



HÖGSKOLAN
DALARNA

Examensarbete

Filosofie kandidatexamen

**Demens – Effekter av icke-farmakologiska
behandlingsmetoder vid ångest och det särskilda boendets
påverkan på välmående och livskvalitet**

En litteraturöversikt

**Dementia – Effects' of non-pharmacologic treatment for
anxiety and the special accomodations impact on well-
being and Quality of Life**

A Literature Review

Examensarbete nr: [Klicka här](#) Högskolan Dalarna
791 88 Falun
Sweden
Tel 023-77 80 00

Författare: Lina Anttila och Fredrik Hjertbro
Handledare: Anette Sahlqvist
Examinator: Birgitta Jönsson
Granskare: Ingrid From
Ämne/huvudområde: Omvårdnad
Kurs: VÅ 2012
Poäng: 15 högskolepoäng
Betygsdatum: [Klicka här](#) för att ange betygsdatum.

SAMMANFATTNING

Syftet med studien var att undersöka effekten av icke-farmakologiska behandlingsmetoder vid tecken på ångest hos individer med demens på särskilt boende samt hur ett särskilt boende för individer med demens bör utformas. **Metod:** Studien genomfördes som en litteraturstudie med hjälp av 13 vetenskapliga artiklar som ansågs relevanta för studien. **Resultat:** Att lyssna på musik kan ha en positiv inverkan på individer med demens som visar tecken på ångest, och i kombination med aktivitet öka tankemönster. Enbart aktivitet på verkade inte ångest nämnvärt. Ljusterapi gav en positiv effekt i en studie, medan en annan studie inte visade någon effekt. Hemlik miljö var viktigt vid nybyggnad av särskilda boenden. Särskilda boenden för individer med demens med hemlika förhållanden ger högre livskvalitet, minskad ångest och rädsla hos individer med demens. Individualiserad miljö kunde stödja individens identitet och en stimulerande miljö kunde sänka frekvensen av negativa beteenden. En renovering, för att förbättra den stödjande funktionen och det estetiska intrycket av miljön, på särskilt boende kan leda till försämrad livskvalitet och välmående. **Slutsats:** Artiklarna i denna studie visar på att miljön påverkar individer med demens och flera av dem tar upp att en hemlik miljö är viktig eller vilka positiva effekter ett boende med hemlik miljö har på individer med demens. Icke-farmakologiska behandlingsmetoder kan ge färre tecken på ångest och sänka användandet av läkemedel.

Nyckelord: Demens, Inredning och möblering, Omvårdnadsåtgärder, Ångest, Äldreboende

Key words: Anxiety, Dementia, , Interior Design and Furnishings, Interventions, Housing for the Elderly,

Innehållsförteckning

Introduktion	1
Demens	1
Prevalens	2
Ångest	3
Särskilt boende	4
<i>Särskilt boende - Utformning</i>	4
Problemformulering	5
Syfte	5
Frågeställningar	6
Definition av centrala begrepp	6
Metod	6
Design	6
Urval av litteratur	7
Inklusionskriterier	7
Exklusionskriterier	7
Tabell 1, sökvägar	7
<i>Med sökord</i>	7
<i>Manuell sökning</i>	10
Tillvägagångssätt	10
Kvalitetsgranskning av artiklar	10
Analys	11
Forskningsetiska överväganden	11
Resultat	12
Icke-farmakologiska behandlingsmetoder för att minska tecken på ångest hos individer med demens	12
<i>Musikterapi och dess effekter</i>	12
<i>Fysisk Aktivitet och dess effekter</i>	13
<i>Ljusterapi och dess effekter</i>	14
Viktigt vid utformning av ett särskilt boende och miljöns påverkan på individer med demens	16
<i>Hemlik miljö</i>	16
<i>Miljöns påverkan</i>	17
<i>Individualiserad och stimulerande miljö</i>	19
Diskussion	19
Sammanfattning av huvudresultaten	19
Resultatdiskussion	20
<i>Icke-farmakologiska behandlingsmetoder för att minska tecken på ångest hos individer med demens</i>	20
<i>Viktigt vid utformningen av ett särskilt boende och hur miljöns påverkan på individer med demens</i>	22
Metoddiskussion	23
Slutsats	24
Förslag till vidare forskning	24
Litteraturförteckning	25

Bilaga 1, Granskningsmallar	30
Bilaga 2. Redovisning av artiklar från resultatet.....	32
Bilaga 3. Författardeklaration.....	34

Introduktion

Demens

Demens är ett syndrom som visar sig genom försämring av kognitiva, känslomässiga, neurologiska och beteendemässiga funktioner till följd av celldöd. Tillsammans med dessa symtom drabbas ofta individen även av depression eller psykotiska symtom (Karlsson & Eriksson, 2009). Demens visar sig ofta först som dåligt minne och sedan att individen inte kan fungera normalt i vardagen (t.ex. inte hitta hem) och rädsla, förvirring och obehagskänslor (Abrahamsson, 2003). Demens är alltså inte en sjukdom, utan en följd av en sjukdom (Wikkelsø & Wallin, 2000). De sjukdomar som leder till demens indelas i Primärdegenerativa demenssjukdomar, bland annat Alzheimers sjukdom, Vaskulära demenssjukdomar och Sekundära demenssjukdomar. Vaskulära demenssjukdomar beror på sjukliga förändringar i kärlen vid till exempel stroke. De sekundära demenssjukdomarna är bland annat intoxicationer, trauma och nutritionsstörningar som kan leda till demens (Ibid.). Diagnosen demens ställs genom en utredning inom primärvården (Karlsson & Eriksson, 2009). Det finns ingen behandling mot orsaken till demens (Wikkelsø & Wallin, 2000), men 1995 kom den första bromsmedicinen för demens (Socialdepartementet, 2003).

Det vanligaste demenstillståndet är Alzheimers sjukdom (AD) (Skog, 2009) vilket är en neurodegenerativ sjukdom med smygande utveckling (Basun et al., 1999) som i vissa fall kan vara ärftlig. Vid tidig debut, runt 50-års åldern (Skog, 2009) är de vanligaste symtomen minnessvårigheter (Basun et al., 1999) och störd syn- och rumsuppfattning. Om debuten kommer efter 65-års åldern är symtomen minnessvårigheter och bristande förmåga till teoretiskt tänkande. Det som sker i hjärnan vid AD är att hjäss- och tinninglobens hjärnceller tvinnas bort och dör ovanligt fort (Skog, 2009). Vanligt hos drabbade individer i initialstadiet är att de funderar mycket kring situationen de hamnat i och blir oroliga, ångestfyllda och i vissa fall deprimerade innan de söker hjälp (Marcusson, Blennow, Skoog & Wallin, 2003).

Det näst vanligaste demenstillstånd är Vaskulär demens (VaD) (Skog, 2009). Tillståndet har en plötslig debut och orsakas av cerebrovaskulära skador såsom stroke och ischemiska infarkter. Symtom som kan påvisas vid VaD är försämrat minne och försämring av andra kognitiva funktioner (Marcusson et al., 2003). VaD debuterar vanligtvis efter 65-års ålder (Skog, 2009) och är inte ärftligt. Dock finns det en ökad risk för personer som har diabetes,

högt blodtryck, tidigare stroke historik, hjärtsjukdom (Basun et al., 1999), hög ålder, låg utbildning och rökning (Marcusson et al., 2003).

Ett tredje demenstillstånd som är vanligt förekommande är Frontallobsdemens (FTD) (Skog, 2009) även kallad frontotemporal demens (Basun et al., 1999). Frontallobsdemens är en smygande demenssjukdom och symtomen utvecklas gradvis under flera år då nervceller i hjärnans främre delar angrips (Skog, 2009). FTD debuterar oftast mellan 65-70 års ålder (Basun et al., 1999) och kan vara en följd av tidigare skallskada, stroke eller tumör (Skog, 2009). Många gånger misstolkas FTD för en psykisk sjukdom (Marcusson et al., 2003) då personlighetsförändringar kan ses och beteendet ändras på ett sätt som gör det svårt att förstå och kan misstolkas som en psykisk sjukdom (Skog, 2009). Detta kan leda till att individen får svårt med social interaktion och kan även leda till svårigheter med ekonomi då det är svårt att tolerera och förstå förändringarna (Basun et al., 1999).

