



HÖGSKOLAN
DALARNA

Akademien för hälsa och samhälle
Examensarbete inriktning omvårdnad
Grundnivå II, 15 högskolepoäng
Ht, 2009

Icke-farmakologiska omvårdnadsåtgärder som kan öka välbefinnandet hos personer med demens

Författare

Anna Fernström
Erika Gulliks

Handledare

Liselotte Åström

Examinator

Linnea Warenus



HÖGSKOLAN
DALARNA

EXAMENSARBETE

Högskolan Dalarna
Examensarbete
Nr 200x:xx



HÖGSKOLAN
DALARNA

Academy of Health and Social Sciences
Essay course – Nursing
Undergraduate level II, 15 ECTS - credits
Autum 2009

Non-pharmacological interventions that may improve well being for persons with Dementia

Authors

Anna Fernström
Erika Gulliks

Supervisor

Liselotte Åström

Examiner

Linnea Warenus



HÖGSKOLAN
DALARNA

EXAMENSARBETE



HÖGSKOLAN
DALARNA

Högskolan Dalarna

791 88 Falun

Tel 023-77 80 00

Rapport 200x:nr

ISBN

ISSN

Sammanfattning

Syftet med denna studie var att undersöka vilka icke-farmakologiska omvårdnadsåtgärder som bidrar till reducerad förekomst av beteendestörningar och ökar välbefinnandet hos personer med demens. Studien utfördes som en systematisk litteraturstudie där 15 artiklar inkluderades. Icke-farmakologiska omvårdnadsåtgärder som inkluderades i den här studien var musik, aktivitet och träning och massage och beröring. Beteendestörningar framför allt agitation kan lindras med hjälp av massage och beröring, aktivitet samt musikterapi i olika former. Det är viktigt att utforma alla dessa omvårdnadsåtgärder utifrån individen för att erhålla ett gott resultat. Även välbefinnandet påverkas positivt av dessa icke-farmakologiska omvårdnadsåtgärder. Fördelarna med dessa omvårdnadsåtgärder är att de är enkla att utföra och lära ut, kostnadseffektiva och har få biverkningar. I denna litteraturstudie framgår även att det sociala samspelat har en viktig roll för att personer med demens upplever välbefinnande. Slutsatsen är att det borde vara enkelt att använda sig av dessa effektiva metoder i både demensvård och annan vård.

Nyckelord: *beteendestörningar, demens, icke-farmakologisk, omvårdnadsåtgärder, välbefinnande*

Keywords: *behavioral problems, dementia, interventions, non-pharmacological, well being*

Innehållsförteckning

INTRODUKTION	1
SYMPTOM PÅ SJUKDOMEN DEMENS	1
<i>Beteendestörningar vid demenssjukdom</i>	2
UTREDNING VID DEMENSSJUKDOM.....	4
BEHANDLING AV SJUKDOMEN DEMENS.....	4
<i>Farmakologisk</i>	4
<i>Icke-farmakologisk omvårdnad</i>	5
VÄLBEFINNANDE.....	6
ICKE-FARMAKOLOGISKA OMVÅRDNADSÅTGÄRDER	7
<i>Aktivitet och Träning</i>	7
<i>Massage och Beröring</i>	7
<i>Musik</i>	8
SJUJSKÖTERS KANS ROLL I OMVÅRDNADEN	8
PROBLEMFÖRMULERING	9
SYFTE	9
FRÅGESTÄLLNINGAR	9
METOD	10
DESIGN.....	10
<i>Urval av litteratur</i>	10
ANALYS OCH TOLKNING AV DATA	11
FORSKNINGSETISKA ASPEKTER	12
RESULTAT	12
VILKA ICKE-FARMAKOLOGISKA OMVÅRDNADSÅTGÄRDER REDUCERAR FÖREKOMSTEN AV BETEENDESTÖRNINGAR?	14
<i>Musik</i>	14
<i>Beröring och Massage</i>	15
<i>Aktivitet och Träning</i>	17
VILKA ICKE-FARMAKOLOGISKA OMVÅRDNADSÅTGÄRDER ÖKAR VÄLBEFINNANDET?.....	17
<i>Hur personer med demens spenderar sin tid</i>	17
AKTIVITET OCH TRÄNING	18
<i>Musik</i>	20
<i>Personer med demens egna uppfattningar om välbefinnande</i>	21
DISKUSSION	21
SAMMANFATTNING AV HUVUDRESULTAT	21
RESULTATDISKUSSION	22
METODDISKUSSION.....	24
LITTERATURSTUDIENS KLINISKA BETYDELSE	25
VIDARE FORSKNING	25
SLUTSATS	26
REFERENSER	26
BILAGA I	29

INTRODUKTION

Demenssjukdom innebär en kognitiv funktionsnedsättning med försämrat intellekt och ett reducerat minne. Personer med demens har personlighetsförändringar och störningar i det emotionella. Demenssjukdomarna har ett kroniskt och fortskridande förlopp som leder till döden (Larsson & Rundgren, 2003). I Sverige finns det 148 000 personer med demens och varje år insjuknar cirka 24 000 personer (Socialstyrelsen, 2009).

Det finns olika sätt att klassificera demens. Detta kan göras med WHO:s klassificeringssystem ICD-10, som används vid diagnosistering av demens i Sverige (Björclin, Basun, Beck-Friis, Ekman, Englund, Jönhagen, Gustafson, Lannfelt, Nygård, Björkstén, Terzis, Wahlund & Wimo, 2004).

I Sverige orsakar demens ofta av andra bakomliggande sjukdomar så kallade primärgenerativa demenssjukdomar. Dessa sjukdomar skadar olika strukturer i hjärnan och orsakar försämring av neuron, andra celltyper och vävnader (Björclin et al., 2004).

Dessa förändringar bidrar till sänkt hjärnfunktion. (Björclin et al., 2004). Det finns olika typer av demens men den demenssjukdom med högst prevalens och som står för 60 % av alla fall av demens är Alzheimerssjukdom (Marcusson, Blennow, Skoog & Wallin, 2003). ”Alzheimers sjukdom, AD, är en progredierande neurodegenerativ sjukdom med kognitiva (intellektuella), beteendemässiga, funktionella och motoriska symtom.” (Björclin, et al. sid. 18, 2004)

Symtom på sjukdomen demens

Alzheimers sjukdom graderas i tre olika faser: mild, medelsvår och svår demens (Marcusson et al., 2003). Sjukdomen kommer smygande och inleds med en initial fas som börjar med minnessvårigheter, långsammare tankeverksamhet och sänkt förmåga att hantera stress. Det är vanligt att det uppkommer funderingar kring den egna funktionen vilket kan ge upphov till oro och ångest (Marcusson et al., 2003).

I denna inledande fas är det vanligt med depressioner som antingen är en följd av funderingar kring sjukdomen eller en del av sjukdomsbilden. Den initiala fasen kan pågå allt mellan 1 år till ca 10 år (Marcusson et al., 2003).

Den första fasen, som kallas mild demens, är när minnesnedsättningen påverkar vardagen och blir ett handikapp. Den drabbade frågar ofta om, och det blir allt svårare att förstå mer komplicerade tankegångar och resonemang. Andra kognitiva symtom kan visas i denna fas, så

som svårigheter att utföra praktiska moment, så kallad dyspraxi. Språkstörning, dysfagi, kan även förekomma där den drabbade får svårt att hitta ord. Detta kan i sin tur leda till att den drabbade drar sig undan från sociala samspel (Marcusson et al., 2003).

I andra fasen den medelsvåra demensen, som varar i ungefär 2-5 år, får den drabbade allt mer problem med minnet och får mer uttalad dyspraxi och dysfagi. Detta innebär att det kan vara svårt för den drabbade att göra sig förstådd i tal och enkla praktiska saker kan bli svåra att utföra. Dessa störningar medför att det kan vara svårt för dessa personer att orientera sig i sin omgivning. Ytterligare problem som kan yttra sig är räknesvårigheter, koncentrationssvårigheter och sänkt förmåga till logiskt tänkande. Sjukdomsinsikten minskar i takt med att sjukdomen progredierar. I detta stadium kan det vara dags att planera för ett annat boende t.ex. ett demens- eller gruppboende (Marcusson et al., 2003).

I den tredje och sista fasen som innebär svår demens, vilken varar i 1-4 år, förvärras alla symtom och den drabbade har i detta stadium svårt att komma ihåg namn och känna igen de närstående. Den drabbade kan inte orientera sig i sin hemmiljö och behöver i detta stadium hjälp med all ADL (Marcusson et al., 2004). ADL är Aktiviteter i Dagliga Livet och innebär alla vardagliga sysslor (Björilin et al., 2004). Här ställs det krav på god omvårdad, då den drabbade i slutet av sin sjukdom är säng eller rullstolsbunden. Patienten blir avföringsinkontinent, får allt svårare att tillgodose sig mat och även andningen försvåras (Marcusson et al., 2004). Demenssjukdomen för med sig andra symtom som kan göra vardagen svår för dels den drabbade men även till stor del för de närstående (Björilin et al., 2004). Negativa sinnesstämningar kan uttryckas i form av aggressivitet och oro (Hicks-Moore & Robinson, 2008). Williams och Tappen (2007) säger att det finns en stark relation mellan negativa sinnesstämningar och mental status och att det därför bör finnas strategier för att uppnå positiva sinnesstämningar.

Beteendestörningar vid demenssjukdom

Drygt 80 procent av alla patienter med demenssjukdom har någon form av beteendestörningssymtom som aggressivitet och ångest. Detta kan leda till lidande för patienten, personalen och anhöriga. Detta kan bidra till att omvårdnaden av dessa patienter försvåras. Ångest till exempel är viktigt att motverka då det kan komma i samband med depression (Dehlin & Rundgren, 2007). Agitation förekommer i upp till 90 % av fallen med personer som lider av avancerad demens. Det är ett beteende som definieras som ett opassande verbalt, vokalt och fysiskt beteende. Exempel på agitationsbeteenden är

våldsbeteende som kan skada personal, dem själva eller andra patienter, skrikbeteende, vanka fram och tillbaka på avdelningen, repetera meningar och frågor. Dessa beteenden påverkar välbefinnandet hos den dementa, deras familj och de som vårdar den drabbade (Wang & Hermann, 2006). Agitation är en orsak som försvårar omvårdnaden av dessa patienter för vårdpersonal och anhöriga (Björilin et al., 2004).

