

From the Department of Neurobiology, Care Science and Society,
Division of Nursing
Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden

FÖRHÅLLNINGSSÄTT OCH KOMMUNIKATION I MÖTET MED PERSONER MED DEMENS SJUKDOM

Utvärdering av ett träningsprogram med
validationsmetoden

Mona Söderlund



**Karolinska
Institutet**

Stockholm 2013

Respektive tidskrift och utgivare har gett tillåtelse att trycka studierna I, II och III i sin helhet.

Publiserad av Karolinska Institutet. Tryckt av Eprint AB Stockholm 2013

© Mona Söderlund, 2013
ISBN 978-91-7549-277-3

ABSTRACT

Communication difficulties among residents with dementia disease living in nursing homes may complicate care situations. These residents can have difficulties describing how they experience their everyday lives, which can lead to withdrawal, social isolation, or feelings of homelessness. Research indicates that nurses involved in dementia care experience communication as difficult and challenging. The validation method developed by Feil is held to facilitate communication through emphatic and confirmatory approaches. Scientific reviews show insufficient evidence for recommending the use of the method, in spite of this the method is used in dementia care. Evaluations of the validation method have primarily focused on the residents' perspective, and reports on nurses' experiences of the validation method are sparse. **The overall aim** for this thesis was to evaluate Feils' validation method by describing nurses' experiences and skills in communication observed during implementation of a training programme. Twelve nurses participated in the validation method training programme that included 10 days of theoretical training with supervision about once a month, and practical training integrated in everyday work. During practical training nurses had conversation with 3 residents each 2-3 times a week, and videotaped one conversation per month. **Methods:** The design is based on naturalistic scientific approach. Data were collected with interviews (**I, II**) and a questionnaire (**II**) before and after the programme, and videotaped conversations during the programme (**III, IV**). An interview was conducted as a comparison with nurses from another nursing home, who had long experiences of using the validation method (**I**). The result showed that nurses improved their communication and had closer relationships with residents with dementia disease after validation method training, in accordance with nurses with long experiences (**I**). The training strengthened the nurses, but also posed an extra strain on them. Even though the nurses described an extra strain on the entire nursing staff, this was not reflected in the results from the questionnaire about the work climate (**II**). Videotaped one-to-one conversations between nurses and residents showed that the nurses developed their approaches and communication skills, although to different degrees. An overall pattern revealed nurses' movements within and between various paths when improving their communication skills (**III**). The findings were in congruence with the nurses described experiences (**I**). In videotaped conversations from the end of the programme, the residents had the possibilities to use their remaining communication abilities and to communicate what was currently on their mind (**IV**). This may be related to the development of the nurses' communication skills during the programme. Conclusions of this thesis were that the nurses developed their skills in caring approach and communication when communicating with residents with dementia disease, which gave these residents possibilities to communicate according to their abilities. In order to integrate new knowledge about communication the results showed that it was necessary to combine theoretical and practical training with supervision and reflection. To provide nursing staff with this type of training could be seen as an investment for nursing homes, an opportunity to increase job satisfaction for nurses and to increase social community for residents.

Keywords: validation method; evaluation studies; dementia care; communication skills; caring approach; videotaped conversations; qualitative analyses

PUBLIKATIONSLISTA

- I. Söderlund M., Norberg A. & Hansebo G. (2012) Implementation of the validation method: Nurses' descriptions of caring relationships with residents with dementia disease. *Dementia*, 11(5) 569–587, doi:10.1177/1471301211421225.
- II. Söderlund M., Norberg A. & Hansebo G. (2013) Validation method training: nurses' experiences and ratings of work climate. *International Journal of Older People Nursing*. Published online: 22 April 2013, doi:10.1111/opn.12027.
- III. Söderlund M., Cronqvist A., Norberg A., Ternstedt BM. & Hansebo G. (2013) Nurses' movements within and between various paths when improving their communication skills – an evaluation of validation method training. *Open Journal of Nursing*, 3, 265-273. Published Online June 2013, doi:10.4236/ojn.2013.32036.
- IV. Söderlund M., Cronqvist A., Norberg A., Ternstedt BM. & Hansebo G. Conversations between residents with dementia disease and nurses – evaluation of an intervention with the Validation method. Manuscript.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1	Introduktion.....	1
2	Bakgrund	2
2.1	Validationsmetoden enligt feil	4
2.1.1	Feils antaganden om behov av validation	5
2.1.2	Empatiskt förhållningssätt	6
2.1.3	Specifika tekniker för kommunikation med validationsmetoden ...	6
2.1.4	Användning av validationsmetoden	7
2.1.5	Forskning om validationsmetoden	8
2.2	Motiv till avhandlingen.....	10
3	Syfte	11
4	Design och Metoder.....	12
4.1	Design.....	12
4.2	Implementering av träningsprogrammet	12
4.2.1	Träningsprogrammet	13
4.3	Metoder.....	13
4.3.1	Kontext.....	13
4.4	Deltagare.....	15
4.4.1	Vårdare.....	15
4.4.2	Personer med demenssjukdom involverade i vårdarnas träning	17
4.5	Datainsamling	18
4.5.1	Intervjuer	18
4.5.2	Frågeformulär	19
4.5.3	Videofilmer.....	19
4.6	Data analys	20
4.6.1	Kvalitativ innehållsanalys.....	20
4.6.2	Kvantitativ beskrivning	23
4.7	Etiska överväganden.....	23
5	Resultat	25
5.1	Studie I	25
5.2	Studie II	27
5.3	Studie III.....	28
5.4	Studie IV	30
6	Diskussion.....	32
6.1	Validationsmetoden enligt Feil.....	32
6.2	Kommunikation som vårdhandling	34
6.3	Metodologiska reflektioner	36
6.4	Konklusion.....	38
	SUMMARY IN ENGLISH.....	40
	TACK.....	43
	REFERENSER	45

TABELL OCH FIGURFÖRTECKNING

Tabell 1.	Specifika tekniker för kommunikation vid användning av validationsmetoden enligt Feil (2002)
Tabell 2.	Översikt av innehållet i träningsprogrammet
Tabell 3.	Översikt av studierna som ingår i avhandlingen
Tabell 4.	Deltagare involverade i avhandlingens fyra studier
Tabell 5.	Översikt av analysstegen i studie I
Tabell 6.	Teman och underteman i studie I
Tabell 7.	Kategorier och underkategorier i studie II
Figur 1.	Tidslinje för interventionen och forskningsstudien

1 INTRODUKTION

Människan har under hela livet behov av andra människor för sin existens och sin utveckling då det är i samspel med andra som vi utvecklas. När en person har svårt att göra sig förstådd och/eller att kunna förstå andra blir beroendet särskilt tydligt, vilket ofta är fallet för personer med svår demenssjukdom. Denna avhandling handlar om vårdarens förhållningssätt till personer med demenssjukdom med fokus på kommunikation.

Kommunikation har central betydelse i omvårdnaden och omfattar mer än att överföra information. Den syftar även till att skapa kontakt, gemenskap och upprätthålla mellanmänniska relationer (Ward et al. 2008, Lindholm 2010). I omvårdnaden av personer som har nedsatt förmåga att kommunicera, som vid demenssjukdom, ställs det ökade krav på vårdarens skicklighet i att kommunicera. Den kan bli avgörande för om mötet kan leda till en vårdande vårdrelation som medför något gott för vårdtagaren (Hansebo 2000, Björck & Sandman 2007). En vårdrelation är en mellanmännisklig relation mellan en person i behov av vård och en vårdare. Vårdrelationen blir vårdande när den utgår från personens berättelse om sina behov och önskningsar och stödjer hans eller hennes hälsoprocesser (Kasén 2002). Vid demenssjukdom sker en successiv försämring av personens förmåga att kommunicera sina behov, vilket medför att ökade krav ställs på vårdarna och deras skicklighet att kommunicera ju längre framskriden sjukdomen är.

I avhandlingen utvärderas validationsmetoden enligt Feil (2002) som implementerades med ett träningsprogram vid ett vård- och omsorgsboende. Vårdare vid tre enheter deltog under cirka ett år i träningsprogrammet med syfte att utveckla förhållningssätt till och kommunikation med personer med demenssjukdom. I studierna som ingår i avhandlingen deltog vårdbiträden, undersköterskor och en sjuksköterska, fortsättningsvis kallas alla för vårdare. Vårdarnas träning i validation involverade personer med demenssjukdom som bodde på ett vård- och omsorgsboende. Även om vårdarna är i fokus i denna avhandling är avsikten att aspekter av ny kunskap i förlängningen ska förbättra välbefinnandet för personer med demenssjukdom.

2 BAKGRUND

Befolkningen i Sverige och i övriga västvärlden blir allt äldre och i takt med detta förväntas antalet personer med demenssjukdom öka. I Sverige har cirka 150 000 personer någon form av demenssjukdom och cirka 25 000 personer uppskattas insjukna varje år. Risken att insjukna ökar med stigande ålder och av dem som är över 90 år beräknas nästan hälften drabbas av demenssjukdom (Socialstyrelsen 2013). Hur vården och omsorgen om personer med demenssjukdom planeras och utformas, samt vilka resurser som finns till förfogande har således en hög samhällsrelevans. Många kan bo kvar i det egna hemmet med hjälp av närstående och/eller hemtjänst. Allt eftersom vårdbehovet ökar kan det bli nödvändigt att flytta till ett vård- och omsorgsboende, vilket ofta innebär en svår omställning och förändring av personens livssituation vilket kan påverka välbefinnande (Sainio & Hansebo 2008, Falk et al. 2012, Sury et al. 2013). Det har också framkommit att personer som bor på vård- och omsorgsboende inte får sina behov av meningsfullhet i vardagen tillgodosedda (Dwyer 2008, Österlind 2009). Särskilt gäller det personer med demenssjukdom vilkas behov av meningsfulla aktiviteter, sociala behov och sällskap ofta inte tillgodoses (Hancock et al. 2006, Cahill & Diaz-Ponce 2011, Moyle et al. 2012).

Alla människor har behov av att kommunicera och känna att de ingår i en gemenskap med andra. Demenssjukdom kan medföra svårigheter att kommunicera det vill säga problem att minnas, orientera sig, tolka sin omgivning, uttrycka sig och förstå andra. Dessutom svårigheter med nedsatt abstraktionsförmåga, initiativförmåga och praktisk förmåga. Andra faktorer som oro, otrygghet eller störningar i den omgivande miljön kan förstärka personers svårigheter att kommunicera (Vasse et al. 2010, Eggenberger et al. 2013). Även om personer kan ha svårt att uttrycka sig med ord kan förmågan att tolka och använda icke-verbal kommunikation finnas kvar i olika omfattning (Hubbard et al. 2002, Bucks & Radford 2004, Hammar et al. 2012).

Personer med demenssjukdom kan på grund av dessa svårigheter lämnas utanför i sociala sammanhang. De blir till exempel inte tillfrågade om att delta i olika aktiviteter och det händer också att andra pratar över deras huvuden (Ward et al. 2008). Detta kan leda till känslor av frustration, sorg, ilska och till att de drar sig tillbaka, vilket kan resultera i upplevelser av ensamhet och isolering (Moyle et al. 2012), och att de inte känner sig hemma i sin situation (Zingmark 2000). Det blir därför betydelsefullt att de som vårdar dessa personer har kunskap om personernas livshistoria för att kunna vara ett stöd i kommunikationen och hjälpa dem att hålla ihop sin tillvaro (Hansebo & Kihlgren 2000, Surr 2006). Att kunna prata om sitt liv och sina upplevelser har betydelse för att bevara identiteten, känslan av att vara någon, en person (Sabat 2002, Westius et al. 2010, Hedman et al. 2012). Studier har visat att vårdare kommunicerar i mindre utsträckning med personer som har svårigheter att uttrycka sig och att göra sig förstådda än med dem som inte har sådana svårigheter (Ekman & Norberg 1988, Norbergh et al. 2001). Detta kan exempelvis bero på att när personer uttrycker sig på ett annorlunda sätt eller på ett sätt som är svårt att förstå kan det skapa osäkerhet hos vårdare. Det kan också vara relaterat till vårdares syn på och förhållningssätt till personer med demenssjukdom. Vårdarnas bemötande kan hänga samman med att de sätter sjukdomen och funktionsnedsättningarna i fokus. Symtom och beteenden som

personer uppvisar förklaras utifrån hjärnskadan, vilket kan leda till att personerna objektifieras (Kitwood 1997). En utveckling mot att vårdare också beaktar flera andra faktorer utöver hjärnskadan har förändrat synen på hur symtom och beteenden hos personer med demenssjukdom bör bemötas (Holst et al. 1997, Kitwood 1997, Scholl & Sabat 2008). Det innebär att vårdares förhållningssätt präglas av deras syn på personer med demenssjukdom och har således stor betydelse för hur kommunikationen och mötet kommer att bli. Kitwood (1997), som introducerade begreppet personcentrerad inom demensvård, menade att vård av personer med demenssjukdom ska utgå ifrån personen och hans eller hennes upplevelse av sin situation. Grundläggande för personcentrerad omvårdnad är att alla människor är unika, värdefulla och förtjänar respekt och att de trots avtagande funktioner kan leva ett meningsfullt liv (Epp 2003). I Socialstyrelsens (2010) nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom lyfts det fram som en central rekommendation att omvårdnad bör bygga på ett personcentrerat förhållningssätt. Fördelar som framhålls är att personcentrerad omvårdnad kan stödja tillit, självständighet, initiativförmåga (Kihlgren 1992, Hansebo 2000) och förmåga att utföra ADL själv (Sjögren et al. 2013) samt minska agitation (Chenoweth et al. 2009).

Det är i mötet som vårdares förhållningssätt och skicklighet i att kommunicera visar sig och blir av betydelse för om en vårdande relation kan skapas. Att det kan vara problematiskt framkommer av ett flertal studier där vårdare beskriver det svårt och krävande att vårda personer med demenssjukdom (Brodaty et al. 2003, Zimmerman et al. 2005, Edvardsson & Nordvall 2008, Edvardsson et al. 2009). Det kan vara svårt för vårdare att nå personerna och förstå deras önskemål och behov (Edberg et al. 2008). Vidare beskriver vårdare att det kan vara utmanande att bemöta olika beteendemässiga och psykiska symtom som aggressivitet, skrik, vandrande, ångest, depression eller vanföreställningar hos personer med demenssjukdom (Miyamoto et al. 2010). Vårdare vill göra det bästa för personerna, hjälpa, trösta och lindra deras lidande och förbättra deras livskvalitet samtidigt som de beskriver upplevelser av att inte räcka till (Brodaty et al. 2003, Kristiansen et al. 2006, Edberg et al. 2008). Att inte kunna hjälpa kan skapa stress och upplevelse av att känna sig otillräcklig vilket kan leda till spänningar mellan det goda man vill göra och vad man har möjlighet att göra, så kallas moralisk stress (Lütznén et al. 2003, Kristiansen et al. 2006) eller samvetsstress (Juthberg 2008, Ericson-Lidman et al. 2013).

Stöd i att hantera situationer som kan upplevas utmanande kan motverka stress och upplevelse av otillräcklighet. Arbetsmiljön på arbetsplatsen har betydelse för hur vårdare får stöd och hur stödet tas emot (Ericson-Lidman 2008). Beteenden, attityder och känslor i en arbetsgrupp påverkar processer såsom problemlösning, kommunikation, beslutsfattande och planering (Ekvall et al. 1983). Att få diskutera situationer i en arbetsgrupp kan leda till att de egna och arbetsgruppens värderingar och normer tydliggörs och till att skapa en gemensam värdegrund (Forsgårde et al. 2002). Arbetsförhållanden som präglas av ett klimat som stödjer lärande, kreativitet, motivation och engagemang har framhållits vara av betydelse både för vårdares arbetstillfredsställelse (Sellgren et al. 2008) och välbefinnandet hos personer med demenssjukdom (Norbergh et al. 2002, Edvardsson et al. 2011).

Ett flertal studier har visat att stöd i form av handledning och utbildning kan förbättra vårdares välbefinnande och bidra till arbetsglädje, motivation och engagemang (Gurnik & Hollis-Sawyer 2003, Hansebo & Kihlgren 2004, Häggström et al. 2005, Engström et al. 2010). Utöver kunskaper om demenssjukdomar är träning i att kommunicera ett vanligt förekommande innehåll i handledning och utbildning för vårdare (Vasse et al. 2010, Eggenberger et al. 2013). Träning i kommunikation kan omfatta många olika interventioner och strategier som att använda hjälpmedel och personcentrerade strategier för kommunikation (Savundranayagam et al. 2007, Young et al. 2011).

Som ovan beskrivits anses vårdares skicklighet i att kommunicera vara en nyckelfaktor för välbefinnande hos personer med demenssjukdom. Brister i kommunikationen mellan vårdare och personer kan relateras till beteendemässiga och psykiska symtom hos personerna, vilket kan bidra till en negativ och stereotyp syn på deras kommunikationsförmåga (Scholl & Sabat 2008). Det finns olika metoder som kan användas för att underlätta kommunikation med personer med demenssjukdom varav validationsmetoden är en (Socialstyrelsen 2010). I denna avhandlings studier utvärderas validationsmetoden enligt Feil (2002) med fokus på vårdares förhållningssätt till och kommunikation med personer med demenssjukdom.

2.1 VALIDATIONSMETODEN ENLIGT FEIL

Följande beskrivning av validationsmetoden baseras i huvudsak på Feil (2002) samt på hemsidan för Validation Training Institute Inc.(www.vfvalidation.org, 2013), grundat av Feil som också är institutets verkställande direktör.

Naomi Feil, som har en masterexamen i socialt arbete, började utveckla validationsmetoden 1963 utifrån sina erfarenheter av att arbeta med äldre förvirrade personer vid ett amerikanskt ålderdomshem (Feil 2002). En vanlig metod, som användes då för att förbättra situationen för personer med demenssjukdom var realitetsorientering som utvecklats av Taulbee och Folsom (1966). Realitetsorientering har en kognitiv inriktning och syftar till att hjälpa äldre förvirrade personer att orientera sig till tid, rum och person (Spector et al. 2000, Woods et al. 2012). För personer med mild till måttlig demenssjukdom har realitetsorientering visat sig ha en positiv effekt på kognition, beteende och verbal förmåga, men bedöms inte vara tillämpbar för personer med svår demenssjukdom (Socialstyrelsen 2010).

Feil (2002) fann att det var orealistiskt att hjälpa äldre förvirrade personer att orientera sig i tillvaron genom att använda realitetsorientering. Hon hävdar att en del förvirrade personer inte vill bli orienterade till tid, rum och person samt att sådana försök skapar stress och oro hos dem. Istället använder de minnen från förfluten tid som ett sätt att hantera förluster som försämrad rörlighet, kognitiv funktion, syn och hörsel, samt sociala förluster av närstående och vänner (Feil 2002). Metoden är avsedd att användas till personer vars demenssjukdom utvecklats när de var 70 år eller äldre och utan tidigare sjukdomshistoria som omfattar psykiatriska sjukdomar, psykiska funktionshinder, utvecklingsstörning, inlärningssvårigheter eller alkoholmissbruk (Feil 2002). Initialt utvecklades validationsmetoden för äldre förvirrade personer, som Feil senare påstod hade en diagnostiserad demenssjukdom (Feil 2002, s 14-15). Men enligt Morton (1999) definierar Feil dem som kan ha nytta av validation huvudsakligen

utifrån hur personerna klarat av kriser och livsuppgifter med hänvisning till Eriksons utvecklingsteori (Erikson 1985).