Andra demenssjukdomar som förekommer och är viktiga att nämna är Parkinsons sjukdom med demens, Lewy Body demens och demens vid Downs syndrom. Hos individer med parkinsons sjukdom finns en ökad risk för utveckling av demens (Skog, 2009) mellan 50-65-års åldern (Marcusson et al, 2003). Symtomen som kan påvisas vid denna demensform kan likna symtomen som finns hos personer med Alzheimer's sjukdom (Basun et al. 1999).

Demens delas in i lätt, måttlig och svår efter förmåga och behov av assistans. Även mini mental-test (MMT) kan hjälpa till vid bestämningen av svårighetsgrad, men är endast vägledande och svårighetsgraden ska ges utifrån varje individens funktionsnivåer och behov av hjälp. 18-23 poäng på MMT tyder på lätt demens, 11-17 poäng på måttlig och upp till 10 poäng på svår demens. Vid lätt demens kan individen klara det dagliga livet själv, men kan behöva hjälp vid svåra situationer. Vid måttlig demens klarar individen av mycket av det dagliga livet själv, men är i behov av viss assistans. Vid svår demens kräver individen omfattande assistans och kan behöva flytta till ett särskilt boende (Karlsson & Eriksson, 2009).

Prevalens

Abrahamsson (2003) skriver att då medellivsåldern i Sverige är hög är även sjukdomar till följd av hög ålder vanligare än i länder med lägre medellivsålder. Till dessa sjukdomar räknas

demens. Varje år drabbas 20 000 individer av demens i Sverige (Statens beredning för medicinsk utvärdering, 2006) och 150 000 individer lever med demens (Karlsson & Eriksson, 2009). Av individer 65 år och äldre lider ca 6 % av svår demens och 10-15 % av lätt-måttlig demens. Incidensen vid 65 års ålder är ca 0,1 %. Hos individer i åldern 80 år och äldre är 15-20% drabbade av svår demens (Wikkelsø & Wallin, 2000). Kvinnor är överrepresenterade i statistiken och av de 150 000 individer som lever med demens är 90 000 kvinnor (resp. 60 000 män) (Karlsson & Eriksson, 2009).

Ångest

Ångest hos äldre individer med demens kan kopplas till problem i relationen med vårdaren eller till nedsatt funktion i dagliga aktiviteter. Individer med demens som lider av ångest kan visa tecken på upprördhet vilket försämrar individens livskvalitet (Twelftree & Qazi, 2006), visa tecken på sömnsvärighet, trötthet och muskelspänning (Skog, 2009), samt ökad användning av medicin. Dock kan upprördhet inte användas för att mäta ångest (Twelftree & Qazi, 2006). För att minska ångest hos individer med demens används ofta medicinsk behandling, som kan leda till en ökad risk för motsatt effekt, fall och benbrott (Sung, Chang & Lee, 2010).

Bensodiazepiner används som behandling mot ångest i andra situationer, dock bör dessa användas i låga doser då de kan ge ökad risk för blodtrycksfall (Nägga, 2011). Utöver medicinsk behandling kan individen få icke-farmakologisk behandling som exempelvis musikterapi (Sung et al., 2010) fysisk aktivitet (Skog, 2009) och ljusterapi.

Musikterapi används som behandlingsmetod hos individer med demens som lider av ångest, oro och smärta. Terapin används även för att förbättra humöret och förbättra fysiskt utövande (Sung et al., 2010). Musikterapi kan utföras på två olika sätt, antingen att individen själv deltar med att skapa ljud, musik och sång eller genom att han/hon bara lyssnar på musik (Skog, 2009). För att få ut en positiv effekt av musikterapi är det viktigt använda musik som den drabbade föredrar (Sung et al., 2010).

Fysisk aktivitet används som en icke-farmakologisk behandling mot sömnsvärigheter (Shub, Darvishi & Kunik, 2009) vilket kan vara ett tecken på ångest. För att den fysiska aktiviteten ska kunna få en positiv effekt är det viktigt att individen inte blir överstimulerad och att promenader, vila och sömn sker på regelbundna tider (Skog, 2009). För att fysisk aktivitet ska kunna föras in i det vardagliga livet krävs det att personalen har tid att utföra dessa,

exempelvis 30 min promenader, vilket kan vara en utmaning (Shub et al., 2009).

Ljusterapi är en av de mest studerade icke-farmakologiska behandlingarna. Den används för att minska sömnsvårigheter och andra beteendeproblem vid demens, som exempelvis ångest (Shub et al., 2009). Ljusterapi består av att individen får befinna sig på platser med hög-intensivt ljus under olika tidpunkter på dagen. De speciella lamporna sätts upp på olika platser som exempelvis i sällskapsrum eller i matrummet (Sloane et al., 2007). Som vårdgivare är det viktigt att se till att individen sitter kvar och tittar mot ljuskällan då individer med demens kan ha svårt att förstå och komma ihåg instruktionerna för ljusterapi (Shub et al., 2009). Hos individer med demens rekommenderas att testa icke-farmakologisk behandling innan användning av antipsykotisk medicinering (Turner, 2005).

Särskilt boende

Det var först i slutet av 1970-talet som specifik vård för individer med demens kom på tal då det uppmärksammades att många äldre med svår demens vårdades inom psykiatri i samband med omstruktureringen av mentalsjukvården. Socialstyrelsen rekommenderade efter detta att individer med demens borde tas om hand av långtidssjukvården istället (Socialdepartementet, 2003).

Vid svår demens kräver individen omfattande assistans och kan behöva flytta till ett boende (Karlsson & Eriksson, 2009). För att få bo på ett särskilt boende för individer med demens kräver kommunerna ofta att en diagnos skall finnas (Socialstyrelsen, 2007). Sedan mitten av 1980-talet har flera olika former av boende för individer med demens växt fram, däribland gruppboenden där 6-8 individer med demens lever tillsammans men i enskilda lägenheter. Idag lever ca 23 500 individer med demens i gruppboende (Socialdepartementet, 2003).

Särskilt boende - Utformning

1992 gav ÄDEL-reformen kommunerna ansvaret för långvarig vård av äldre och handikappade (Viklund, 2008), ledde till att utvecklingen började gå från större avdelningar med delade rum till mindre, mer hemlika avdelningar (Socialdepartementet, 2003). Socialstyrelsen (2003) skriver att många individer med demens bor på särskilt boende som inte är utformade för deras behov.

Förändringar i miljön kan sänka användandet av psykiatriska läkemedel vid vård av individer med demens (Statens beredning för medicinsk utvärdering, 2007). Abrahamsson (2003) skriver att färgsättningen är viktig på särskilda boenden för individer med demens då mörka

golv kan uppfattas som hål i golvet samtidigt som klara färger, speciellt rött, upplevs som positivt. Belysning och val av färg kan skapa kontraster och därmed underlätta för individen (Statens beredning för medicinsk utvärdering, 2007). Även symboler och tydliga skyltar kan hjälpa individer med demens (Socialdepartementet, 2003). Inredningen kan även försämra för individer, som när en lokal som inte är byggd för att vara hemlik försöks göras hemlik genom möbelval och inredningsdetaljer, vilken kan öka förvirring (Torrington, 2006).

Martha Rogers menar att hälsa är beteenden och egenskaper som kommer ur interaktionen mellan människa och miljö (Rogers, 1980, refererad i Meleis, 2007). Individer med demens är känsliga för omgivningen (Socialdepartementet, 2003). Över-, understimulering eller höga ljud kan leda till beteendesymtom (idib.). En jämförelse mellan individer med demens som bor på ett särskilt boende som inte är utformat för individer med demens och individer med demens som bor på ett särskilt boende för alzheimerspatienter visar ingen skillnad i livskvalitet eller behållning av mentala förmågor. De individer som bodde på särskilt boende speciellt för alzheimerspatienter visade sig under den här 18 månaders perioden inte minska mobiliteten nämnvärt till skillnad från kontrollgruppen där mobiliteten sjönk. Detta kan förklaras med att de på det särskilda boendet för alzheimerspatienter har vandringsmöjligheter inomhus vilket inte fanns på det andra boendet. Möjligheter att vandra ger inte bara motion utan kan även förbättra sömnen samt minska beteendeproblem (Saxton, Silverman, Ricci, Keane & Deeley, 1998).