En annan studie definierar agitation som ett beteende som kan vara aggressivt och icke aggressivt fysiskt beteende samt ett aggressivt och icke aggressivt psykiskt beteende (Chantale Pelletier & Landreville, 2007). Bakomliggande faktorer till agitation kan vara kön, personlighet, ohälsa, fysiska funktionsnedsättningar som försvårar deltagande i dagliga aktiviteter samt kognitiv och neurologisk försämring. Miljön spelar en stor roll i att agitativt beteende uppstår. Det kan vara en för högljudd miljö, för lite social interaktion samt även fysiska behov som hunger, törst och obehag. Män tenderar att utveckla ett mer aggressivt beteende än kvinnor (Chantale Pelletier & Landreville, 2007). Kvinnor tenderar ofta att befästa ett mer verbalt agitations beteende (Cohens-Mansfield & Libin, 2004).

Apati är den vanligaste beteendeförändringen hos personer med demens och innebär likgiltighet (Björilin et al., 2004).

Personer med demens kan få vanföreställningar angående verkligheten så som att denne tror sig ha blivit bestulen eller att det finns obehöriga personer i hemmet (Björilin et al., 2004).

Den vanligaste formen av hallucinationer är synhallucinationer och kan orsaka så att den demenssjuke känner sig ångestfylld och hotad (Björilin et al., 2004).

Depression är vanligast i inledningsfasen av sjukdomen och drabbar ungefär 20 %. Troliga bakomliggande orsaker till det kan vara minskad mängd serotonin i hjärnan, dålig kost, social isolering samt vetskapen om att ha drabbats av en sjukdom (Björilin et al., 2004).

Voyer och Schindel Martin (2002) definierar depression efter följande kriterier: nedstämdhet, minskat intresse, minskad glädje, viktuppgång, viktnedgång, sömnlöshet, insomnia eller hypersomnia, avmattning av psykomotoriska svar eller upphetsning, utmattning, fatigue och energiförlust, skuld känslor, sänkt självkänsla, koncentrationssvårigheter och suicidal tankar. Fem av dessa symtom måste uppvisas frekvent i minst två veckor för att en depressions diagnos kan ställas.

Sömnpblem är vanliga hos personer med demens. Detta kan vara till mer besvär för de anhöriga än den drabbade (Björilin et al., 2004). En trolig orsak till detta kan vara att personer med demens har svårt att avgöra om det är dag eller natt (Marcusson et al., 2003).

Voyer och Schindel Martin (2002) menar att äldre människor kan drabbas av sömnpblem, aptitförlust etcetera på grund av tillfälliga kriser och att det inte alltid handlar om någon stor

depression. De beskriver även att 58 % av de äldre personerna som är boende på sjukhem och är i behov av vård för sin mentala hälsa inte får sina behov tillgodosedda (Voyer & Schindel Martin, 2002).

Utredning vid demenssjukdom

Vid demensutredning genomförs en rad olika tester. De består av en grundlig anamnes, kroppslig undersökning, psykiatrisk undersökning, blodanalyser, hjärnröntgen samt kognitionsbedömning (Björilin et al., 2004). En god anamnes kan i somliga fall vara tillräcklig för att ställa en demensdiagnos. Den kroppsliga undersökningen omfattar en neurologisk undersökning där syn och hörsel kontroll ingår. Den psykiatriska undersökningen ska kontrollera förekomst av depression, ångest och eventuellt missbruk av psykofarmaka och alkohol. Blodanalyser tas för att undersöka om det finns någon bakomliggande brist eller rubbning av vitaminer eller hormoner som orsakar demenssymtom. En röntgenundersökning kan ge svar på om det finns någon hjärntumör eller andra synbara fel som ligger bakom symtomen. En kognitionsbedömning kan genomföras på olika sätt antingen genom psykologundersökning eller ett MMT (minimentaltest). MMT är ett skattningsformulär som bedömer kognitiv förmåga (Socialdepartementet, 2003). Tillvägagångssättet är inte så viktigt, huvudsaken är att det kan fastställas att det finns en kognitiv funktionsnedsättning och av vilken grad. MMT är snabbt, effektivt och ger resultat som är lätta att jämföra och tolka. En arbetsterapeutisk utredning bör också göras för att se vad den demenssjuke klarar av vad gäller ADL (Björilin et al., 2004).

Behandling av sjukdomen demens

Farmakologisk

Det som bör avgöra vilken typ av farmakologisk behandling som ska användas är vilka symtom som patienten lider av t.ex. depression, agitation eller sömstörning. AD patienter kan med kolinesterashämmare få behandling av sina kognitiva symtom. Exempel på läkemedel är Aricept, Exelon och Ebixa (Björilin et al., 2004). Behandling bör bara pågå så länge som den ger effekt och bör kontrolleras med noggrann uppföljning av patienten. När den farmakologiska behandlingen inte längre ger någon effekt bör det övervägas om behandlingen ska avbrytas (Marcusson et al., 2003).

Enligt Voyer och Schindel Martin (2002) får inte personer med problem av psykisk karaktär, så som sömnproblem och depression, den omvårdnad som de är i behov av. Istället blir de behandlade med benzodiazepiner som enligt tidigare studier bara ger önskad effekt i cirka 30 dagar. Dessa patienter som artikelförfattarna beskriver har i vissa fall behandlats med denna typ av läkemedel i flera månader och ibland i årtal. De menar att det är sjuksköterskans uppgift att upptäcka de patienter som inte längre har någon hjälp av denna typ av behandling och alltså får den i onödan. Psykofarmakologisk behandling ges ofta till äldre patienter som bor på sjukhem för att motverka ångest, depression, psykologisk tristess och sömnproblem. Även neuroleptisk behandling är vanligt för att reducera förekomsten av störande beteende hos äldre med sänkt kognitiv förmå. Det finns även studier som visar att kvinnor mer frekvent behandlas av dessa typer av läkemedel än män (Voyer & Schindel Martin, 2002).

Icke-farmakologisk omvårdnad

Målsättningen med vård och behandling och omsorg av personer med demens är att i första hand bevara den mentala funktionen så långt det är möjligt. Lindra sjukdomslidande och bevara sociala kontakter. När detta inte längre är möjligt så blir vården inriktad på att ge tröst och att försöka ge den drabbade ett värdigt och gott liv men även stötta och hjälpa närstående. För att så långt som möjligt kunna bibehålla sociala kontakter och ett normalt fungerande liv måste vården och omsorgen riktas in på att stödja ett normalt boende så långt det är möjligt. Grunden för omvårdnaden av en demenssjuk människa måste vara baserat på den friska människans behov, demenssjukdomens symptom och vilka metoder och omvårdnadsåtgärder som är användbara för att lindra dessa symptom. En god och säker demensvård bedrivs både utifrån hälso- och sjukvårdslagen samt socialtjänstlagen. Teamarbete och gemensamma strategier samt vårdfilosofi om hur man bemöter och vårdar en demenssjuk människa under hela sjukdomsförloppet (Socialdepartementet, 2003).

Syftet med all omvårdnad är att förebygga sjukdom och att utifrån individuella möjligheter återställa och bevara hälsa (Dahlberg, Segesten, Nyström, Suserud & Fageberg, 2003). Omvårdnaden innefattar åtgärder som har till syfte att skapa en god vårdmiljö, att lindra smärta samt att vara ett stöd och hjälpa människor i deras reaktioner på sjukdom, trauma och olika funktionshinder. Det handlar även om att skapa en god relation. En vårdande relation som bygger på respekt och värdighet gentemot den person som omvårdnaden är riktad mot. De omvårdnadsåtgärder som skall utföras som till exempel hjälp vid måltid, påklädning eller hjälp med hygien sker alla inom ramen för en vårdande relation. Vårdaren måste alltid

anpassa omvårdnaden och sitt agerande utifrån demenssymptomen. En god demensvård är beroende av att vårdpersonalen har goda kunskaper om sjukdomen. Omvårdnaden påverkar den mentala aktiviteten och bidrar därmed till att den biologiska funktionen i hjärnan förändras. Omvårdnaden påverkar dels upplevelser men även hjärnaktiviteten (Socialdepartementet, 2003).

Välbehållande

Välbehållande är ett begrepp som utgår ifrån människans livsvärld och kan uttryckas som en känsla hos den enskilda individen. Det har även med personens inre upplevda känslor att göra och är därför unikt och personligt (Wiklund, 2003). Välbehållande har ett nära samband med lidande. Dessa två befinner sig i ständig rörelse och kan beskrivas som en kamp. Lidande och välbehållande kan förekomma samtidigt. Målet med all omvårdnad är att minska lidande och främja välbehållande. För att detta skall ske så måste lidande och välbehållande ses som unikt för varje individ och att välbehållande oftast kan stöttas och skapas utifrån relativt enkla metoder (Dahlberg et al., 2003). Äldre och tillfälligt förvirrade personers människovärde får inte kränkas genom respektlösa handlingar och uttalanden. Det är viktigt att fundera över vad som bidrar till ökat välbehållande hos äldre och tillfälligt förvirrade människor samt äldre som lider av demenssjukdom. Författarna tar vidare upp vad som kan bidra till ökat välbehållande hos äldre och tillfälligt förvirrade patienter, boende på äldreboende. Några av de viktigaste åtgärderna som bidrog till välbehållande var god omvårdnad, god symptomkontroll, aktiviteter som kunde motverka känslan av maktlöshet samt annat lidande. När denna omvårdnad fungerade uppstod ett tillstånd av äkta sinnesfrid (Dahlberg et al., 2003).

