vidare uppskattade anhöriga när en sjuksköterska kunde ägna tid och uppmärksamhet åt dem och personen med demenssjukdom (Keuning-Plantinga m.fl., 2021; Surr m.fl., 2019). Vårdpersonal menade att utbildning hjälpt dem att visa ökad empati och förståelse.

Diskussion

Resultatdiskussion

Syftet med studien var att beskriva faktorer som påverkar kommunikationen mellan sjukvårdpersonal och anhöriga till personer med demenssjukdom. I resultatet framkom tre huvudteman; Påverkad perception, Bristande kvalifikationer och engagemang hos personalen och Tillgänglighet. Gemensamt för dessa tre teman var att kommunikationen huvudsakligen påverkades av inre och yttre faktorer samt en känsla av samhörighet. De inre faktorerna såsom frustration, stress och oro samt kompetens kunde relateras till upplevelser men även till förväntningar. De yttre faktorerna handlade främst om bristande informationsöverföring och närvaro. Gällande känslan av samhörighet så främjades kommunikationen av att samarbeta. För att bidra till fortsatt kunskapsutveckling inom sjuksköterskans ansvarsområde är det nödvändigt att uppmärksamma hur anhöriga till personer med demenssjukdom upplever sin roll som vårdare och talesperson.

I resultatet framkom att anhöriga upplevde sig frustrerade och stressade till följd av att de inte fick tillräckligt med eller aktuell information av vårdpersonalen. När de saknade information var det svårt för anhöriga att informera andra familjemedlemmar eller vänner om den närståendes tillstånd samt att det även återspeglades under omvårdnaden då anhörigas osäkerhet orsakade svårigheter för vårdpersonalen. När information gavs så var den svår för anhöriga att ta till sig, upplevdes som att den gavs under snabba former eller att den gavs på ett sätt som inte var anpassat utefter anhörigas kapacitet vilket resulterade i att anhöriga varken hade korrekt eller tillräckligt med information. Resultatet visade att detta hade kunnat undvikas om anhöriga på ett enkelt sätt kunnat komma i kontakt med vårdpersonalen för att förtydliga oklarheter eller ställa följdfrågor. Söderström m.fl. (2006) visade att en sådan brist i kommunikationen ledde till att anhöriga undvek att kommunicera med vårdpersonalen och därmed missade ytterligare

information. Law m.fl. (2017) fann liknande resultat, att anhöriga tappade förtroendet för personalen samt upplevde känslor av ilska och frustration i de fall då de fick ta emot motstridiga rapporter. Förutsatt att personen med demenssjukdom gett sitt medgivande till att anhörig skulle göras delaktig, innebar det att om vårdpersonalen inte säkerställde att anhöriga förstätt informationen så fanns risk för att det uppstod ett vårdlidande i två dimensioner. Den ena genom att patienten inte fick den vård som behövdes av sina anhöriga, den andra genom frustration och ovisshet för anhöriga. Eftersom begreppet hälsa anses vara ett välbefinnande, innebar det att frustrationen och ovissheten som många anhöriga upplevde dessutom satte deras hälsa på spel. Risken med detta är att de funktionella förmågorna som möjliggör individens kapacitet till resiliens i det dagliga livet påverkas negativt, vilket i sin tur kan ge en negativ effekt i samhället.

Resultatet visade även att många anhöriga upplevde sig berövade sin roll när de varken fick information eller kunde utöva inflytande. De hade dessutom svårt att överlåta omvårdnadsansvaret till vårdpersonalen eftersom de var oroliga att personen med demenssjukdom inte skulle få god vård. I en studie av Law m.fl. (2017) framkom att anhöriga i stället ville att vårdpersonalen skulle förstå och respektera deras erfarenhet. Det uppkom situationer där anhöriga försökt återfå sin roll men mötts av reaktioner från vårdpersonalen som fått dem att känna sig generade eller förringade. Anhöriga vågade inte framföra någon kritik gentemot vården av rädsla för att personen med demenssjukdom skulle få mindre uppmärksamhet. Socialstyrelsen (2014) påtalar att för många anhöriga kretsar livet och deras ansvar kring vården av den närstående. Kränkning av en individ som medför ett lidande kan ske genom bristande etisk hållning eller att individen inte ses eller ges en plats (Eriksson, 2018). Genom att anhöriga varken får tillräckligt med information, får utöva inflytande samt ibland kan uppleva sig förringade till följd av vårdpersonalens reaktioner så kränks deras värdighet och ett lidande upplevs.

I resultatet framkom att för många anhöriga var sjukhusinläggningar en påfrestande och utmattande upplevelse då de inte kände sig behandlade som sårbara anhöriga av vårdpersonalen. När det skedde incidenter som inte tillhörde vanligheterna, uppfattade vissa anhöriga att de var ovälkomna samt att vårdpersonalen undvek att ha kontakt med dem. En studie av Burgstaller m.fl. (2018) är i linje med detta resultat och konstaterar att det verkar finnas ett avgörande behov av psykosocialt stöd för anhöriga. Socialstyrelsen (2020) fastställer att aktiviteter, kunskapsutbyte och rådgivning via en dagverksamhet kan fungera som avlösning för anhöriga till personer med demenssjukdom. När anhöriga upplevde känslor av frustration, lidande eller kände sig kränkta, påverkades perceptionen och därmed försvårades möjligheten för vårdpersonalen att kommunicera. Enligt Fredriksson (2017) ska vårdande kommunikation fungera för att lindra lidande. Eftersom anhöriga ofta samverkar med vårdpersonal för att lindra lidande hos personen med demenssjukdom är det viktigt att de kan upprätthålla en god kommunikation med vårdpersonalen.

Anhöriga upplevde ett välbefinnande då det fanns en fast vårdkontakt som de kunde rådfråga. För anhöriga var det mycket viktigt att de fick information av vårdpersonalen både om positiva och negativa händelser som hade skett i deras frånvaro. Studien av Burgstaller m.fl. (2018) konstaterade att tillräckligt med information gjorde att anhöriga dels upplevde en känsla av kontroll, dels mindre oro. Anhöriga påpekade att information var högprioriterat för dem och att de var beroende av vårdpersonalen för att få den. I studien av Law m.fl. (2017) observerades hur anhöriga talade varmt om tanken att vårdpersonal informerade dem utan att de behövde söka eller efterfråga informationen innan. En vårdande kommunikation bör utmärkas av att sjuksköterskans kommunikation inte bara eftersträvar att nå ett mål utan också med syfte att skapa välbefinnande och synliggöra identiteten. Genom att sjuksköterskan anpassar sin

kommunikation efter anhörigas kapacitet och förutsättningar och visar empati, kan välbefinnande skapas hos anhöriga trots att den information de får inte alltid motsvarar deras förväntningar.