Problemformulering

Individer med demens som lider av ångest behandlas ofta med mediciner som kopplas till ökad risk för motsatt effekt, ökad risk för blodtrycksfall, fall och benbrott. Många individer med demens bor på särskilda boenden som inte är utformade efter deras behov. Det är därför av stor vikt att undersöka om icke-farmakologiska behandlingar hjälper mot ångest, för att kunna minska ner på medicinering, och hur ett särskilt boende för individer med demens bör utformas.

Syfte

Syftet med studien var att undersöka effekter av icke-farmakologiska behandlingsmetoder vid tecken på ångest hos individer med demens på särskilt boende samt hur ett särskilt boende för individer med demens bör utformas.

Frågeställningar

1. Vilka effekter framkom av utvalda icke-farmakologiska behandlingsmetoder hos individer med demens som visar tecken på ångest?
2. Vad var viktigt vid utformningen av ett särskilt boende och hur påverkas individer med demens av miljön?

Definition av centrala begrepp

- ADL: Aktiviteter i det dagliga livet (Waagø & Skaug, 2005/2006).
- Särskilt boende: I begreppet särskilt boende ingår i denna studie även assisterat boende och gruppboende.
- Icke-farmakologisk behandling: Behandling som inte är medicinsk.
- Individer med demens: Individer med demensdiagnos; individer som i artiklarna benäms lida av demens.
- Miljö: I denna studie används ordet miljö om den miljön på ett särskilt boende som individen med demens har tillgång till, dvs, allt inomhus inkl. fönster och dörrar (och då även det som syns genom dessa) dock inte de utrymmen som är tillägnade personal, så som personalrum och kontor.
- Densitet: antal individer på ett särskilt boende av en viss yta (ex. få individer på ett boende med stor yta ger låg densitet) (Morgan & Stewart, 1999).
- Traditionell institution: Med detta menas i denna studie särskilda boenden där miljön liknar den som kan ses på sjukhus och där densiteten är hög.
- Ångest: Ångest definieras som ett övervägande inre tillstånd av tankar, känslor, beteende, minnen etc. vilket påverkar den positiva reaktionen hos individer med demens på ett negativt sätt (Twelftree & Qazi, 2006).

Metod Design

Studien utformades som en litteraturstudie

Urval av litteratur

Artiklar söktes via databaserna CINAHL, PubMed, Web of Science (ISI), The Cochrane Library och tidsskriften Vård i Norden.

Sökorden "Dementia", "Residential Facilities", "Interior Design and Furnishings", "Health Facility Environment", "Interior Design", "Nursing Home Design and Construction", "Quality of Life", "Nursing home", "Behavior", "Flooring", Anxiety, Interventions Non-medical, Nonpharmacological, Therapy, Musictherapy, Homes, Alzheimer's disease och Light therapy användes i olika kombinationer vid artikelsökningen. På Web of Science (ISI) användes även begränsningarna Categories=NURSING och/eller Categories="GERIATRICS GERONTOLOGY". För sökvägar, se tabell 1 nedan.

Inklusionskriterier

Inklusionskriterier var att artiklarna skulle vara skrivna på svenska eller engelska, att de skulle vara tillgängliga som Free Fulltext och att de var primärkällor. Inklusionskriterie var även att de skulle vara från år 1999-2011 samt att de skulle godkännas av etisk kommitté eller där etiska överväganden gjorts.

Exklusionskriterier

Exklusionskriterier var artiklar som inte tog upp individer med demens som bodde på särskilt boende och artiklar som ej hade ett godkännande av etisk kommitté eller artiklar som ej hade ett etiskt övervägande.

De artiklar som granskades och efter det exkluderades ansågs inte besvara frågeställningarna eller inte tog upp individer med demens som bodde på särskilt boende.

Tabell 1, sökvägar

Med sökord

Databas	Sökord	Antal träffar	Antal lästa abstrakt	Utvalda artiklar till resultat, n=10
CINAHL	MH residential facilities AND MH dementia Limiters - Full Text; Abstract Available, Language: English, Swedish	2219 153 31	0 0 7	1
CINAHL	(MM "Interior Design and Furnishings") Limiters - Full Text; Abstract Available; Language: English, Swedish AND MH Dementia	88 5	0 1	0

CINAHL	(MM "Health Facility Environment") Limiters - Full Text; Abstract Available; Language: English, Swedish AND MH Dementia	220 17	0 0 3	1
CINAHL	(MH "Nursing Home Design and Construction") Limiters - Full Text; Abstract Available; Language: English, Swedish	31	2	2
PubMed	("dementia"[MeSH Terms]) AND "interior design and furnishings"[MeSH Terms] Free fulltext	87 3	0 0 1	0
PubMed	("residential facilities"[MeSH Terms]) AND "dementia"[MeSH Terms] Free fulltext Limits; English, Swedish AND "behavior"[MeSH Terms]	2988 267 242 49	2	0
Web of Science (ISI)	Topic=(Dementia) AND Topic=(interior design)	4	3	1
Web of Science (ISI)	Topic=(Dementia) AND Topic=(Nursing Home Design and Construction)	2	0	0
Web of Science (ISI)	Topic=(Dementia) AND Topic=(Health Facility Environment) Refined by: Web of Science Categories=(NURSING)	42 3	0 1	0
Web of Science (ISI)	Topic=(Dementia) AND Topic=(residential facilities) Refined by: Document Type=(ARTICLE) Refined by: Web of Science Categories=(NURSING)	223 196 15	0 1 1	0
Web of Science (ISI)	Topic=(Dementia) AND Topic=() Refined by: Document Type=(ARTICLE) Refined by: Web of Science Categories=(NURSING) Refined by: Languages=(ENGLISH) Refined by: Subject Areas=(GERIATRICS GERONTOLOGY)	2544 2014 151 149 15	1	0
Vård i Norden	Dementia	38	5	0
Vård i Norden	"Health Facility Environment"	0	0	0
Vård i Norden	"residential facilities"	0	0	0

Vård i Norden	"interior design"	0	0	0
Vård i Norden	"nursing home design and Construction"	0	0	0
Vård i Norden	"Nursing home" AND "Dementia"	63 16	3	0
Vård i Norden	"Housing for the Elderly"	0	0	0
The Cochrane library	"Dementia" AND "Flooring"	1	1	0
The Cochrane library	"Dementia" AND "Quality of life" In Cochrane Central Register of Controlled Trials AND "Home"	81 23	1	0
The Cochrane library	"Dementia" AND "Interior design"	3	1	1
CINAHL	"Dementia" and "Anxiety" Limiters- Full Text; Abstract Available; Language: English and Peer Reviewed and Interventions	523 103 19	3 2	2
CINAHL	"Dementia" and "Non medical" Limiters- Full text; Language: English	163 37	2	0
CINAHL	"Alzheimer's Disease" and "Non medical" Limiters- Full text; Peer reviewed; Abstract Available; Language: English	784 32	0	0
CINAHL	"Dementia" and "Interventions" Limiters- Full text; Abstract Available; Language: English and "Homes"	1216 299 43	6	0
CINAHL	"Dementia" and "Music Therapy" Limiters- Full text; Peer reviewed; Abstract Available; Language: English	211 38	4	1
CINAHL	"Dementia" and "Therapy" Limiters- Full text; Peer reviewed; Abstract Available; Language: English and "Nonpharmacological"	6373 803 14	0	0
CINAHL	"Dementia" and "Therapy" Limiters- Full text; Peer reviewed; Abstract Available; Language: English; Randomized Controlled trials"	6373 6	1	0
CINAHL	"Dementia" and "Light therapy" Limiters- Full text; Peer reviewed; Abstract Available; Language: English	68 13	3	1

Manuell sökning

(n= 3)

Författare	Artikel	Från: Artikelförfattare	Från: Artikel	Hämtad från: Databas
Morgan, D. G., Stewart, N. J.	The Physical Environment of Special Care Units: Needs of Residents With Dementia From the Perspective of Staff and Family Caregivers	Falk, H., Wijk, H., Persson, L-O.	The effects of refurbishment on residents' quality of life and wellbeing in two Swedish residential care facilities	CINAHL with fulltext
Ragneskog, H., Asplund, K., Kihlgren, M. & Norberg, A.	Individualized music played for agitated patients with dementia: Analysis of video-recorded sessions.	Rekommenderad av: Anette Sahlqvist		CINAHL with fulltext
Ancoli-Israel et. al	Effect of light treatment on sleep and circadian rhythms in demented nursing home patients	McCurry, S., Gibbons, L., Logsdon, R., Vitiello, M. & Teri, L.	Nighttime insomnia treatment and education for alzheimers disease: a randomized, controlled trial	Journal of the American Geriatric Society

Tillvägagångssätt

Frågeställningarna delades upp så var och en fick ansvara för varsin del. Artiklarna söktes med ovanstående sökord och i ovanstående databaser. Vid sökningarna lästes relevanta abstrakt och utifrån informationen i dessa, samt utifrån inklusions- och exklusionskriterierna, valdes användbara artiklar ut. Artiklarna lästes igenom i sin helhet flera gånger innan resultatet skrevs ner utifrån syftet och frågeställningarna. De granskades av de båda ansvariga så att resultatet blev så sanningsenligt som möjligt och att det stämde överrens med resultatet i artiklarna och att frågeställningarna blev besvarade.