Ibland behöver människan få hjälp att glömma kroppen för en stund och att få känna sig fri från lidande som kroppen kan skapa. De behöver få känna och uppleva välbehållande. Att få kroppen omskött kan vara ett sätt att uppnå detta. Detta kan åstadkommas genom att få hjälp att ta ett varmt bad, en hårtvätt, lite massage med mera. Med hjälp av god omvårdnad kan man uppnå välbehållande både på det kroppsliga och själsliga planet (Kristoffersen, Nordvedt & Skaug, 2005). ”Upplevelse av välbehållande är ett lika viktigt mål för kroppsvården som rengöringen” (Kristoffersen, Nordvedt & Skaug, 2005, s. 129). Välbehållande är synonymt med livskvalitet (Wiklund, 2003). Välbehållande kännetecknas av personliga välbehållandekänslor och välmående. Välbehållande innebär dels en kroppslig dels en existentiell dimension, vilket innebär att personen har det så bra som möjligt i sin situation.

Dementia Care Mapping (DCM) är utarbetad av Tom Kitwood (2008) och är ett bedömningsinstrument som används för att utvärdera om kvaliteten på vården bidrar till ökat välbefinnande hos personer med demens. Genom en kombination av empati och observationsfärdigheter kan den som utför denna bedömning se, ur personen med demens synvinkel, på den vård denne erhåller. Detta för att utvärdera vården och dess effekter för att kunna vidare utveckla vården för att kunna öka välbefinnandet hos denna patientgrupp. Detta mätinstrument ger en återkoppling till personalen för utförd vård (Kitwood, 2008).

Icke-farmakologiska omvårdnadsåtgärder

De begrepp som denna studie undersöker som icke-farmakologiska omvårdnadsåtgärder är följande: Aktivitet och Träning, Massage och Beröring samt Musik, dessa presenteras som egna rubriker nedan.

Aktivitet och Träning

En person med demens har samma behov av aktivitet som en frisk person, men personen med demens kan ha svårt att självständigt tillgodose sitt behov (Socialstyrelsen, 2009). Passivitet hos denna patientgrupp är vanligt och kan motverkas med aktivering i form av hushållssysslor, utomhusvistelse, massage, musik och dans (Socialstyrelsen, 2009).

Genom aktivitet får kroppen och själen det de behöver för att må bra (Abrahamsson, 2003). Aktivering kan innebära att personen med demens får utföra vardagliga sysslor som till exempel bärplockning, titta på fotografier och göra utflykter samt fysisk aktivitet i olika former som promenader och gymnastik (Abrahamsson, 2003). Aktivitet rekommenderas till personer med demens för att lättare kunna bibehålla förmågor och funktioner (Björilin et al., 2004).

Massage och Beröring

Huden har en viktig roll i hur vi kan förmedla information från omvärlden till vårt nervsystem. Huden är människans största känselorgan. Den registrerar värme, tryck, kyla, beröring och smärta. Vi känner beröring oavsett om den är en behaglig smekning eller ett smärtsamt nyp (Uvnäs Moberg, 2000). Beröringsmetoder har i många år använts för att uppnå en känsla av lugn och ro. Relationer och beröring spelar en viktig roll för vårt välmående. Massage kan utföras på olika sätt allt ifrån beröring, så kallad taktil massage, till andra former

som mer eller mindre knådar musklerna. Den fysiska effekten av beröring och massage är att den sänker puls och blodtryck samt sänker koncentrationen av stresshormon i blodet (Uvnäs Moberg, 2000). Beröring hör hemma i den nära relationen mellan människor och med beröring kan vi visa känslor och överföra information utan ord som en del av den icke verbala kommunikationen. Svaret till varför lugn och välbefinnande uppstår vid beröring och massage, tros vara att det frisätts ett hormon som heter oxytocin. Frisättningen av oxytocin sker olika beroende på beröringssätt (Uvnäs Moberg, 2000). Effekten av klassisk massage har undersökts och resultatet har blivit att man i allmänhet kan säga att massage är ångestdämpande, lugnande och har en avslappnande effekt på både barn och vuxna. Effekten av massage och beröring blir mera långvarig efter ett antal behandlingar (Uvnäs Moberg, 2000). ”Tender Touch” är ett begrepp som Sansone och Schmitt (2000) använder för att sammanfatta olika typer av massage på olika kroppsdelar och dess olika effekter hos personer med demens. Enligt en av sjuksköterskorna som deltog i studien ska omvårdnad inte bara bedrivas för att hålla patienter vid liv, utan bedrivas med ödmjukhet och känsla för patienterna.

Musik

Musiken, rytmerna och sången påverkar oss människor och finns kvar i oss även om minnet sviktar. Därför ger musik personer med demens en känsla av trygghet och väcker känslor som sedan tidigare förknippats med musiken. Musiken kan fungera som ett hjälpmedel i samband med allt omvårdnadsarbete med personer med demens (Björilin et al., 2004).

Sjuksköterskans roll i omvårdnaden

Enligt socialstyrelsen har sjuksköterskan ansvar för att omvårdnaden utförs med hänsyn till patientens specifika omvårdnadsbehov i relation till det fysiska, psykiska, sociala, kulturella och andliga (Socialstyrelsen, 2005). Genom omvårdnad kan sjuksköterskan ge personen en positiv fysisk upplevelse. Sättet som omvårdnaden utförs på kan förmedla erkännande och acceptering av den sjuka som person, samt bidra till ökat välbefinnande (Kristoffersen et al., 2005). Människosynen och människobilden spelar en viktig roll inom demensvården. Möjligheten till att skapa en god vårdrelation, där vårdaren ser den demensdrabbade som en person utan känslor och själ så uppstår ingen vårdande relation utan relationen blir riktad till ett objekt. Om vårdaren ser till hela människan och dess symptom, relaterade till en

hjärnskada, så kommer relationen att bygga på respekt. Personens värdighet och integritet kommer då att beaktas (socialdepartementet, 2003.) Den som vårdar en människa, vårdar inte endast den skadade kroppen utan hela människan. Människobilden har en avgörande roll i hur hälsa och ohälsa uppfattas. Den avgör även vilken vård patienten kommer att få och vilka mål som sätts upp med mera (Wiklund, 2003).

Problemformulering

I Sverige finns det 148 000 personer med demens och varje år insjuknar cirka 24 000 personer (Socialstyrelsen, 2009). Enligt Voyer och Schindel Martin (2002) erhåller denna patientgrupp inte den vård som de behöver och av de boende på sjukhem får 58 % inte sina behov tillgodosedda. Beteendestörningar är vanligt förekommande hos personer med demens (Björlin et al, 2004). Detta kan leda till svårigheter i omvårdnadsarbetet samt leda till minskat välbefinnande hos personer med demens och dess anhöriga (Wang & Herman, 2006). Uppsatsförfattarna anser därför att det är viktigt att dessa patienter, som utgör en stor patientgrupp, får den omvårdnad som krävs för ökat välbefinnande. Det kan vara svårt att tillgodose deras behov, då de har svårt att ge uttryck för dessa till följd av sänkt kognitiv förmåga. Personer med sjukdomen demens behandlas ofta med läkemedel som har en egentlig behandlingseffekt på bara 30 dagar samt bidrar till läkemedelsbiverkningar (Voyer och Schindel Martin, 2002). Denna studie vill undersöka om det finns icke-farmakologisk omvårdnad, som kan ge ökat välbefinnande och reducerad förekomst av beteendestörningar hos personer med demens.

Syfte

Syftet med denna systematiska litteraturstudie var att undersöka om icke-farmakologiska omvårdnadsåtgärder kan reducera beteendestörningar och bidra till välbefinnandet hos personer med sjukdomen demens.

Frågeställning

- Vilka icke-farmakologiska omvårdnadsåtgärder kan ge reducerad förekomst av beteendestörningar och bidra till ökat välbefinnande?

METOD

Design

Studien har genomförts som en systematisk litteraturstudie. En systematisk litteraturstudie syftar till att sammanställa kunskap från tidigare utförda empiriska studier. Studien bör fokusera på aktuell forskning inom valt område vilket syftar till att finna underlag till omvårdnadsarbetet (Forsberg & Wengström, 2003).

Urval av litteratur

Sökstrategi

Detta har gjorts genom att det systematiskt söktes artiklar i databaserna ELIN@Dalarna, PubMed och CINAHL. Både kvalitativa och kvantitativa artiklar användes för att få svar på frågeställningarna och uppnå syftet med litteraturstudien. De artiklar som inkluderades är de som gav svar på syftet med studien. De sökord som har använts är, *health related quality of life, quality of life, activity, alzheimers, dementia, nursing, therapeutic care, anxiety, well being, care, therapeutic touch, och massage* (se Tabell 1). Annan relevant litteratur har använts till introduktionen och för begreppsförklaring. Denna litteratur hittades genom manuell sökning på Mora Folkbibliotek.

Urvalskriterier

Inklusionskriterier: Begränsningar har gjorts till artiklar med länkar till ”full free text”, ”full text” och till studier som inte är mer än 10 år gamla, vilket innebär att de är skrivna mellan 1999 och 2009. Artiklarna som togs med skulle vara skrivna på engelska eller svenska. Både kvalitativa och kvantitativa studier har inkluderats.

Exklusionskriterier: Litteraturstudier har exkluderats då de inte är en primärkälla samt artiklar som inte var kostnadsfria.