Resultatet visade att när anhöriga fick bristfällig information upplevde de sig förvirrade och osäkra. Det framkom även andra hinder i informationsflödet, som när anhöriga och personen med demenssjukdom hade ett annat hemspråk än vårdpersonalen. Trots att många av vårdpersonalen försökte kompensera för detta med hjälp av gester och dylikt så var vanliga konsekvenser, som anhöriga noterade, att personen med demenssjukdom isolerade sig eller fick fel vård. Detta resulterade i att anhöriga och vänner till personen med demenssjukdom kommenterade negativt om kommunikationen med vården (Law m.fl., 2017). Xiao m.fl. (2003) konstaterade att det uppstod oro och missnöje hos anhöriga som ansåg att ensamheten berodde på att det inte fanns tillräckligt med varierande kulturella och språkliga aktiviteter. Enligt Svensk sjuksköterskeförening (2012) är ett av sjuksköterskans ansvarsområden att se till så att patienten eller enskilda personer får rätt information som är anpassad utefter deras förutsättningar. Det finns alltid en risk att normer och föreställningar hos vårdpersonalen påverkar den vård som ges. Följden kan bli att olika individer inte bemöts likvärdigt vilket strider mot hälso- och sjukvårdslagens syfte. Dahlborg Lyckhage och Lau (2015) anger att personer som inte hade svenska som modersmål kände sig mindre informerade och delaktiga i sin vård. Personer som inte följer de outtalade samhällsnormerna löper en större risk att utsättas för negativa attityder. I Patientlagen (SFS 2014:821) stadgas att det är en av vårdgivarens skyldigheter att använda en tolk då det finns behov av det. Vidare ska sjuksköterskan även bidra till att främja en öppen och tydlig dialog samt ha ett etiskt förhållningssätt.

I resultatet framkom att det är en utmanande uppgift att kommunicera på ett sådant sätt som anhöriga och vårdpersonal var nöjda med. Bristen på vårdpersonal försvårade informationsutbytet eftersom anhöriga hade svårt att komma i kontakt med ansvarig vårdpersonal. Enligt studien av Law m.fl. (2017) ansåg många anhöriga att den första kontakten med vårdpersonalen var avgörande för en god relation och många ville att vårdpersonalen skulle lyssna på vad de hade för frågor och problematik. Från vårdpersonalens håll hade man svårt att hitta personal med lämplig inställning och kompetens för att vårda patienter med demenssjukdom. Anhöriga lade märke till att bemanningen ofta var otillräcklig men ansåg att det var angeläget att personen med demenssjukdom fick tillräckligt med stimulans och uppmärksamhet (Law, m.fl., 2017).

Resultatet visade att anhöriga ansåg att det var problematiskt när vårdpersonalen inte hade tillräckligt med kännedom om demenssjukdomar eller lade mer fokus på den somatiska vården i stället för behoven hos personen med demenssjukdom. Burgstaller m.fl. (2018) fann i sin studie att många anhöriga oroade sig för om vårdpersonalen över huvud taget visste hur de skulle ge god vård till personer med demenssjukdom. Utöver att anhöriga ifrågasatte vårdpersonalens kompetens så ifrågasatte de även deras attityder och syn på äldre människor. När personen med demenssjukdom inte fick den uppmärksamhet anhöriga ansåg behövdes eller när anhöriga inte fick information om stora förändringar och rutinuppdateringar, kände anhöriga att vårdpersonalen brast i sitt arbete. Dessa känslor gjorde att anhöriga inte upplevde tillit till vården. För att undvika en tillitsproblematik skapar ofta vårdpersonalen en relation med hjälp av pedagogiska strategier. Travelbee (1971) menar att en god relation behöver arbetas fram. När det varken finns tid eller kapacitet att göra det, känner sig anhöriga utelämnade och börjar därmed att tappa tilliten samt ifrågasätta kompetensen. Den vårdande kommunikationens framgång påverkas av förväntningarna vilket innebär att om den ska kunna verka för att lindra lidande och främja hälsa så behöver en god relation först upprättas. Detta är svårt att

åstadkomma med lite tid och begränsat med personal vilket därmed innebär att kommunikationen blir lidande. En produktiv kommunikation mellan vårdpersonalen anses därför viktig för att anhöriga ska uppleva positiva känslor av vården.

Av resultatet framkom att kommunikationsutbildning och träning av vårdpersonalen tydliggjorde och underlättade mötet med anhöriga. Även vårdpersonalens förmåga att visa förståelse och empati ökade genom utbildning. I båda studierna, Burgstaller m.fl. (2018) och Law m.fl. (2017) som är i linje med resultatet, uppskattade anhöriga när personalen hade kompetens genom att de var förberedda, hade god kännedom om demenssjukdomar och gav vård utefter personen med demenssjukdom behov. Vidare associerade anhöriga kompetens med positiva upplevelser inom vården och ansåg att närvaro av erfaren personal ledde till ett ökat välbefinnande hos personen med demenssjukdom.

I resultatet framkom att personalfrånvaro och bristande kompetens kan påverka kommunikationen negativt. Kommunikation var viktigt för bibehållen god hälsa och frånvaro av lidande för de anhöriga. Socialstyrelsen (2014) lyfter fram att anhöriga bistår vården genom att ta vid när vården inte är där vilket innebär att de är medarbetare, men de är också individer som är i behov av stöd och information. Kommuner och landsting bär ett stort ansvar för samhällsutvecklingen och folkhälsan (Folkhälsomyndigheten, 2022). Ett socialt hållbart samhälle tål påfrestningar och är anpassningsbart och i detta axlar sjuksköterskan ett stort ansvar. Genom sjuksköterskan kan ohälsa upptäckas och behandlas, men detta kräver både kompetens och närvaro. Enligt (UNDP, 2021) innebär mål 3c i FN:s globala mål att hälso- och sjukvården behöver stärkas inom områdena finansiering, rekrytering och utbildning för att främja god hälsa och välbefinnande.

Det framkom i resultatet att vårdpersonal och anhöriga var medvetna om att personen med demenssjukdom kunde bete sig på ett sätt som var avvikande till följd av den kognitiva nedsättningen. Kroppsspråket var en faktor som vårdpersonal ofta observerade för att få en indikation på smärta eller obehag. Anhöriga ansågs kunna bidra med sin erfarenhet vid sådana observationer eftersom de ofta var väl förtrogna med beteendet hos personen med demenssjukdom. Denna typ av samarbete mellan anhöriga och vårdpersonal var uppskattad av anhöriga eftersom de gärna ville ses som en del av teamet. Utöver det, visade resultatet att anhöriga noterade att vården blev mer kvalitativ för personen med demenssjukdom när deras åsikter kunde framföras. Burgstaller m.fl. (2018) belyser att anhöriga önskade att vårdpersonal skulle uppskatta deras engagemang. Vidare, förväntade sig anhöriga att de skulle vara delaktiga i vården av personen med demenssjukdom genom att vårdpersonalen skulle försöka efterfråga information från dem. En kvantitativ studie från Nederländerna (n=129) visade att mer än hälften (n=78) av anhöriga hade personer med demenssjukdom uppvisat ett avvikande beteende vid inskrivning på sjukhus. För 49% av dessa, frågade inte vårdpersonalen anhöriga om hur de kunde tänkas hantera det avvikande beteendet hos personen med demenssjukdom, gentemot 46% som blev tillfrågade.