Kvalitetsgranskning av artiklar

Artiklarna granskades med Högskolan Dalarnas modifierade granskningsmallar av Willman, Stoltz och Bahtsevani (2006) och Forsberg och Wengström (2008). Kvantitativa artiklar kunde få 29 poäng som mest där 17 poäng eller lägre ger en låg kvalitet, mer än 17 poäng ger en medel kvalitet och över 23 poäng ger en hög kvalitet. Kvalitativa artiklar kunde högst få 25 poäng där 15 poäng eller lägre ger en låg kvalitet, mer än 15 poäng ger en medel kvalitet och 23 poäng eller mer ger en hög kvalitet. . Fem artiklar med medel kvalitet och åtta artiklar med hög kvalitet inkluderades i studien. Se bilaga 2.

Analys

Artiklarna lästes flera gånger och relevant resultat indelades utifrån frågeställningarna. Resultatet strukturerades upp och delades in under underrubrikerna: *Musikterapi, fysisk aktivitet, ljusterapi, hemlik miljö, miljöns påverkan* och *individualiserad och stimulerande miljö*.

Forskningsetiska överväganden

Forsberg och Wengström (2008) skriver att det är viktigt vid en litteraturstudie att välja artiklar som godkänts av en etisk kommité eller där etiska överväganden gjorts, att det är viktigt att redovisa resultat från artiklarna som stöder men även de som inte stöder hypotesen och att alla artiklar som ingår i studien skall redovisas.

Ingen skillnad har gjorts mellan artiklarna vare sig de stöder eller inte stöder frågeställningarna och samtliga artiklar som ingår i studien redovisas i bilaga 1.

Fusk och ohederlighet, så som stöld, plagiat eller fabricering av data eller förvrängning av forskningsprocessen får inte förekomma för att det skall vara god medicinsk forskning (Forsberg & Wengström, 2008). Ett objektiva och sanningsenligt tolkande och återgivande av artiklarnas resultat eftersträvades. För att data i denna studie inte skulle förvrängas kontrollerades texten i uppsatsen och jämfördes med texten i artiklarna.

Resultat

Sammanställningen av detta resultat presenteras utifrån valda frågeställningar och delades in under följande rubrikerna: *Icke-farmakologiska behandlingsmetoder för att minska tecken på ångest hos individer med demens* med underrubrikerna *musikterapi och dess effekter, fysisk aktivitet, ljusterapi*, samt *Utformning av särskilt boende och dess påverkan på individer med demens* med underrubrikerna *hemlik miljö, miljöns påverkan och individualiserad och stimulerande miljö*.

Icke-farmakologiska behandlingsmetoder för att minska tecken på ångest hos individer med demens

Artiklarna om icke-farmakologiska behandlingar/åtgärder innehöll studier som undersökte effekterna av åtgärderna hos äldre med demens.

Musikterapi och dess effekter

Sung, Chang och Lee (2010) undersökte om musik hade någon effekt på ångest hos dementa. I den kvantitativa studien ingick en undersökningsgrupp med 30 äldre dementa (varav en ej slutförde studien på grund av sjukhusinläggning) som fick lyssna på musik en halvtimme två gånger i veckan under en 6 veckors period. Undersökningsgruppen jämfördes med en kontrollgrupp bestående av 23 äldre dementa som fick vanlig omvårdnad utan musik. För att mäta ångesten användes ett verktyg som är anpassat för att utreda tecken och symptom vid ångest de senaste 2 veckorna, Rating Anxiety in Dementia (RAID). RAID har 18 punkter som är graderade med 4-poängs skala, obefintlig (0), lindrig (1), måttlig (2) och svår (3). För att patienten ska bedömas ha en betydande klinisk ångest krävs en poäng på 11 eller mer på RAID. Innan den 6 veckor långa behandlingen med musik hade undersökningsgruppen 10.93 poäng på RAID som efter behandlingen hade sjunkit till 8.93 poäng. Hos kontrollgruppen fanns en liten minskning från 9.53 poäng innan studien till 9.35 poäng efter studien. (ibid).

Ragneskog, Asplund, Kihlgren & Norberg (2001) genomförde en kvalitativ studie vilken undersökte om individuell musik hade någon positiv effekt hos dementa med symptom av oro som exempel ångest. I studien ingick fyra uttagna äldre med demens, från fyra olika äldreboenden, tre män (Carl, George och Philip) och en kvinna (Hanna). De äldre dementa

filmades under fyra perioder, varav den första perioden var utan musik. Vid den andra perioden spelades klassisk musik och havsljud och vid den tredje och fjärde perioden spelades individuell musik som valts ut genom diskussion med de äldre. Facial Action Coding System (FACS) användes för att analysera förändringar i ansiktsuttrycket. Systematiska observationer användes för att analysera övriga förändringar hos de äldre dementa (ibid).

Hos Hanna och Philip märktes stora förändringar när musiken spelades. Den bästa musiken för Hanna var operetter, hon blev lugn och satt kvar i sin stol längre än hon brukar och när musiken stoppades blev hon upprörd. När Hanna bedömdes som lugn i den systematiska bedömningen märktes mindre förändringar i hennes ansiktsuttryck. Hon blundade när musiken spelades och blinkade då den stannade. När hon var ångestfylld från början hade hon ett ledsamt ansiktsuttryck som inte förändrades beroende på om musik spelades eller inte. Philips ångest minskade och han lugnade sig när han fick lyssna på barnmusik, vid två tillfällen då musiken stoppades blev han upprörd. I Philips ansikte kunde det urskiljas olika ansiktsuttryck då han var upprörd från början, ett då han skrek och ett annat som kan kopplas till uttryck vid rädsla. Hos Carl märktes ingen effekt då musiken spelades eller inte. Skillnader i ansiktsuttrycket kunde endast urskiljas beroende på om han var upprörd eller lugn och förändrades inte då han lyssnade på musik. George visade minskade tecken på plockighet då han fick lyssna på musik, vilket var en positiv effekt. Han blåste även ut luft, blåste upp kinderna och vred sitt huvud åt höger när han fick lyssna på musik och när han inte fick lyssna på musik höll han huvudet nerböjt och ögonen tittade åt vänster, höger och nedåt. Dessa ansiktsuttryck och beteenden kunde inte relateras till några förändringar i Georges känslor. Studien visade positiv effekt på några individer medan den inte visade någon effekt alls hos en individ (Ragneskog et al. 2001) .

Fysisk aktivitet och dess effekter

Musik kan även användas i samband med fysiska aktiviteter för att undersöka beteende- och kognitiva effekter. Van de Winckel, Feys och De Weerd (2004) utförde en studie med femton äldre dementa kvinnor i en interventionsgrupp som fick fysisk träning med musik 30 min dagligen under tre månader. Interventionsgruppen jämfördes sedan med en kontrollgrupp på 10 personer som fick lika mycket uppmärksamhet under en vardaglig konversation. För att mäta de psykiska effekterna användes Mini-Mental State Examination (MMSE) vilket är ett instrument som används för att kunna upptäcka psykiska försämringar och består av olika

frågor. Har personen 24 poäng eller lägre av 30 poäng visar det att han/hon har en demenssjukdom. Vid studiens början märktes ingen specifik skillnad mellan grupperna vid MMSE kontrollen, undersökningsgruppen hade medelsvår och kontrollgruppen hade en medelsvår nästan på gränsen till svår demens. Vid den andra kontrollen av MMSE visade undersökningsgruppen en relativt stor ökning och kontrollgruppen visade en liten ökning. Vid den sista kontrollen vid slutet på de tre månaderna hade undersökningsgruppens värde på MMSE ökat medan kontrollgruppens värde hade sjunkit, vilket gjorde att undersökningsgruppen förbättrade sitt värde med 2.28 poäng och kontrollgruppens värde förbättrades lite med 0.2 poäng. Skillnaden på förbättringen mellan de två grupperna var 2.67 poäng på MMSE (ibid).