Tabell 1 - Söktabell

Databas	Sökord	Träffar n	Lästa abstract n	Artiklar i resultat n
CINAHL År 1999-2009	Dementia and therapeutic touch	24	3	1
CINAHL År 1999-2009	Dementia and massage	36	8	2
CINAHL År 1999-2009, full text	Dementia and well being and care	71	10	2
CINAHL År 1999-2009, full text	Dementia and quality of life and well being and nursing and care	7	7	3
CINAHL År 1999-2009, full text	Dementia and quality of life and nursing	89	6	0
CINAHL År 1999-2009, full text	Dementia and well being and nursing	34	11	1
PubMed	Anxiety and dementia and massage	4	3	1
CINAHL År 1999-2009	Health related quality of life and alzheimers	10	3	0
PubMed Full free text	Dementia and nursing and therapeutic care	170	10	0
CINAHL År 1999-2009, full text	Dementia and well being and activity	17	4	2
Elin År 1999-2009, full text	Dementia and agitation and nursing	114	5	2
CINAHL År 1999-2009, full text	Dementia and agitation and nursing	45	4	1

Totalt valdes 15 artiklar ut att användas i resultatet och 5 artiklar valdes ut för att användas vid begreppsdefinition i introduktionen.

Analys och tolkning av data

Studierna har kvalitetsgranskats genom användning av granskningsmallar. Dessa granskningsmallar är en modifierad version av William, A., Stoltz, B. & Bahtsevani, C (2006) och Forsberg, C. & Wengström, Y. (2008) och användes för att undersöka kvalitén på artiklarna. Granskningsmallarna finns som bilaga 1. Analysen genomfördes genom att båda uppsatsförfattarna läste de valda studierna i dess helhet och enades genom diskussion till kvalitetspoängen av de valda studierna. Textmassan har analyserats utifrån frågeställningarna. Uppsatsförfattarna har skrivit under den blankett som erhållits av Högskolan Dalarna Akademin Hälsa & Samhälle, som intygar att båda varit likvärdigt delaktiga i forskningsprocessen. Kvalitetspoängen av de valda studierna presenteras i Tabell 3. En detaljerad beskrivning med tabeller och kompletterande text presenterar resultatet (Forsberg & Wengström, 2008).

Forskningsetiska aspekter

De etiska övervägande som har gjorts är att uppsatsförfattarna i första hand valt studier som fått etiskt godkännande, redovisat alla valda artiklar som ingår i litteraturstudien samt att uppsatsförfattarna presenterat alla resultat, även de som inte stödjer syftet (Forsberg & Wengström, 2008). Studier som bedrivs på människor ska ge nytta för den tänkta gruppen och efterkommande. Det ska inte finnas risk för att någon kommer till skada (Polit & Beck, 2008). Då det är en litteraturstudie som genomförts finns ingen risk för skada av person.

RESULTAT

Resultaten av studierna presenteras i löpande text med underrubriker. Femton artiklar ingick i granskningen. Gränsen för hög kvalitetsnivå var >80 %, gränsen för medelhög kvalitet var >60 % och <60 % var gränsen för låg kvalitetspoäng. Sex av de 14 kvantitativa studierna hade en hög kvalitetsnivå som låg mellan 82 – 86 %. Åtta kvantitativa artiklar hade en medelnivå på kvalitetsgranskningen (76 - 79 %). Den kvalitativa artikeln hade hög kvalitetspoäng som låg på 92 %.

Tabell 2 – Sammanställning av artiklar som ligger till grund för resultatet (n=15).

Författare	Land, År	Titel	Design, Metod	Deltagare	Kvalitet
Aman E., Thomas D. R.	USA, 2008	Supervised Exercise to Reduce Agitation in severely Cognitively Impaired Persons.	Kvantitativ, bekvämlighetsurval Prospectiv Comparativ,	n = 50	Medel 23/29
Brooker D. J., Duce L.	England, 2000	Wellbeing and activity in dementia: a comparison of group reminiscence therapy, structured goal – directed group activity and unstructured time.	Kvantiativ, Bekvämlighetsurval, Observationsstudie,	n = 25	Medel 21/29
Brooker D. J. , Wooley R. J., Lee D.	England, 2005	Enriching Opportunities for people living with dementia in nursing homes: An evaluation of a multi – level activity – based model of care.	Kvantitativ och kvalitativ Bekvämlighetsurval, Observationstudie,	n=127	Medel 22/29
Chung J. C. C.	Hong –Kong, 2004	Activity and Well - being of people with dementia in longterm care settings.	Kvantitativ, Ej randomiserad, Dementia Care Mapping.	n = 43	Hög 24/29
Graneheim U. H, Jansson L.	Sverige, 2005	The meaning of living with dementia and disturbing behaviors as narrated by three persons admitted to a residential home.	Kvalitativ, Intervjuer.	n = 3	Hög 23/25
Hawranik P., Johnston P., Deatrich J.	USA, 2008	Therapeutic touch and agitation in individuals with Alzheimers disease.	Kvantitativ, Randomiserad, Experimentell studie.	n =51	Medel 23/29
Hicks – Moore S. L	Canada, 2005	Relaxing Music at Mealtime in Nursing Homes.	Kvantitativ, Bekvämlighetsurval Kvasi – experimentell	n = 33	Medel 22/29
Hicks – Moore, S. L Robinson B. Y.	Canada, 2008	Favorite music and hand massage: Two interventions to decrease agitation in residents with dementia.	Kvantitativ, Bekvämlighetsurval, Experimentell, hypotesprövning.	n = 41	Hög 24/29
Kim E. J., Buschmann M. T.	Korea, 1999	The effect off expressive physical touch on patients with dementia.	Kvantitativ, Bekvämlighetsurval, Pulsmätning, skattningskala	n =27	Medel 23/29
Norbergh K – G., Asplund K., Rasmussen B. H., Nordahl G., Sandman P – O.	Sverige, 2001	How patients with dementia spend their time in psycho – geriatric unit.	Kvantitativ, Observationer, Bekvämlighetsurval.	n = 24	Hög 24/29
Sansone P. & Schmitt L.	USA, 2000	Providing Tender Touch Massage to Elderly Nursing Home Residents: a Demonstration Project.	Kvantitativ del, skattningsformulär, kvalitativ del, observationer	n =34	Hög kvantitativ 24/29 kvalitativ 22/25
Sherratt K., Thornton A., Hatton C.	England, 2002	Emotional and behavioral responses to music in people with dementia: an observational study.	Kvantitativ, Observationsstudie, hypotesprövning.	n = 24	Medel 23/29
Shreiner A. S., Yamamoto E., Shiotani H.	Japan, 2003	Positive affect among nursing home residents with Alshaimers dementia: The effect of recreational activity	Kvantiataiv, Strukturerade observationer, Ej randomiserad.	n = 35	Hög 25/29
Svansdottir H. B. & Snaedal J.	Island, 2005	Music therapy in moderate and severe dementia of Alzheimer's type: a case – control study.	Kvantitativ, Randomiserad, Fall kontroll studie.	n = 38	Hög 24/29
Williams C. L. & Tappen R. M.	USA, 2007	Effect of Exercise on Mood in Nursing Home Residents With Alzheimer's Disease	Kvantitativ, Före och efter design, Randomiserad	n = 90	Hög 25/29

Vilka icke-farmakologiska omvårdnadsåtgärder reducerar förekomsten av beteendestörningar?

Musik

Hicks-Moore & Robinson (2008) har undersökt effekten av favoritmusik och handmassage för att minska agitationsbeteenden hos personer med demens. I studien ingick 41 personer med demens i en experimentell observationsstudie med flera mätningar. Observation sker innan och efter utförd behandling. Tre olika grupper ingick i studien. Den ena gruppen lyssnade till favoritmusik, den andra gruppen erhöll handmassage och den tredje lyssnade på favoritmusik och erhöll handmassage samtidigt. Det fanns ingen signifikant skillnad i om deltagarna erhöll handmassage, lyssnade på sin favoritmusik eller om de fick en kombination av de båda. De upptäckte dock en reduktion av verbalt agitationsbeteende under undersökningen oavsett om de fick handmassage och lyssna på sin favoritmusik i kombination eller var för sig (Hicks-Moore & Robinson, 2008).

Svansdottir & Sneadel (2006) undersökte i sin studie musikterapiens effekter på personer med demens med beteendestörningar samt psykologiska symptom. Sammanlagt 38 personer deltog i studien. De var boende på två vårdhem respektive två psykiatriska avdelningar. Sånger som de deltagande kände igen och var familjära valdes ut. Tillsammans med en musikterapeut sjöngs varje sång två gånger. Sångerna sjöngs ackompanjerade till gitarr och andra instrument. Varje session varade i trettio minuter. Musikterapigruppen träffades 18 gånger på 10 veckor och kontrollgruppen fick ingen annan omvårdnad än den som vanligen utfördes. Efter sex veckor in i programmet så fanns det en signifikant minskning av beteendestörningar i musikterapigruppen men inte i kontrollgruppen. Efter tio veckor fanns en signifikant minskning av beteendestörningar som aggressivitet och ångest i musikterapigruppen men inte i kontrollgruppen. Fördelarna med musikterapi hade helt försvunnit fyra veckor efter avslutad behandling (Svansdottir & Sneadel, 2006).

Hicks – Moore (2005) undersöker relationen mellan avslappnande musik och agitation hos personer med demens boende på vårdhem. Hicks – Moore (2005) vill undersöka om avslappnande musik som spelas under kvällsmåltiden kan ha en lugnande effekt och lindra agitativt beteende som ofta förekommer under dessa måltider. 30 personer deltog i studien, som pågick i fyra veckor och under den första och tredje veckan spelades ingen musik under måltiden. Under andra och fjärde veckan spelades musik vid kvällsmåltiderna. Under veckorna då musik spelades så minskade agitativt beteende vid kvällsmåltiden jämfört med de

veckor då ingen musik spelades. Under en vanlig vecka hade agitativt beteende ett potentiellt omfång på 0 - 203 observerade agitativa beteenden på 7 dagar. Under första veckan utan musik uppmättes 0 - 69 agitativa beteenden. Under vecka två då musik spelades uppmättes 0 - 32 agitativa beteende, under vecka tre utan musik uppmättes 0 - 51 agitativa beteende och slutligen under vecka fyra då musik spelades uppmättes 0 - 24 agitativa beteende. Under vecka två och vecka fyra fanns det sammanlagt tre hela dagar då inga agitativa beteenden uppmättes, vilket inte inträffade under någon av de veckorna då musik inte spelades (Hicks - Moore, 2005). De veckor då musik spelades så var atmosfären i matsalen mycket mera avslappnad och harmonisk. De boende log mera och upplevdes mindre rastlösa. De pratade mera med varandra och stannade kvar längre vid middagsbordet efter att de hade ätit färdigt (Hicks - Moore, 2005).