Anhöriga ansåg att det var särskilt viktigt att de blev tillfrågade eftersom personen med demenssjukdom inte kunde kommunicera själv och när vårdpersonalen inte delade anhörigas åsikt, upplevde anhöriga att kommunikationen brast. Patientens integritet ska respekteras och hälso-och sjukvård utformas så långt som möjligt i samråd med patienten (SFS 2014:821). En person med demenssjukdom har trots sin nedsatta kognitiva förmåga ändå rätt att själv besluta om sin vård, vilket innebär att ur ett rättsligt perspektiv, har anhöriga ingen befogenhet lämna samtycke (Socialstyrelsen, 2017b). Dock ville anhöriga ändå få känna sig delaktiga genom att vårdpersonalen erkände deras kunskap. Personen med demenssjukdom gynnas när en

inkluderande relation med anhöriga upprättas. Eftersom det är sjuksköterskans plikt att främja och återställa hälsa, lindra lidande och förebygga sjukdom innebär **det** att sjuksköterskan bör sträva efter att upprätta en god relation, och därmed en god kommunikation, med anhöriga.

Metoddiskussion

Syftet med studien var att beskriva faktorer som påverkar kommunikationen mellan vårdpersonal och anhöriga till personer med demenssjukdom. Friberg (2017a) anger att en litteraturoversikt ger en bredare sökning. Metoden är därför lämplig att använda för att svara mot syftet i detta examensarbete. Urvalet baserades på sju studier med kvalitativ metod och två studier med blandad kvalitativ och kvantitativ metod. Litteraturoversiktens inriktning var anhöriga till personer med demenssjukdom och vårdpersonal på sjukhus och äldreboenden vilket innebar att perspektiv från anhöriga till personer med andra sjukdomar och funktionella nedsättningar exkluderades.

Systematisk litteratursökning användes för att skapa bättre förutsättningar att hitta relevanta studier. Databaser som valdes var CINAHL, som är inriktad på omvårdnadsvetenskap, och PubMed, som främst är inriktad mot medicin. Författarna skapade en ordbank i Excel där de skrev in olika meningar som var relevanta för syftet. Östlundh (2017) beskriver denna process med att författare bör fundera på vilka ord som representerar syftet och därefter notera dessa i ett dokument innan sökningen påbörjas. Sökningarna var tidskrävande vilket resulterade i att separata systematiska sökningar gjordes av författarna enskilt för att på så kort tid som möjligt täcka upp ett så brett område som möjligt. Därefter delade författarna sökresultaten med varandra. Författarna eftersträvade att med olika söktekniker, såsom boolesk sökning, kombinera olika söktermer i sökhistoriken samt trunkering av sökorden, hitta så relevanta artiklar som möjligt. Dock visade det sig finnas mycket begränsat med forskning inom det valda problemområdet vilket i sin tur riskerade att påverka resultatet. Östlundh (2017) anger att genom att använda sig av olika söktekniker kan avancerade sökningar göras i olika databaser.

Polit och Beck (2021) beskriver att inklusionskriterier används för att avgränsa artiklar som är relevanta för arbetet och exklusionskriterier avgör vad som ska sorteras bort. Inklusionskriterierna var kommunikation mellan vårdpersonal och anhöriga till personer med demenssjukdom samt kommunikation vid vård av personer med demenssjukdom i olika länder. Styrkan med användandet av breda inklusionskriterier var att, om forskning fanns, så fick man ett stort antal träffar medan svagheten var att fler artiklar som saknade relevans behövdes sällas igenom, vilket var tidskrävande. Exklusionskriterierna var studier som handlade om kommunikation ur ett patientperspektiv, artiklar som var en del av andra studier samt sekundärkällor. Svagheterna med dessa exklusionskriterierna var att relevant information gällande kommunikation med anhöriga även kunde finnas i artiklar med fokus på patientperspektiv. Styrkan var att det enbart kom med primärkällor. Styrkan med att ha artiklar som var peer reviewed var att det var säkerställt att artiklarna granskats av experter och hade en god kvalitet. Artiklarna begränsades även till det engelska språket som innebar att artiklarna behövde översättas till svenska vilket kan ha orsakat feltolkningar då engelska inte var någon av författarnas modersmål. Översättningarna gjordes med hjälp av lexikon för att minimera risken för fel. Enligt Polit och Beck (2021) ska översättningar göras på ett sådant sätt så att kontexten inte ändras. Friberg (2017a) menar att kvalitetsgranskningen ska göras med hjälp av noggrann granskning. Kvalitetsgranskning för både kvantitativ och kvalitativ metod gjordes med hjälp av kvalitetsbedömningsmallar som utformats av Brink och Larsson (2019) vid Institutionen för Hälsovetenskap vid Högskolan Väst (Bilaga II och III). Granskningen visade att de valda artiklarna hade en hög kvalitet.

Friberg (2017a) menar att de artiklar som valts ut ska läsas flera gånger med fokus på resultatet för att författarna ska få en uppfattning om vad artikeln berör. Författarna delade upp artiklarna mellan sig och läste sedan igenom dem flera gånger samt analyserade likheter och skillnader. Styrkan med detta var att risken för feltolkning av kontexten minimerades. Lundman och Hällgren Graneheim (2017) menar att trovärdighet värderas genom giltighet, tillförlitlighet samt överförbarhet och innebär hur forskarens förståelse kan prägla analysen. För att öka trovärdigheten, bytte författarna artiklar och analyserade innehållet igen och kunde på så vis uppmärksamma varandra om att inte använda egna åsikter och värderingar under analysarbetet. Segesten (2017) beskriver att dokumentation i analys kan genomföras med hjälp av olika hjälpmedel i någon form av eget schema eller de som finns i litteraturen. Därefter användes Microsoft Excel för att plocka ut meningar ur artiklarnas resultat som svarade mot studiens syfte. Genom att använda ett färgkodningssystem kunde meningarna kodas och grupperas om till teman och underteman.

Begreppet överförbarhet innebär hur väl studiens resultat kan överföras till andra grupper och situationer. Om ett resultat har olika undersökningsgrupper och samma inriktning men kommer från olika länder ökar både trovärdigheten och överförbarheten i studien (Lundman & Hällgren Graneheim, 2017; Willman m.fl., 2016). Författarna var noga med att välja ut artiklar från olika länder som var genomförda i Australien, Nederländerna, Storbritannien, Sverige samt USA. Både det kvantitativa och kvalitativa innehållet kunde överföras till andra grupper med liknande sammanhang inom vården, men på grund av det låga antalet kvantitativa studier kunde inte en generalisering göras. Kommunikation är ett universellt och dynamiskt fenomen som är beroende av och förändras i mötet med andra. En del individer är mer förändringsbenägna än andra och "smittas" av situationen (Jensen, 2015). Enligt Norrby och Håkansson (2018) visar kommunikation vad för social identitet en individ har och genom att resultatet identifierar vad som påverkar individer i en sårbar situation ses en oskaldad reaktion. Detta innebär att resultatet skulle kunna gå att överföra till alla anhöriga, oavsett vilken sjukdom den närstående har, som befinner sig i en potentiellt sårbar situation.