Även en studie med fysisk aktivitet utan musik har genomförts för att få fram om det ger någon positiv effekt hos dementa med ångest. Brooker, Wooley och Lee (2007) genomförde en kvalitativ studie för att se om aktivitet hade någon påverkan på välmående. I studien deltog 115 personer med demens från 3 olika boenden. Under studien deltog de flesta på de utvalda boenden i aktiviteterna som stöttades av en grupp med experter. Som hjälp för att få fram förändringar hos deltagarna användes Dementia Care Mapping (DCM) vilket är ett verktyg som mäter mängden aktivitet och sysselsättning och som observerar tecken på icke välmående och välmående. Insamlingen av data skedde dagligen mellan 10.00- 18.30 och de som observerades mindre än 4 timmar exkluderades då insamlingen skedde på de gemensamma ytorna. Av deltagarna observerades 81% minst 4 timmar vid insamlingstillfällena och engagerade sig mer i aktiviteter efter studiens slut. Under studiens tid visades minimala förbättringar i välmående. Hos de flesta deltagare skedde ingen förändring överhuvudtaget. När studien avslutats intervjuades 11 stycken deltagare för att se om det fanns någon förändring i ångest och depressioner. Mellan den andra och den sista kontrollen upptäcktes en stor skillnad vid mätningen av depression som hade minskat. Från början visade endast av sju individerna tecken på ångest. Det påvisades inga tecken på förändringar av ångest hos deltagarna efter starten av behandlingen eller sju månader framöver (Brooker et al., 2007).

Ljusterapi och dess effekter

Som nämnt i introduktionen kan sömnsvårigheter vara ett tecken på att personen kan lida av ångest. I en studie av Sloane et al. (2007) undersöktes det om hög-intensivt ljus har någon effekt på sömn och aktivitet hos äldre personer med demens. I studien deltog 66 äldre personer med demens från 2 avdelningar på en psykiatrisk anläggning i North Carolina och ett särskilt boende för individer med demens i Oregon. Personer som hade allvarligare skador på

ögonen exkluderades då starkt ljus kunde förvärra skadan ytterligare. Målet var att under en period på 3 veckor låta deltagarna vara i starkt ljus med samma styrka som ljus en molnig dag. Data samlades in under olika tidpunkter i slutet av 3 veckors perioden. Tidpunkterna för det starka ljuset var på förmiddagen, kvällen eller under en hel dag från morgonen till kvällen. Målet för de kortare tiderna var att få deltagarna att vara mellan 1-2 timmar i ljuset på de gemensamma ytorna varje dag. För att samla in data användes en liten apparat, som fästes på deltagarnas handleder för att kunna ta upp information om antalet timmar nattsömn, antalet avbrott i sömnen samt få fram en dygnsrytm. Användningen av apparaten skedde under hela dygnet den sista veckan i 3 veckors perioden. Under den sista veckan då insamlingen skedde samlade personalen in 48 stycken 1 minuts observationer hos varje deltagare för att sedan bedöma dem som vakna, sömniga eller sovande. För att mäta deltagarnas psykiska status användes Minimum Data Set Cognition Scale och Mini-Mental State Examination (MMSE). Data gick att samla in hos alla deltagare utom två stycken som vägrade bära insamlingsinstrumentet. Under en 8 timmars observations tid av sömnen framgick det att de som sov bäst var de som hade varit i morgonljuset och ljuset som var på under hela dagen och de som hade sämst sömn var de som hade varit i kvällsljuset eller det normala ljuset. Hos personer med mild till måttlig demens syntes färre avbrott i sömnen hos de som varit i kvällsljus och personer med svår till väldigt svår demens hade färre avbrott om de varit i morgonljus. Annat som påverkade sömnen var kön, skillnaden på dagarnas längd och hur mycket belastning som skedde under dagarna. Exempelvis visade det sig att de äldre kvinnorna hade fler sömntimmar än männen. I Oregon hade de personer med mild till måttlig demens mindre sömn på dagarna och hos de med svår till väldigt svår demens hade kvällsljuset en påverkan som ökade sömnen under dagen. I North Carolina blev det en motsatt effekt, de med mild till måttlig demens hade en ökad sömn under dagarna och hos de med svår till väldigt svår demens minskade sömnen under dagarna. För övrigt skedde ingen stor förändring i dygnsrytmerna under behandlingsperioderna (ibid).

Även i en annan studie, av Ancoli-Israel, Martin, Kripke, Marler och Klauber (2002), undersöktes det om ljusbehandling hade någon effekt på sömn och dygnsrytmer. I denna studien deltog 77 stycken äldre med demens från 2 stycken privata äldreboenden i San Diego. Varje deltagare fick bära ett litet instrument på handleden som de första 24 timmarna registrerade deltagarnas dygnsrytmer. Informationen användes sedan för att dela in deltagarna i 4 olika behandlings grupper, en som får vara i starkt morgonljus, en som får vara i starkt kvällsljus, en som får rött dimljus på kvällen och en grupp med restriktioner för sömn under

dagen. Deltagarna som hade restriktioner för sömn under dagarna hade en person med sig från 09.00-12.00 och 14.00-17.00 som skulle se till att han/hon inte somnade under denna period. Undersökningen pågick under 18 dagar och deltagarna bar instrumentet 24 timmar/dag under hela perioden. Ingen skillnad kunde hittas i någon av grupperna i varken aktivitet, nattsömn eller dagsömn efter periodens slut. En fördröjning av dygnsrytmen kunde ses hos de som fick vara i kvällsljuset, annars syntes inga större förändringar (ibid).

Utformning av särskilt boende och dess påverkan på individer med demens

Hemlik miljö

Vid granskning av artiklarna från artikelsökningen var en hemlik miljö något som togs upp i flera artiklar, antingen som svar på frågeställning eller som en del i studien. Wang och Kuo (2006) genomförde en studie av mixad design (litteraturstudie, intervjuer och delphi-undersökning) där resultatet visar att en hemlik miljö är mycket viktig vid nybyggnad av särskilda boenden för individer med demens. Författarna skickade ut delphi-undersökningar till en expertpanel (n = 18) som bestod av arkitekter, gerontologer, sjuksköterskor, administratörer från särskilda boenden och universitetsprofessorer med expertis inom hälso- och sjukvårdsadministration. Giltiga frågeformulär (n = 16), från individer som besvarade båda frågeformulären som skickats ut, användes i studien. I frågeformulären användes en Lickert-skala där 5 var ”mycket viktigt” och 1 var ”mycket oviktigt”. Resultatet från formulären visar att det är mycket viktigt att skapa en hemlik känsla på särskilda boenden (4.81 av 5) (ibid.).

Morgan och Stewart (1999) genomförde en studie där deltagarna beskrev en hemlik miljö som viktigt vid omvårdnad av individer med demens för att miljön skulle vara igenkännbar utifrån individens tidigare erfarenheter. Studien undersökte särskilda boendens densitets inverkan på beteenden hos äldre individer med demens. Målet med den här kvalitativa studien var att utforska de anhörigas och vårdpersonalens uppfattningar om hur miljön påverkar beteendet hos individer med demens. Boende med hög densitet hade rum för 69 individer, 2-4 individer per rum och 17 kvadratmeter per individ. Boende med låg densitet hade rum för 20 individer, privata rum, och 38 kvadratmeter per individ. Individerna på de särskilda boendena beskrivs som individer med demens och i behov av 2 timmar eller mer omvårdnad per dygn. Inklusionskriterier för personalen var att de skulle arbetat heltid på det gamla boendet och för anhöriga att de skulle haft regelbunden kontakt på det gamla och det nya

boendet. Teoretiskt urval användes och intervjuer utfördes tills teoretisk saturation uppnåts (18 intervjuer). Deltagare beskrev en hemlik miljö som viktig då de ansåg att individer med demens borde vårdas i en miljö som är igenkännbar utifrån individens tidigare erfarenheter (inkl. atmosfär och tillfällen till aktivitet). Inredningen uppgavs som bidragande till den hemlika miljön då anhöriga kunde individualisera individens rum till större utsträckning på det nya boendet än vad som var möjligt på det gamla (ibid.).