Beröring och Massage

I Sansone och Schmitts (2000) studie ingick 59 personer med demens som led av ångest och agitation samt personer med kronisk smärta. Denna studie var ett projekt som pågick under ett års tid. Resultatet visar att "Tender Touch" minskar aggressivt beteende och att det hos vissa patienter med demens varit så effektivt att de kunnat sluta med medicinskbehandling av detta beteende. Denna behandling har också visat sig effektiv på patienter med sömnproblem och dessa patienter har efter behandling med massage på armar och ben kunnat somna (Sansone & Schmitt, 2000). En annan effekt som Sansone och Schmitt (2000) upptäckte i samband med denna studie var att de patienter som deltog i studien fick ett utökat verbalt språk. Tender Touch visade sig även ha effekt på matlusten. En patient som inte ville äta fick massage på ryggen i samband med att hon erbjöds mat och åt då bättre än i vanliga fall (Sansone & Schmitt, 2000). Även de patienter som inte kunde ge uttryck för om de gillade denna behandling visade uppskattning genom att flytta sig närmare den som utförde massagen (Sansone & Schmitt, 2000). Tender Touch visade sig även påverka familjemedlemmarna av patienter på sådant sätt att patienten visade mer öppet sina känslor för sina anhöriga än vanligtvis. De anhöriga upplevde även att de genom att kunna ge massage fick ett verktyg för att minska agitation och att de genom Tender Touch fick en kommunikationskanal (Sansone & Schmitt, 2000). Sansone och Schmitt (2000) påvisar även att patienterna som behandlades med Tender Touch upplevde mindre smärta efter denna studie. Däremot kunde de inte påvisa att det fanns någon skillnad i frekvens av ångest (Sansone & Schmitt, 2000).

Hawranik, Johnston och Deatrich (2008) har undersökt effekten av terapeutisk beröring, simulerad terapeutisk beröring och ordinarie omvårdnad av beteendestörningar på agitation hos 57 patienter med Alzheimers sjukdom. Terapeutisk beröring beskrivs i studien som en beröringsform liknande healing där energi förs över från en avsändare till en mottagare. Deras syfte var att stärka andra studier som undersökt effekten av terapeutisk beröring. Detta genomfördes genom att jämföra de tre olika begreppen mellan tre grupper med patienter, där det var okänt vilken behandling de fick. Det fanns ingen signifikant skillnad mellan fysisk aggressivitet och verbal agitation. Däremot fann Hawrink et al. (2008) en signifikant skillnad mellan de tre grupperna i antal av fysisk icke-aggressivt beteende. Fysiskt icke-aggressivt beteende var drygt det dubbla i antal i gruppen som fick ordinarie omvårdnad. I den simulerade terapeutiska beröringsgruppen var förekomsten av dessa beteenden 0,8 gånger så hög (Hawrink et al., 2008). Studien visade även att det inte fanns någon signifikant skillnad mellan fysiskt aggressivt beteende, fysisk icke-aggressivt beteende och verbalt agitations beteende efter att behandlingen avslutats. I samtliga studiegrupper minskade frekvensen av dessa beteenden, men störst effekt var i gruppen med terapeutisk beröring (Hawrink et al., 2008).

Kim och Buschman (1999) undersöker effekten av expressiv fysisk beröring med verbalisation (EPT/V) på 27 personer med demens med ångest symptom och dysfunktionellt beteende boende på ett äldreboende. Expressiv fysisk beröring beskrivs som användning av beröring i fem och en halv minut, handmassage utfördes i ungefär två och en halv minut på varje hand. Före och efter massagen så utfördes lugn och vänlig beröring på överarmarna och skuldrorna (Kim & Buschman, 1999). Verbalisation beskrivs som lugnt, rogivande tal. Det är inte orden som spelar roll utan hur känslan förmedlas med talet samtidigt som vårdaren utför massagen. Dysfunktionellt beteende inkluderar hallucinationer, misstänksamhet, agitation, våld och verbala utbrott. Ångest beskrivs i den här studien som en kroppslig reaktion till stress som kan mätas i pulsfrekvens (Kim & Buschman, 1999). Graden av ångest uppmättes med hjälp av pulsmätning fyra gånger per dag under studietiden som varade i tio dagar. EPT/V utfördes en gång på morgonen och en gång på eftermiddagen under tio dagar. Pulsen som mättes på morgonen var signifikant lägre än när den mättes på eftermiddagen. När man mätte pulsen efter utförd EPT/V så visade den sig vara lägre både på morgonen och på eftermiddagen. Detta medför att patienter med demens kan få minskad ångest med hjälp av EPT/V. Resultat visar även att EPT/V lindrar dysfunktionellt beteende. Mätningar som gjordes på den femte dagen och den tionde och sista dagen av undersökningen, visade på

signifikanta skillnader och en minskning av dysfunktionellt beteende. Effekten av EPT/V på dysfunktionellt beteende uppmättes och varade i fem dagar efter upphörandet och är efter tio dagar tillbaka på samma nivå som utgångsläget (Kim & Buschman, 1999).

Aktivitet och Träning

I studien *Supervised Exercise to Reduce Agitation in Severely Cognitively Empaired Persons* undersöker författarna vilka effekter ett begränsat handlett motionsprogram, kan ha på depression och agitation hos personer med kognitivt nedsatt förmåga som hos personer med demenssjukdom (Aman & Thomas, 2009). Sammanlagt 50 personer med demens boende på specialvårdenheter på två vårdhem deltog. Träningsprogrammet varade i 30 minuter, 15 minuter aerobics och 15 minuter styrketräning och balansträning tre dagar i veckan i tre veckor. Depression, ADL och agitation mättes före och efter träningsprogrammet. Depression verkar inte påverkas av detta korta tre veckors träningsprogram. Det fanns en signifikant skillnad i sänkning av agitation hos de patienter som deltog i träningsprogrammet, framförallt agitation relaterat till beteendestörning (Aman & Thomas, 2009).

Vilka icke-farmakologiska omvårdnadsåtgärder ökar välbefinnandet?

Hur personer med demens spenderar sin tid

Nordbergh, Asplund, Rassmussen, Nordahl och Sandman (2001) har undersökt i sin studie hur personer med demens, vistades på en psykisk – geriatrisk avdelning, spenderar sin tid på avdelningen. 24 personer med demens deltog och observerades i intervaller som varade i tio minuter åt gången. Observationerna pågick mellan klockan 07.00 på morgonen till 21.10 på kvällen. Resultatet visade att 31 % av tiden (4 timmar och 24 minuter) spenderade patienterna med vårdpersonalen, 1 % av tiden (6 min) spenderades med anhöriga, 51 % av tiden (7 timmar och 12 minuter) spenderade patienterna för sig själva. När patienterna var själva spenderade de den mesta tiden med aktiviteter som att vandra omkring på avdelningen, vila och sova. De mest frekventa aktiviteterna spenderades med personalen genom måltider, elimination, psykosocial vård och att vara närvarande utan att delta i någon speciell aktivitet. (Nordbergh et al., 2001)

Aktivitet och Träning

Schreiner, Yamamoto och Shiotani (2003) vill i sin studie mäta känslor och upplevelser hos 35 personer med demens, boende på två vårdhem i Japan. Mätningarna pågick under ordinarie tid, som definieras som den tid då de boenden inte deltar i aktivitet tillsammans med personalen och under rekreationstid. Rekreationstid definieras som schemalagda aktiviteter som leddes av en certifierad terapeut och varade i en timme åt gången. Aktiviteterna bestod av olika psykomotoriska aktiviteter som spela spel och musikterapi som uppmuntrar till hand och ögon koordination, rörelseomfång samt påverkar cirkulation och andning. Några av de spel som spelades stimulerade även minnet och den kognitiva funktionen. Observationerna pågick mellan 09.30 – 18.30 på kvällen (Schreiner et al., 2003). Skillnader i positiva känslor mellan de olika aktiviteterna var att under rekreationstiden så uppvisade de boende över lag ett positivt beteende, hela sju gånger fler än under ordinarie tid. Av de deltagande uppvisade 43,75 % glädje under rekreationstiden. Mesta delen av den ordinarie tiden spenderade de boende för sig själva. Ledsamhet och ångest observerades sällan både under ordinarie tid och rekreationstid och inga arga ansiktsuttryck observerades. Rekreations aktiviteter spelar en stor roll i att uppnå positiva effekter och förbättra välbefinnande hos personer med demens. (Schreiner et al., 2003).