Lantz (2014) menar att begreppet *validitet* beskriver hur väl forskaren mätt det som den avsett att mäta samt att begreppet *reliabilitet* beskriver hur tillförlitlig studien är. Genom att använda sig av analysmetoder som är accepterade i statistiska mätningar så stärks studiens validitet och reliabilitet (Polit och Beck, 2021). Denna studie har använt sig av artiklar vars kvantitativa del har analyserats med sådana analysmetoder. Författarna har följt forskningsetiska riktlinjer genom att vid upprepade tillfällen granska sin text så att egna åsikter, tankar och idéer inte har fått påverka innehållet. Utöver det har författarna reflekterat med varandra kring tankar som uppstått i samband med kunskapsinhämtningen för att egna åsikter inte skulle påverka innehållet. I forskning som avser att behandla personrelaterade uppgifter, understryker Lagen om etikprövning av forskning som avser människor (SFS 2003:460) att det är nödvändigt att göra en etikprövning. Samtliga analyserade artiklar har fått sin etikprövning godkänd av en etikprövningsnämnd. Enligt Polit och Beck (2021) ska forskare ta hänsyn till professionella, juridiska och sociala skyldigheter gentemot studiens deltagare. Artiklarna som analyserades i studien förde ett etiskt resonemang och redovisade etiska ställningstaganden.

Enligt Polit och Beck (2021) är ett p-värde ett statistiskt mått som visar hur sannolikt det är att resultatet baserats på en slump. Genom att p-värdet testas den så kallade nollhypotesen, som säger att det inte ska finnas någon statistisk skillnad, innebär det att om p-värdet är lägre än signifikansnivån så är resultatet statistiskt signifikant och att det finns en skillnad som gör att man behöver motbevisa nollhypotesen (Polit och Beck, 2021). Resultatet i studien visade att 2,5% av anhöriga upplevde att kommunikationen med vårdpersonalen förbättrades efter att de

fått verktyg att hantera sin upplevda stress. Signifikansnivån var mindre än 0,01 ($p < 0,01$) vilket innebär att risken att resultatet berodde på slumpen var <1%. Trots att fördelningen mellan antal kvantitativa och kvalitativa studier inte var jämn så kompletterade resultaten varandra. Det var en tidskrävande utmaning att granska och förstå den kvantitativa delen av studierna. Ny kunskap behövde sökas för att kunna göra en korrekt analys av kvantitativa data.

Slutsatser

Resultatet i denna studie beskriver faktorer som påverkar kommunikationen mellan vårdpersonal och anhöriga till personer med demenssjukdom. Det framkommer att brister i kommunikationen orsakar en negativ hälsopåverkan. Yttre påfrestningar visar sig ligga till grund för upplevelser av negativa känslor hos anhöriga. Bristande kompetens hos vårdpersonal är en anledning till att anhöriga tappar tilliten till vården. Det går att undvika att de yttre påfrestningarna påverkar anhörigas perception genom att öka vårdpersonalens närvaro. Resultatet visar att en god kompetensnivå gör att vårdpersonal förstår sig på känslor hos en person med demenssjukdom och gör i sin tur att anhöriga upplever ett välbefinnande.

Bristfällig information gör att anhöriga inte kan informera vänner och andra familjemedlemmar till personen med demenssjukdom, vilket i sin tur gör att anhöriga upplever att de fråntas sin roll som förespråkare. Utöver det så förstår inte anhöriga när vårdpersonal inte anpassar sitt språk utefter dem, vilket resulterar i en oförståelse för nödvändiga omvårdnadshandlingar. I resultatet framkommer att när personen med demenssjukdom uppvisar ett avvikande beteende, upplever anhöriga att vårdpersonalen undviker att kommunicera med dem och de lämnas utan kommunikativt stöd. Anhöriga upplever ett ökat förtroende när vårdpersonalen visar ett inkluderande förhållningssätt genom att hålla språket enkelt och tydligt i sin kommunikation med den närstående. Då verbal kommunikation inte fungerar att använda, kan vårdpersonal i stället samarbeta med anhöriga för att förstå den närståendes känslor. Resultatet visar även att detta kan göra att anhöriga upplever sig som inkluderade och därmed en del av det vårdande teamet. Anhöriga efterfrågar vårdmöten och en kontinuerlig relation med vårdpersonalen eftersom de anser att dessa bidrar till att upprätthålla en kontinuerlig dialog, bidrar till deras delaktighet i vården av personen med demenssjukdom samt underlättar informationsöverföring. Resultatet visar att anhöriga anser att en välutvecklad vård utmärks av goda kommunikativa förbindelser och att anhöriga upplever att det på så vis skapas förtroendeingivande relationer. Resultatet framlägger att anhöriga önskar sjuksköterskor, utbildade inom demens, som vårdar deras närstående oavsett var i vården de befinner sig.

Det framkommer att den hektiska miljön samt ständiga personalskiften påverkar informationsutbytet negativt mellan vårdpersonal och anhöriga vilket i sin tur reflekteras i anhörigas attityder gentemot vården. Känslor av frustration, stress och oro påverkar hur anhöriga upplever kommunikationen med vårdpersonalen. När vårdpersonal har möjlighet att vårda personer med demenssjukdom på det sätt som anhöriga önskar, upplever anhöriga tillit till vården. Anhöriga känner sig sedda och inkluderade vilket förändrar perceptionen och påverkar kommunikationen på ett positivt sätt. Personer med kognitiva funktionsnedsättningar påverkas lätt av miljön runtomkring sig vilket kan leda till ett avvikande beteende som inte alltid är proportionellt med vad situationen kräver. När vårdpersonal har kunskap och kompetens om hur personer med kognitiva funktionsnedsättningar kan reagera i olika situationer, blir bemötandet mer anpassat och anhöriga upplever färre negativa känslor som påverkar kommunikationen negativt. Vårdenheter bör därför prioritera att ha en bemanning med kompetens inom demenssjukvård.