Utsikt från fönster beskrevs som viktig för en hemlik miljö i en studie av Edvardsson, Fetherstonhaugh och Nay (2010). Studien genomfördes som en kvalitativ explorativ studie med intervjuer som innehållsanalyserades för att beskriva hur individer med demens, deras anhöriga och personal på särskilt boende beskriver personcentrerad omvårdnad. Studien genomfördes 2007-2008 och 67 personer deltog i studien (Personal n = 37, Personer med demens n = 11 och anhöriga n = 19). I studien beskrev deltagare utsikter från fönster som viktigt för en hemlik och individualiserad miljö (ibid.).

Personal och individer med demens beskrev även utsikt från fönster ge möjlighet till samtalsämnen om vad som försiggick utanför boendet vid måltider och att detta verkade lugnande på de boende och gav möjlighet till positiv interaktion när individerna med demens inte längre kunde diskutera abstrakta begrepp (Morgan & Stewart, 1999)

Miljöns påverkan

Kane, Lum, Cutler, Degenholtz och Yu (2007) visade att bostadslika och normala boendeförhållanden för individer med demens ger högre livskvalitet. Studien jämförde fyra THE GREEN HOUSE®-boenden (GH), 10 individer med demens i varje GH, med 40 individer med demens i två kontrollgrupper. Kontrollgrupperna bestod av individer boende på två traditionella institutioner. GH är särskilda boenden i bostadsstil med privata rum och badrum och gemensamt kök. Personalen på GH sköter matlagning, städning och tvätt. Normala förhållanden för livskvalitet och personlig tillväxt istället för terapeutiska förhållanden främjas på ett GH. Data samlades genom intervjuer med personal, anhöriga och de boende samt information om de boende. Individerna med demens på GH visade högre livskvalitet än kontrollgrupperna på 7 resp. 4 punkter av 11, samt visade inte lägre livskvalitet på någon av punkterna jämfört med kontrollgrupperna (ibid.).

Reimer, Slaughter, Donaldson, Currie och Eliasziw (2004) genomförde en studie för att

jämföra livskvaliteten hos individer med medel till svår demens på ett särskilt boende specialiserat för vård av individer med demens och en traditionell institution under en 1 årsperiod. Det särskilda boendet bestod av sex enplansvillor med 10 platser i varje villa. Det särskilda boendet följde en ekologisk modell där visionen var att göra boendet mer likt hemmet, mer bekvämt, ge de boende mer privatliv och erbjuda fler meningsfulla aktiviteter än traditionell institution. 185 individer ingick i studien, 62 på särskilt boende och 123 på traditionell institution. Sex olika instrument användes för att mäta livskvaliteten. Resultatet visar att de på särskilt boende visade mindre ångest och rädsla, ADL-förmåga minskade inte lika kraftigt som på traditionell institution och de visade mer intresse för omgivningen. Ingen skillnad mellan grupperna fanns vad gäller socialt tillbakadragande, depression, minne, koncentration eller orientering (ibid.).

Falk, Wijk och Persson (2009) undersökte hur individer med demens påverkades av en renovering vad gäller livskvalitet, välmående och upplevda vårdklimat på två svenska särskilda boenden och att beskriva de boendes upplevelse av renoveringen och förändringarna. En mixad metod (kvalitativ och kvantitativ) användes där individernas livskvalitet, välmående och upplevda vårdklimat mättes och sedan utfördes intervjuer för att få ökad förståelse. Tre särskilda boenden ingick i studien, två av dem renoverades och det tredje fungerade som kontroll. Antalet deltagare i interventionsgruppen var 50, varav 23 med demensdiagnos, och 81 individer (49 med demensdiagnos) i kontrollgruppen, 41 från interventionsgruppen (9 bortgångna) och 71 från kontrollgruppen (9 bortgångna, 1 flyttat) deltog vid uppföljningen. I den kvalitativa delen ingick 12 individer från interventionsgruppen. Exklusionskriterier var psykiatriska diagnoser såsom schizofreni, bipolär sjukdom och frontallobsdemens. Mätningarna gjordes med The Quality of Life in Late-stage dementia scale, The patient mood assessment scale och The person-centred climate questionnaire. Data angående ålder, hur länge deltagarna bott på det särskilda boendet, användning av psykofarmaka och demensdiagnos hämtades från medicinska journaler. Data samlades 1 månad innan och 2 månader efter renoveringarna. De boende bodde kvar på det särskilda boendet under renoveringarna. Vid renoveringarna förbättrades miljöns stödjande funktion och estetiska intryck med vägvisare, färgsättning, golv, ljussättning och nya möbler. Den kvantitativa delen av studien visar på en försämring av livskvaliteten och välmåendet hos interventionsgruppen under studien. Den kvalitativa delen visar att miljön efter renovering var uppskattad men ökade inte känslan av välmående eller ökade känsla av gemenskap. Mobilitet, social interaktion och vårdklimat påverkades inte av den ökade stödjande funktion i miljön

(ibid.).

Individualiserad och stimulerande miljö

Att individualisera miljön togs upp i flera studier. Inredningen uppgavs som bidragande till den hemlika miljön då anhöriga kunde individualisera den anhörigas rum till större utsträckning på det nya boendet än vad som var möjligt på det gamla (Morgan & Stewart, 1999). Kärnan i personcentrerad omvårdnad är att främja normalitet och fortsättning av självet. Att vara i en individualiserad miljö var något som alla deltagare tog upp. Personliga tillhörigheter, så som fotografier, möbler och prydnadssaker, som personen kände igen eller tyckte om kunde stödja identiteten, fungera som samtalsämne, ge en känsla av att vara hemma och att påminna personalen om det unika hos varje individ (Edvardsson et al., 2010).

Ward-Smith, Llanque och Curran (2009) genomförde en studie på ett särskilt boende specifikt utformat för personer med demens med 20 individer inneboende. På boendet fanns ett multisensoriskt stimulations-rum (MSSR) utrustat för multisensoriskt baserad terapi som skulle ge avslappning och ökad vakenhet, en session tog 15-20 minuter. Data till studien samlades från Psychotic Behaviour Assessment Record (PBAR) som krävdes vid administrering av antipsykotika. I studien ingick 14 individer, 7 individer i gruppen som använde MSSR och 7 individer i kontrollgruppen. Antipsykotika administrerades till gruppen som använde MSSR kl 09.00, 13.00 och 17.00. Inga ändringar av läkemedelsordination gjordes under studien och inget extra delades ut. Studien pågick under 3 månader. Negativa beteenden som tas upp i PBAR och som individerna i studien uppvisade är aggressivt beteende, aggressivt språk/skrik, mat-/medicinvägran, gråt, smällande i dörrar samt toalettbesök på olämpliga platser. Bland de som använde MSSR sjönk alla negativa beteenden som tas upp i studien. Bland de som inte använde MSSR ökade de negativa beteendena, förutom aggressivt språk/skrik som var konstantibid (ibid.).

Diskussion

Sammanfattning av huvudresultaten

Att lyssna på musik kan ha en positiv inverkan på dementa vad gäller ångest (Sung et al, 2010; Ragneskog et al, 2001).

Fysiska aktiviteter i kombination med musik kan förbättra sättet att uppfatta, tänka och fatta beslut på (Van de Winckel et al, 2004), medan fysiska aktiviteter själv inte har någon större

påverkan på tecken på ångest hos äldre med demens (Brooker et al, 2007).

Ljusterapi gav en positiv effekt i en av studierna (Sloane et al., 2007), medan den andra studien inte visade några förändringar (Ancoli-Israel et al., 2002). Personal menar att tiden påverkar valet av farmakologisk behandling framför icke-farmakologisk.