Chung (2004) vill i sin studie *Activity participation and well – being of people with dementia in Long - Term – Care Settings*, undersöka deltagandet i aktiviteter bland personer med demens och deras grad av välbefinnande. Dementia Care Mapping (DCM) användes som mätinstrument för att dokumentera vilka aktiviteter de boende deltog i och för att mäta deras grad av välbefinnande. I studien ingick 43 patienter med varierad grad av kognitiv förmåga. Aktiviteter som observerades var uppdelade i tre kategorier. Kategori 1, som var potentiella kategorier till välbefinnande, hade tre undergrupper av aktiviteter. *Therapeutic/Leisure* som kunde vara till exempel deltagande i olika spel, sport och intellektuella aktiviteter med mera. *Aktiviteter i dagligt liv* som måltidsaktiviteter och omvårdnadsaktiviteter, den tredje undergruppen var *mobilitet och interaktion* som kan vara interaktioner med andra, självständig aktivitet med mera. Kategori 2, potentiella aktiviteter till icke välbefinnande, bestod av två undergrupper. *Passivitet* som kan förklaras som att vara socialt passiv och tillbakadraget deltagande. Undergrupp två som bestod av *Negativa beteenden* som kunde vara till exempel, prata med sig själv eller påhittade personer samt ett repeterande fysiskt och psykiskt beteende som att gå fram och tillbaka eller upprepa frågor. Välbefinnandet mättes på en tiogradig skala från plus fem till minus fem, där plus fem var exceptionellt välbefinnande

och minus fem var mycket dåligt välbefinnande (Chung, 2004). Ingen av de deltagande upplevde en exceptionell känsla av välbefinnande, 27,9 % upplevde måttligt välbefinnande, 34,9 % av de deltagande upplevde lågt välbefinnande och ca 20 % av de deltagande upplevde överlag en känsla av håglöshet. Signifikanta positiva samband till välbefinnande och typ 1 aktiviteter hittades i *Therapeutic/Laisure* aktiviteter, aktiviteter i dagligt liv och i interaktioner med andra. Signifikanta negativa samband till välbefinnande hittades i typ 2 aktiviteter som passiva aktiviteter och negativa aktiviteter. En avgörande faktor för att uppnå välbefinnande var att delta i aktiviteter som har potential för deltagande och som de boende tycker om att delta i (Chung, 2004).

Enligt Brooker och Duce (2000) erhåller personer med demens ett ökat välbefinnande vid deltagande i grupp där de tillsammans minns det som varit. De 25 deltagande i studien satt kring ett bord och fick se på bilder av bland annat kungafamiljen och fotografier av staden. De deltagande uppmuntrades både verbalt och icke-verbalt för att få hjälp till att delta i aktiviteten. Studien jämförde denna aktivitet med strukturerad gruppaktivitet och ostrukturerad tid. Strukturerad gruppaktivitet innebar att de deltagande tillsammans i grupp fick utföra olika fysiska aktiviteter under ledning av en personal. Ostrukturerad tid var den tid de deltagande spenderade utan att bli aktiverade av personal. Att tillsammans sitta i grupp och minnas tillbaka var det som gav en högre nivå av välbefinnande än de andra aktiviteterna (Brooker & Duce, 2000). Brooker och Duce (2000) tror att resultatet av studien beror på att det är en aktivitet som är enkel att delta i oavsett funktion både mentalt och fysiskt.

Syftet med Williams och Tappens (2007) studie var att undersöka effekten av tre beteendeåtgärder på affekt och sinnesstämning hos personer med Alzheimers sjukdom. I studien deltog 90 personer med Alzheimers sjukdom. Artikelförfattarna ville undersöka om träning har goda effekter så som ökad positiv sinnesstämning och välbefinnande på dessa patienter. Eftersom de kan ha svårt att delta i aktiviteter där det ställer krav på god kognitiv förmåga och kommunikationsförmåga (Williams & Tappen, 2007). De upptäckte att omfattande träning i kombination med socialt samspel har en ökad positiv affekt hos personer med demens. Träningen var fysisk aktivitet som utövades 5 dagar i veckan á 30 minuter och under 16 veckor. Deras slutsats blev att det vid långtidsvård av patienter bör finnas träningsprogram som engagerar hela kroppen för att patienterna ska uppleva en positiv sinnesstämning (Williams & Tappen, 2007).

Brooker, Wooley och Lee (2005) använder sig av en multinivå – aktivitetsbaserade modell av omvårdnad ett så kallat *Enriched Opportunities* program som ska öka välbefinnandet hos personer med demens. 127 personer med demens boende på äldreboende deltog i studien. Författarnas hypotes var att det krävdes fem nyckelelement som samarbetade för att personer med demens boende på vårdhem skulle uppnå välbefinnande. Fem huvudteman inkluderade personal med specialist kompetens som arbetade med sårbara individer och med vårdpersonalen, individuell bedömning och fall arbete, aktivitet och sysselsättning, personalutbildning samt skötsel och ledarskap. Deras syfte var att undersöka vilken påverkan dessa åtgärder hade på personer med demens (Brooker et al., 2005). De flesta av de boende på vårdhemmet spenderade mera tid till att delta i aktiviteter som mest sannolikt leder till välbefinnande. Överlag så upplevde vårdhemmen en statistisk ökning av aktiviteter under tiden då de använde sig av detta program. Det visade sig vara en individuell variation i deltagande i aktiviteter. Överlag var förändringen positiv men nått. De som deltog i aktiviteter upplevde välbefinnande åtminstone 2 % av tiden. Det här programmet resulterade i genomsnitt i högre nivåer av välbefinnande oavsett diagnos, beroende och kognitiv förmåga. Deltagare med högre kognitiv förmåga och som var mer oberoende i sitt ADL hade högre grad av välbefinnande. Men alla deltagare gynnades av att delta i programmet (Brooker et al., 2005).

Musik

Sherratt, Thornton och Hatton (2004) undersökte i sin studie emotionell och beteendemässig respons hos 24 personer med demens boende på äldreboende vid lyssnande till musik. De ville också se om det fanns skillnader i att lyssna till livemusik och musik inspelat på band. Musiken som användes var inspelad kommersiell musik, inspelad musik spelad av en musiker, livemusik och observationer då ingen musik spelades. Musiken spelades i dagrummet på en bandspelare. Livemusikframträdandet framfördes i dagrummet och personen som sjöng och spelade gitarr satt bredvid bandspelaren. Styrkan på ljudet var anpassat lika och fungerade som bakgrundsmusik. Författarna observerade engagemang, välbefinnande och problematiska beteenden. DCM användes för att mäta välbefinnandet hos de deltagande (Sherratt et al., 2004). Extremt bra välbefinnande påvisades mest frekvent under livemusikspelningarna. Både livemusik och musik inspelad på band är effektiva metoder att använda för att minska meningslösa aktiviteter och sömn. För att maximera fördelarna med musik så är livemusik att föredra. Nivåer av välbefinnande observerades under

längre stunder under spelning av livemusiken. Både livemusik och inspelad musik hjälper till att öka välbefinnandet, jämfört med när ingen musik spelades. Varken livemusik eller musik inspelad på band verkade ha någon inverkan på beteendestörningar som vandra fram och tillbaka, flytta möbler och tala med sig själv (Sherratt et al., 2004). Kognitiv förmåga verkade ha ett samband med graden av välbefinnande och deltagande i aktivitet. Ju högre kognitiv förmåga, desto mer deltagande i aktiviteter, social interaktion och upplevelse av extremt bra välbefinnande (Sherratt et al., 2004).

Personer med demens egna uppfattningar om välbefinnande

Syftet med Granheims och Janssons (2006) studie var att belysa hur personer med demens upplever meningen med att leva med demens och beteendestörningar. Detta gjordes genom djupinterjuver med 3 personer med demens som var boende på ett sjukhem.

Det som framgick av intervjuerna var att dessa personer upplevde att de kände sig omringade av ett kaos, begränsade av restriktioner och utanför men samtidigt kände de gemenskap i boendegruppen (Granheim & Jansson, 2006).

DISKUSSION

Sammanfattning av huvudresultat

Att leva med demens kan upplevas som att leva i ett kaos, känna sig begränsad, känna sig utanför men ändå delaktig i gemenskapen på ett boende (Granheim & Jansson, 2006).

Musik är ett bra redskap för att minska förekomsten av beteendestörningar (Hicks-Moore & Robinsson, 2008; Hicks-Moore; 2005; Svansdottir & Sneadel, 2006). Däremot finns inget bevisat samband att musik i kombination med handmassage stärker effekten av reducering av beteendestörningar (Hicks-Moore & Robinsson, 2008). Svansdottir och Sneadel (2006) säger att musikterapi är bra under tiden den används men effekten är kortlivad och efter 4 veckor efter avslutad musikterapi var effekten borta.

Även beröring är bevisat effektivt på personer med demens som har beteendestörningar (Sansone & Schmitt, 2000, Hawranik et al., 2008 och Kim & Buschman, 1999). Enligt Sansone & Schmitt (2000) minskar aggressivt beteende efter behandling med ”Tender Touch” och denna behandling visade sig vara så effektiv att viss medicinsk behandling kunde avslutas. ”Tender Touch” visade sig ha effekt på flera användningsområden så som utökat verbalt språk, ökad matlust och fungerar även som ett bra redskap för kommunikation

(Sansone & Schmitt, 2000). Hawranik et al. (2008) påvisar att även om terapeutisk beröring hade effekt fanns det ingen signifikant skillnad på simulerad terapeutiskberöring. Den grupp som erhöll terapeutisk beröring uppvisade minst agitativt beteende (Hawranik et al., 2008). EPT/V har en reducerande effekt på ångest och dysfunktionellt beteende hos personer med demens. Effekten av EPT/V är kortvarig (Kim & Buschman, 1999). Även träning i form av ett handlett motionsprogram visade sig ha effekt på beteendestörningar, men det visade ingen effekt på depression under denna korta period som studien genomfördes (Aman & Thomas, 2009).

Personer med demens spenderar stor del av sin vakna tid mellan 07.00 – 21.10, i ensamhet (Nordbergh et al., 2001). Trots att aktivitet har en positiv inverkan på välbefinnandet (Chung, 2004; Schreiner et al., 2003; Brooker & Duce, 2000; Williams & Tappen, 2007; Brooker et al., 2005). Det viktigaste för att kunna uppnå välbefinnande är att aktiviteten är tilltalande för den som utövar aktiviteten (Chung, 2004). Schreiner et al. (2003) fann i sin studie att schemalagda aktiviteter ledda av en certifierad terapeut leder till ökat positivt beteende. Att tillsammans med andra patienter sitta i grupp och minnas tillbaka på forna tider genom att titta på fotografier gav ett ökat välbefinnande (Brooker & Duce, 2000). Enligt Williams och Tappen (2007) har träning i kombination med socialt samspel en ökad positiv affekt hos personer med demens. Brooker et al. (2005) kom fram till att personer med demens deltar i aktiviteter som mest sannolikt leder till välbefinnande.