2.1.1 Feils antaganden om behov av validation

Feils antaganden om behov av validation baseras på Erik H Eriksons utvecklingsteori med åtta stadier (Erikson 1985). I det åttonde stadiet -ålderdomen- sammanfattas livet och personen pendlar mellan en känsla av integritet (sammanhang och helhet) och förtvivlan. Om denna kris löses på ett positivt sätt kan personen uppnå det Erikson kallar visdom. Hur kriser och livsuppgifter under de olika stadierna klarats av har betydelse för hur kommande stadier hanteras. Personer som på ett tillfredsställande sätt klarat av att lösa sina kriser och livsuppgifter kan uppnå integritet när de blir äldre. Enligt Feil (2002) behöver dessa personer inte validation. Däremot hävdar hon att äldre personer har behov av att om möjligt lösa oavslutade konflikter och söka svar på centrala livsfrågor före döden. Äldre personer som har oavslutade konflikter och livshändelser kan komma till ett utvecklingsstadium som hon kallar för 'The four stages of resolution' omfattande:

- Malorientering – personer uttrycker tidigare konflikter i förtäckta former.
- Tidsförvirring – personer kan inte längre hålla isär nutid och dåtid, retirerar inåt.
- Upprepande rörelser – personer använder rörelser för att ersätta ord och för att arbeta sig igenom olösta konflikter.
- Vegeterande – personer drar sig tillbaka helt och stänger ute omvärlden.

Personer som befinner sig i något av dessa stadier kan på grund av nedsättning av kognitiva funktioner ha svårigheter att kommunicera med ord och istället kan beteende och rörelser spegla deras behov. Oftast befinner sig en person på ett stadium större delen av tiden men kan också röra sig mellan stadierna under dygnets timmar (Feil 2002). Feils antaganden som beskrivits ovan har inte använts i denna avhandling.

Utöver de antaganden som beskrivits ovan stödjer Feil validationsmetoden på principer med en psykodynamisk inriktning. Principerna sammanfattas kortfattat i följande punkter:

- Alla äldre människor är unika, värdefulla och ska bemötas som individer.
- Även personer som betar sig annorlunda eller är förvirrade ska accepteras utan fördömanden.
- Att lyssna med empati kan skapa förtroende, minska ångest och återställa personers värdighet.
- Smärtsamma känslor som uttrycks, erkänns och valideras av en betrodd lyssnare kan avta medan smärtsamma känslor som ignoreras eller undertrycks kan komma att öka i styrka.
- Det finns en anledning bakom en äldre förvirrad persons beteende.
- De anledningar som ligger bakom en äldre förvirrad persons beteende kan vara att grundläggande mänskliga behov inte är tillgodosedda, till exempel behov av trygghet, av att känna sig respekterad, av att få uttrycka sig och bli hörd.
- Tidigt inlärd beteenden återkommer när den verbala förmågan och minnet sviktar.

- Personliga symboler eller saker som används av äldre förvirrade personer representerar människor, saker eller begrepp från det förflutna, vilka är av känslomässig betydelse.
- Förvirrade äldre personer kan ibland befinna sig på flera nivåer av medvetenhet.
- När sinnen försämras kan till exempel syn- och hörselminnen från tidigare i livet användas för att ersätta förlusterna.
- Händelser, känslor, färger, ljud, dofter, smaker och bilder skapar känslor som kan utlösa liknande känslor som upplevts tidigare i livet.

(Feil 2002, Validation Training Institute, Inc., www.vfvalidation.org, 2013)

2.1.2 Empatiskt förhållningssätt

Validationsmetoden enligt Feil (2002) förutsätter att ett empatiskt förhållningssätt genomsyrar vårdarens tankar och handlingar. Det empatiska förhållningssättet beskrivs innebära att acceptera och respektera en person med demenssjukdom som han/hon är utan fördömanden och att försöka förstå vad personen försöker kommunicera. Uttryck som empatiskt lyssnande (Feil 2002), ”att gå i den andres skor” eller ”att se världen genom den andres ögon” används för att beskriva förhållningssättet (Validation Training Institute, Inc., www.vfvalidation.org, 2013). Denna korta beskrivning av det empatiska förhållningssätt som validationsmetoden enligt Feil förutsätter, tyder på att empati ses som en allmänmänsklig egenskap. Beskrivningar av begreppet empati i vetenskaplig litteratur visar att begreppet är mera komplext än vad som framkommer ovan (Kunyk & Olson 2001).

2.1.3 Specifika tekniker för kommunikation med validationsmetoden

De specifika tekniker för kommunikation som metoden bygger på omfattar både verbala och icke-verbala tekniker, se tabell 1. Vissa av teknikerna beskrivs kunna användas under alla de fyra stadier som beskrivits ovan, medan andra endast kan användas i vissa stadier (Feil 2002). Utöver de i tabell 1 redovisade teknikerna för kommunikation, betonar Feil att för att kunna lyssna med empati måste vårdare försöka stänga ute sina egna känslor av stress, ilska och frustration före användning av validationsmetoden. Detta kan ske genom det Feil kallar för centrering och beskriver som en avslappningsövning där vårdaren fokuserar på sin egen andning under cirka tre minuter. Teknikerna är enligt Feil (2002) enkla att lära sig under en kursdag, men för att lära sig de bakomliggande teoretiska principerna för teknikerna kan mer träning behövas. Det kan ifrågasättas om det är riktigt att benämna alla dessa tekniker som specifika för validationsmetoden. Liknande bekräftande kommunikationstekniker kan till exempel återfinnas i Carl Rogers klientcentrerade terapi (Rogers 1951) som anses ha haft stor inverkan på utvecklingen av validationsmetoden (Morton 1999).

Tabell 1. Specifika tekniker för kommunikation vid användning av validationsmetoden enligt Feil (2002)

Kommunikationsteknik		Beskrivning
Verbala	Använda icke hotfulla sakliga ord	att bygga upp förtroende genom att använda sakliga ord för att undersöka fakta med frågeorden <i>vem, vad, när, var</i> och <i>hur</i> . Ordet <i>varför</i> bör undvikas eftersom det kan vara svårt för personerna att svara på
	Omformulera, upprepa kärnan i det personen sagt	att använda samma nyckelord och även matcha tonfallet, rytmen och känslan i det som sägs kan ge trygghet
	Använda polaritet	att ställa frågor om ytterligheter som vad som är det värsta eller det bästa i en situation
	Föreställa sig det motsatta	att fråga om det finns tillfällen när en situation eller händelse inte äger rum, för att hjälpa personen att minnas hur en likande situation eller händelse hanterats tidigare under livet. Kan användas med omformulering och reminiscens
	Använda reminiscens	att utforska det förflutna kan vara till hjälp för att minnas tidigare färdigheter av att till exempel att hantera stress
	Använda tvetydighet	att använda obestämda pronomen som <i>han, hon, den, det, de, något</i> eller <i>någon</i> som ett substitut för uttryck eller ord som är svåra att förstå vad som avses med
	Använda det favoriserade sinnet	att använda ord som matchar personens användning av ord som relaterar till syn, hörsel eller känslor
Icke verbala	Använda ögonkontakt	upprätthålla nära ögonkontakt genom att vara i ögonhöjd med personen
	Använda en tydlig, låg, och kärleksfull röst	att förmedla en varm atmosfär och respekt genom tonfall i kombination med beröring och ögonkontakt
	Matcha rörelser och känslor (spegling)	att observera och spegla rörelser och känslor kan hjälpa vårdare att förstå personens känslöstämning
	Använda beröring	att beröra utifrån personens individuella behov av kroppskontakt kan vara allt från lätt beröring på underarmen till att ha nära kroppskontakt
	Använda musik och sång	att använda musik och sjunga välkända sånger kan användas som ett sätt att kommunicera när personens förmåga att uttrycka sig med ord har minskat
	Koppla beteende till behov	att tolka beteende som repetitiva rörelser eller användning av symboler som uttryck för grundläggande mänskliga behov som är svåra för personens att uttrycka verbalt (t ex behov av trygghet, att känna sig nyttig)

2.1.4 Användning av validationsmetoden

Validationsmetoden är avsedd att kunna användas av både närstående och personal som möter personer med demenssjukdom. Metoden kan användas i grupp då 5-10 personer med demenssjukdom träffas cirka en gång per vecka tillsammans med en vårdare som är kunnig i validationsmetoden. Metoden kan också användas som individuell validation, vilket innebär att vårdare använder validationsmetoden med en person i taget när personen verkar behöva det. Båda användningssätten har kritiserats för att vara resurskrävande. En validationsgrupp behöver utöver gruppleddare även andra vårdare som hjälper till i gruppen och med att följa personer med demenssjukdom till och från gruppen. Om individuell validation används som en integrerad del av vården förutsätts att flera vårdare på en enhet får utbildning och träning i validationsmetoden (Robb et al. 1986).

Feil (2002) hävdar att för personer med demenssjukdom kan validationsmetoden främja kommunikation och samspel med omgivningen vilket kan påverka deras självkänsla

positivt, minska stress och oro samt behovet av läkemedel mot oro och ångest. Dessutom hävdar Feil att om personerna får hjälp att lösa oavslutade livshändelser kan det minska tendensen att de drar sig tillbaka från omvärlden och istället använder sina kvarvarande resurser, vilket kan underlätta självständigt boende så länge som möjligt. Hon hävdar också att användning av validationsmetoden kan bidra till att minska frustration, förebygga utbrändhet, främja kommunikation och öka arbetstillfredsställelse hos vårdare. Det saknas emellertid publicerade vetenskapliga studier som stödjer dessa påståenden, rörande både personer med demenssjukdom och vårdare.

Sammanfattningsvis kan sägas att validationsmetoden har utvecklats från praktisk erfarenhet av vård av förvirrade äldre personer från början av 1960-talet och kompletterats med olika teoretiska antaganden senare (Morton 1999). Enligt Morton (1999) anser Feil att en demenssjukdom eller annan sjukdom inte behöver orsaka förvirringen. Istället hävdar Feil att förvirringen relateras till ouppklarade livskriser utifrån Eriksons utvecklingsteori. Morton beskriver att användningen av validation till personer med demenssjukdom har tillkommit senare. Validationsmetoden enligt Feil har kritiserats för att vara osammanhängande och föga övertygande och med en teorisk grund sammanslagen av fler olika influenser och inkompatibla källor (Morton 1999). Principerna har ifrågasatts liksom om de specifika teknikerna för kommunikation är till någon nytta (Goudie & Stokes 1989)

2.1.5 Forskning om validationsmetoden

I systematiska översiktsstudier om forskning om vård av personer med demenssjukdom har den vetenskapliga kunskapen om validationsmetoden bedömts som otillräcklig (Neal & Briggs 2003, SBU 2008, Socialstyrelsen 2010). På grund av metodologiska svagheter, som att olika utfallsmått använts eller att diagnoskriterier varit oklara, har det varit svårt att jämföra studierna. Nedan följer en redovisning av studier där validationsmetoden använts vid vård av personer med demenssjukdom. Studierna har genomförts i USA, Storbritannien, Nederländerna och Italien. Endast engelskspråkiga publikationer i referee-bedömda vetenskapliga tidskrifter är inkluderade i denna genomgång.

En övervägande del av de studier som genomförts har undersökt effekter av validationsmetoden på personer med demenssjukdom. Studierna har övervägande haft en kvantitativ design (Robb et al. 1986, Morton & Bleathman 1991, Bleathman & Morton 1992, Scanland & Emershaw 1993, Toseland et al. 1997, Deponte & Missan 2007, Tondi et al. 2007). Faktorer som undersökts har främst varit kognitiv status, beroende av hjälp för aktiviteter i dagliga livet (ADL), beteendemässiga och psykiska symtom, samt depression hos personer med demenssjukdom som deltar i en validationsgrupp. Som kontrollgrupp har använts grupper som använt reminiscensmetod (Butler 1963, Woods et al. 2005, Dempsey et al. 2012), realitetsorientering (Taulbee & Folsom 1966, Woods et al. 2012), så kallad social gruppträff (Toseland et al., 1997) eller vanlig vård (Tondi et al. 2007). I studierna har antalet deltagare i validationsgrupperna varierat från 5 till 31, tiden i validationsgrupp från 3 månader till 1 år och antalet gruppträffar från 1 timme/vecka till 30 minuter 5 gånger/vecka. I studierna redovisas inte vilken utbildning och träning gruppledarna haft

i validationsmetoden, förutom i en studie av Toseland et al (1997) där gruppledarna var tränade och fick handledning av Feil. Ingen av dessa studier har kunnat påvisa statistiskt signifikanta resultat till fördel för validationsgrupperna, vilket kan ha olika orsaker. En orsak kan vara att validation i grupp inte har någon inverkan på de variabler som studerats, en annan orsak kan vara att utvärderingsinstrumenten varit okänsliga för de variabler de avsetts mäta.

Även om inte statistiskt signifikanta resultat har kunnat påvisas har positiva resultat av deltagande i validationsgrupper beskrivits i kvantitativa studier. Personer med demenssjukdom har rapporterats ha färre beteendemässiga symtom och lägre grad av symtom på depression vid deltagande i validationsgrupp jämfört med sensorisk reminiscens och vanlig vård (Deponte & Missan 2007), respektive validationsgrupp jämfört med vanlig vård (Tondi et al. 2007). Morton och Bleathman (1991) rapporterade från en observationsstudie att den verbala interaktionen mellan deltagare ökade i en validationsgrupp jämfört med utanför gruppen.

I det fåtal studier där resultat av individuell validation beskrivits, har det varit svårt att urskilja effekterna av denna form av validation. I en studie av Tondi et al (2007) användes validationsmetoden både i grupp och individuellt, men effekterna av grupp- respektive individuell validation redovisas inte separat. Individuell validation har studerats när det använts tillsammans med reminiscens och sensorisk stimulering i så kallad 'emotion oriented care' (Finnema et al. 2000, Schrijnemaekers et al. 2002). Positiv påverkan på emotionell balans och bevarande av en positiv självbild för personer med mild till måttlig demenssjukdom har rapporterats (Finnema et al. 2005). Resultatet kan dock inte anses vara specifikt för validationsmetoden då 'emotion oriented care' inkluderar delar från olika metoder.

I en kvalitativ studie analyserades inspelade samtal från en validationsgrupp för personer med demenssjukdom. Den kvalitativa analysen visade att personerna uttryckte sina känslor med djup och intensitet vilket var i stor kontrast till hur de kommunicerade utanför gruppen (Bleathman & Morton 1992). Det var dock oklart vad som bidrog till det positiva resultatet, om det var att specifika tekniker för kommunikation enligt validationsmetoden användes eller att personerna fick möjlighet att samtala i en grupp som utformats för att underlätta för dem att använda sina kvarvarande resurser.

Forskning som fokuserat på vårdare och användning av validationsmetoden är sparsam. En studie har utvärderat individuell validation och vårdares agerande (Fine & Rouse-Bane 1995). Denna studie visade att vårdare som tränat individuell validation använde mera ändamålsenliga strategier för kommunikation med personer med demenssjukdom efter träningen. Finnema et al (2005) redovisade att vårdare som i stor utsträckning tillämpade strategier från ett träningsprogram med 'emotion oriented care' där individuell validation ingick som en del, uppvisade färre stressreaktioner än vårdare som inte gjorde det. Resultatet kan inte anses vara specifikt för validationsmetoden.

Sammanfattningsvis visar forskning att den vetenskapliga kunskapen om validationsmetoden bedömts som otillräcklig för att kunna rekommenderas för användning i vård av personer med demenssjukdom (Neal & Briggs 2003, SBU 2008, Socialstyrelsen 2010). Resultat från studier om individuell validation som enskild

metod och från studier om validationsmetoden ur vårdarens perspektiv är bristfällig, varför det är angeläget att fortsätta studera detta.

2.2 MOTIV TILL AVHANDLINGEN

Av personer som bor i vård- och omsorgsboende uppskattas cirka hälften ha en demenssjukdom (Socialstyrelsen 2009). De svårigheter att kommunicera som demenssjukdom kan medföra har till följd att dessa personer är beroende av vårdare för att etablera och upprätthålla relationer med omgivningen (Hansebo & Kihlgren 2002). Studier visar att vårdare beskriver det som påfrestande och utmanande att arbeta med vård av personer med demenssjukdom, där svårigheter att kommunicera med personerna utgör en betydande faktor (Brodaty et al. 2003, Zimmerman et al. 2005, Edvardsson & Nordvall 2008, Edvardsson et al. 2009). Svårigheterna att kommunicera kan leda till att vårdare kommunicerar i mindre utsträckning med personer som har kommunikationsvårigheter än med dem som inte har det (Ekman & Norberg 1988, Norbergh et al. 2001). Det kan minska välbefinnandet för personerna och kan leda till olika beteendemässiga och psykiska symtom. Vårdarens skicklighet i att kommunicera är en nyckelfaktor för välbefinnande hos personer med demenssjukdom (Ward et al. 2008).

Olika metoder används för att underlätta kommunikation med personer med demenssjukdom varav validationsmetoden är en (Socialstyrelsen 2010). Trots att systematiska översiktstudier har visat att den vetenskapliga kunskapen om validationsmetoden är otillräcklig för att kunna rekommendera användning, är metoden spridd och används av vårdare vid vård av personer med demenssjukdom. Vårdarens erfarenheter av att använda validationsmetoden är bristfälligt studerade och behöver beskrivas och utvärderas. Det kan bidra med kunskap dels om hur de använder metoden och dels om hur de beskriver att personer med demenssjukdom och de själva påverkas av metoden. Dessutom är utbildning och träning i validationsmetoden enligt Feil resurskrävande. Det är därför angeläget att undersöka på vilket sätt vårdarens träning i att använda validationsmetoden kan påverka vårdandet av personer med demenssjukdom.

3 SYFTE

Avhandlingens övergripande syfte har varit att utvärdera validationsmetoden enligt Feil (2002) genom att beskriva vårdares erfarenheter och observerade färdigheter att kommunicera under implementering av ett träningsprogram. Avhandlingen bygger på fyra studier med följande syften

- I. Att belysa vårdares erfarenheter av kommunikation och relationer med personer med demenssjukdom (1) före och efter träning av validationsmetoden, och (2) att jämföra erfarenheter hos dessa vårdare och hos vårdare som har lång erfarenhet av att använda validationsmetoden.
- II. Att undersöka de deltagande vårdarnas erfarenheter av att delta i ett träningsprogram i validationsmetoden samt att beskriva hur hela vårdpersonalen skattade arbetsklimatet före och efter programmet
- III. Att utforska eventuella förändringar av vårdares skicklighet i att kommunicera med personer med demenssjukdom när de tillämpade validationsmetoden, observerade i videoinspelade individuella samtal.
- IV. Att belysa hur personer med demenssjukdom reagerar och agerar under individuella samtal med vårdare som deltagit i ett års träning av validationsmetoden, observerade på videofilm.