Hemlik miljö var, enligt en expertpanel, viktigt vid nybyggnad av särskilda boenden för individer med demens (Wang & Kuo, 2006). Även anhöriga och personal ansåg att en hemlik miljö var viktig för individer med demens då miljön blev igenkännbar för individen (Morgan & Stewart, 1999). Avdelningar specialiserade för individer med demens (Reimer et al, 2004), bostadslika och normala förhållanden ger högre livskvalitet hos individer med demens (Kane et al, 2007).

Individualiserad miljö var viktigt för att stödja individens identitet, ge möjlighet till samtalsämnen och påminna personalen om den unika individen som bor där (Edvardsson et al., 2010) och en stimulerande miljö kunde sänka negativa beteenden (Ward-Smith et al., 2009).

En renovering, för att förbättra den stödjande funktionen och det estetiska intrycket av miljön, på särskilt boende kan också leda till försämrad livskvalitet och välmående (Falk et al., 2009).

Resultatdiskussion

Syftet med studien var att undersöka effekter av icke-farmakologiska behandlingsmetoder vid ångest hos individer med demens på särskilt boende samt hur ett särskilt boende för dementa bör utformas. Diskussionen presenteras nedan med frågeställningarna som rubriker.

Icke-farmakologiska behandlingsmetoder för att minska tecken på ångest hos individer med demens

Genom artikelgenomgången framgick olika icke-farmakologiska behandlingsmetoder som är relativt vanliga inom behandling av ångest hos individer med demens. De behandlingsmetoder som författarna valde att studera och fördjupa sig i var musikterapi, fysisk aktivitet samt ljusterapi. De var även de tre behandlingsmetoder som det fanns flest genomförda studier på sedan tidigare.

I artiklarna om musikterapi var effekten väldigt lika, båda kom fram till att musik gav en positiv effekt för att minska ångest hos dementa (Sung et al., 2010; Ragneskog et al, 2001), i

en av studierna var dock förändringarna hos två av deltagarna väldigt liten vilket kan bero på att de var delvis eller helt distraherade. Det var även de två som var mest påverkade av demens (Ragneskog et al., 2001). Av resultatets positiva effekt tolkas det att musikterapi var en bra omvårdnadsåtgärd som bör användas oftare inom vården och behandlingen av individer med demens.

I artiklarna om fysisk aktivitet och ljusterapi skiljde sig resultatet åt. I den ena artikeln om fysisk aktivitet gav det en positiv effekt på ångest (Van De Winckel et al., 2004), medan effekten i den andra artikeln blev oförändrad (Brooker et al., 2007). Det kan bero på att den fysiska aktiviteten i artikeln av Van De Winckel et al. (2004) kombinerades med musik som enligt de utvalda artiklarna om musikterapi gav en positiv effekt (Sung et al., 2010; Ragneskog et al., 2001). I artikeln med kombinationen av fysisk aktivitet och musik visade inte resultatet om det är just musiken, den fysiska aktiviteten eller kombinationen av dessa som ger det positiva resultatet. För att ta reda på det hade de som utförde studien kunnat undersöka påverkan av fysisk aktivitet och musik separat, för att på så sätt få reda på om de i kombination eller var för sig som gav den positiva effekten. För att studera vad som gav den positiva effekten kunde studien undersöka påverkan av fysisk aktivitet och musik separat, för att på så sätt få reda på om de i kombination eller var för sig som gav den positiva effekten.

Även i artiklarna om ljusterapi skiljde sig resultatet åt, de visade både positiva och negativa effekter. En studie gav blandad effekt då deltagarna som blev utsatta av starkt ljus under dagen fick förbättrad sömn, medan de som utsatts för starkt ljus under kvällen fick försämrad sömn vilket blev en negativ effekt (Sloane et al., 2007). En annan studie gav motsatt effekt, de som utsatts för starkt ljus på kvällen sov bättre än de som utsatts för starkt ljus under dagen (Ancoli-Israel et al., 2002). Möjliga orsaker till skillnaderna i resultatet kan vara yttre påverkan under dagen, exempelvis aktiviteter, vila under dagen.

Vid behandling av ångest hos individer med demens är det viktigt att prova om icke-farmakologiska behandlingar ger någon effekt innan användande av läkemedel (Twelftree & Quasi, 2006). Utifrån detta anses det att inom vården idag får individer som drabbas av ångest vid demens ofta läkemedel direkt efter uppkomsten för att ångesten inte ska förvärras. Personal bör låta den drabbade individen få genomgå behandling med icke-farmakologiska behandlingsmetoder för att se om de har någon positiv effekt, utan att de kombineras med medicinering. Ger det en positiv effekt utan medicinering kan individen undvika läkemedel

och tillhörande bieffekter.

Viktigt vid utformningen av ett särskilt boende och miljöns påverkan på individer med demens

Artikelgenomgången gav upphov till tre teman. Hemlik miljö, miljöns påverkan samt individualiserad och stimulerande miljö. Socialstyrelsen (2007) skriver att många individer med demens bor på särskilda boenden som inte är utformade för deras behov. Flera av artiklarna i denna studie tog upp hemlik/bostadslig miljö och de individer med demens som bodde på särskilda boenden med en hemlik/bostadslig miljö uppvisade högre livskvalitet (Kane et al, 2007), mindre ångest och rädsla, samt upprätthöll ADL-förmågan längre än de som bodde på en traditionell institution (Reimer et al., 2004). Vid intervjuer med personal på särskilt boende och anhöriga till individer med demens framkom även från dessa att en hemlik miljö var viktig (Morgan & Stewart, 1999). En individualiserad miljö gav möjlighet för igenkänning, samtal, stödjande av identiteten samt för personalen att se den unika individen som bodde där (Edvardsson et al., 2010). En stimulerande miljö i form av ett MSSR-rum sänkte förekomsten av negativa beteenden hos individer med demens (Ward-Smith et al., 2009). Tillsammans med ljus- och färgsättning som skapade kontraster för (Statens beredning för medicinsk utvärdering, 2007), undvikande av mörka golv (Abrahamsson, 2003) och att sätta upp tydlig skyltning och vägvisare (Socialdepartementet, 2003) kunde många av de speciella behov individer med demens hade, från miljön, tillfredställas. Dessa fynd visar även att miljön påverkade personer med demens, vilket stämde överrens med Martha Rogers omvårdnadsteori där hälsa beskrevs som beteenden och egenskaper som kommer ur interaktionen mellan människan och miljön (Rogers, 1980, refererad i Meleis, 2003).

Falk et al. (2009) tog även de upp miljöns påverkan, fast i negativ riktning, då individerna i studien visade på försämrad livskvalitet och välmående efter en renovering som genomfördes för att höja den stödjande funktionen och det estetiska intrycket av gemensamma utrymmen på två särskilda boenden. I denna studie ingick individer med demens och individer utan demens och det framgår inte specifikt i artikeln hur individer med demens påverkades av renoveringen.

En genomtänkt miljö kan minska ångest, rädsla och andra negativa beteenden och därmed skulle möjligtvis användandet av läkemedel minskas. En genomtänkt miljö skulle kunna vara stödjande samt ge upphov till högre livskvalitet och därmed ge individer med demens ett mer

värdigt liv under sina sista år. En renovering av ett särskilt boende skulle kunna ge upphov till försämrad livskvalitet och minskat välmående hos äldre individer.

Metoddiskussion

CINAHL och Pubmed som är specialiserade på omvårdnadsforskning (Forsberg et al., 2008) var relevanta databaser för denna studie. The Cochrane library som är specialiserat på systematiska litteraturöversikter (Forsberg & Wengström, 2008) sågs i efterhand som en dåligt vald databas, men den utvalda artikel från databasen som användes i studien var en retrospektiv review av medicinsk dokumentation och användes därför i resultatet. Vård i Norden som är en tidsskrift, inte en databas, gav inte något resultat i sökningarna och var därför inte relevant för den här studien.

Sökorden för den första och andra frågeställningen ansågs relevanta då de fokuserade på de specifika områdena.

Inklusionskriterierna att endast inkludera originalartiklar samt att dessa skulle finnas tillgängliga i free fulltext användes i denna studie vilket kan resulterat i att relevant information från avgiftsbelagda artiklar blivit exkluderade. Exklusionkriterierna vad gäller artiklar som inte tog upp individer med demens boende på särskilt boende, var helt relevant utifrån studiens syfte och frågeställningar.