Praktiska implikationer

Denna studie bidrar med kunskap till sjuksköterskans profession. I studiens resultat framkommer att anhöriga upplever otrygghet och stress i kontakt med vården. Sjuksköterskor har varken tid eller tillräckligt med kompetens för att hantera resurskrävande patienter med demenssjukdom. Brist på närvarande personal och ett ökat vårdbehov leder till att tiden inte heller räcker till för att utforska problematiken vidare på en lokal nivå. Ur ett individperspektiv kan synliggörandet av ämnet leda till att sjuksköterskor, undersköterskor, sjuksköterskestudenter, chefer och läkare får en större förståelse för vad som brister i mötet med anhöriga till personer med demenssjukdom. Ur ett samhällsperspektiv kan denna studie bidra till att anhörigas ohälsa och lidande lyfts fram. I nuläget pågår projektet *Nära vård* i Västra Götaland. Det är ett samverkansprojekt mellan flera svenska myndigheter, kommuner och regioner i syfte att ställa om vården så att den i större utsträckning organiseras och bedrivs utifrån individens behov och förutsättningar. Samtidigt pågår en studie vid Högskolan i Dalarna som kartlägger vilket stöd anhöriga behöver för att bättre kunna vårda sin partner med demenssjukdom.

Förslag till fortsatt kunskapsutveckling inom sjuksköterskans kompetensområde

För att på bästa sätt kunna utveckla hälso- och sjukvården behövs forskning som stöd för motiveringen av vilken typ av åtgärder som det finns ett behov av. Eftersom antalet personer med demenssjukdom succesivt ökar och antalet vårdplatser inte räcker till, kommer allt fler anhöriga vårda sin närstående i hemmet. Det behövs mer forskning om hur den anhöriga kan stödjas. Samtidigt är det viktigt att ha i åtanke att den anhöriga har egna behov som behöver tillgodoses. Detta innebär att mer forskning även behövs inom hur vi kan bidra med avlastning för att ge den anhöriga möjlighet till rekreation och återhämtning. Då närvaro och kunskapsbrist framkom som en anledning till att kommunikationen brast behöver sjuksköterskor ökad kunskap om hur dessa brister kan förebyggas vilket innebär att kontinuerlig utbildning behövs. Eftersom anhöriga till personer med demenssjukdom ofta har en viktig roll gentemot sin närstående samt i samarbetet med vården behöver vi ytterligare kunskap om hur anhöriga ska inkluderas i omsorgen. Under arbetet riktar sig den vårdande kommunikationen ofta mot patienten och den anhöriga blir osynlig. Vi behöver därför lära oss hur man på ett mer effektivt sätt kan få anhöriga att bli delaktiga. Resultatet visade att personer med demenssjukdom påverkas av den miljö de befinner sig i. Därför anser vi att behovet av mer utbildning i konflikthantering är motiverat. Konflikter är en vanlig del av vardagen på många arbetsplatser och för att undvika att personen med demenssjukdom påverkas av en negativ arbetsplatsmiljö kan det vara nyttigt att lära sig mer om hur konflikter kan hanteras och förhindras för att skapa en gynnsam arbetsmiljö.

Referenser

Artiklar markerade med * har använts till resultatet.

Bergh, M., & Pilhammar, E. (2019). Sjuksköterskans pedagogiska funktion och kompetens i mötet med närstående. I E. Pilhammar. (Red.), *Pedagogik inom vård och handledning*. (3 uppl., s.77–105). Studentlitteratur.

Burgstaller, M., Mayer, H., Schiess, C., & Saxer, S. (2018). Experiences and needs of relatives of people with dementia in acute hospitals-A meta-synthesis of qualitative studies. *Journal of Clinical Nursing*, 27(3-4), 502–515. <https://doi.org/10.1111/jocn.13934>

Carnevali, D. (1996). *Handbok i omvårdnadsdiagnostik*. Liber.

Dahlborg Lyckhage, E., & Lau, M. (2015). Vithetsnormer – normer som producerar ”hudfärgade” plåster. I E. Dahlborg Lyckhage, G. Lyckhage & E. Tengelin (Red.), *Jämlik vård: normmedvetna perspektiv*. (s.131–155). Studentlitteratur.

Edberg, A-K., & Orrung Wallin, A. (2019). Kognitiv svikt. I A-K. Edberg, & H. Wijk (Red.), *Omvårdnadens grunder: hälsa och ohälsa*. (3 uppl., s.671–706). Studentlitteratur.

Eriksson, K. (2018). *Vårdvetenskap: vetenskapen om vårdandet: om det tidlösa i tiden*. Liber.

Folkhälsomyndigheten (2017). *DSM-5. (Faktablad: DSM, Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders.)*
<https://www.folkhalsomyndigheten.se/globalassets/projektwebbar/spelprevention/mata-spelproblem/matinstrument-dsm-5.pdf>

Folkhälsomyndigheten (2022). *Vad är social hållbarhet för oss?*
<https://www.folkhalsomyndigheten.se/motesplats-social-hallbarhet/social-hallbarhet/>

Fredriksson, L. (2017). Vårdande kommunikation. I L. Wiklund Gustin & I. Bergbom (Red.), *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik*. (2 uppl., s.415–425). Studentlitteratur.

Friberg, F. (2017a). Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg. (Red.), *Dags för uppsats: vägledning till litteraturbaserade examensarbeten*. (3 uppl., s.141–152). Studentlitteratur.

Friberg, F. (2017b). Tankeprocessen under examensarbetet. I F. Friberg. (Red.), *Dags för uppsats: vägledning till litteraturbaserade examensarbeten*. (3 uppl., s.37–48). Studentlitteratur.

*Hughes, S. E., Woods, B., Algar-Skaife, K., Jelley, H., & Jones, C. H. (2019). A Collaborative Approach: Care Staff and Families Working Together to Safeguard the Quality of Life of Residents Living With Advanced Dementia. *Journal of Central Nervous System disease*, 11, 1179573519843872. <https://doi.org/10.1177/1179573519843872>

Jensen, M. (2015). *Interpersonell kommunikation*. Studentlitteratur.

*Keuning-Plantinga, A., Roodbol, P., van Munster, B. C., & Finnema, E. J. (2021). Experiences of informal caregivers of people with dementia with nursing care in acute hospitals: *A descriptive mixed-methods study*. *Journal of Advanced Nursing*, 77(12), 4887–4899. <https://doi.org/10.1111/jan.15042>

Lantz, B. (2014). *Den statistiska undersökningen: grundläggande metodik och typiska problem* (2 uppl.). Studentlitteratur.

Law, K., Patterson, T. G., & Muers, J. (2017). Staff Factors Contributing to Family Satisfaction with Long-Term Dementia Care: A Systematic Review of the Literature. *Clinical Gerontologist*, 40(5), 326–351. <https://doi.org/10.1080/07317115.2016.1260082>

*Lundin, E., & Godskesen, T. E. (2021). End-of-life care for people with advanced dementia and pain: a qualitative study in Swedish nursing homes. *BMC Nursing*, 20(1), 48. <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00566-7>

Lundman, B., & Hällgren Graneheim, U. (2017). Kvalitativ innehållsanalys. I Höglund Nielsen, B. & Granskär, M. (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (3 uppl., s.219–234). Studentlitteratur.