4 DESIGN OCH METODER

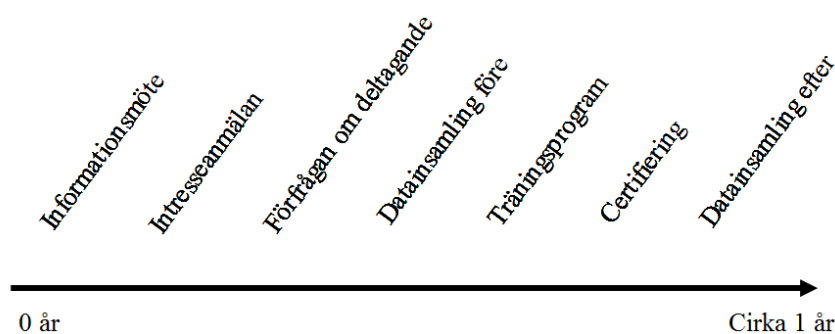
4.1 DESIGN

Denna avhandlings design bygger på principer för naturalistisk forskning och utvärdering med kvalitativ metod. Principer för naturalistisk forskning är att den sker i deltagarnas naturliga miljö och efterfrågar deras erfarenheter (Lincoln & Guba 1985). På så sätt kan kunskap utvecklas från dem som har erfarenhet av hur validationsmetoden enligt Feil (2002) kan påverka förhållningssätt till och kommunikation med personer med demenssjukdom. Enligt Patton (2008) bör utvärderingar bygga på strategier som förbättrat användbarheten för de avsedda användarna, varför det är betydelsefullt att få deltagarnas erfarenheter från verkliga och vardagliga situationer. Utvärdering har som ändamål att undersöka och bedöma resultat av åtgärder eller processer som haft ska förbättra och lösa problem av något slag (Patton 2002). Genom att utvärdera hur en åtgärd eller process genomförs som till exempel ett programs innehåll, metoder och implementering, kan kritiska delar som bidragit till programmets framgång eller misslyckande beskrivas och förstås. För detta är kvalitativa metoder speciellt användbara då de kan ge detaljerade och nyanserade beskrivningar av skillnader bland deltagarna (Patton 2002). Datasamling och analys i denna avhandling är till övervägande del genomförd med olika kvalitativa metoder och med en kvantitativ kompletterande del (Morse & Niehaus 2009).

4.2 IMPLEMENTERING AV TRÄNINGSPROGRAMMET

Implementering av ett träningsprogram i validationsmetoden genomfördes under cirka ett år (2005-2006) vid tre enheter vid ett vård- och omsorgsboende. Programmet genomfördes enligt då aktuella riktlinjer. Initiativet till att implementera träningsprogrammet togs av ledningen för vård- och omsorgsboendet, som hade sökt och beviljats medel för att genomföra programmet. Vid arbetsplatsen fanns en klinisk lektor från högskola som var projektledare.

Inledningsvis hölls ett informationsmöte om validationsmetoden enligt Feil (2002) och om träningsprogrammet som all vårdpersonal vid de tre enheterna var inbjudna till. Informationen gavs av en person som var certifierad handledare i validationsmetoden. Efter informationsmötet anmälde vårdare som var intresserade av att delta i träningsprogrammet sitt intresse till sin närmaste chef. Figur 1 visar en tidslinje för interventionens och forskningsstudiens genomförande.



Figur 1. Tidslinje för interventionen och forskningsstudien

4.2.1 Träningsprogrammet

Träningsprogrammet i validationsmetoden omfattade teori, övningar, praktisk träning och handledning under 10 heldagar utspridda under cirka ett år. Dessa 10 dagar innehöll information om validationsmetoden, åldrande, demenssjukdomar, och olika övningar (utbildningsdag 1-3) samt handledning (utbildningsdag 4-10). Ledare för träningsprogrammet var en certifierad handledare. Tabell 2 visar en översikt av träningsprogrammets innehåll. Efter den tredje utbildningsdagen ingick praktisk träning i validationsmetoden som utfördes av deltagarna i deras dagliga arbete. Utifrån den certifierade handledarens instruktioner valde varje deltagare tre personer med demenssjukdom i olika stadier. Personerna skulle vara väl kända av deltagarna och inte ha någon sjukdomshistoria med psykiatriska sjukdomar eller missbruk (Feil 2002). Den praktiska träningen innebar att ha individuella samtal med tre personer två till tre gånger per vecka. För varje person gjorde deltagarna en validationsplan och under träningen dokumenterades samtalen i form av reflektionsanteckningar. Utöver detta videofilmade deltagarna ett samtal med en och samma person en gång per månad inför handledning (utbildningsdag 4-10). Vid handledningen tittade den certifierade handledaren och deltagarna tillsammans på videofilmerna och läste reflektionsanteckningarna. Varje deltagare fick handledning och återkoppling på sitt inspelade samtal av den certifierade handledarens och de andra deltagarna. Sedan träningsprogrammet var genomfört fanns möjlighet för deltagarna att bli certifierade i validationsmetoden genom att ha godkänd dokumentation av sin praktiska träning och ha godkänt resultat vid ett skriftligt prov

4.3 METODER

4.3.1 Kontext

Vid det kommunala vård- och omsorgsboende där träningsprogrammet genomfördes var 3 enheter med verksamhet dygnet runt involverade. Vid varje enhet bodde 24-27 personer med stort omvårdnadsbehov i var sin lägenhet med trinettkök och toaletttrum med dusch. Enheterna var indelade i 3 grupper med 8-9 lägenheter per grupp. I de gemensamma utrymmena fanns matsal och sällskapsrum. På enheterna arbetade sjuksköterskor, undersköterskor och vårdbiträden. Arbetet var organiserat i gruppvård och vårdarna var kontaktpersoner för 1-2 boende var. Vid tidpunkten då träningsprogrammet genomfördes fanns en enhetschef för varje enhet.

Tabell 2. Översikt av innehållet i träningsprogrammet

Träningsprogram i validationsmetoden (VM)			
Utbildningsdag 1	Utbildningsdag 2	Utbildningsdag 3	Utbildningsdag 4-10
Introduktion till VM och träningsprogrammet Teoretisk grund till VM <i>Övning</i> Empati/sympati	Mål och principer för VM Åldrande Demenssjukdom Teoretisk grund till VM <i>Övningar</i> Integritet och revir Hur man kan få stöd, känna sympati eller empati	Mål och principer för VM Åldrande Demenssjukdom Teoretisk grund till VM Symboler <i>Övningar</i> Centrera Verbalisera känslor och relatera beteende till grundläggande behov Kommunikation vid nedsatt hörsel och talsvårigheter Non-verbal kommunikation	Handledning i VM, deltagarnas videofilmer och reflektionsanteckningar
<hr/> VM träning med personer med demenssjukdom Samtal med 3 personer med demenssjukdom 2-3 ggr/vecka Videofilm av ett samtal 1 g/månad <hr/>			

4.4 DELTAGARE

För att ge en överblick för projektets olika studier presenteras syfte, deltagare, datamaterial och analysmetod i tabell 3.

I avhandlingens olika studier ingår vårdare som deltog i träningsprogrammet och personer med demenssjukdom som blev involverade i vårdarnas träning av validationsmetoden. Dessutom ingår vårdare med lång erfarenhet av validationsmetoden och utgjorde en jämförelsegrupp i studie **I**. I tabell 4 redovisas data för vårdare och personer med demenssjukdom som deltog i avhandlingens 4 studier.

4.4.1 Vårdare

4.4.1.1 Vårdare som deltog i träningsprogrammet

Respektive enhetschef fattade beslut om vilka vårdare som skulle delta i träningsprogrammet. Därefter tillfrågades de om deltagande i forskningsstudien. Initialt deltog 11 vårdare (1 sjuksköterska, 6 undersköterskor, 4 vårdbiträden), men 2 vårdare (1 undersköterska, 1 vårdbiträde) avbröt sitt deltagande på grund av sjukdom respektive avslutad anställning. Därför påbörjade 3 andra vårdare (1 undersköterska, 2 vårdbiträden) som anmält intresse att delta programmet strax efter dess start. Vårdarna hade olika kompetens för och erfarenhet av att arbeta med personer med demenssjukdom. Tolv vårdare fullföljde hela träningsprogrammet och deltog i studie **I** och **II**. Åtta av dessa tolv vårdare deltog i de videoinspelade samtal som ingick i studie **III** och fyra i studie **IV**.

4.4.1.2 Vårdare med lång erfarenhet av validationsmetoden - jämförelsegrupp

Nio vårdare (6 undersköterskor, 3 vårdbiträden) med lång erfarenhet av att använda validationsmetoden intervjuades. Fyra arbetade på en vårdavdelning och fem på en dagvårdsenhet. Sju hade tidigare genomgått träningsprogram i validationsmetoden enligt Feil (2002), upplagt på samma sätt som för de deltagande vårdarna, medan två vårdare hade genomgått en introduktionskurs i validationsmetoden. Vårdarna hade 1-11 års erfarenhet av att använda validationsmetoden (median=10 år).

Vårdarna i jämförelsegruppen hade sin arbetsplats vid ett icke vinstdrivande privat vård- och omsorgsboende och därifrån deltog vårdare från två enheter, en för boende och en för dagvårdsverksamhet. Vid enheten för boende fanns 24 lägenheter med plats för 26 personer, två lägenheter var tvårummare. Varje lägenhet hade köksvrå och toalett och i de gemensamma utrymmena fanns matsal och sällskapsrum. Personalgruppen bestod av sjuksköterskor, undersköterskor och vårdbiträden som arbetade i gruppvård och var kontaktpersoner för en till två boende var. Dagvårdsenheten besöktes av cirka 10 personer per dag. Olika aktiviteter som hushållssysslor, utomhusvistelse, underhållning och musik anordnades. Personalgruppen bestod av undersköterskor och vårdbiträden.

Tabell 3. Översikt av studierna som ingår i avhandlingen

Studie	Syfte	Deltagare	Datamaterial	Analysmetod
I	Att belysa vårdares erfarenheter av kommunikation och relationer med personer med demenssjukdom (1) före och efter träning av validationsmetoden, och (2) att jämföra deras erfarenheter med vårdare som har lång erfarenhet av att använda validationsmetoden	(1) Tolv vårdare som deltog i träningsprogrammet (2) Nio vårdare med erfarenhet av validationsmetoden.	Individuella intervjuer (1) före och efter med vårdare som deltog i programmet (2) med vårdare med erfarenhet av validationsmetoden	Kvalitativ innehållsanalys inspirerad av Patton (2002)
II	Att undersöka de deltagande vårdarnas erfarenheter av att delta i ett 1-årigt träningsprogram i validationsmetoden (1), samt att beskriva skattning av arbetsklimatet bland hela vårdpersonalen före och efter programmet (2)	(1) Tolv vårdare som fullföljde träningsprogrammet (2) Frågeformuläret distribuerades till vårdpersonalen (dagskift) vid de tre vårdenheter där validationsmetoden implementerades (före n=53, efter n=56)	(1) Individuella intervjuer med vårdare efter träningsprogrammet (2) Frågeformulär om arbetsklimat	(1) Kvalitativ innehålls analys inspirerad av Patton (2002) och Graneheim & Lundman (2004) och (2) deskriptiv statistik (Altman 1991)
III	Att undersöka eventuella förändringar av vårdares skicklighet i att kommunicera med personer med demenssjukdom när de tillämpade validationsmetoden, observerade i videoinspelade individuella samtal	Åtta vårdare som videofilmade samtal med elva personer med demenssjukdom	Videofilmer med minst fem månader mellan första och sista videofilmerna	Kvalitativ jämförande analys inspirerad av Collier & Collier (1986) av första och sista videofilmerna
IV	Att belysa hur personer med demenssjukdom reagerar och agerar under individuella samtal med vårdare som deltagit i ett års träning av validationsmetoden, observerade på videoband validationsmetoden	Fyra personer med demenssjukdom och fyra vårdare som hade samtal med varandra under minst fem månader	Videofilmer med minst fem månader mellan första och sista videofilmerna	Kvalitativ analys inspirerad av Collier & Collier (1986) av första och sista videofilmerna

Tabell 4. Deltagare involverade i avhandlingens fyra studier

Studie	Deltagare	Yrke Ssk/Usk/Vb	Ålder*	Vård- erfarenhet*	På nuvarande enhet*	Kvinna /Man
I	Vårdare (n=14)	1/7/6	43,5 (29-63)	12,5 (1-36)	7 (1-36)	14/0
	Vårdare i jämförelsegruppen (n=9)	0/6/3	45 (36-54)	20 (15-30)	11 (1-15)	9/0
II	Vårdare (n = 12)	1/6/5	43,5 (31-63)	12,5 (1-36)	7 (1-36)	12/0
	Vårdpersonal före (n = 53)	8/22/23	45 (36-54)	-	-	49/4
	Vårdpersonal efter (n = 56)	8/24/24	47 (20-67)	-	-	50/6
III	VM grupp (n=8)	1/4/3	49,5(33-63)	16,5 (1-36)	6,5(1-36)	8/0
	Personer med demenssjukdom (n=11)	-	85,5 (77-94)	-	-	9/2
IV	VM grupp (n=4)	0/2/2	50,5 (33-60)	11,5(1-18)	11,5 (1-18)	4/0
	Personer med demenssjukdom (n=4)	-	86,5 (77-94)	-	-	4/0

Ssk = Leg sjuksköterska; Usk = Undersköterska; Vb = Vårdbiträde. *år, median (variationsvidd)

4.4.2 Personer med demenssjukdom involverade i vårdarnas träning

Totalt var 29 personer med demenssjukdom (23 kvinnor och 6 män) involverade i vårdarnas träning av validationsmetoden. Personernas medianålder var 88 år (variationsvidd 77-94 år). Fyra personer avled under året träningsprogrammet pågick, och en vårdare bedömde att validationsmetoden inte var lämplig för en person varför vårdaren avbröt. Av dessa 29 personer deltog 14 i videospelade samtal varav 11 ingick i studie **III** och fyra i studie **IV**.

Vid det kommunala vård- och omsorgsboendet där träningsprogrammet genomfördes användes ett instrument för att bedöma personernas behov och kognitiv förmåga, RAI – Bedömning av vårdbehovet i särskilda boendeformer, MDS, version 2.1 (Resident Assessment Instrument/Minimum Data Set (RAI/MDS) (Morris et al. 1990, Morris et al. 1994, Hansebo et al. 1998). Bedömning med RAI-instrumentet har visat god tillförlitlighet (Hawes et al. 1995, Sgadari et al. 1997). I bedömningsinstrumentet är en skala för bedömning av den kognitiva förmågan integrerad (MDS Cognitive Performance Scale (CPS)). Skalan omfattar fem punkter av RAI/MDS och skattar grad av kognitiv förmåga hos personer. Dessa fem punkter är (svarsalternativ): komatös (ja/nej), korttidsminne (0-1), förmåga att fatta dagliga beslut (0-3), att äta själv (ja/nej), samt att göra sig själv förstådd (0-3). Sammanställningen av CPS sker via ett dataprogram och visar från intakt kognitiv förmåga (0) till mycket svårt nedsatt

kognitiv förmåga (6). Skalan har visat god överensstämmelse med Mini-Mental State Examination (Hartmaier et al. 1994, Morris et al. 1994, Paquay et al. 2007).

Eftersom data redan fanns insamlade med bedömningsinstrumentet användes dessa för att bedöma personernas kognitiva status med CPS och personerna behövde då inte utsättas för något ytterligare test. Av personer med demenssjukdom som var involverade i träningsprogrammet hade 83 % CPS motsvarande 4-6 (Morris et al. 1994).

4.5 DATAINSAMLING

Datainsamling gjordes både innan och efter implementeringen av träningsprogrammet och omfattade intervjuer (studierna **I** och **II**), frågeformulär (studie **II**), och videofilmer (studierna **III** och **IV**).

4.5.1 Intervjuer

För att få kunskap om vårdarnas erfarenheter av att kommunicera med personer med demenssjukdom och av validationsmetoden användes intervjuer som datainsamlingsmetod i studie **I** och **II** (Kvale, 1997). Intervju är en form av professionellt samtal med en asymmetrisk relation mellan parterna, då det är forskaren som bestämmer ämnet för samtalet och kontrollerar situationen. Men under intervjuerna eftersträvades att situationen skulle ha formen av ett mellanmänniskt samtal som kunde möjliggöra för vårdarna att fritt berätta sina erfarenheter. Intervjutillfällena inleddes med att forskaren kort berättade om syftet med intervjun och användning av bandspelare. Intervjuerna avslutades med att ge möjlighet för vårdarna att ta upp ämnen eller frågor (Kvale 1997).

Vårdare som deltog i träningsprogrammet intervjuades innan dess start och direkt efter att det avslutats. Vårdare i jämförelsegruppen intervjuades en gång. Två personer genomförde intervjuerna varför en intervjuguide användes för att säkerställa att samma områden täcktes under alla intervjuerna. Vid behov ställdes följdfrågor utifrån det vårdarna talade om. Vårdare som deltog i träningsprogrammet intervjuades före och efter av författaren (MS), medan vårdare med lång erfarenhet intervjuades av en högskoleadjunkt med magisterexamen. Samtliga intervjuer ägde rum på vårdarnas arbetsplatser i ett samtalsrum och spelades in på band.

Intervjuerna med de 14 deltagarna i träningsprogrammet inleddes med att vårdarna ombads att berätta om sina erfarenheter av att vårda personer med demenssjukdom (studie **I**). Intervjuguiden vid dessa intervjuer omfattade dessutom följande områden: att berätta om en dag på enheten, att berätta om kommunikation med personer med demenssjukdom, samt att berätta om situationer som kan uppstå i vården och hur vårdarna hanterade dessa. Intervjuerna varade från 8 till 30 minuter (median=14 minuter). En del av intervjuerna innehöll mestadels korta beskrivningar medan andra innehöll berättelser.

Intervjuerna med de 9 vårdare i jämförelsegruppen inleddes med att vårdarna ombads att berätta om sina erfarenheter av validationsmetoden (studie **I**). För övrigt användes

samma intervjuguide som ovan. Intervjuerna varade från 13 till 47 minuter (median=24 minuter) och innehöll till största del berättelser.