Livemusik och inspelad musik höjer välbefinnandet hos personer med demens (Sheratt et al., 2004).

Resultatdiskussion

Beteendestörningar är vanligt hos personer med demens (Björilin et al., 2004) och det finns olika alternativ att erbjuda i form av icke-farmakologiska omvårdnadsåtgärder. Resultatet av denna litteraturstudie påvisar att aktivitet i alla dess former är bra för välbefinnandet hos personer med demens men det är viktigt att erbjuda aktivitet som är anpassat för individen och dennes intressen (Chung, 2004; Brooker et al., 2005). Uppsatsförfattarna tolkar resultaten från de olika studierna att de som medverkar i gruppaktivitet ger goda resultat på välbefinnandet. Detta tyder på att det sociala samspelet är viktigare än själva aktiviteten.

Beröring och massage av personer med demens har god effekt på välbefinnandet och livskvaliteten (Sansone & Schmitt, 2000; Kim & Buschmann, 1999) . Det är ett bra redskap för både vårdpersonal och anhöriga för att få kontakt och skapa en relation (Sansone &

Schmitt, 2000). Det är även en lätt metod att lära sig och har få biverkningar samt är kostnadseffektiv (Kim & Buschmann, 1999). Sansone och Schmitt (1999) säger att beröring och massage i vissa fall kan ersätta medicinsk behandling av beteendestörningar. Uppsatsförfattarna anser att detta är något som borde användas mer i vården då det har sådan god effekt och det är enkelt att utföra. Personer med demens har en kognitiv nedsättning och kan ha svårt att kommunicera (Björnin et al., 2004). Uppsatsförfattarna anser att beröring och massage kan ge en god vårdrelation mellan dessa patienter och sjuksköterskan. Enligt Socialdepartementet (2003) ska omvårdnaden handla om att skapa en god vårdande relation som bygger på respekt och värdighet. Uppsatsförfattarna anser att genom en god vårdande relation kan sjuksköterskan bidra till ökat välbefinnande för patienten. Då sjuksköterskor ska jobba utifrån evidens och vetenskapligt beprövade metoder (Socialstyrelsen, 2005) stödjer denna litteraturstudie att dessa icke-farmakologiska omvårdnadsåtgärder kan ge den effekt man söker.

Flera studier stödjer att musik har en god inverkan på människor och att musik kan ge flera goda effekter på personer med demens (Hicks-Moore, 2005; Sherratt et al., 2003; Svansdottir & Snaedel, 2005). Bland annat har musik en ökad effekt på välbefinnandet (Sherratt et al., 2003), minskad effekt på agitativt beteende och ökar konversationen i patientgruppen (Hicks-Moore, 2005) men effekten är kortlivad och måste utföras regelbundet (Svansdottir & Snaedal, 2005). Uppsatsförfattarna tror att musik påverkar människor genom att väcka känslor och hos personer med demens återupplivas något bekant inom dem som de hört i sin ungdom. Uppsatsförfattarna anser att rytmen och texten i låten kan bidra till att känna lugn och trygghet genom att höra något som de känner igen. Glada rytmer kan göra att personer känner sig glada och lugn musik kan bidra till att känna lugn. Uppsatsförfattarna tror att musiken måste väljas med omsorg och att musikmaken är individuell. En och samma musikstil kan inte passa alla. Musik är lika som beröring en icke farmakologisk behandling och enligt Svansdottir och Snaedal (2005) har musikterapi få bieffekter.

Aktivitet och träning har även dessa en god effekt på välbefinnandet och kan bidra till att reducera beteendestörningar framförallt agitativt beteende. Williams och Tappen (2007) kommer fram till i sin studie att träning har goda positiva effekter på affekter och på sinnesstämning. Aman och Thomas (2009) kom fram till att träning hade god effekt på reduktion av agitation, men ingen positiv effekt på depression upptäcktes. Uppsatsförfattarna har egna erfarenheter av träning och dess positiva effekter och tror att träning har en inverkan på kroppsliga och mentala funktioner. Den bidrar till ett ökat välbefinnande vilket stärks

utifrån fynden i dessa studier. Utifrån studierna som har undersökt effekten av olika aktiviteter drar uppsatsförfattarna slutsatsen från fynden i studierna att det inte är så viktigt vilken aktivitet som utförs. Det viktiga är att den är individuellt anpassad och att det finns flera alternativ att välja på så att alla kan välja något som de tycker om att göra för att öka välbefinnandet. Aktiviteterna bör anpassas efter kognitiv förmåga. Flera av studierna tar upp att kognitiv förmåga spelar en stor roll i om personer med demens deltar i aktiviteter och hur mycket de får ut av detta och i upplevelsen av välbefinnande (Chung, 2004; Brooker & Duce, 2000; Brooker et al., 2005). Brooker och Duce (2000) kommer fram till i sin studie att återblickar på det liv som har varit ger en hög nivå av välbefinnande. Uppsatsförfattarna tycker att detta är en enkel åtgärd som kan sättas in för att bidra till social interaktion och kan bidra till konversationer mellan de boende och personal, som kan göra att de får dela lyckliga minnen med varandra.

Granheim och Janssons (2006) studie är intressant då man får en inblick i hur det är att leva med sjukdomen demens. Få studier beskriver hur dessa personer själva upplever sin situation, de flesta studier är bara observationer. Dock kan man ha i åtanke att det är svårt att intervjua personer med demens och att resultatet måste tolkas med hänsyn till demenssjukdomen och att de inte alltid kan svara på ett adekvat sätt. Uppsatsförfattarna tolkar resultaten så att då inga beteendestörningar förekommer, leder detta till välbefinnande hos personer med demens. Därför talar resultaten i studierna angående reduktion av beteendestörningar för att de icke-farmakologiska omvårdnadsåtgärderna som tas upp i den här litteraturstudien, ger ett ökat välbefinnande.

Metoddiskussion

I denna litteraturstudie har studier med ett medelvärde på kvalitetsbedömningen inkluderats då poängen befunnit sig strax under gränsen för hög kvalitetsnivå samt kunnat svara på denna litteraturstudies syfte. Uppsatsförfattarna ville begränsa artikelsökningen till studier som inte var äldre än 5 år. Detta blev svårt då det inte gav tillräckligt med utdelning i sökningarna. Därför valdes en gräns av studier som inte var äldre än 10 år. Detta för att få ett resultat som bygger på den senaste forskningen. Litteraturstudier exkluderades för att uppsatsförfattarna vill återge fakta från primärkällan. Resultatet i denna litteraturstudie kan ha begränsats då endast studier som varit tillgängliga i full free text har inkluderats. Både kvantitativa och kvalitativa studier har inkluderats, men endast en kvalitativ studie motsvarade denna litteraturstudies syfte. Fler kvalitativa studier hade kunnat inkluderas för att ge en djupare

förståelse för välbefinnande hos personer med demens, men några sådana hittades inte som kunde svara på syftet. De kvantitativa studierna som inkluderats har en del svagheter då vissa av studierna har ett icke randomiserat urval och stora bortfall. Dessa har ändå inkluderats då resultaten av dessa studier har varit av intresse för uppsatsförfattarna. På grund av ändringar av syfte och frågesällningar under studiens gång har sökning av artiklar varit ostrukturerat, men uppsatsförfattarna anser ändå att de inkluderade studierna har motsvarat syftet och kunnat ge svar på frågeställningarna. Granskningsmallarna som använts anser uppsatsförfattarna ha vissa begränsningar då de innehåller följdfrågor som i vissa fall ger onödigt stort poängbortfall. Uppsatsförfattarna har tillsammans tolkat och poängbedömt de inkluderade studierna för att minska misstolkning av poängfördelningen. Uppsatsförfattarna skulle vid en ny litteraturstudie använt sig av en mera strukturerad metod i sökningen av artiklar, samt inkluderat flera kvalitativa studier för att få en djupare inblick i patienternas upplevelser. Resultaten i denna studie, anser uppsatsförfattarna, kan användas inom omvårdnaden av alla personer med demens. Då studierna som ligger till grund för resultatet i denna litteraturstudie har genomförts i länder med olika kulturer bör resultaten kunna appliceras i de flesta länder.

Litteraturstudiens kliniska betydelse

Uppsatsförfattarna anser att dessa komplementära omvårdnadsåtgärder är värda att pröva i första hand eller som ett komplement till farmakologisk behandling. De ökar välbefinnandet, reducerar beteendestörningar, är kostnadseffektiva och enkla att lära ut samt utföra. Dessa har få bieffekter och kan användas som ett redskap i omvårdnaden och som en del i den icke verbala kommunikationen. Icke-farmakologiska omvårdnadsåtgärder går att tillämpa inom all omvårdnad, inte bara demensvård. Beröring behöver inte vara så avancerat, ibland räcker det med att hålla i patientens hand. Detta kan vara bra att tänka på i omvårdnaden av patienter med beteendestörningar som aggressivitet, oro och ångest.

Vidare forskning

Vidare forskning om komplementära omvårdnadsåtgärder som kan ersätta viss farmakologisk behandling och bidra till ökat välbefinnande behövs för att förbättra och utveckla omvårdnaden av personer med demens. Studier som inkluderats i denna litteraturstudie har samtliga tagit upp att mer forskning inom detta område är nödvändigt. Vidare forskning inom

andra icke-farmakologiska omvårdnadsåtgärder bör göras för att kunna vårda människan utifrån ett helhetsperspektiv där vården anpassas utifrån individens behov. Vidare forskning skulle kunna finna icke-farmakologiska omvårdnadsåtgärder som är oberoende av kognitiv förmåga och som kan tillämpas i de flesta grupper med personer med demens.

Slutsats

Slutsatsen är att de berörda icke-farmakologiska omvårdnadsåtgärderna i denna litteraturstudie är enkla och effektiva metoder för ökat välbefinnande hos personer med demens.