*Moyle, W., Bramble, M., Bauer, M., Smyth, W., & Beattie, E. (2016). 'They rush you and push you too much ... and you can't really get any good response off them': A qualitative examination of family involvement in care of people with dementia in acute care. *Australasian Journal on Ageing*, 35(2), E30–E34. <https://doi.org/10.1111/ajag.12251>

Norrby, C., & Håkansson, G. (2018). *Introduktion till sociolingvistik*. (2 uppl.). Studentlitteratur.

Polit, D.F., & Beck, C.T. (2021). *Nursing Research: generating and assessing evidence for nursing practice*. (11 uppl.). Wolters Kluwer.

*Reitinger, E., Schuchter, P., Heimerl, K., & Wegleitner, K. (2018). Palliative care culture in nursing homes: the relatives' perspective. *Journal of Research in Nursing: JRN*, 23(2-3), 239–251.

Riksrevisionen & Riksdagen (2014). *Stödet till anhöriga omsorgsgivare (RIR 2014:9)*. https://www.riksrevisionen.se/download/18.78ae827d1605526e94b2fdfa/1518435441301/RIR_2014_9_Anh%C3%B6rigst%C3%B6d_Anpassning3.pdf

*Rosendahl, S. P., Söderman, M., & Mazaheri, M. (2016). Immigrants with dementia in Swedish residential care: an exploratory study of the experiences of their family members and Nursing staff. *BMC Geriatrics*, 16(1). <https://doi.org/10.1186/s12877-016-0200-y>

Segesten, K. (2021). Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvantitativ forskning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade* (3 uppl., s.119–128). Studentlitteratur.

SFS 2014:821. *Patientlag*. Hämtad från Riksdagens webbplats https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821

SFS 2017:30. *Hälso- och sjukvårdslag*. Hämtad från Riksdagens webbplats https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30

SFS 2017:310. *Lag om framtidsfullmakter*. Hämtad från Riksdagens webbplats https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2017310-om-framtidsfullmakter_sfs-2017-310

Socialstyrelsen. (2014). *Anhöriga som ger omsorg till närstående: fördjupad studie av omfattning och konsekvenser*. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2014-10-10.pdf>

Socialstyrelsen. (2017a). *En nationell strategi för demenssjukdom, underlag och förslag till plan för prioriterade insatser till år 2022*. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2017-6-4.pdf>

Socialstyrelsen. (2017b). *Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom: stöd för styrning och ledning*. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2017-12-2.pdf>

Socialstyrelsen. (2020). *En nationell strategi för demenssjukdom: halvtidsrapport*. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2020-9-6899.pdf>

Stål, R. (2008). Vårdkommunikation och dess fokus. I R. Stål (Red.). *Vårdkommunikation: i teori och praktik*. (s.15–24). Studentlitteratur.

Sundelöf, J., & Tegman, P. (2019). *Palliativ vård vid demens*. Gothia Fortbildning.

*Surr, C. A., Sass, C., Drury, M., Burnley, N., Dennison, A., Burden, S., & Oyebode, J. (2019). A collective case study of the features of impactful dementia training for care home staff. *BMC Geriatrics*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s12877-019-1186-z>

Svensk sjuksköterskeförening (2012). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. <https://swenurse.se/download/18.9f73344170c0030623146a/1584003553081/icns%20etiska%20kod%20f%C3%B6r%20sjuksk%C3%B6terskor%202017.pdf>

Svensk sjuksköterskeförening (2016). *Värdegrund för omvårdnad*. <https://swenurse.se/download/18.9f73344170c003062314be/1584005152878/v%C3%A4rdegrund%20f%C3%B6r%20omv%C3%A5rdnad%20reviderad%202016.pdf>

Svensk sjuksköterskeförening (2017). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. <https://swenurse.se/download/18.9f73344170c003062317be/1584025404390/kompetensbeskrivning%20legitimerad%20sjuksk%C3%B6terska%202017.pdf>

Söderström, I. M., Saveman, B. I., & Benzein, E. (2006). Interactions between family members and staff in intensive care units--an observation and interview study. *International Journal of Nursing Studies*, 43(6), 707–716. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2005.10.005>

Travelbee, J. (1971). *Interpersonal aspects of nursing*. (2 uppl.). F.A. Davis Company.

United Nations Development (UNDP). (2021) *God hälsa och välbefinnande*.
<https://www.globalamalen.se/om-globala-malen/mal-3-halsa-och-valbefinnande/>

Willman, A., Bahtsevani, C., Nilsson, R., & Sandström, B. (2016). *Evidensbaserad omvårdnad: en bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. (4 uppl.). Studentlitteratur.

Winblad, B., Amouyel, P., Andrieu, S., Ballard, C., Brayne, C., Brodaty, H., Cedazo-Minguez, A., Dubois, B., Edvardsson, D., Feldman, H., Fratiglioni, L., Frisoni, G. B., Gauthier, S., Georges, J., Graff, C., Iqbal, K., Jessen, F., Johansson, G., ... Zetterberg, H. (2016). Defeating Alzheimer's disease and other dementias: a priority for European science and society. *The Lancet. Neurology*, 15(5), 455–532. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(16\)00062-4](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(16)00062-4)

*Witham, G., Haigh, C., Mitchell, D., & Beddow, A. (2018). Carer Experience Supporting Someone With Dementia and Cancer: A Narrative Approach. *Qualitative Health Research*, 28(5), 813–823. <https://doi.org/10.1177/1049732317736285>

World Health Organisation (WHO). (2021). *Dementia*. <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/dementia>

Xiao, L. D., de Bellis, A., Habel, L., & Kyriazopoulos, H. (2013). The experiences of culturally and linguistically diverse family caregivers in utilising dementia services in Australia. *BMC Health Services Research*, 13(1). <https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-427>

*Zmora, R., Statz, T. L., Birkeland, R. W., McCarron, H. R., Finlay, J. M., Rosebush, C. E., & Gaugler, J. E. (2021). Transitioning to Long-Term Care: Family Caregiver Experiences of Dementia, Communities, and Counseling. *Journal of Aging and Health*, 33(1-2), 133–146. <https://doi.org/10.1177/0898264320963588>

Östlundh, L. (2017). Informationssökning. I F. Friberg. (Red.), *Dags för uppsats: vägledning till litteraturbaserade examensarbeten*. (3 uppl., s.59–82). Studentlitteratur.

Tabell sökhistorik

Databas: PubMed 20220415	Sökord/ämnesord	Träffar	Lästa titlar	Lästa abstract	Lästa artiklar	Valda artiklar
S1	communication	73 859				
S2	dementia patients	103 265				
S3	relatives	289 169				
S4	experience	943 716				
S5	S1 AND S2 AND S3 AND S4	194				
Avgränsningar: Peer Review, Full Text, engelska, 2012–2022		66	66	24	10	4

Databas: CINAHL 20220415	Sökord/ämnesord	Träffar	Lästa titlar	Lästa abstract	Lästa artiklar	Valda artiklar
S1	'communicat*'	232 657				
S2	'relativ*'	263 685				
S3	'nurs*'	952 458				
S4	'dement*'	74 847				
S5	S1 AND S2 AND S3 AND S4	103				
Avgränsningar: Peer Review, Full Text, engelska, 2012–2022		45	45	22	12	4(7)

Databas: PubMed 20220416	Sökord/ämnesord	Träffar	Lästa titlar	Lästa abstract	Lästa artiklar	Valda artiklar
S1	dementia	247 801				
S2	family	1 664 379				
S3	caregiver	100 643				
S4	relationship	2 316 034				
S5	care	2 974 223				
S6	communication	738 600				
S7	S1 AND S2 AND S3 AND S4 AND S5 AND S6	166				
Avgränsningar: Peer Review, Full Text, engelska, 2012–2022		128	128	56	18	1(2)

Mall för kvalitetsbedömning av studie med kvalitativ metod

Följande mall för kvalitetsgranskning av studier med kvalitativ metod används.