Vid intervjuerna efter avslutat träningsprogram ombads vårdarna att berätta om sina erfarenheter av att använda validationsmetoden (studie **I**). Intervjuguiden vid dessa intervjuer omfattade dessutom att berätta om eventuella skillnader i kommunikation med personer med demenssjukdom samt i hur situationer som kan uppstå i vården hanterades när vårdarna använde validationsmetoden. Under intervjuerna ombads vårdarna att även berätta om sina erfarenheter av att delta i träningsprogrammet (studie **II**). De 12 vårdare som fullföljde hela träningsprogrammet intervjuades efter att träningsprogrammet avslutats. Intervjuerna varade från 20 till 37 minuter (median=29 minuter) och innehöll mestadels berättelser.

4.5.2 Frågeformulär

Frågeformulär med fasta svarsalternativ är ett tids- och kostnadseffektivt sätt att samla in data från flera personer. Med enhetliga svarsalternativ blir det enkelt att koda svaren. En nackdel är att frågeformulär inte tillåter någon flexibilitet och därför är ett ganska trubbigt instrument. Frågor eller påståenden kan tolkas på olika sätt vilket kan leda till missförstånd som inte kan rättas till (Polit & Beck 2004). I denna avhandling valdes ett skriftligt frågeformulär med fasta svarsalternativ för datainsamling av vårdpersonalens beskrivning av arbetsklimatet vid de tre deltagande enheterna (studie **II**).

Frågeformuläret omfattade 10 dimensioner av arbetsklimat med 5 påståenden per dimension, totalt 50 påståenden (Ekvall et al. 1983). Påståendena är utformade så att respondenten uppmanas ta ställning till hur väl påståendena stämde in på förhållanden som råder på den egna arbetsplatsen (Ekvall 1996). Svarsalternativen utgjordes av en 4-gradig svarsskala från 0=stämmer inte alls till 4=stämmer i hög grad. Höga värden indikerar att klimatet beskrivs som kreativt, utom för dimensionen konflikter där värdet är omvänt (lågt värde för ett kreativt klimat). Frågeformuläret har använts inom olika typer av verksamheter och visat sig ha god reliabilitet (Ekvall 1996). En studie inom demensvård visade att frågeformulärets interna konsistens och reliabilitet var god med Cronbach's alfa på 0.88 (Berg et al. 1994).

Frågeformuläret delades ut till alla vårdare som arbetade dagskift och varit anställda minst 6 månader innan träningsprogrammet startade ($n = 53$) respektive 6 månader innan det avslutades ($n = 56$). Vårdarna fick ett kuvert med frågeformulär och ett följebrev med information om studien. När frågeformuläret var ifyllt lämnades det till respektive enhets sekreterare i ett förseglat kuvert.

4.5.3 Videofilmer

Videofilmer kan användas för att fånga både verbal och icke-verbal kommunikation i naturliga situationer. Till skillnad mot observationer bevaras aktiviteter och förändringar i sin ursprungliga form och kan ses upprepade gånger (Marshall & Rossman 2006). Jämfört med ljudinspelade samtal är fördelen att icke-verbal kommunikation kan studeras, även om det inte är möjligt att fånga all icke-verbal kommunikation i ett samtal. Videofilmer har använts för datainsamling i flera studier om vård av personer med demenssjukdom (Ekman et al. 1995, Hansebo & Kihlgren 2002, Norberg et al. 2003, Skovdahl et al. 2003, Hammar et al. 2011).

I studierna **III** och **IV** utgjordes data av videoinspelade samtal mellan vårdare och personer med demenssjukdom. Videofilmerna spelades in av vårdarna under deras praktiska träning av validationsmetoden och användes vid handledning under programmet. Vårdarna valde själva vilka samtal som skulle videofilmas. En videokamera på stativ användes och under samtalet var endast vårdaren och personen närvarande under inspelningarna. Kameran placerades så att både personen och vårdaren var i bild, dock sågs personens ansikte mera framifrån och vårdarens mera från sidan.

Elva av de 12 vårdare som fullföljde hela programmet lämnade sina videofilmer för analys. Totalt omfattade materialet 68 filmer och cirka 14 timmar film. Filmerna varade mellan två och 35 minuter (median=11 minuter).

4.6 DATA ANALYS

4.6.1 Kvalitativ innehållsanalys

Kvalitativ innehållsanalys används för att analysera olika kvalitativa data, skriftliga, muntliga eller visuella, för att identifiera centrala betydelser och för att kunna beskriva dessa som teman, mönster eller kategorier (Patton 2002). I avhandlingen används teman för övergripande beskrivningar som återkommer i ett datamaterial (studie **I**), och kategorier för avgränsade beskrivningar av innehållet (studie **II, IV**) (Morse 2008). Mönster används för att beskriva övergripande gemensamma trådar som vävdes samman genom ett datamaterial (studie **III**). Skillnaden mellan teman och mönster beskrivs vara otydlig (Sandelowski & Barroso 2003), och enligt Patton (2002) är det ingen tydlig åtskillnad mellan tema och mönster. I avhandlingens studier var det respektive studies syfte, datamaterial och analysmetod som avgjorde hur resultatet redovisades.

I studierna **I** och **II** analyserades de bandade intervjuerna av vårdarnas berättelser om sina erfarenheter med kvalitativ innehållsanalys genom en systematisk process för kodning och formulering av teman (**I**) respektive kategorier (**II**) (Graneheim & Lundman 2004, Patton 2002). Intervjuerna transkriberades ordagrant av en sekreterare, paralingvistiska uttryck som suckar och skratt noterades. Utskrifterna jämfördes med ljudbanden och kompletterades vid behov. För att få en övergripande bild av vårdarnas beskrivna upplevelser avlyssnades de bandinspelade intervjuerna och utskriften lästes igenom upprepade gånger. Utifrån studiernas respektive syfte identifierades och markerades meningsenheter i texten. Dessa kunde omfatta delar av meningar, meningar eller längre textstycken som markerades och kondenserades. Kondenseringen var textnära innan meningsenheterna kodades, jämfördes och grupperades avseende likheter och skillnader.

I studie **I** omfattade datamaterialet intervjuer med vårdare från tre olika tillfällen, (1) före och (2) efter träningsprogrammet, samt (3) med vårdare med lång erfarenhet av att använda validationsmetoden. Intervjuerna från före och efter träningsprogrammet analyserades separat fram till och med att koderna grupperats. Därefter jämfördes de grupperade koderna från intervjuerna före respektive efter avseende likheter och skillnader. Analysen fortsatte med att reflektera och abstrahera meningsenheterna genom att gå fram och tillbaka mellan texten som helhet, meningsenheterna och

koderna. Analysen resulterade i att fyra teman med två till tre underteman formulerades då datamaterialet omfattade ett övergripande innehåll som inte var ömsesidigt uteslutande. Intervjuerna med vårdare med lång erfarenhet analyserades separat fram till gruppering av koder. Koderna jämfördes sedan med formulerade underteman och teman från de två tidigare analyserna. Jämförelsen visade stora likheter varför de formulerade fyra teman med vardera två till tre underteman behölls. Se tabell 5 för en översikt av analysstegen vid de tre olika intervjutillfällena. I studie **I** analyserades 14 intervjuer från innan träningsprogrammet startade och 12 intervjuer efter att det avslutats. I jämförelsegruppen analyserades 9 intervjuer.

Tabell 5. Översikt av analysstegen i studie I

Intervjuer innan	Intervjuer efter	Intervjuer jämförelsegrupp
Meningsbärande enheter identifieras	Meningsbärande enheter identifieras	Meningsbärande enheter identifieras
Kodning	Kodning	Kodning
Gruppering	Gruppering	Gruppering
Jämförelse av likheter och skillnader		
Formulering av underteman		Jämförelse av likheter och skillnader
Formulering av teman		←
Fyra tema med två till tre underteman		

I studie **II** omfattade datamaterialet delar av de 12 intervjuerna som genomfördes efter att träningsprogrammet avslutats och som handlade om vårdarnas erfarenheter av att delta i träningsprogrammet. Analysen genomfördes enligt samma steg som intervjuerna i studie **I**. Vid jämförelse av likheter och skillnader av de grupperade koderna formulerades åtta underkategorier och fyra kategorier.

I studierna **III** och **IV** analyserades de videofilmade samtalen utifrån en modell för analys av visuell data beskriven av Collier och Collier (1986), samt med en metod som tidigare beskrivits och tillämpats av Hansebo och Kihlgren (2002) och Skovdahl et al (2003). Inledningsvis sågs samtliga videoinspelningar av hela forskargruppen. Två externa personer som var teoretiskt och praktiskt kunniga i validationsmetoden deltog vid denna inledande visning för att diskutera hur validationsmetoden tillämpades. Utifrån syftet för respektive studie valdes kvalitativ metod. På grund av det omfattande datamaterialet analyserades inte alla videofilmer. Videofilmer från början respektive slutet av träningsprogrammet med minst fem månader mellan de båda inspelningstillfällena valdes därför för analys. Totalt analyserades 16 videofilmer i studie **III** (datamängd motsvarande cirka 3 timmar). Åtta av dessa filmer analyserades också i studie **IV** (datamängd motsvarande cirka 1½ timme), men med ett annat syfte.

Analyserna av videofilmerna genomfördes i tre steg; (1) observation av data som en helhet, (2) strukturerad analys samt (3) återgång till data som en helhet. Under steg 2 och 3 i analysen kompletterades Collier och Colliers (1986) modell som huvudsakligen användes med analysmetoden som tidigare tillämpats av Hansebo och Kihlgren (2002) och Skovdahl et al (2003). Nämligen att videofilmerna och den transkriberade kommunikationen hölls samman som en helhet i analysen, och att det fanns en rörelse fram och tillbaka både inom och mellan alla videoband och transkriptioner.

Studie **III**: Åtta vårdares videofilmade samtal från början och slutet av träningsprogrammet analyserades (=16 videofilmer).

Under steg 1 inleddes analysen med observation av data som en helhet. Under detta steg tittade forskarna på videofilmerna upprepade gånger för att få en uppfattning om vårdarnas förhållningssätt till och kommunikation med personer under samtalen. Videofilmerna sågs också för att få en uppfattning om användning av de specifika teknikerna för kommunikation enligt validationsmetoden.

Under steg 2, den strukturerade analysen skapades två texter. Text 1 omfattade anteckningar om det allmänna intrycket av samtalet, som var samtalet ägde rum, vem som initierade samtalsämnen, avbrott eller andra störande moment samt hur vårdarna samverkade och samspelade med personerna. Text 2 omfattade transkription av verbal och viss icke-verbal kommunikation som ögonkontakt, beröring, gester, och kroppsställning. För att ha fokus på den icke-verbala kommunikationen sågs delar av videofilmerna också utan ljud.

Under steg 3 av analysen utgjorde varje vårdares videofilm med texterna 1 och 2 en sammanhållen enhet. Respektive vårdares videofilmer analyserades och en beskrivning gjordes av eventuella förändringar. Under analysens sista steg jämfördes alla beskrivningar av vårdarnas förändringar. Analysen resulterade i tre olika mönster som sammanfattades i ett övergripande mönster. Text och videofilmer hölls samman under hela analyssteget.

Studie **IV**: Videofilmer med fyra personer med demenssjukdom som hade haft en och samma vårdare i alla samtal analyserades. Det blev fyra videofilmer från början respektive slutet av träningsprogrammet (=8 videofilmer).

Under steg 1 av analysen granskades videofilmerna upprepade gånger för att få en uppfattning om vad de handlade om. Fokus var på reaktioner och agerande hos personerna med demenssjukdom. Allmänna intryck om vad som skedde under samtalen antecknades.

Under steg 2 analyserades varje persons videofilm från början respektive slutet av programmet i en följd efter varandra. Videofilmerna indelades i sekvenser med fokus på personernas agerande, vårdarnas reaktioner på personernas agerande och hur personerna reagerade på vårdarnas agerande. En sekvens inleddes när ett samtalsämne initierades av personen eller vårdaren, och avslutades när nästa samtalsämne inleddes. En sådan sekvens kallades för en episod. Dessa episoder kodades utifrån personernas agerande och reaktioner beroende av vårdarnas förhållningssätt i samtalen, och koderna grupperades sedan utifrån likheter och skillnader. Texten som omfattade de grupperade koderna för varje samtal mellan en person och vårdare hölls samman med videofilmerna.

Under steg 3 av analysen växlade fokus mellan all data för varje pars samtal (del) och all data för alla fyra paren (helhet). Analysen avslutades med att de grupperade koderna sorterades in i fyra kategorier. Text och videofilmer hölls samman under hela analyssteget.

Under analyserna av respektive studie deltog minst två forskare i alla analyssteg. Diskussioner fördes fortlöpande inom forskargruppen för att nå överensstämmelse om de formulerade underteman/kategorier/mönster och teman/kategorier/mönster var de mest rimliga.

4.6.2 Kvantitativ beskrivning

Svarsfrekvensen för frågeformuläret om arbetsklimat som användes i studie II var innan programmet startade 70% ($n=37$) och 71% ($n=40$) direkt efter att det avslutades. Analysen genomfördes enligt instruktionerna för frågeformuläret. Varje dimensions fem påståenden summerades och medelvärde, variationsvidd och standardavvikelse sammanställdes för varje dimension med hjälp av Microsoft Office Excel 2003. De två mättillfällen, innan träningsprogrammet startade och direkt efter att det avslutades, utgör beskrivningar av hur arbetsklimatet såg ut vid två tillfällen på de tre enheterna där träningsprogrammet implementerades.

4.7 ETISKA ÖVERVÄGANDEN

Tillstånd att genomföra forskningsprojektet erhöles från den som var chef vid vård- och omsorgsboendet, som informerade respektive enhetschefer. Efter att vårdare anmält intresse att delta i träningsprogrammet beslutade enhetscheferna vilka vårdare som skulle delta. Därefter kontaktades vårdarna av forskare (MS) och informerades om forskningsprojektet. Alla vårdare accepterade att delta och tider för intervjuer bokades. I samband med första intervjutillfället fick vårdarna åter muntlig men även skriftlig information om projektet. Några vårdare deltog inte från början och informerades därför muntligt och skriftligt vid ett separat tillfälle. För att få kontakt med vårdare i jämförelsegruppen kontaktades chefen för det icke vinstdrivande privata vård- och omsorgsboendet, som tillfrågade vårdare om de ville delta. Intervjuaren kontaktade vårdare som accepterat att delta och bokade tider. Vid intervjutillfället fick vårdarna muntlig och skriftlig information.

Innan personer med demenssjukdom involverades i vårdarnas praktiska träning av validationsmetoden fick närstående respektive god man information om projektet av vårdare vid vård- och omsorgsboendet. Närstående alternativt god man som accepterade, informerades muntligt per telefon om projektet av forskaren (MS) för ställningstagande till om personen skulle delta eller inte. Därefter skickades skriftlig information om projektet med uppgifter om vem de kunde kontakta vid frågor. Blankett för skriftligt medgivande tillsammans med frankerat svarskuvert bifogades. Informerat skriftligt samtycke postades till forskaren (MS). En närstående avböjde en persons deltagande vid telefonkontakten, medan en annan närstående återkom till forskaren med frågor innan informerat skriftligt samtycke lämnades. Personer med demenssjukdom blev tillfrågade av vårdarna vid varje träningstillfälle om de ville medverka, liksom vid videoinspelning av samtal. Vårdarna hade dessutom instruerats i att vara uppmärksamma på om personerna visade tecken på att inte vilja medverka och i så fall avbryta. Inga sådana tillfällen rapporterades ha inträffat och har inte heller observerats på videofilmerna. Uppgifter om personernas ålder och kognitiva funktion inhämtades efter att närstående samtyckt till personens medverkan. Dessa uppgifter redovisas endast på gruppnivå för att omöjliggöra identifiering av personerna. I de publicerade studierna har användningen av citat noga övervägts likaså har beskrivningar från samtalssituationerna formulerats på ett sådant sätt att individernas konfidentialitet bevaras.

Det skriftliga frågeformuläret för vårdpersonalens beskrivning av arbetsklimatet delades ut tillsammans med ett följebrev med information om studien. De ifyllda

frågeformulären lämnades till respektive enhets sekreterare i ett förseglat kuvert. Sekreteraren kodade de inlämnade svaren innan de överlämnades till forskargruppen.

Den skriftliga informationen till samtliga deltagare innefattade syfte med studien, vad medverkan innebar, att deltagandet var frivilligt, om rätten att avbryta, garanti om konfidentialitet, samt namn och telefonnummer till personer att kontakta vid eventuella frågor. Datamaterialet kodades och förvarades inlåst och det är endast forskargruppen som haft tillgång till materialet. Forskningsetiska överväganden har ingått i avhandlingsarbetets alla delar (SFS 2003:460). Etiskt tillstånd erhöles från den regionala etiska kommittén (Dnr. 04-704/5).

5 RESULTAT

Nedan presenteras en sammanfattning av resultaten av de fyra studierna.

5.1 STUDIE I

Resultatet från studie I visade att vårdarna som deltog i träningsprogrammet beskrev ett förändrat förhållningssätt från att huvudsakligen ha fokuserat på dagliga uppgifter som skulle göras till att mera fokusera på önskingar och behov hos personer med demenssjukdom. Vårdarnas beskrivningar av sina erfarenheter av att använda validationsmetoden vid samtal med personerna överensstämde med jämförelsegruppens beskrivningar som dock var mer utförliga och nyanserade. Övervägande beskrev vårdarna positiva erfarenheter från träningsprogrammet om validationsmetoden, men de gav också en del kritik. Några av vårdarna beskrev validationsmetoden som krävande och träningsprogrammet som alltför långt. Den praktiska träningen av validationsmetoden var omfattade med krävande uppgifter som de hade svårt att hinna med samtidigt som de hade sina dagliga uppgifter att utföra. Vårdarna i jämförelsegruppen uppfattade validationsmetoden mer positivt och beskrev att de genom att använda metoden underlättades det dagliga livet både för personerna och för dem själva.

Resultatet omfattade fyra teman med två till tre underteman, främst baserade på vårdarnas erfarenheter av att använda validationsmetoden, se tabell 6.

Tabell 6. Teman och underteman i studie I

Teman	<i>Att vara närvarande i relationen</i>	<i>Att sätta sig in i personens värld</i>	<i>Att skapa en förtroendefull atmosfär genom att ha tillit till personens och sin egen förmåga</i>	<i>Att möta och hantera svårigheter med validationsmetoden i vården av personer med demenssjukdom</i>
Under-teman	Att ha tillräckliga personliga kvalifikationer	Att se personen bortom sjukdomen	Att uppleva en förbättrad gemenskap	Att möta oväntade reaktioner och beteenden
	Att fokusera på den boende som en person, här och nu	Att känna in personernas känslor	Att uppleva professionell utveckling	Att försöka komma i kontakt med personerna
	Att vara en stödjande, uppmärksam lyssnare			

Att vara närvarande i relationen

I detta tema beskrev vårdarna ett förändrat förhållningssätt till att mera fokusera på personerna och deras kommunikation, vilket föreföll leda till närmare och mera förtroendefulla vårdrelationer. I temat ingick tre underteman.