REFERENSER

Abrahamsson, B-L. (2003) *Demens – Omsorg och omvårdnad* 1:a upplagan. Stockholm: Bonnier utbildning AB.

Aman, E., Thomas, D.R. (2009) Supervised Exercise to Reduce Agitation in Severely Cognitively Impaired Persons. *JAMDA* årgång (nummer) 271-276.

Björilin, G., Basun, H., Beck-Friis, B., Ekman, S-L., Englund, E., Jönhagen, M., et al. (2004) *Om demens Klinisk bild, Utredning, Vård och Omvårdnad. Konfusionstillstånd. Genetik och biokemi. Patologi. Minnesfunktioner. Vardagslivets aktiviteter. Sexualitet och demens. Frågor om tvång och självbestämmande. Hälsoekonomi.* 2:upplagan. Stockholm: Liber AB.

Brooker, D., Duce, L. (2000) Wellbeing and activity in dementia: a comparison of group reminiscence therapy, structured goal-directed group activity and unstructured time. *Aging & Mental Health* 4(4) 354-358.

Brooker, D., Wooley, R.J., Lee, D. (2007) Enriching opportunities for people living with dementia in nursing homes: An evaluation of a multi-level activity-based model of care. *Aging & Mental Health* 11(4) 361-370

Chung J.C.C. (2004) Activity and Well-being of people with dementia in long-term-care settings. *Winter* 24(1) 22-31

Cohen – Mansfield. J. Libin. A. (2004) Verbal and physical non aggressive agitated behaviors in elderly persons with dementia: Robustness of syndromes. *Journal of psychiatric research* 39 (2005) 325-332

Dahlberg, K., Segesten, K., Nyström, M., Suserud, B-O., Fagerberg, I. (2003) *Att förstå vårdvetenskap.* Upplaga 1:10. Malmö: Studentlitteratur.

Dehlin, O., Rundgren, Å. (2007) *Geriatrik*, Andra upplagan. Studentlitteratur.

Forsberg, C., Wengström, Y. (2008) *Att göra systematiska litteraturstudier. Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning. 2:a upplagan.* Stockholm: Natur och Kultur.

Graneheim U. H., Jansson, L. (2005) The meaning of living with dementia and disturbing behaviors as narrated by three persons admitted to a residential home. *Journal of Clinical Nursing* 15(1) 1397-1403

Hawranik, P., Johnston, P., Deatrich, J. (2008) Therapeutic touch and agitation in individuals with Alzheimers disease. *Western Journal of Nursing Research* 30(1) 417-434

Hicks – Moore, S. L. (2005) Relaxing Music at Mealtime in Nursing Homes. *Journal of Gerontological Nursing* 31(12) 26-32

Hicks – Moore S. L., Robinson B. Y. (2008) Favorite music and hand massage: Two interventions to decrease agitation in residents with dementia. *Dementia* 7(1) 95-108

Kristoffersen-Jahren, N., Nortvedt, F., Skaug, E. (2006) *Grundläggande omvårdnad 1, Första upplagan.* Stockholm: Liber AB.

Kim E. J., Buschmann M. T., (1999) The effect off expressive physical touch on patients with dementia. *International Journal of Nursing Studies* 36(3) 235-243

Kittwood, T. (2008) *Dementia reconsiderd the person comes first* 11:e upplagan. London: Open university press.

Marcusson, J., Blennow, K., Skoog, I., Wallin, A. (2003) *Alzheimers sjukdom och andra kognitiva sjukdomar 2:a upplagan.* Stockholm: Liber AB.

Norbergh K–G., Asplund K., Rasmussen B.H., Nordahl G., Sandman P–O. (2001) How patients with dementia spend their time in psycho – geriatric unit. *Scand J Caring Sci* 15(1) 215-221

Pelletier C.I., Landervill. P. (2007) Discomfort and agitation in older with dementia, *BMC Geriatrics* 7(27) 1-10

Polit, D. F., Beck, C. T. (2008) *Nursing Research Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*, Eighth edition. Lippincott Williams & Wilkins, a Wolters Kluwer business.

Larsson, M., Rundgren, Å. (2003) *Geriatriska sjukdomar. Andra upplagan.* Lund: Studentlitteratur.

Sansone, P., Schmitt L. (2000) Providing Tender Touch Massage to Elderly Nursing Home Residents: a Demonstration Project. *Geriatric Nursing* 21(6) 303-308

- Sherratt K., Thornton A., Hatton C. (2004) Emotional and behavioral responses to music in people with dementia: an observational study. *Aging & Mental Health* 8(3) 233-241
- Shreiner A. S., Yamamoto E., Shiotani H. (2005) Positive affect among nursing home residents with Alshaimers dementia: The effect of recreational activity. *Aging & Mental Health* 9(2) 129-134
- Sociaaldepartementet (2003) *På väg mot en god demensvård. Samhällets insatser för personer med demenssjukdomar och deras anhöriga*. Stockholm: Elanders Gotab AB.
<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2009/2009-126-236> 2009-10-19 kl. 12.30
<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2005/2005-105-1> 2009-10-19 kl.12.30
- Svansdottir H. B., Snaedal J. (2006) Music therapy in moderate and severe dementia of Alzheimer's type: a case – control study. *International Psychogeriatrics* 18(4) 613-621
- Uvnäs Moberg. K. (2000) *Lugn och beröring. Oxytocinets verkan i kroppen*. Stockholm, Natur och Kultur.
- Voyer, P., Schindel Martin, L. (2003) Improving geriatric mental health nursing care: making a case for going beyond psychotropic medications. *International Journal of Mental Health Nursing* 12(1) 11-21
- Wang, L.K, Hermann, C. (2006) Pilot Study to Test the Effectiveness of Healing Touch on Agitation in People With Dementia. *Geriatric nursing* 27 (1) 34-40
- Wiklund, L. (2003) *Vårdvetenskap i klinisk praxis*. 1:a upplagan. Stockholm: Natur och Kultur.
- William, A., Stoltz, B., Bahtsvani, C. (2006) *Evidensbaserad omvårdnad – En bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur.
- Williams C. L., Tappen R. M. (2007) Effect of Exercise on Mood in Nursing Home Residents With Alzheimer's Disease. *Am J Alzheimers Dis Other Demen* 22(5) 389-397

Bilaga I

GRANSKNINGSMALLAR FÖR KVALITETSBEDÖMNING

Kvantitativa studier

	Fråga	Ja	Nej
1	Motsvarar titeln studiens innehåll?		
2	Återger abstraktet studiens innehåll?		
3	Ger introduktionen en adekvat beskrivning av vald problematik?		
4	Leder introduktionen logiskt fram till studiens syfte?		
5	Är studiens syfte tydligt formulerat?		
6	Är frågeställningarna tydligt formulerade?		
7	Är designen relevant utifrån syftet?		
8	Finns inklusionskriterier beskrivna?		
9	Är inklusionskriterierna relevanta?		
10	Finns exklusionskriterier beskrivna?		
11	Är exklusionskriterierna relevanta?		
12	Är urvalsmetoden beskriven?		
13	Är urvalsmetoden relevant för studiens syfte?		
14	Finns populationen beskriven?		
15	Är populationen representativ för studiens syfte?		
16	Anges bortfallets storlek?		
17	Kan bortfallet accepteras?		
18	Anges var studien genomfördes?		
19	Anges när studien genomfördes?		
20	Anges hur datainsamlingen genomfördes?		
21	Anges vilka mätmetoder som användes?		
22	Beskrivs studiens huvudresultat?		
23	Presenteras hur data bearbetats statistiskt och analyserats?		
24	Besvaras studiens frågeställningar?		
25	Beskriver författarna vilka slutsatser som kan dras av studieresultatet?		
26	Diskuterar författarna studiens interna validitet??		
27	Diskuterar författarna studiens externa validitet?		
28	Diskuterar författarna studiens etiska aspekter		
29	Diskuterar författarna studiens kliniska värde?		

Maxpoäng: 29

Erhållen poäng:

Kvalitet: låg medel hög

Mallen är en modifierad version av Willman, A., Stoltz B. & Bahtsevani, C. (2006) och Forsberg, C. & Wengström Y. (2008)

GRANSKNINGSMALLAR FÖR KVALITETSBEDÖMNING forts.Bilaga I

Kvalitativa studier

	Fråga	Ja	Nej
1	Motsvarar titeln studiens innehåll?		
2	Återger abstraktet studiens innehåll?		
3	Ger introduktionen en adekvat beskrivning av vald problematik?		
4	Leder introduktionen logiskt fram till studiens syfte?		
5	Är studiens syfte tydligt formulerat?		
6	Är den kvalitativa metoden beskriven?		
7	Är designen relevant utifrån syftet?		
8	Finns inklusionskriterier beskrivna?		
9	Är inklusionskriterierna relevanta?		
10	Finns exklusionskriterier beskrivna?		
11	Är exklusionskriterierna relevanta?		
12	Är urvalsmetoden beskriven?		
13	Är urvalsmetoden relevant för studiens syfte?		
14	Är undersökningsgruppen beskriven avseende bakgrundsvariabler?		
15	Anges var studien genomfördes?		
16	Anges när studien genomfördes?		
17	Anges vald datainsamlingsmetod?		
18	Är data systematiskt insamlade?		
19	Presenteras hur data analyserats?		
20	Är resultaten trovärdigt beskrivna?		
21	Besvaras studiens syfte?		
22	Beskriver författarna vilka slutsatser som kan dras av studieresultatet?		
23	Diskuterar författarna studiens trovärdighet?		
24	Diskuterar författarna studiens etiska aspekter		
25	Diskuterar författarna studiens kliniska värde?		
Summa			

Maxpoäng: 25

Erhållen poäng:

Kvalitet: låg medel hög

Mallen är en modifierad version av Willman, A., Stoltz B. & Bahtsevani, C. (2006) och Forsberg, C. & Wengström Y. (2008)