Mallen utformad av Eva Brink och Inga Larsson (2019). Institutionen för hälsovetenskap, Högskolan Väst.

Kvalitetsbedömning			
2019-07	Ja	Nej	Vet ej
Speglar artikelns titel innehållet?			
Finns det ett teoretiskt perspektiv?			
Är tidigare forskning beskriven?			
Är problemområdet tydligt presenterat och motiverat?			
Är syftet tydligt formulerat?			
Är metoden beskriven?			
Är metoden motiverad?			
Är kontexten presenterad?			
Är förförståelsen redovisad?			
Är urvalet relevant (inklusions- och exklusionskriterier)?			
Är datainsamlingen tydligt beskriven?			
Är analysen tydligt redovisad?			
Är forskningsetiska aspekter redovisade?			
Svarar resultatet mot syftet?			
Är resultatet klart och tydligt?			
Diskuteras resultatet gentemot bakgrund?			
Finns det en "röd tråd" i artikeln?			
Diskuteras studiens svagheter?			
Diskuteras studiens trovärdighet?			
Diskuteras överförbarhet?			
Är slutsatserna relevanta utifrån studiens resultat?			
Granskningens sammanvägda bedömning av artikelns kvalitet	Låg	Medel	Hög

Mall för kvalitetsbedömning av studie med kvantitativ metod

Följande mall för kvalitetsgranskning av studier med kvantitativ metod används.

Mallen är utformad av Eva Brink och Inga Larsson (2019). Institutionen för hälsovetenskap, Högskolan Väst.

Kvalitetsbedömning			
2019-07	Ja	Nej	Vet ej
Speglar artikelns titel innehållet?			
Finns det ett teoretiskt perspektiv?			
Är tidigare forskning beskriven?			
Är problemområdet tydligt presenterat och motiverat?			
Är syftet tydligt formulerat?			
Finns en hypotes beskriven?			
Är metoden beskriven?			
Är statistisk metod adekvat?			
Är datainsamling tydligt beskriven?			
Är instrument valida och reliabla?			
Är populationen identifierad?			
Är urvalet representativt?			
Finns bortfallsanalys?			
Är analysen tydligt redovisad?			
Är forskningsetiska aspekter redovisade?			
Svarar resultatet mot syfte och hypotes?			
Är resultatet klart och tydligt?			
Diskuteras resultatet gentemot bakgrund?			
Finns det en "röd tråd" i artikeln?			
Diskuteras studiens svagheter?			
Diskuteras validitet och reliabilitet?			
Diskuteras resultatens generaliserbarhet?			
Är slutsatserna relevanta utifrån studiens resultat?			
Granskningens sammanvägda bedömning av artikelns kvalitet	Låg	Medel	Hög

Översikt av analyserade vetenskapliga artiklar

Författare, Årtal & Land	Problem & syfte	Ansats & metod	Urval & studiegrupp	Huvudsakligt resultat	Kvalitetsgranskning
Hughes, S. E., Woods, B., Algar-Skaife, K., Jelley, H., & Jones, C. H. 2019 Storbritannien	Syftet var att undersöka livskvaliteten och välbefinnandet för vårdboende som lever med avancerad demenssjukdom, och att undersöka hur personlig vård kan uppnås när personen är helt beroende av andra för vård och kanske inte längre kan kommunicera verbalt deras önskemål.	Studiedesignen använde en kvalitativ ansats, med data som samlades in genom djupgående, semistrukturerade intervjuer. En induktiv tematisk analysmetod antogs.	Data samlades in från 16 deltagare bestående av åtta släktingar och åtta anställda. Två anhöriga, som hade tänkt att delta, gjorde det inte på grund av att deras anhöriga dog. En släkting tackade nej. Tre vårdpersonal avböjde att delta.	Det finns fyra teman: Välbefinnande, Familjens engagemang, Kommunikation och Mänskliga rättigheter. I teman ingår synpunkter från anhöriga och vårdpersonal om enskilda boenden.	Hög
Keuning-Plantinga, A., Roodbol, P., van Munster, B. C., & Finnema, E. J. 2021 Nederländerna	Att undersöka upplevelser sjukhusinläggningar hos anhöriga till personer med demenssjukdom utifrån patient-vård, samspel med sjuksköterskor, anhörigas situation och den akuta sjukhus-miljön.	En beskrivande sekventiell design utförd med mixad metod. Studien samlade in kvalitativa data efter att ha analyserat kvantitativa data. Den kvantitativa delen utformades som en beskrivande tvärsnitts-design. Den kvalitativa delen var en kvalitativ deskriptiv studie.	Deltagarna var holländsktalande anhöriga med närstående med demenssjukdom som lagts in på ett akutsjukhus i Nederländerna under det senaste året.	De kvantitativa och kvalitativa resultaten integreras och diskuteras med hjälp av de fyra huvudtemana patientvård, interaktioner med sjuksköterskor, vårdgivarnas situation och sjukhusmiljö.	Hög
Lundin, E., & Godskesen, T. E. 2021 Sverige	Ett problem är att smärtbehandling hos personer med demenssjukdom ibland är otillräcklig. Syftet med denna studie var att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av att ta hand om personer med avancerad demenssjukdom och smärta i livets slutskede.	Studien hade en deskriptiv explorativ design. Individuella kvalitativa, semistrukturerade intervjuer och resultaten analyserades med hjälp av tematisk innehållsanalys.	Urvalet bestod av 13 sjuksköterskor från 12 äldreboenden: tio kvinnor och tre män. Deltagarna hade i genomsnitt 10 års erfarenhet av demensvård, från ett till 15 år.	Tre teman: Kommunikationsutmaningar, Relationsutmaningar och Organisatoriska utmaningar.	Hög