Att använda validationsmetoden var emotionellt krävande och fordrade personliga kvalifikationer som mognad och tålmod, förmåga att lyssna, vara nära en person,

beröra och att kunna sätta sina egna behov i andra hand. Vårdarna lärde sig att fokusera på den boende som en person, här och nu, och visade att de fanns där för personen i stunden, vilket föreföll lugnande på henne eller honom. I stället för att vara den som initierade och styrde kommunikationen beskrev vårdarna att de började vänta in och lyssna till vad personerna försökte kommunicera. Det förändrade kommunikationen till vad vårdarna beskrev som kommunikation på ett djupare plan.

Att sätta sig in i personens värld

Vårdarna beskrev att det förändrade förhållningssättet innebar att de tänkte på ett annat sätt för att försöka förstå personerna. De försökte få veta mera om och skapa närmare relationer med dem, vilket underlättade för vårdarna att hantera situationer som tidigare varit krävande. I temat ingick två underteman.

När vårdarna fokuserade på personen här och nu, istället för på funktionsnedsättningar på grund av demenssjukdomen, framträdde personen tydligare. Med mera kunskap om personernas livshistoria blev deras kommunikation mera förståelig för vårdarna. Vårdarna beskrev att det var betydelsefullt att låta personerna få uttrycka sina känslor. Istället för att försöka lugna en upprörd person stannade vårdarna kvar, ställde frågor och bekräftade de känslor personen uttryckte.

Att skapa en förtroendefull atmosfär genom att ha tillit till personens och sin egen förmåga

Det förändrade förhållningssättet som vårdarna förvärvat var positivt både för personerna med demenssjukdom och dem själva och ledde till en mera förtroendefull atmosfär. I temat ingick två underteman.

Känsla av förbättrad gemenskap påverkade personerna positivt enligt vårdarna, då de visade sig lugnare, gladare, mera öppna och intresserade av vad som hände omkring dem. Detta gällde också i hög grad vårdarna, som kände sig lugnare, starkare, mindre stressade och säkrare på att kunna hantera olika situationer som kan uppstå.

Att möta och hantera svårigheter med validationsmetoden i vården av personer med demenssjukdom

Vårdarna beskrev erfarenheter av att validationsmetoden inte passade för alla personer med demenssjukdom, även om riktlinjer och kriterier för validationsmetoden följdes. I temat ingick två underteman.

Det var svårt, enligt vårdarna, att veta för vilka personer validationsmetoden kunde vara till gagn. Även om personerna, enligt validationsmetodens riktlinjer, borde ha haft nytta av validationsmetoden, hände det att de visade tecken på att bli mera upprörda. Ibland var det också svårt att få kontakt med personerna och för en del fungerade endast sång. Vårdarna sa att det var svårt att få kontakt vid situationer när personerna hade nedsatt hörsel och dessutom inte ville att vårdarna skulle vara nära dem. En slutsats av studie I var att träning och handledning i validationsmetoden kan bidra till att vårdare utvecklar sin skicklighet i att kommunicera och att skapa vårdande relationer med personer med demenssjukdom.

5.2 STUDIE II

Resultatet från studie II visade att vårdarna beskrev att det var krävande att delta i träningsprogrammet, men att fördelarna av att lära sig validationsmetoden övervägde den extra belastning som deltagandet innebar. Resultatet från frågeformuläret om arbetsklimatet, skattat före och efter implementeringen av validationsmetoden med träningsprogrammet, indikerar inte någon försämring av arbetsklimatet trots den påfrestning som deltagarna beskrev att programmet utgjorde på hela arbetsgruppen.

Resultatet från intervjuerna sammanställdes i fyra kategorier med två underkategorier i varje kategori, se tabell 7.

Tabell 7 Kategorier och underkategorier i studie II

Kategorier	<i>Att vara under extra belastning</i>	<i>Att dela erfarenheter</i>	<i>Att förbättra förtroendet i vårdsituationer</i>	<i>Att uppleva osäkerhet om möjligheter att fortsätta med validationsmetoden</i>
Under-	Att uppleva yttre krav	Att dela erfarenheter med andra	Att känna att man kan hjälpa upprörda personer	Att vilja vara mera tränad och skicklig i validationsmetoden
kategorier	Att uppleva inre krav	Att se sig själv och få återkoppling från andra	Att känna sig bekräftad som vårdare	Att vilja att kollegor också lär sig validationsmetoden

Att vara under extra belastning

Träningsprogrammet utgjorde en extra belastning på vårdarna och de beskrev sitt deltagande som krävande och stressigt. Vårdarna uttryckte att det omfattande och långa träningsprogrammet medförde att kollegorna fick ta ansvar för en större del av det dagliga arbetet. Det medförde enligt vårdarna att de upplevde att kollegorna ställde krav på dem att de skulle utföra sin del av vårdarbetet. Vårdarna beskrev också att de ställde krav på sig själva att lära sig att använda validationsmetoden i sitt dagliga arbete. Trots att det var svårt att förändra sitt vanliga förhållningssätt, beskrev vårdarna att de märkte hur betydelsefullt deras förhållningssätt var för personernas välbefinnande.

Att dela erfarenheter

Handledning i grupp med möjlighet att lära av varandra beskrevs som en betydelsefull del av programmet. Speciellt lärorikt var att få återkoppling på de videofilmade samtalen. Handledning i grupp beskrevs som roligt och instruktivt, trots att vårdarna initialt var tveksamma till om de överhuvudtaget skulle våga visa sina videoinspelade samtal. En kritik som framfördes var att det tog lång tid att titta på alla deltagares samtal, men samtidigt fick de lära sig olika sätt att hantera situationer som kan uppkomma. Att se sig själv på videofilm underlättade för dem att bli mera medvetna om sitt förhållningssätt och personernas reaktioner på det. Både de egna och gruppens reflektioner utgjorde värdefull återkoppling som hjälpte vårdarna att utveckla sin skicklighet att kommunicera.

Att förbättra förtroendet i vårdsituationer

Vårdarna uttryckte att de hade en större säkerhet i arbetet, speciellt när det gällde att bemöta och kommunicera med personer vid komplexa vårdsituationer. Det var positivt för bägge parter. De beskrev en mera flexibel inställning till personernas upplevelse av sin situation, istället för att ta för givet att de visste vad som var bäst för personerna. Vårdarna beskrev att det var lättare att hantera komplexa vårdsituationer som uppstod och att hjälpa upprörda personer. Vårdarnas ökade skicklighet i att kommunicera och i att skapa vårdande relationer med personerna minskade stressen och stärkte vårdarna. Arbetet beskrevs som mera stimulerande och positivt.

Att uppleva osäkerhet om möjligheter att fortsätta med validationsmetoden

När träningsprogrammet avslutades önskade vårdarna få fortsätta att lära sig mera om validationsmetoden och att få fortsatt handledning för att bli skickliga i att använda validationsmetoden i sitt dagliga arbete. När träningsprogrammet avslutades var de oroliga för att utan regelbundna handledningsträffar skulle kunskaperna falla i glömska. De ville också att arbetskamraterna skulle få möjlighet att lära sig validationsmetoden, men sa att det var oklart hur det skulle ske och undrade om det förväntades att de efter genomgången träningsprogram skulle lära arbetskamraterna. Trots att vårdarna ville att alla arbetskamrater skulle få lära sig validationsmetoden, uttryckte de tveksamhet över om det skulle vara genomförbart. Enligt vårdarna krävdes det intresse och vilja att lära sig och flera arbetskamrater hade uttryckt att de inte ville komma personerna så nära som validationsmetoden kräver. Dessutom trodde vårdarna att det omfattande och krävande träningsprogrammet hade avskräckt arbetskamraterna. Vårdarna hade svårt att sprida kunskapen om validationsmetoden till arbetskamraterna som ibland ignorerade dem. Trots det fanns det mot slutet av träningsprogrammet visst intresse bland arbetskamraterna för validationsmetoden.

Skattning av arbetsklimatet vid de tre enheterna

Belastning på hela vårdpersonalen som beskrevs av vårdarna i intervjuerna, återspeglades inte i resultatet från frågeformuläret om arbetsklimatet. Resultatet visade högre medelvärden i skattningen av arbetsklimatet efter att programmet hade avslutats. Det kan tyda på att det trots de påfrestningar som vårdarna beskrev att programmet utgjorde fanns ett arbetsklimat på enheterna som möjliggjorde denna utbildningsinsats. Det vill säga att arbetsklimatet på vårdavdelningarna kan ha bidragit till att detta omfattande träningsprogram kunde genomföras.

5.3 STUDIE III

Resultatet från studie **III** visade hur åtta vårdare utvecklade sin skicklighet i att kommunicera med personer med demenssjukdom, observerade i videoinspelade samtal från början och slutet av träningsprogrammet. Analysen visade ett övergripande mönster som baserades på tre undergrupper av mönster:

Vårdares rörelser inom och mellan olika mönster när de utvecklar sin skicklighet att kommunicera

- *Från att kontrollera till att utveckla uppmärksamhet i kommunikation*
- *Från att kommunicera med dubbla budskap till att kommunicera med enighet*

- *Från att vara öppen och uppmärksam mot att ha en lyhörd anpassad kommunikation*

Vårdarna var olika skickliga från början av träningsprogrammet och utvecklade sin skicklighet i att kommunicera i olika grad, antingen inom eller mellan de olika mönstren som identifierades.

Från att kontrollera till att utveckla uppmärksamhet i kommunikation

I videofilmerna från början av träningsprogrammet förekom det att vårdare styrde kommunikationen genom att initiera vad samtalen skulle handla om, ställa frågor om fakta, avbryta och ibland själva besvara frågorna. Vårdarna talade i snabbt tempo, tillät inte pauser och gav inte personerna tid att svara. Vårdarna höll sig på ett visst avstånd ifrån personerna och hade sällan fysisk beröring.

I videofilmer från slutet av träningsprogrammet visade vårdare som utvecklade sin kommunikation en ökad följsamhet till personernas kommunikation. Vårdarna talade i ett långsammare tempo, tillät pauser och inväntade vad personerna ville tala om. Vid dessa tillfällen satt vårdarna nära intill personerna med en hand på deras arm. Efter en stund tog vårdare över och styrde samtalet. De specifika validationstekniker för kommunikation (Feil 2002) som observerades i videofilmerna från slutet av programmet var att: använda icke hotfulla sakliga ord, omformulera, upprepa kärnan i det personen sagt, föreställa sig det motsatta samt använda polaritet och reminiscens.

Från att kommunicera med dubbla budskap till att kommunicera med enighet

Vårdare som kommunicerade med dubbla budskap. De styrde samtalet som beskrivits ovan men talade i långsamt tempo, med en lugn och varm ton. Vårdarna satt nära intill personerna, på samma eller lägre nivå och lutade sig framåt mot dem. Vårdarna sökte ögonkontakt och berörde till exempel personens arm med sin hand.

I videofilmer från slutet av träningsprogrammet hade vårdarna utvecklat framför allt sin skicklighet i den verbala kommunikationen. Kommunikationen karakteriserades mer av följsamhet till personernas kommunikation och resulterade i att de pratade mera fritt och gav längre svar. De specifika tekniker för kommunikation enligt Feil (2002) som observerades i videofilmerna från slutet av programmet var att: använda icke hotfulla sakliga ord, omformulera, upprepa kärnan i det personen sagt, föreställa sig det motsatta samt använda polaritet och reminiscens, samt att använde tvetydighet. De icke verbala teknikerna som tydligt observerades var att: använda ögonkontakt; en tydlig, låg och kärleksfull röst, matcha rörelser och känslor (spegling) samt beröring.

Från att vara öppen och uppmärksam mot att ha en lyhörd anpassad kommunikation

Vårdare som i videofilmerna från början av träningsprogrammet visade ett öppet och följsamt förhållningssätt lät personerna bestämma vad samtalen skulle handla om. Dessa vårdare lyssnade öppet, även om det personerna sa var okänt eller svårt att förstå, och utan att relatera till vad de själva tänkte eller kände.

Mot slutet av träningsprogrammet visade vårdare ytterligare utveckling i sin kommunikation mot en förfinad anpassad kommunikation. Det innebar att de anpassade sin kommunikation till personernas förmåga att kommunicera vilket kunde

inkludera att tala, sjunga eller nynna. Vårdarna satt nära intill, på samma eller lägre nivå så att personerna kunde se, höra och känna vårdarnas närvaro under samtalen. I samtalen från slutet av träningsprogrammet observerades alla specifika tekniker för kommunikation enligt Feil (2002) som beskrivits ovan. Även kommunikation som till största del bestod av sång observerades.

Resultatet från denna studie är i kongruens med vårdarnas beskrivningar av sina erfarenheter (studie I). Det är rimligt att anta att programmet bidragit till att utveckla vårdarnas skicklighet i att kommunicera med personer med demenssjukdom.

5.4 STUDIE IV

Resultatet från studie IV visade hur fyra personer med demenssjukdom reagerade och agerade under individuella samtal med fyra vårdare som tränat validationsmetoden, observerade i videoinspelade samtal från början och slutet av träningsprogrammet. Resultaten presenteras i fyra kategorier som observerades i olika omfattning i samtalen från början respektive från slutet av träningsprogrammet:

- *Att inte vara intresserade av eller oförmögen att svara på frågor*
- *Att tala om fler än ett samtalsämne samtidigt*
- *Att tala om det som är aktuellt för stunden*
- *Att bli lyssnad på*

Att inte vara intresserade av eller oförmögen att svara på frågor

I samtal där personerna tog inga eller få initiativ ställde vårdarna frågor vilket medförde att det var vårdarna som styrde samtalen. Det förekom att vårdare ställde frågor som de redan visste svaren på, som för att se vad personerna kom ihåg. Personernas svarade med enstaka ord eller gav kortfattade svar.

I samtalen från slutet av programmet förekom det mera sällan att personerna utsattes för frågor som de var ointresserade eller oförmögna att svara på. Personerna fick mer tid att börja prata då det förekom pauser.

Att tala om fler än ett samtalsämne samtidigt

Personerna talade ibland om olika saker samtidigt, till exempel människor och situationer som inte hade något med varandra att göra. Dessa samtal blev förvirrande eftersom personerna och vårdarna pratade om olika saker, inte med utan förbi varandra. I samtal från början av träningsprogrammet förekom det att vårdarna ifrågasatte om det personerna talade om var rimligt och sant. Från slutet av programmet inträffade det mera sällan att personerna och vårdarna talade förbi varandra. Personernas fick uttrycka sig utan att bli ifrågasatta av vårdarna som föreföll ha blivit mera medvetna om vikten av att lyssna öppet och uppmärksamt.

Att tala om det som är aktuellt för stunden

Både vid samtal från början och från slutet av träningsprogrammet förekom det att personerna blev avbrutna när de började tala, särskilt när det handlade om känslor av tillkortakommanden eller besvikelser i livet. Vårdarna försökte styra samtalen mot yttligare samtalsämnen som inte rörde existentiella tankar. Det förekom att personerna

trots att de blev avbrutna fortsatte att tala om det som var aktuellt för stunden, eller att de tystnade. Vid tillfällena när personerna återgick till att tala om det som var aktuellt för stunden fick de fortsätta och vårdarna lyssnade uppmärksamt.

Att bli lyssnad på

Vid samtal från början av träningsprogrammet förekom korta inslag där personerna initierade samtalsämnen och fick tala så länge de verkade behöva. Vid samtal från slutet av träningsprogrammet förekom det under längre delar av samtal om inte personerna blev avbrutna eller på annat sätt distraherade. Personerna talade om ämnen som förföll vara svåra för dem att prata om. De såg bekymrade ut och talade omväxlande med hög röst och emellanåt nästan viskande. För att understryka sina ord använde de gester som en knuten hand eller bankade en hand mot sitt bröst. Ibland förföll det som om de kämpade för att uttrycka sig, och vid dessa tillfällen lyssnade vårdarna uppmärksamt, upprepade, omformulerade, och ställde frågor relaterade till samtalsämnet. Vid slutet av träningsprogrammet hade några personers tillstånd försämrats på grund av demenssjukdomen. Det tog lång tid innan personerna gav några svar, och vårdarna fick vänta in eventuella tecken från personerna på intresse av att prata. Vid dessa tillfällen kunde det underlätta att skapa kontakt om vårdarna hade kännedom om något som personerna var intresserade av som en favoritsång.

6 DISKUSSION

Denna avhandling har som fokus att utvärdera validationsmetoden som Feil (2002) utvecklade genom att beskriva erfarenheter och observerade färdigheter att kommunicera under implementering av ett träningsprogram vid tre enheter på ett vård- och omsorgsboende. Huvudresultatet visade att de 12 vårdare som deltog i träningsprogrammet utvecklade sitt förhållningssätt och sin skicklighet i att kommunicera med personer med demenssjukdom, men i olika grad. Vårdarna utvecklade ett mera följsamt och lyhört förhållningssätt till personernas kommunikation, vilket ledde till ökad tilltro till personernas förmåga och till en närmare relation till dem. Vårdarna uttryckte att det var krävande att kommunicera utifrån det empatiska förhållningssätt som validationsmetoden bygger på och innebar även att ifrågasätta sitt tidigare sätt att kommunicera. Träningsprogrammet var krävande för deltagarna som beskrev att det även var påfrestande för hela vårdpersonalen. Trots detta beskrev vårdarna att det instruktiva och konkreta träningsprogrammet var givande och stärkte dem i deras roll som vårdare.

Implementeringen av träningsprogrammet i validationsmetoden hade som syfte att utveckla vårdarnas förhållningssätt till och kommunikation med personer med demenssjukdom. Projektet hade initierats av ledningen vid vård- och omsorgsboendet tillsammans med enheternas ledare som var positiva till att utveckla verksamheten. Stöd från ledare är av betydelse för att en implementering ska få ta utrymme i verksamheten, få nödvändiga resurser och bli framgångsrik (Boomer & McCormack 2010, Hewison et al. 2011, Alnes et al. 2013). Eftersom ett så omfattande träningsprogram som detta påverkar hela arbetsplatsen behöver tid för diskussioner i hela arbetsgruppen inplaneras, vilket är en viktig uppgift för arbetsledningen (Berta et al. 2010). Det är oklart i vilken omfattning arbetsledningen och vårdarna förstod vad som skulle krävas av alla involverade vid enheterna i form av tid och arbetsinsats. Enligt de deltagande vårdarna påverkade implementeringen arbetsbelastningen för alla på enheterna (studie II). Alnäs et al (2013) betonar att ett lärande klimatet på enheten är av betydelse om en implementering ska lyckas. Frågeformuläret om arbetsklimat som användes i studie II omfattar olika dimensioner av arbetsklimat. En viktig dimension vid implementering av förändrat arbetssätt är att det finns en tillåtande atmosfär på arbetsplatsen och att det finns utrymme att diskutera olika erfarenheter. Arbetsklimatet på en arbetsplats har rapporterats ha betydelse för både vårdtagare och vårdare (Norbergh et al. 2002, Sellgren et al. 2008). Undersökningar med andra frågeformulär har också visat att arbetsklimatet är relaterat till arbetstillfredsställelse för vårdare (Keuter et al. 2000, Probst et al. 2010). De båda skattningarna av arbetsklimat vid de tre deltagande enheterna visade att det fanns ett bra arbetsklimat innan träningsprogrammet började vilket rimligen underlättade implementeringen (studie II).