Författare, Årtal & Land	Problem & syfte	Ansats & metod	Urval & studiegrupp	Huvudsakligt resultat	Kvalitetsgranskning
Moyle, W., Bramble, M., Bauer, M., Smyth, W., & Beattie, E. 2016 Australien	Vården av personen med demenssjukdom ställer akutvårdspersonalen inför särskilda utmaningar. Syftet med denna studie var att utforska anhörigas roll och behov av olika akuta vårdssituationer samt deras engagemang i vården av sin närstående med demenssjukdom.	Ett pragmatiskt, utforskande/beskrivande kvalitativt förhållningssätt med semistrukturerade intervjuer.	Ett urval av 30 anhöriga från tre olika placeringar genomförde Deltagarna var engelsktalande anhöriga till en person med en bekräftad eller misstänkt demensdiagnos som hade tagits in för medicinsk eller kirurgisk intervention eller bedömning på akutmottagningen.	Anhöriga ville vara delaktiga i den akuta vården av sin närstående med demenssjukdom. De erkände vikten av en central informationskälla, utbildad personal, riktlinjer om roller och processer samt positiv kommunikation samt respekt från personalen för anhörigas kunskap om den äldre personen och dennes behov.	Hög
Reitinger, E., Schuchter, P., Heimerl, K., & Wegleitner, K. 2018 Österrike	Syftet med studien var att lyfta fram några av de viktigaste insikterna som anhöriga till avlidna närstående på ett äldreboende anser vara väsentliga i syfte att främja en väletablerad palliativ vårdkultur.	Inom en kvalitativ ansats genomfördes fyra fokusgruppsintervjuer.	Fokusgruppsintervjuer på fyra äldreboenden genomfördes.	Intervjuerna beskrev hur anhöriga till avlidna tyckte att en välutvecklad palliativ vårdkultur borde se ut. Tre teman framkom: Kommunikation, Mångfald och Förvaltningens palliativa vårdkultur.	Hög
Rosendahl, S. P., Söderman, M., & Mazaheeri, M. 2016 Sverige	För invandrade personer med demenssjukdom och vårdpersonal på ett boende kan språket vara en utmaning. Syftet med denna studie var att utforska och beskriva anhörigas och professionella vårdgivares erfarenheter av den vård som ges till invandrade personer med demenssjukdom på gruppboende i Sverige.	En utforskande, deskriptiv studie med ett kvalitativt förhållningssätt valdes. Semistrukturerade intervjuer genomfördes och data analyserades med hjälp av kvalitativ innehållsanalys.	intervjuer genomfördes med nio professionella vårdgivare och fem anhöriga till personer med demenssjukdom med olika bakgrund. Deltagarna valdes ut med omsorg och samtliga hade förlorat sina kunskaper i svenska som andraspråk.	I studien framkom tre huvudkategorier: En ny livssituation, Utmaningar i kommunikationen samt Familjemedlemmens roll på grupphemmet.	Hög

Författare, Årtal & Land	Problem & syfte	Ansats & metod	Urval & studiegrupp	Huvudsakligt resultat	Kvalitetsg ranskning
<p>Surr, C. A., Sass, C., Drury, M., Burnley, N., Dennison, A., Burden, S., & Oyebode, J.</p> <p>2019</p> <p>Storbritannien</p>	<p>Bristande kompetens inom demenssjukdom kan påverka livskvalitet hos personer med demenssjukdom. Syftet var att undersöka vilka egenskaper och faktorer som var förknippade med design och implementering samt patientpåverkan av en utbildning inom demenssjukdomar för vårdpersonal.</p>	<p>En kollektiv kvalitativ fallstudie som genomfördes på tre olika vårdhem. Data analyserades med korsfallanalys. intervju-, fokusgrupps- och träningsobservation sdata med den tematiska analysmetoden, mallanalys med NVivo 11.</p>	<p>Data som samlades in omfattade individuella eller små gruppintervjuer med utbildningsledare, handledare, personal under utbildning, chefer, boende och anhöriga. Observationer av vårdpraxis gjordes med hjälp av en demensvårdskartläggning. Utbildningens utförande observerades och materialet granskades. En fallanalys av varje plats, följt av tvärfallsanalys med konvergenskodning, genomfördes.</p>	<p>Utvecklingen av praktiken till följd av utbildning omfattade förbättrad kommunikation, ökad aktivitet, mindre uppgiftsfokuserad vård och ökat boendes välbefinnande.</p>	<p>Hög</p>
<p>Witham, G., Haigh, C., Mitchell, D., & Beddow, A.</p> <p>2018</p> <p>Storbritannien</p>	<p>En cancerdiagnos kräver ibland flera behandlingsbesök och denna process kan bli utmanande när en person har en kognitiv funktionsnedsättning. Syftet med denna studie var att utforska erfarenheterna hos anhöriga som har stöttat en närstående med demenssjukdom och cancer med hjälp av ett narrativt förhållningssätt.</p>	<p>Studien använde kvalitativ metod. Intervjuer genomfördes med sju anhöriga som använde en narrativ ansats för att undersöka erfarenheterna. En performativ narrativ metod användes för att tolka data.</p>	<p>Studien utfördes på sju anhöriga. Deltagarna var mellan 50 och 70 år och de närståendes cancerformer var olika.</p>	<p>Tre teman framkom: Upprätthålla karriäridentitet, Beslutsfattande och bibehållande av personlighet och Förhandla om cancervård.</p>	<p>Hög</p>

Författare, Årtal & Land	Problem & syfte	Ansats & metod	Urval & studiegrupp	Huvudsakligt resultat	Kvalitetsg ranskning
Zmora, R., Statz, T. L., Birkeland, R. W., McCarron, H. R., Finlay, J. M., Rosebush, C. E., & Gaugler, J. E. 2021 USA	Syftet var att bättre förstå interpersonella och sammanhangsberoende faktorer som påverkar relationer mellan anhöriga och vårdpersonal samt identifiera mål för framtida insatser som förbättrar dessa relationer.	Studien utfördes med mixad metod och randomiserad kontrollerad studie (RCT). Kvantitativa och kvalitativa data analyserades samtidigt men separat. Kvantitativa undersökningsdata gav sammanhang för att förstå studiepopulationen, och detaljerade fallanteckningar gav djupgående kvalitativa data om individuella vårdgivares erfarenheter med samhällen och personal.	För denna studie inkluderade RLTC vårdhem, stödboende och vårdhem. Vårdgivare inskrivna i RCTM-behandlingsgrupp var i genomsnitt 63 år gamla. De var nästan helt vita (98 %), mestadels kvinnor (80 %), och drygt 30 % var makar till sin närstående.	Kvantitativ: Efter att ha jämfört de demografiska egenskaperna hos vårdgivare och vårdtagare som rapporterade hög och låg justering vid baslinjen, resultatet visade att de med hög och låg anpassning totalt sett var lika. Kvalitativ: Fallanteckningar gav rika insikter om faktorer som påverkar vårdgivares erfarenheter av samhällen och samhällspersonal och erbjöd sammanhang till de kvantitativa resultaten. Sex tema framkom: Kommunikation, Vård, Relationer med personal, samhällssystem, Ekonomi samt Platser identifierade som de primära faktorerna som påverkar anhörigas upplevelser.	Hög

Högskolan Väst
Institutionen för hälsovetenskap, 461 86 Trollhättan
Tel 0520-22 30 00
www.hv.se