6.1 VALIDATIONSMETODEN ENLIGT FEIL

Ett viktigt resultat i avhandlingen var att vårdarna utvecklade sitt förhållningssätt till och sin skicklighet i att kommunicera med personer med demenssjukdom, men att det var krävande. Det påstås att validationsmetoden används i Sverige och internationellt men det är oklart i vilken omfattning och vilken träning som använts. Validationsmetoden enligt Feil (2002) har kritiserats för att ha en osammanhängande

teoretisk grund och det har ifrågasatts om de specifika teknikerna för kommunikation vid användning av validationsmetoden är till någon nytta. (Goudie & Stokes 1989, Morton 1999). Vårdarna uttryckte att det var svårt att veta vilka personer som hade nytta av validationsmetoden (studie **I**), vilket kan vara relaterat till att den ofullständiga beskrivningen av metoden. Morton (1999) menar att på grund av den ofullständiga teoretiska grunden kan utövare av validationsmetoden ha frihet att välja och använda de aspekter som de anser vara användbara och att bortse från resten. Det innebär att användare av validationsmetoden kan fokusera på de känslomässiga aspekterna i kommunikationen och bortse från de psykodynamiska. Till exempel som Feil (2002) hävdar att förvirring skulle bero på att personer inte har löst sina livskriser på ett tillfredsställande sätt med hänvisning till de utvecklingskriser som Erikson (1985) beskriver.

I de videoinspelade samtalen förekom inte några situationer med beteendemässiga och psykiska symtom. Däremot gav vårdarna exempel på när de använt validation i situationer som involverat aggressivitet och att det hade lugnat personer, men också att det förvärrat situationen (studie **I**). Vårdare i jämförelsegruppen som hade lång erfarenhet av att använda validationsmetoden uttryckte att de såg användning av validation som ett konstant sökande efter ett lämpligt sätt att nå fram till en person (studie **I**). Feil (2002) anser att validationsmetoden kan användas för att motverka olika beteendemässiga och psykiska symtom som aggressivitet, skrik, och vandrande.

I de videoinspelade samtalen använde vårdarna de flesta av de specifika teknikerna för kommunikation vid användning av validationsmetoden (se tabell 1), men i olika omfattning (studierna **III** och **IV**). Den verbala tekniken att använda det favoriserade sinnet kunde eventuellt observeras vid enstaka tillfällen. Den tekniken innebär att vårdare använder ord som relaterar till sinnet som personen favoriserar, som syn eller hörsel. Det var svårt att avgöra om det som sades var en naturlig följd i samtalen eller om vårdare använde tekniken. Den icke-verbala tekniken att koppla beteende till behov kunde inte observeras. Tekniken innebär att vårdaren ska tolka en persons beteende eller användning av symboler som uttryck för att personens grundläggande mänskliga behov inte är tillgodosedda. I de videoinspelade samtalen förekom inte situationer där någon person hade ett beteende eller använde symboler som hade kunnat relateras till denna teknik.

Träningsprogrammets uppläggning och innehåll beskrevs av vårdarna som instruktivt och konkret med möjligheten att utöver den teoretiska kunskapen också få praktisk träning och handledning (studierna **I** och **II**). Fortlöpande stöd i form av handledning utöver teoretiska kunskaper och praktisk träning har beskrivits som nödvändigt för att integrera de nya kunskaperna i det dagliga arbetet (Stolee et al. 2005). Kritik som framfördes var att träningsprogrammet var påfrestande och onödigt långt (studie **II**). Det var framför allt brist på tid för den praktiska träningen som vårdarna saknade. Påfrestningen som deltagandet i träningsprogrammet förde med sig, omfattade förutom arbetsbelastningen även förändringsprocessen som innebar att ifrågasätta sig själv och sitt agerande vid kommunikation med personerna (studie **II**) (Hansebo & Kihlgren 2001). Vid handledning med reflektion över de egna videoinspelade samtalen blev det tydligt för vårdarna vad och hur de kommunicerade. Schön (2003) hävdar att reflektion innebär en konversation om situationerna själva och att praktisk kunskap utvecklas

genom kontinuerlig omprövning av situationer och metoder för problemlösning. Reflektion under handling avser reflektioner medan en åtgärd är pågående, och reflektion om handling avser att reflektera över varför vissa åtgärder vidtogs, oavsett om de var lämpliga eller inte, och hur handlingen kan förbättras (Schön 2003). Att reflektera över sina handlingar gav vårdarna möjlighet att utforska sitt agerande och vad som hände i det inspelade samtalet. I och med att vårdarna såg varandras videofilmer kunde de bygga upp repertoar, en samling exempel på hur de skulle kunna agera i olika situationer. Detta beskrivs som centralt för reflektion och för att utveckla sin verksamhet (Schön 2003). Dessa reflektionstillfällen kan också liknas vid det som Bloom (1953) kallar 'stimulated recall'. Det innebär att deltagare ges möjlighet att distansera sig, se tillbaka och reflektera över egna situationer som i inspelade videofilmer. Det kan bidra till att öka medvetenhet om det egna förhållningssättet och öka handlingsberedskapen inför liknande situationer (Hansebo & Kihlgren, 2001; Skovdahl et al, 2004). Vårdarna önskade att få fortsatt handledning när träningsprogrammet avslutades (studie II), vilket också har rapporterats från andra studier där handledning ingått som en del av en intervention (Berg & Hansson 2000, Edberg & Hallberg 1996, Hansebo & Kihlgren 2001). Vårdarna uttryckte att de hade utvecklat sitt förhållningssätt till och kommunikation med personer med demenssjukdom (I), vilket också observerades i de videoinspelade samtalen (studierna III och IV).

6.2 KOMMUNIKATION SOM VÅRDHANDLING

Personer med demenssjukdom som bor på vård- och omsorgsboende är till stor del beroende av vårdare för att etablera och upprätthålla relationer med omgivningen (Hansebo & Kihlgren 2002). I de dagliga kontakterna kan personer bli synliggjorda och bekräftade och känsla av mening och tillhörighet kan upprätthållas (Westin & Danielson 2007). Hur dessa dagliga kontakter blir påverkade av vårdares kunskap, förhållningssätt och skicklighet i att kommunicera med personerna. Studier har visat på att svårigheter att kommunicera kan leda till missförstånd, oro och att komplexa situationer uppstår i vården (Skovdahl et al. 2004, Graneheim et al. 2005). Vårdarna som deltog i denna avhandlings studier uttryckte initialt att kommunikation med personer med demenssjukdom var problematisk och påverkade till stor del hur de samverkade med personerna vid dagliga aktiviteter (studie I). Även om vårdarna såg personernas behov av gemenskap med andra föreföll de inte betrakta samtal som en vårdhandling som ingick i deras arbete. Resultatet visade att arbetsdagen var inrutad med olika uppgifter som skulle göras (studie I) vilket också visats i andra studier. Vid vård- och omsorgsboende för äldre kan vårdarnas dag präglas av göranden, medan de boendes dag präglas av tristess, monotoni och underordning till rådande normer och värderingar (Dwyer 2008, Sainio & Hansebo 2008, Österlind 2009). Vid vård av personer med demenssjukdom kan vårdares förhållningssätt till hur demenssjukdomen och dess funktionsnedsättningar påverkar bidra till att en negativ och stereotyp syn på kommunikationsförmåga hos personerna (Scholl & Sabat 2008). Otillräckliga kunskaper om hur man kan kommunicera med personer med demenssjukdom kan vara en anledning till detta. För att öka välbefinnandet hos personer med demenssjukdom måste träning i hur man kommunicerar med personer som inte kan initiera och upprätthålla meningsfulla interaktioner ingå i vårdares utbildning (Beer et al. 2012).

I situationer som vårdarna beskrev som problematiska hade de svårigheter att förstå personerna och att göra sig själva förstådda (studie **I**). Det resulterade ibland till att personerna lämnades ensamma med den upprördhet som det ledde till, vilket innebar att deras behov inte tillgodosågs. Vid andra tillfällen då vårdarna inte förstod avbröt de personerna och bytte samtalsämne för att över huvudtaget få till ett samtal (studierna **III** och **IV**). Enligt Watzlawick et al (1967) kan vi inte avstå från att kommunicera eftersom allt beteende är kommunikation. Kommunikation omfattar både ett innehåll i form av ord och en relationsaspekt som främst omfattar icke-verbala kommunikation (Watzlawick et al. 1967). Det innebär att det inte räcker att beskriva personernas kommunikation som svår att förstå utan att också inse att vårdarna i sin tur påverkar personerna genom sina handlingar och sin kommunikation. Att kunna tolka båda dessa aspekter är av betydelse för att förstå det som sägs, men relationsaspekten är den viktigaste delen av kommunikationen och utgör en metanivå som kvalitetsmärker innehållet i kommunikationen. Relationsaspekten visar också hur man ser på sig själv och den andre, samt hur man tror att den andre ser på en själv (Watzlawick et al 1967). Det innebär att när vårdare inte förstod personernas kommunikation och lämnade dem ensamma med sin upprördhet kommunicerade de hur de såg på personerna och deras förmåga att kommunicera på metanivå. Relationsaspektens betydelse framkom i samtal där vårdare lämnade dubbla budskap som visade närhet och intresse icke-verbalt (relationsaspekt) medan innehållet med ord var styrande och kontrollerande (studie **II**). Personerna kommunicerade längre och mera sammanhängande med vårdare som lämnade motstridiga budskap än med vårdare som styrde kommunikationen. Personer med svår demenssjukdom kan ha svårt att förstå den verbala kommunikationen, men vara mer mottagliga för den icke-verbala (Hubbard et al. 2002, Bucks & Radford 2004, Hammar et al. 2012,).

Vårdare ansåg att alla vårdare inte hade förutsättningar att kommunicera utifrån personens behov och med empatiskt lyssnande som validationsmetoden bygger på (studie **I**). Feil (2002) betonar att validationsmetoden omfattar att kommunicera med empati men förklarar inte vad det innebär. I litteratur om begreppet empati skiljer författare mellan empati som en mänsklig förmåga och empati som en terapeutisk hållning. Enligt Kunyk och Olsson (2001) beskrivs empati som en mänsklig förmåga kan inte läras in men kan förfinas och utvecklas, medan empati som en terapeutisk hållning beskrivs som en inlärd förmåga och att hålla distans till vårdtagaren (Kunyk & Olson 2001). Inom omvårdnad framhålls empati ofta som en central komponent i vårdrelationen och som betydelsefull för vårdtagarens upplevelse att vårdaren är absolut närvarande i mötet (Williams & Stickley 2010). Det innebär att det främst handlar om att förmedla empati via icke-verbala kommunikation. Norman (1996) beskriver empati vid vård av äldre förvirrade personer som en mänsklig kontakt för att få dem att känna sig värdefulla och att se personen bortom sjukdomen.

Vårdarna beskrev att inläring av teknikerna hjälpte dem att förhålla sig till personens upplevelse av sin situation (studie **I**), vilket resulterade i att vårdarna var mera följsamma till det personen talade om. Deltagandet i träningsprogrammet i validationsmetoden utvecklade vårdarnas förmåga att lyssna uppmärksamt och vara följsam till personernas kommunikation (studierna **I**, **III** och **IV**), vilket skulle kunna tolkas som att vårdarna utvecklade sin empatiska förmåga i olika grad, framför allt. I studie **III** förekom situationer där vårdare anpassade kommunikation så att personerna

kunde se, höra och känna deras närvaro under samtalen. Det är dock viktigt att beakta att inte alla personer med demenssjukdom vill ha närhet och beröring. Vårdare som i hög grad utvecklat sin skicklighet hade en lyhörd anpassad kommunikation. Detta går att jämföra med fenomenologiskt livsvärlds perspektiv i kommunikation vilket innebär en öppen attityd och lyhördhet för en persons upplevelser och uttryck (Todres et al. 2007). Det kan vara svårt vid kommunikationen med personer med demenssjukdom (Ashworth & Ashworth 2003). I situationer när innehållet i personernas kommunikation var svår för vårdarna att förstå försökte de tolka de känslor som personen kommunicerade (studierna **I**, **III** och **IV**). Att försöka förstå personers kommunikation har också i tidigare forskning beskrivits kunna motverka fragmentering hos personer med DD (Häggström et al. 1998, Eggers et al. 2005, Eggers et al. 2013) och främja psykisk klarhet (Normann et al. 2005). Enligt Kasén (2002) är det viktigt att vårdare kan kommunicera med personerna på deras villkor för att skapa en vårdande relation. En vårdrelation är till sin natur asymmetrisk (Chow 2013). Samtalen som analyserades i avhandlingens studier var initierade av vårdaren. Resultatet i studierna **III** och **IV** visade att vårdarna i stor utsträckning också initierade samtalsämnena i samtalen från början av träningsprogrammet medan personerna fick anpassa sig vilket resulterade i en komplementär relation. Vid slutet hade vårdare som utvecklat sin skicklighet i att kommunicera överlåt till personerna att initiera samtalsämnena. Även om relationen fortfarande var asymmetrisk hade agerandet i samtalet ändrats och personerna fick ta mera utrymme. Watzlawick et al (1967) beskriver kommunikationsprocessen som cyklisk. Det vill säga att personerna och vårdarna påverkar varandras kommunikation genom hur de agerar och reagerar. När vårdarna förändrade sitt sätt att kommunicera och blev uppmärksamt närvarande i möten med personerna fick de också en annan respons från dem (studierna **I**, **III** och **IV**). Den ömsesidighet som den närmare vårdrelationen förde med sig föreföll bidra till en känsla av välbefinnande för personer och till att arbetet blev mera meningsfullt vårdare (studierna **I** och **II**), liknande resultat har beskrivits av Ericsson et al. (2013).

6.3 METODOLOGISKA REFLEKTIONER

I föreliggande avhandling var det övergripande syftet att utvärdera validationsmetoden enligt Feil (2002) genom berättade och observerade färdigheter att kommunicera under implementering av ett träningsprogram. Avhandlingens design har varit naturalistisk (Lincoln & Guba 1985) och studien har i huvudsak byggt på kvalitativ ansats med data från intervjuer (studie **I** och **II**) och videoinspelade samtal (studie **III** och **IV**). I studie **II** kompletterades intervjuerna med frågeformulär om arbetsklimat. I föreliggande avhandling har flera datainsamlingsmetoder använts som bekräftar eller kompletterar varandra och bidrar till ett mera nyanserat underlag till förståelse av det som studerats (Morse & Niehaus 2009, Sandelowski 1996).

När forskarna kom in i projektet var träningsprogrammet bestämt både till innehåll och genomförande (tabell 2). Forskarna kunde därför inte påverka vare sig utbildning eller urval av vårdare och boende till projektet. Vårdarna som deltog i träningsprogrammet valdes ut av enhetschefen efter intresseanmälan. Det kan inte uteslutas att det var de som var mest motiverade som kom att delta. Deltagarna utgjorde totalt sett en liten grupp av de tre enheternas vårdpersonal. Det ovan beskrivna aspekterna kan ses som både tillgångar och begränsningar. Deltagarna med sina olika bakgrunder ökade

möjligheten att belysa det övergripande syftet från flera olika aspekter. Den certifierade handledaren som ansvarade för utbildningen hade lång erfarenhet av att själv arbeta både med validation och med träningsprogrammet.

Intervjuerna genomfördes av två personer (MS och en högskoleadjunkt) utifrån en intervjuguide. Intervjuarens skicklighet att genomföra intervjuerna och vårdarnas förmåga att kunna sätta ord på det som de ville säga torde ha påverkat deras beskrivningar och berättelser. Eftersom de ombads att berätta om situationer i vardagen bidrog det till att innehållet i datamaterialet blev rikligt. Att intervjuerna blev längre och än mer innehållsrika efter träningsprogrammet kan bero på den handledning och reflektion som ingick i utbildningen. Det kan också ha samband med att intervjuaren (MS) hade blivit mer skicklig i att intervjua.

Frågeformuläret som användes för att skatta arbetsklimat (Ekvall et al. 1983, Ekvall 1996) valdes för att ge en ögonblicksbild av detta just vid det givna tillfället. Vid en tillbakablick kan konstateras att det hade varit önskvärt att upprepade skattningar av arbetsklimatet hade gjorts under det år som träningsprogrammet pågick. Då hade en mer heltäckande kunskap av klimatet uppnåtts.

Videofilmerna användes dels för träningsprogrammet och dels som vetenskapligt underlag. Videofilmer som datainsamling erbjuder en rik och mångdimensionell bild av skeenden. I föreliggande avhandling ingår videoinspelade samtal mellan vårdare och personer med demenssjukdom (studierna **III** och **IV**). Det är en av avhandlingens styrkor att det förutom att lyssna till intervjuer också varit möjligt att se hur samspelet gestaltat sig i början och slutet av träningsprogrammet via videofilmerna. Att filmerna gav en trovärdig bild av samtalsituationer bekräftades av vårdarna i studie **I**, liksom i tidigare studier (Hansebo & Kihlgren 2001). Alla vårdare lämnade inte sina filmer då det var frivilligt. Om de filmer som inte lämnades för analys avvek från de som analyserats är därför okänt. Eftersom videofilmerna innehöll rikligt med data och analyserades med kvalitativ metod, var det inte rimligt att analysera alla filmer. Videofilmerna sågs upprepade gånger, med och utan ljud och tillsammans med utskrivna texter för att upptäcka detaljer och nyanser. Att upprepade gånger titta på filmerna och "pröva" de gjorda analyserna torde ha främjat studiens trovärdighet. Att använda videofilm som datainsamlingsmetod är kostnads- och tidskrävande, men det har också fördelar som till exempel att man kan se videofilmerna om igen. Trots videofilmernas fördel kan en begränsning ha varit att vissa av de specifika kommunikationsteknikerna, som ingår i Feils validationsmetod, inte kunnat observeras. Det gällde till exempel teknikerna att använda det favoriserade sinnet respektive koppla beteende till behov (tabell 1) vilket förutsatte att man fick veta hur vårdarna tänkte. Det rika datamaterialet som videofilmer utgör ger möjlighet till flera analyser men det är viktigt att beakta att det etiska tillståndet endast gäller för de beviljade studierna.

I tidigare studier som utvärderat olika interventioner har det diskuterats om den så kallade Hawthorne effekten kan ha påverkat resultaten. Det skulle iså fall bero på den uppmärksamhet som deltagare har fått. Effekten har ifrågasatts av kritiker som menar att effekten kan vara kortvarig (Gale 2004, Sjöberg 2007). Eftersom träningsprogrammet i avhandlingens studier pågick under cirka ett år torde det minska risken för att förändringen orsakats av att deltagarna fått extra uppmärksamhet.

I föreliggande avhandling har fokus för utvärderingen varit på vårdarnas förhållningssätt i kommunikationen med personer med demenssjukdom. En naturalistisk design för avhandlingens olika studier valdes. Detta val ökade möjligheten att uppnå det övergripande syftet. Kriterier för trovärdighet kan anses ha uppfyllts genom avhandlingens design och valet att studera kommunikationen via både intervjuer och videofilmer. Processen för de olika analysmetoderna beskrivs noggrant vilket innebär att läsaren förhoppningsvis kan följa hur resultatet växt fram. Detta stärker också studiens trovärdighet (**I-IV**).

I kvalitativ forskning är forskarens eller/forskarnas förförståelse viktig för resultatet. Dahlberg et al. (2008) hävdar att vi inte kan förstå något utan förförståelse men förförståelsen kan också leda oss fel. Vi behöver kritiskt reflektera över och tygla vår förförståelse och vara öppen inför det man studerar. Det var mot bakgrund av detta en fördel att de deltagande forskarna hade ganska olikartad förförståelse, två hade erfarenhet av att forska om personer med demenssjukdom, två hade erfarenhet av forskning om palliativ vård respektive verksamhetsutveckling. Alla hade erfarenheter av kvalitativa och kvantitativa metoder. Författaren (MS) har arbetat som sjuksköterska, enhetschef, vårdutvecklingsledare och högskoleadjunkt. Dessa olikheter gjorde det fruktbart att diskutera val av metoder, och under analysarbetet koder, kategoriseringar och teman. Olikheter bidrog till att till exempel se kommunikationen mellan vårdare och personer med demenssjukdom ur fler perspektiv vilket innebär att bilden av det studerade fenomenet blev mer nyanserad.

Tillförlitlighet (trustworthiness) har eftersträvats utifrån kriterier som presenterats av Graneheim och Lundman (2004). Under alla moment har minst två forskare medverkat med att till exempel läsa intervjuer, se på filmade konversationer, konstruera kategorier, teman och mönster. Litteratur har regelbundet diskuterats för att söka knyta resultaten till relevant teori. Trovärdighet (credibility) har sökts genom val av kontext, deltagare, metoder för datainsamling och analys. När kategorier, teman och mönster konstruerades användes all relevant data. Pålitlighet (dependability) uppnåddes genom att inga medvetna förändringar infördes under datainsamling eller analys. Eftersom deltagarna själva spelade in videofilmerna går det inte att garantera att de inte förändrade sitt arbetssätt vid inspelningarna. De granskade filmerna tyder dock inte på detta. Att det var deltagarna som valde vilka filmer de lämnade till forskarna för analys kan ha inneburit att de valde de filmer som de ansåg vara bäst. Det kan innebära att det material som analyserats utgör ett positivt urval av de filmer som spelades in under träningsprogrammet. På frågan om resultatets överförbarhet till liknande kontexter bör urval av deltagare och sammanhang beaktas. I denna avhandling deltog vårdare och personer med demenssjukdom från vård- och omsorgsboenden, som liknar andra boenden i Sverige. Det är därför rimligt att anta att resultatet från denna avhandling kan överföras till liknande kontexter.

6.4 KONKLUSION

Validationsmetoden enligt Feil (2002) visade sig vara användbar i kommunikationen med personer med demenssjukdom. Att kombinera teoretisk och praktisk utbildning med handledning och reflektion var en förutsättning för att integrera ny kunskap. Vårdarna utvecklade sitt förhållningssätt till och sin skicklighet i att kommunicera med

personerna med demenssjukdom, vilka fick möjlighet att använda sina förmågor att kommunicera i samtal med vårdare som använde validationsmetoden. Att ge vårdare möjlighet att utveckla förhållningssätt och skicklighet i kommunikation är rimligen en positiv investering för verksamheten, möjlighet till ökad arbetstillfredsställelse för vårdare och till ökad social gemenskap för de boende.

SUMMARY IN ENGLISH

Caring approach and communication in the encounter of persons with dementia disease. An evaluation of a training programme with the validation method.

Communication difficulties among persons with dementia disease living in nursing homes may cause many complicated caring situations. These residents have difficulties to express how they experience their everyday lives, which can lead to withdrawal, social isolation, or feelings of homelessness. Research indicates that nurses involved in dementia care experiences this as challenging. Consequences could be that nurses to a lesser extent are communicating with residents because of the difficulties for them to express their needs and wishes and to make themselves understood. Training nurses in communication skills can thus improve everyday life and quality of care for residents with dementia disease, and contribute to nurses' job satisfaction. The validation method developed by Feil, is intending to facilitate communication with residents with dementia disease through empathic and confirmatory approaches. However scientific reviews have shown insufficient evidence for recommending the use of the method. In spite of this, the method is quite often used in dementia care. Evaluations of the validation method have primarily focused on residents' perspective, and reports on nurses' experiences are sparse.

The overall aim of this thesis was to evaluate Feils' validation method (VM) by describing experiences and communications skills observed during implementation of the training program according to guidelines of the Validation Training Institute. The design is based on naturalistic scientific approach.

A one-year VM training programme was implemented and was led by an external certified supervisor in line with the guidelines of the Validation Training Institute. The programme consisted of theoretical VM training with supervision and practical VM training by having conversations with residents integrated in their daily work. Conversations with one resident per nurse were videotaped once a month. During the monthly training sessions, the participants viewed these videotapes together with the supervisor, who gave individual feedback.

Study I

Implementation of the validation method: nurses' descriptions of caring relationships with residents with dementia disease

Aims and objectives: To describes nurses' experiences of relationships with residents with dementia disease (1) before and after VM training and (2) after extensive experience using the VM. Nurses were interviewed before and after the intervention. Nurses with extensive VM experience, working at another nursing home, were interviewed once. Qualitative content analysis of the transcribed interviews revealed four themes: being attentively present in the relationship, putting oneself into the resident's world, creating a trusting atmosphere by trusting the resident's and trusting one's own abilities, and difficulties using the VM in the care of residents with dementia disease. Most nurses participating in the intervention described a changed approach

afterwards, focusing more on residents and on their communications, which in turn seemed to lead to closer, more trusting relationships. A similar approach was described by the nurses with extensive VM experience.

Study II

Validation method training: nurses' experiences and ratings of work climate

Aims and objectives: To explore nurses' experiences of a one-year validation method training programme conducted in a nursing home for residents with dementia disease, and to describe ratings of work climate before and after the programme. Design: A mixed-methods approach. Methods: Twelve nurses participated in the training and were interviewed afterwards. These individual interviews were tape-recorded and transcribed, then analysed with qualitative content analysis. The Creative Climate Questionnaire was administered before (n=53) and after (n=56) the programme to the entire nursing staff in the participating nursing home wards, and analysed with descriptive statistics. Results: Analysis of the interviews resulted in four categories: being under extra strain, sharing experiences, improving confidence in care situations, and feeling uncertain about continuing the validation method. The results of the questionnaire on work climate showed higher mean values in the assessment after the programme had ended.

Study III

Nurses' movements within and between various paths when improving their communication skills – an evaluation of validation method training

Aims and objectives: To explore any changes in nurses' skills at communicating with residents with dementia disease when using the validation method, as observed in one-to-one videotaped conversations. Design: A descriptive qualitative design. Methods: Eight nurses participated in validation method training, including videotaped conversations. Videotapes with at least five months between the first and last recording were analysed and compared qualitatively. Results: The analysis revealed an overall pattern: nurses' movements within and between various paths when improving their communication skills. This was based on three sub-patterns: from controlling communication towards developing attentiveness in communication, from ambiguous communication towards developing coherence in communication, and from being open and attentive towards having a refined attuned communication.

Study IV

Conversations between residents with dementia disease and nurses – evaluation of an intervention with the validation method

Aims and objectives: The aim was to illuminate the actions and reactions of residents with dementia disease in one-to-one conversations with nurses during one year of validation method training, as observed in videotapes. Design: The study used a descriptive qualitative design. Methods: Four residents were involved in videotaped conversations with four nurses who were participating in a validation method training programme. Videotapes with at least five months between the first and last recording were analysed and compared qualitatively. Results: The findings are presented in four categories that were identified in various degrees in conversations at the beginning and at the end of the programme: being uninterested in or unable to answer questions,

talking about more than one topic of conversation at the same time, talking about what was on one's mind, and being listened to.

Overall conclusions

Feils' validation method was useful when nurses communicated with residents with dementia disease. In order to integrate new knowledge about communication the results showed that it was necessary to combine theoretical and practical training with supervision and reflection. The nurses developed their skills in caring approach and communication when communicating with residents with dementia disease, which gave these residents possibilities to communicate according to their abilities. Offering nurses training like this could reasonably be a positive investment for nursing homes, as an opportunity to improve job satisfaction for nurses and social fellowships for residents.

TACK

Det är många som jag vill tacka för stöd och uppmuntran under tiden jag arbetat med avhandlingen.

Jag vill särskilt tacka personerna med demenssjukdom och vårdarna som delade med sig av sina samtal, utan dem hade denna avhandling inte blivit skriven. Ett stort tack också till alla vårdare som avsatt tid och delat med er av erfarenheter genom att medverka i intervjuer och besvara frågeformulär. Jag vill även tacka ledare och enhetschefer som möjliggjorde att jag kunde genomföra datainsamling för avhandlingens delstudier.

Alldeles extra särskilt betydelsefulla för mina forskarstudier, skrivande av artiklar och avhandlingen har mina handledare varit och jag riktar ett stort tack till:

Huvudhandledare docent Görel Hansebo, som fick mig intresserad av att ge mig in på forskarbanan. Du har trott på mig och tagit dig tid att lyssna hur krokiga vägar mina tankar än har tagit. Den energi och optimism som du har visat i både motgång och medgång har varit betydelsefull för att få avhandlingen färdig.

Bihandledare professor Astrid Norberg och professor Britt-Marie Ternestedt, ni har båda på ett mycket generöst sätt låtit mig få ta del av ert stora kunnande och långa erfarenhet och delat med er av er kunskap i stort och smått med värme och glädje. Bihandledare filosofie doktor Agneta Cronqvist, din kunskap, ditt engagemang och stöd har betytt mycket, särskilt i slutspurten.

En person som också varit ett stöd under hela min forskarutbildning är min externa mentor docent Anna Löfmark. Ett stort tack för att du orkat lyssna. Jag har känt att du har funnits där för mig.

Högskoleadjunkt Birgitta Andersson tack för hjälp med intervjuer och givande diskussioner om samtal. Högskoleadjunkt Ragna Sörman tack för all hjälp med korrekturläsning i slutfasen av avhandlingsarbetet.

Alla deltagare i forskarseminarier vid institutionen för vårdvetenskap och palliativt forskningscentrum, Ersta Sköndal högskola, samt forskarforum, sektionen för omvårdnad Karolinska Institutet. Tack för att ni läst och kritiserat mina arbeten och för att jag fått ta del av era.

Arbetskamrater vid palliativt forskningscentrum, stort tack till er alla, ni har bidragit med värdefulla synpunkter, uppmuntran och stöd. Jag vill speciellt tacka min rumskamrat Ragnhild Hedman för ditt stöd, trots att du har fullt upp själv tar du dig tid att lyssna, diskutera och dela erfarenheter.

Tack till alla arbetskamrater vid institutionen för vårdvetenskap som nyfiket undrat hur det går och om jag inte blir klar med avhandlingen någon gång. Professor

Ingegerd Fagerberg för din omtanke, prefekt Gunilla Johansson och biträdande prefekt Jane Österlind för stöd och uppmuntran.

Släkt och vänner som undrat vad jag egentligen har sysslat med, nu kan ni läsa och begrunda. Min mamma Anita, min syster Kerstin med familj tack för att ni alltid tror på mig, och Bernt min livskamrat, mitt stöd och support i stort och smått. Tack för att du finns i mitt liv.

Slutligen, ett stort tack till Ersta Sköndal högskola, Johannitterorden i Sverige, Alzheimerföreningen, Demensfonden och AFA försäkring för finansiellt stöd under forskarutbildningen.

REFERENSER

- Alnes R.E., Kirkevold M. & Skovdahl K. (2013). The influence of the learning climate on learning outcomes from Marte Meo counselling in dementia care. *Journal of Nursing Management*, 21 (1), 130-140.
- Altman D. (1991). *Practical statistics for medical research*. Chapman & Hall: London.
- Ashworth A. & Ashworth P. (2003). The lifeworld as phenomenon and as research heuristic, exemplified by a study of the lifeworld of a person suffering Alzheimer's disease. *Journal of Phenomenological Psychology*, 34 (2), 179-205.
- Beer L.E., Hutchinson S.R. & Skala-Cordes K. (2012). Communicating With Patients Who Have Advanced Dementia: Training Nurse Aide Students. *Gerontology & Geriatrics Education*, 33 (4), 402-420.
- Berg A. & Hansson U.W. (2000). Dementia care nurses' experiences of systematic clinical group supervision and supervised planned nursing care. *Journal of Nursing Management*, 8 (6), 357-368.
- Berg A., Hansson U.W. & Hallberg I.R. (1994). Nurses' creativity, tedium and burnout during 1 year of clinical supervision and implementation of individually planned nursing care: comparisons between a ward for severely demented patients and a similar control ward. *Journal of Advanced Nursing*, 20 (4), 742-749.
- Berta W., Teare G.F., Gilbert E., Ginsburg J.L.S., Lemieux-Charles L., Davis D. & Rappolt S. (2010). Spanning the know-do gap: understanding knowledge application and capacity in long-term care homes. *Social Science & Medicine*, 70 (9), 1326-1334.
- Björck M. & Sandman L. (2007). Vårdrelation. Ett försök att tydliggöra begrepps användningen. *Vård i Norden*, 27 (4), 14-19.
- Bleathman C. & Morton I. (1992). Validation therapy: extracts from 20 groups with dementia sufferers. *Journal of Advanced Nursing*, 17 (6), 658-666.
- Bloom, B.S. (1953). Thought-processes in lectures and discussions. *The Journal of General Education*, 7. 160-169.
- Boomer C.A. & McCormack B. (2010). Creating the conditions for growth: a collaborative practice development programme for clinical nurse leaders. *Journal of Nursing Management*, 18 (6), 633-644.
- Brodaty H., Draper B. & Low L. (2003). Nursing home staff attitudes towards residents with dementia: strain and satisfaction with work. *Journal of Advanced Nursing*, 44 (6), 583-590.
- Bucks R.S. & Radford S.A. (2004). Emotion processing in Alzheimer's disease. *Aging and Mental Health*, 8 (3), 222-232.

Butler R.N. (1963). The life review: an interpretation of reminiscence in the aged. *Psychiatry*, 26 65-76.

Cahill S. & Diaz-Ponce A. (2011). 'I hate having nobody here. I'd like to know where they all are': Can qualitative research detect differences in quality of life among nursing home residents with different levels of cognitive impairment? *Aging & Mental Health*, 15 (5), 562-572.

Chenoweth L., King M.T., Jeon Y., Brodaty H., Stein-Parbury J., Norman R., Haas M. & Luscombe G. (2009). Caring for Aged Dementia Care Resident Study (CADRES) of person-centred care, dementia-care mapping, and usual care in dementia: a cluster-randomised trial. *The Lancet Neurology*, 8 (4), 317-325.

Chow J. (2013) *Vårdandets symfoni: Fenomenet vårdrelation i skenet av två världsbilder*. Doktorsavhandling. Linnéuniversitetet: Linnaeus University Press Växjö.

Collier J. & Collier M. (1986). *Visual anthropology: Photography as a research method*. University of New Mexico Press: Albuquerque.

Dahlberg K., Dahlberg H. & Nyström M. (2008). *Reflective lifeworld research*. Studentlitteratur: Lund.

Dempsey L., Murphy K., Cooney A., Casey D., O'Shea E., Devane D., Jordan F. & Hunter A. (2012). Reminiscence in dementia: A concept analysis. *Dementia*, published online 17 August 2012.

Deponte A. & Missan R. (2007). Effectiveness of validation therapy (VT) in group: preliminary results. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 44 (2), 113-117.

Dwyer L. (2008) *Dignity in the end of life care: what does it mean to older people and staff in nursing homes?* Doktorsavhandling. Örebro Universitet.

Edberg A., Bird M., Richards D.A., Woods R., Keeley P. & Davis-Quarrell V. (2008). Strain in nursing care of people with dementia: nurses' experience in Australia, Sweden and United Kingdom. *Aging & Mental Health*, 12 (2), 236-243.

Edberg AK. & Hallberg I.R. (1996). Effects of clinical supervision on nurse-patient cooperation quality: a controlled study in dementia care. *Clinical Nursing Research*, 5 (2), 127-146.

Edvardsson D., Sandman PO., Nay R. & Karlsson S. (2009). Predictors of job strain in residential dementia care nursing staff. *Journal of Nursing Management*, 17 (1), 59-65.

Edvardsson D. & Nordvall K. (2008). Lost in the present but confident of the past: experiences of being in a psycho-geriatric unit as narrated by persons with dementia. *Journal of Clinical Nursing*, 17 (4), 491-498.

Edvardsson D., Sandman PO. & Rasmussen B. (2011). Forecasting the ward climate: a study from a dementia care unit. *Journal of Clinical Nursing*, 21 (7), 1136-1114.

Eggenberger E., Heimerl K. & Bennett M.I. (2013). Communication skills training in dementia care: a systematic review of effectiveness, training content, and didactic methods in different care settings. *International Psychogeriatrics*, 25 (3), 345-358.

Eggers T., Norberg A. & Ekman S. (2005). Counteracting fragmentation in the care of people with moderate and severe dementia. *Clinical Nursing Research*, 14 (4), 343-369.

Eggers T., Ekman S. & Norberg A. (2013). Nursing staff's understanding expressions of people with advanced dementia disease. *Research and Theory for Nursing Practice*, 27 (1), 19-34.

Ekman SL. & Norberg A. (1988). The autonomy of demented patients: interviews with caregivers. *Journal of Medical Ethics*, 14 (4), 184-187.

Ekman SL., Norberg A., Wahlin TB. & Winblad B. (1995). Dimensions and progression in the interaction between bilingual/monolingual caregivers and bilingual demented immigrants: analysis of video-recorded morning care sessions in institutions coded by means of the Erikson theory of "eight stages of man". *International Journal of Aging & Human Development*, 41 (1), 29-45.

Ekvall G., Waldenström-Lindblad I. & Arvonen J. (1983). Creative organizational climate: construction and validation of a measuring instrument. FA-rådet, Stockholm.

Ekvall G. (1996). Organizational climate for creativity and innovation. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 5 (1), 105-123.

Engström M., Wadensten B. & Häggström E. (2010). Caregivers' job satisfaction and empowerment before and after an intervention focused on caregiver empowerment. *Journal of Nursing Management*, 18 (1), 14-23.

Epp T.D. (2003). Person-centered dementia care: A vision to be refined. *The Canadian Alzheimer Disease Review*, (April), 14-18.

Ericson-Lidman E. (2008) *The complicated struggle to be a support: meanings of being a co-worker, supervisor and closely connected to a person developing burnout*. Doktorsavhandling. Umeå universitet, Umeå.

Ericson-Lidman E., Norberg A., Persson B. & Strandberg G. (2013). Healthcare personnel's experiences of situations in municipal elderly care that generate troubled conscience. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27 (2), 215-223.

Ericsson I., Kjellström S. & Hellström I. (2013). Creating relationships with persons with moderate to severe dementia. *Dementia*, 12 (1) 63-79.

Erikson E.H. (1985). *Den fullbordade livs cykeln*. Natur och kultur: Stockholm.

Falk H., Wijk H., Persson LO. & Falk K. (2012). A sense of home in residential care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, published online: 21 Nov 2012.

- Feil N. (2002). *The validation breakthrough: simple techniques for communicating with people with "Alzheimer's-type dementia"*. Health Professions Press: Baltimore.
- Fine J.I. & Rouse-Bane S. (1995). Using validation techniques to improve communication with cognitively impaired older adults. *Journal of Gerontological Nursing*, 21 (6), 39-45.
- Finnema E., Dröes RM., Ribbe M. & Van Tilburg W. (2000). The effects of emotion-oriented approaches in the care for persons suffering from dementia: a review of the literature. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 15 (2), 141-161.
- Finnema E., Dröes RM., Ettema T., Ooms M., Adèr H., Ribbe M. & van Tilburg W. (2005). The effect of integrated emotion-oriented care versus usual care on elderly persons with dementia in the nursing home and on nursing assistants: a randomized clinical trial. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20 (4), 330-343.
- Forsgårde M., Westman B. & Jansson L. (2002). Professional carers' struggle to be confirmed. Narratives within the care of the elderly and disabled. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 16 (1), 12-18.
- Gale E.A.M. (2004). The Hawthorne studies-a fable for our times? *QJM: Monthly Journal of the Association of Physicians*, 97 (7), 439-449.
- Goudie F. & Stokes G. (1989). Understanding confusion. *Nursing Times*, 85 (39), 35-37.
- Graneheim U.H. & Lundman B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24 (2), 105-112.
- Graneheim U.H., Isaksson U., Ljung Persson I. & Jansson L. (2005). Balancing between contradictions: the meaning of interaction with people suffering from dementia and "behavioral disturbances". *International Journal of Aging & Human Development*, 60 (2), 145-157.
- Gurnik M. & Hollis-Sawyer L. (2003). Empowering assisted living front-line care staffs to better care for Alzheimer's and dementia residents. *Ageing International*, 28 (1), 82-97.
- Hammar L.M., Williams C., Swall A. & Engström G. (2012). Humming as a means of communicating during mealtime situations: a single case study involving a woman with severe dementia and her caregiver. *Journal of Nursing Education and Practice*, 2 (3), 93-102.
- Hammar L.M., Emami A., Engström G. & Götell E. (2011). Communicating through caregiver singing during morning care situations in dementia care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25 (1), 160-168.
- Hancock G.A., Woods B., Challis D. & Orrell M. (2006). The needs of older people with dementia in residential care. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 21 (1), 43-49.

- Hansebo G. (2000) *Assessment of patients' needs and resources as a basis in supervision for individualised nursing care in nursing home wards: Evaluation of an intervention study*. Doktorsavhandling. Karolinska Institutet: Stockholm.
- Hansebo G. & Kihlgren M. (2000). Patient life stories and current situation as told by carers in nursing home wards. *Clinical Nursing Research*, 9 (3), 260-279.
- Hansebo G. & Kihlgren M. (2001). Carers' reflections about their video-recorded interactions with patients suffering from severe dementia. *Journal of Clinical Nursing*, 10 (6), 737-747.
- Hansebo G. & Kihlgren M. (2002). Carers' interactions with patients suffering from severe dementia: a difficult balance to facilitate mutual togetherness. *Journal of Clinical Nursing*, 11 (2), 225-236.
- Hansebo G. & Kihlgren M. (2004). Nursing home care: changes after supervision. *Journal of Advanced Nursing*, 45 (3), 269-279.
- Hansebo G., Kihlgren M., Ljunggren G. & Winblad B. (1998). Staff views on the Resident Assessment Instrument, RAI/MDS, in nursing homes, and the use of the Cognitive Performance Scale, CPS, in different levels of care in Stockholm, Sweden. *Journal of Advanced Nursing*, 28 (3), 642-653.
- Hartmaier S.L., Sloane P.D., Guess H.A. & Koch G.G. (1994). The MDS Cognition Scale: a valid instrument for identifying and staging nursing home residents with dementia using the minimum data set. *Journal of the American Geriatrics Society*, 42 (11), 1173-1179.
- Hawes C., Morris J.N., Phillips C.D., Mor V., Fries B.E. & Nonemaker S. (1995). Reliability estimates for the Minimum Data Set for nursing home resident assessment and care screening (MDS). *The Gerontologist*, 35 (2), 172-178.
- Hedman R., Hansebo G., Ternstedt B., Hellström I. & Norberg A. (2012). How people with Alzheimer's disease express their sense of self: Analysis using Rom Harré's theory of selfhood. *Dementia*, published online 19 April 2012.
- Hewison A., Badger F. & Swani T. (2011). Leading end-of-life care: an action learning set approach in nursing homes. *International Journal of Palliative Nursing*, 17 (3), 135-141.
- Holst G., Hallberg I.R. & Gustafson L. (1997). The relationship of vocally disruptive behavior and previous personality in severely demented institutionalized patients. *Archives of Psychiatric Nursing*, 11 (3), 147-154.
- Hubbard G., Cook A., Tester S. & Downs M. (2002). Beyond words: Older people with dementia using and interpreting nonverbal behaviour. *Journal of Aging Studies*, 16 (2), 155-167.
- Häggström E., Skovdahl K., Fläckman B., Kihlgren A.L. & Kihlgren M. (2005). Work satisfaction and dissatisfaction - caregivers' experiences after a two-year intervention in a newly opened nursing home. *Journal of Clinical Nursing*, 14 (1), 9-19.

- Hägström T.M., Jansson L. & Norberg A. (1998). Skilled carers' ways of understanding people with Alzheimer's disease. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*, 12 (3), 239-268.
- Juthberg C. (2008) *Samvetsstress hos vårdpersonal i den kommunala äldreomsorgens särskilda boenden*. Doktorsavhandling. Umeå universitet: Umeå.
- Kasén A. (2002). *Den vårdande relationen*. Doktorsavhandling. Åbo universitet: Åbo.
- Keuter K., Byrne E., Voell J. & Larson E. (2000). Nurses' job satisfaction and organizational climate in a dynamic work environment. *Applied Nursing Research*, 13 (1), 46-49.
- Kihlgren M. (1992) *Integrity promoting care of demented patients*. Doktorsavhandling. Umeå universitet: Umeå.
- Kitwood T. (1997). *Dementia reconsidered: the person comes first*. Open University Press: Buckingham; Bristol, Pa.
- Kristiansen L., Hellzén O. & Asplund K. (2006). Swedish assistant nurses' experiences of job satisfaction when caring for persons suffering from dementia and behavioural disturbances. An interview study. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 1 (4), 245-256.
- Kunyk D. & Olson J.K. (2001). Clarification of conceptualizations of empathy. *Journal of Advanced Nursing*, 35 (3), 317-325.
- Kvale S. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Studentlitteratur: Lund.
- Lincoln Y.S. & Guba E.G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Sage: Beverly Hills, Calif.
- Lindholm C. (2010). *När orden fattas oss: om demens, språk och kommunikation*. Liber: Stockholm.
- Lütznén K., Cronqvist A., Magnusson A. & Andersson L. (2003). Moral stress: synthesis of a concept. *Nursing Ethics*, 10 (3), 312-322.
- Marshall C. & Rossman G.B. (2006). *Designing qualitative research*. Sage: Thousand Oaks California.
- Miyamoto Y., Tachimori H. & Ito H. (2010). Formal Caregiver Burden in Dementia: Impact of Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia and Activities of Daily Living. *Geriatric Nursing*, 31 (4), 246-253.
- Morris J.N., Fries B.E., Mehr D.R., Hawes C., Phillips C., Mor V. & Lipsitz L.A. (1994). MDS Cognitive Performance Scale. *Journal of Gerontology*, 49 (4), M174-82.
- Morris J.N., Hawes C., Fries B.E., Phillips C., Mor V., Katz S., Murphy K., Drugovich M.L. & Friedlob A.S. (1990). Designing the national resident assessment instrument for nursing homes. *The Gerontologist*, 30 (3), 293-307.

- Morse J.M. & Niehaus L. (2009). *Mixed method design: principles and procedures*. Left Coast Press: Walnut Creek, CA.
- Morse J.M. (2008). Confusing categories and themes. *Qualitative Health Research*, 18 (6), 727-728.
- Morton I. (1999). *Person-centred Approaches To Dementia Care*. Speechmark Publishing Ltd: Oxon, UK.
- Morton I. & Bleathman C. (1991). The effectiveness of validation therapy in dementia - a pilot study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 6 327-330.
- Moyle W., Gracia N., Murfield J.E., Griffiths S.G. & Venturato L. (2012). Assessing quality of life of older people with dementia in long-term care: a comparison of two self-report measures. *Journal of Clinical Nursing*, 21 (11/12), 1632-1640.
- Neal M. & Briggs M. (2003). Validation therapy for dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews (Online)*, (3), CD001394.
- Norberg A., Melin E. & Asplund K. (2003). Reactions to music, touch and object presentation in the final stage of dementia: an exploratory study. *International Journal of Nursing Studies*, 40 (5), 473-479.
- Norbergh KG., Asplund K., Rassmussen B.H., Nordahl G. & Sandman PO. (2001). How patients with dementia spend their time in a psycho-geriatric unit. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 15 (3), 215-221.
- Norbergh KG., Hellzen O., Sandman PO. & Asplund K. (2002). The relationship between organizational climate and the content of daily life for people with dementia living in a group-dwelling. *Journal of Clinical Nursing*, 11 (2), 237-246.
- Norman K.D. (1996). The role of empathy in the care of dementia. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 3 (5), 313-317.
- Normann H.K., Henriksen N., Norberg A. & Asplund K. (2005). Lucidity in a woman with severe dementia related to conversation. A case study. *Journal of Clinical Nursing*, 14 (7), 891-896.
- Paquay L., De Lepeleire J., Schoenmakers B., Ylief M., Fontaine O. & Buntinx F. (2007). Comparison of the diagnostic accuracy of the Cognitive Performance Scale (Minimum Data Set) and the Mini-Mental State Exam for the detection of cognitive impairment in nursing home residents. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22 (4), 286-293.
- Patton M.Q. (2008). *Utilization-focused evaluation*. Sage Publications: Thousand Oaks.
- Patton M.Q. (2002). *Qualitative research & evaluation methods*. Sage publications: London.
- Polit D.F. & Beck C.T. (2004). *Nursing research: principles and methods*. Lippincott Williams & Wilkins: Philadelphia.

- Probst J.C., Baek J.D. & Laditka S.B. (2010). The relationship between workplace environment and job satisfaction among nursing assistants: Findings from a national survey. *Journal of the American Medical Directors Association*, 11 (4), 246-252.
- Robb S.S., Stegman C.E. & Wolanin M.O. (1986). No research versus research with compromised results: a study of validation therapy. *Nursing Research*, 35 (2), 113-118.
- Rogers C. (1951). *Client-centered therapy: its current practice, implications, and theory*. Houghton Mifflin: Boston.
- Sabat S.R. (2002). Surviving manifestations of selfhood in Alzheimer's disease: A case study. *Dementia*, 1 (1), 25-36.
- Sainio J. & Hansebo G. (2008). Att flytta till sjukhem – en ny fas i livet. En intervjustudie. *Vård i Norden*, 28 (2), 27-31.
- Sandelowski M. (1996). Focus on qualitative methods. Using qualitative methods in intervention studies. *Research in Nursing & Health*, 19 (4), 359-364.
- Sandelowski M & Barroso J. (2003). Classifying the findings in qualitative studies. *Qualitative Health Research*, 13 (7), 905-923.
- Savundranayagam M.Y., Ryan E.B., Anas A.P. & Orange J.B. (2007). Communication and dementia: staff perceptions of conversational strategies. *Clinical Gerontologist*, 31 (2), 47-63.
- SBU. (2008). *Dementia - caring, ethics, ethnical and economical aspects: a systematic review: June 2008 Vol. 3*. Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU): Stockholm.
- Scanland S.G. & Emershaw L.E. (1993). Reality orientation and validation therapy. Dementia, depression, and functional status. *Journal of Gerontological Nursing*, 19 (6), 7-11.
- Scholl J.M & Sabat S.R. (2008). Stereotypes, stereotype threat and ageing: implications for the understanding and treatment of people with Alzheimer's disease. *Ageing & Society*, 28 (01), 103.
- Schön D.A. (2003 [1995]). *The reflective practitioner: how professionals think in action*. Arena: Aldershot.
- Schrijnemaekers V., van Rossum E., Candel M., Frederiks C., Derix M., Sielhorst H. & van den Brandt P. (2002). Effects of emotion-oriented care on elderly people with cognitive impairment and behavioral problems. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 17 (10), 926-937.
- Sellgren S.F., Ekvall G. & Tomson G. (2008). Leadership behaviour of nurse managers in relation to job satisfaction and work climate. *Journal of Nursing Management*, 16 (5), 578-587.

SFS 2003:460. Lag om etikprövning av forskning som avser människor.
Utbildningsdepartementet; Stockholm

Sgadari A., Morris J.N., Fries B.E., Ljunggren G., Jonsson P.V., DuPaquier J. & Schroll M. (1997). Efforts to establish the reliability of the Resident Assessment Instrument. *Age & Ageing*, 26, 27-30.

Sjöberg L. (2007). Hawthorne-effekten: Krossad myt om ljusets effekt. *Personal och Ledarskap*, 38 (9), 60-61

Sjögren K., Lindkvist M., Sandman P.O., Zingmark K. & Edvardsson D. (2013). Person-centredness and its association with resident well-being in dementia care units. *Journal of Advanced Nursing*, published online: 21 JAN 2013. DOI: 10.1111/jan.12085.

Skovdahl K., Larsson Kihlgren A. & Kihlgren M. (2004). Dementia and aggressiveness: stimulated recall interviews with caregivers after video-recorded interactions. *Journal of Clinical Nursing*, 13 (4), 515-525.

Skovdahl K., Kihlgren A.L. & Kihlgren M. (2003). Dementia and aggressiveness: video recorded morning care from different care units. *Journal of Clinical Nursing*, 12 (6), 888-898.

Socialstyrelsen. (2009). *Demenssjukdom – Resultat av kommunenkät. Om insatser till och kostnader för personer med demenssjukdom och deras anhöriga*. Socialstyrelsen; Stockholm.

Socialstyrelsen. (2010). Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom 2010: stöd för styrning och ledning. Socialstyrelsen: Stockholm.

Socialstyrelsen. (2013). Öppna jämförelser Vård och omsorg om äldre 2012. Socialstyrelsen: Stockholm.

Spector A., Davies S., Woods B. & Orrell M. (2000). Reality orientation for dementia: a systematic review of the evidence of effectiveness from randomized controlled trials. *Gerontologist*, 40 (2), 206-212.

Stolee P., Esbaugh J., Aylward S., Cathers T., Harvey D.P., Hillier L.M., Keat N. & Feightner J.W. (2005). Factors associated with the effectiveness of continuing education in long-term care. *The Gerontologist*, 45 (3), 399-409.

Surr C.A. (2006). Preservation of self in people with dementia living in residential care: A socio-biographical approach. *Social Science & Medicine*, 62 (7), 1720-1730.

Sury L., Burns K. & Brodaty H. (2013). Moving in: adjustment of people living with dementia going into a nursing home and their families. *International Psychogeriatrics*, 25 (06), 867.

Taulbee L.R. & Folsom J.C. (1966). Reality orientation for geriatric patients. *Hospital & Community Psychiatry*, 17 (5), 133-135.

- Todres L., Galvin K. & Dahlberg K. (2007). Lifeworld-led healthcare: revisiting a humanising philosophy that integrates emerging trends. *Medicine, Health Care, and Philosophy*, 10 (1), 53-63.
- Tondi L., Ribani L., Bottazzi M., Viscomi G. & Vulcano V. (2007). Validation therapy (VT) in nursing home: a case-control study. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 44 Suppl 1 407-411.
- Toseland R.W., Diehl M., Freeman K., Manzanares T., Naleppa M. & McCallion P. (1997). The impact of Validation Group Therapy on nursing home residents with dementia. *Journal of Applied Gerontology*, 16 31-50.
- Validation Training Institute, Inc. Hemsida. Tillgänglig: <http://www.vfvalidation.org> (Hämtad 2013-06-20).
- Vasse E., Vernooij-Dassen M., Spijker A., Rikkert M.O. & Koopmans R. (2010). A systematic review of communication strategies for people with dementia in residential and nursing homes. *International psychogeriatrics*, 22 (02), 189-200.
- Ward R., Vass A.A., Aggarwal N., Garfield C. & Cybyk B. (2008). A different story: exploring patterns of communication in residential dementia care. *Ageing and Society*, 28 (5), 629-651.
- Watzlawick P., Bavelas J.B. & Jackson D.D. (1967). *Pragmatics of human communication : a study of interactional patterns, pathologies, and paradoxes*. Norton: New York.
- Westin L. & Danielson E. (2007). Encounters in Swedish nursing homes: a hermeneutic study of residents' experiences. *Journal of Advanced Nursing*, 60 (2), 172-180.
- Westius A., Kallenberg K. & Norberg A. (2010). Views of life and sense of identity in people with Alzheimer's disease. *Ageing and Society*, 30 (7), 1257-1278.
- Williams J. & Stickley T. (2010). Empathy and nurse education. *Nurse Education Today*, 30 (8), 752-755.
- Woods B., Spector A.E., Jones C.A., Orrell M. & Davies S.P. (2005). Reminiscence therapy for dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2 CD001120.
- Woods B., Aguirre E., Spector A.E. & Orrell M. (2012). Cognitive stimulation to improve cognitive functioning in people with dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, CD005562 (2).
- Young T.J., Manthorp C., Howells D. & Tullo E. (2011). Developing a carer communication intervention to support personhood and quality of life in dementia. *Ageing & Society*, 31 (6), 1003-1025.
- Zimmerman S., Williams C.S., Reed P.S., Boustani M., Preisser J.S., Heck E. & Sloane P.D. (2005). Attitudes, stress, and satisfaction of staff who care for residents with dementia. *Gerontologist*, 45 (1), 96-105.

Zingmark K. (2000) *Experiences related to home in people with Alzheimer's disease*. Doktorsavhandling. Umeå universitet: Umeå.

Österlind J. (2009) *När livsrummet krymper: Vård och omsorg av äldre personer i livets slutskede*. Doktorsavhandling. Örebro universitet: Örebro.