Studierna i artiklarna är utförda i Sverige, Australien, USA, Storbritannien, Canada, Belgien och Taiwan. Då endast två av studierna genomförts i Sverige är generaliserbarheten till Svenska förhållanden begränsad.

Artiklarna lästes flera gånger och författarna kontrollerade varandras texter för att utesluta att misstolkningar av artiklarnas texter gjorts. Då engelska inte är någon av författarnas modersmål och samtliga artiklar som inkluderades i studien var skrivna på engelska, återstår dock en svaghet i eventuella misstolkningar av texten.

En artikel med relevant information för studien exkluderades då den manuella sökvägen inte gick att redovisa. Samtliga artiklar, förutom Wang och Kuo (2006), har fått godkänt av etisk kommitté eller gjort etiska överväganden. Wang och Kuo (2006) publicerades i *Journal of Nursing research*. *Journal of Nursing Research* kräver godkännande från en Institutional Review Board eller en Community Review Board innan människor deltar i studier (*Journal of Nursing Research*, 2011), så därför utgår författarna till denna studie att så är fallet även med denna artikel. En artikel blev muntligt rekommenderad av tidigare uppsatsförfattare vilket

resulterade i en manuell sökning av artikeln. Relaterat till begränsning i tid till artikelsökning kan relevant information från eventuella vidare sökningar exkluderas.

Slutsats

Syftet med studien var att undersöka effekter av icke-farmakologiska behandlingsmetoder vid ångest hos individer med demens på särskilt boende samt hur ett särskilt boende för individer med demens bör utformas.

Musikterapi och fysisk aktivitet i kombination med musik gav positiva effekter på tecken på ångest, medan enbart fysisk aktivitet inte gav någon effekt. Ljusterapi gav olika effekter, en studie gav positiv effekt på sömnen medan en annan inte gav någon effekt alls. Detta visar att de olika icke-farmakologiska behandlingsmetoderna som tagits upp i studien kan ge positiva effekter på individer med demens som visar tecken på ångest och kan sänka användandet av läkemedel mot ångest.

Miljön påverkade individer med demens och en hemlik miljö var viktig och kunde ge högre livskvalitet hos individer med demens. Även en stimulerande miljö påverkade individer med demens positivt i form av färre negativa beteenden. Miljön kunde påverka individer med demens negativt med lägre livskvalitet som följd av en renovering. Denna studie visar att individer med demens påverkas av miljön och detta bör tas i åtanke vid nybyggnation av särskilda boenden.

Förslag till vidare forskning

Då ovanstående visade att resultaten skiljer sig åt behövs fler studier, både kvalitativa och kvantitativa, för att studera vad som gjort att resultaten blivit olika. Ytterligare forskning om icke-farmakologiska behandlingsmetoder bör utföras, för att skapa evidens samt upptäcka nya metoder. Detta för att på lång sikt kunna minska medicineringen vid ångest och då även minska risken för fall och benbrott och på så sätt låta individen få ett värdigt liv.

Utifrån resultatet ses även ett behov av vidare forskning, främst kvantitativa studier där individer med demens jämförs, vad gäller aktivitet och livskvalitet, med miljön på det särskilda boende de lever på. Detta för att skapa evidens för en standard på särskilda boenden som kan ge individer med demens en miljö som är stödande och underlättar för dem att vara självständiga och aktiva så länge som möjligt. Miljön bör även göra det möjligt för dem att minnas, vara sociala och vara individer.

Litteraturförteckning

Abrahamsson, B.-L. (2003). *Demens - Omsorg och omvårdnad*. Stockholm: Bonnier Utbildning AB.

Ancoli-Israel, S., Martin, J., Kripke, D., Marler, M. & Klauber, M. (2002). Effect of light treatment on sleep and circadian rhythms in demented nursing home patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 50, 282-289. Hämtad från databasen CINAHL with Full text.

Basun, H., Ekman, S-L., Englund, E., Gustavsson, L., Lannfelt, L., Nygård, L., ... Wahlund L-O. (1999). *Om Demens*. Stockholm: Hagmans förlag.

Brooker, D., Woolley, R. & 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. doi: 10.1080/13607860600963679

Edvardsson, D., Fetherstonhaugh, D. & Nay, R. (2010). Promoting a continuation of self and normality: person-centred care as described by people with dementia, their family members and aged care staff. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 2611-2618. doi:10.1111/j.1365-2702.2009.03143.x

Falk, H., Wijk, H. & Persson, L.-O. (2009). The effects of refurbishment on residents' quality of life and wellbeing in two Swedish residential care facilities. *Health & Place*, 15, 717-724. doi:10.1016/j.healthplace.2008.11.004

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur & Kultur.

Journal of Nursing Research (2011) Information for authors. *Journal of Nursing Research*, 19 (3). Från http://journals.lww.com/jnr-twna/Documents/jnr_information%20for%20author.pdf

Kane, R. A., Lum, T. Y., Cutler, L. J., Degenholtz, H. B. & Yu, T-C. (2007) Resident Outcomes in Small-House Nursing Homes: A Longitudinal Evaluation of the Initial Green House Program. *The American Geriatrics Society*, 55 (6), 832-839. doi:10.1111/j.1532-5415.2007.01169.x

Karlsson, I. & Eriksson, K-A. (2009). Demens. I H. Ramström (Red.), *Läkemedelsboken 2009-2010* (s. 968-980). Stockholm: Apoteket AB.

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

Meleis, A. I. (2007). *Theoretical nursing - Development & Progress* (4th ed.). Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins.

Morgan, D. G. & Stewart, N. J. (1999). The Physical Environment of Special Care Units: Needs of Residents With Dementia From the Perspective of Staff and Family Caregivers. *Qualitative health research* , 9 (1), 105-118. Hämtad från databasen CINAHL with fulltext.

Nägga, K. (2011). *Läkemedel*. Hämtat 1 juni, 2011, från Svensk register för Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens:
<http://www.bpsd.se/wp-content/uploads/2010/05/Lakemedel.pdf>

Ragneskog, H., Asplund, K., Kihlgren, M. & Norberg, A. (2001) Individualized music played for agitated patients with dementia: Analysis of video-recorded sessions. *International Journal of Nursing Practice*. 7, 146-155. Hämtad från databasen CINAHL with Full text.

Reimer, M. A., Slaughter, S., Donaldson, C., Currie, G. & Eliasziw, M. (2004). Special Care Facility Compared with Traditional Environments for Dementia Care: A Longitudinal Study of Quality of Life. *Journal of the American Geriatrics Society* , 52, 1085-109. Hämtad från databasen CINAHL with Full text.

Saxton, J., Silverman, M., Ricci, E., Keane, C. & Deeley, B. (1998). Maintenance of Mobility in Residents of an Alzheimer Special Care Facility. *International Psychogeriatric* , 10 (2), 213-224. Hämtad från databasen CINAHL with Full text.

Shub, D., Darvishi, R. & Kunik, M. (2009). Non-pharmacological treatment for insomnia in persons with dementia. *Geriatrics* , 64 (2), 22-26. Hämtad från databasen CINAHL with Full text.

Skog, M. (2009). *Vård och omsorg vid demenssjukdomar*. Stockholm: Bonnier utbildning AB.

Sloane, P., Williams, C., Mitchell, M., Preisser, J., Wood, W., Barrick, A., ... Zimmerman, S. (2007). High-intensity environmental light in dementia: Effect on sleep and activity. *Journal of the American Geriatrics Society* , 55 (10), 1524-1533. doi: 10.1111/j.1532-5415.2007.01358.x

Socialdepartementet. (2003). *På väg mot en god demensvård. Samhällets insatser för personer med demenssjukdomar och deras anhöriga. Ds 2003:47* Hämtat 31 maj, 2011, från Regeringskansliet: <http://www.regeringen.se/sb/d/108/a/421>

Socialstyrelsen. (2007). *Demenssjukdomars samhällskostnader och antalet dementa i Sverige 2005*. Hämtat 28 oktober, 2011, från Socialstyrelsen: http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9206/2007-123-32_200712332.pdf

Statens Beredning för medicinsk utvärdering. (2006). *Demenssjukdomar - en systematisk litteraturstudie* (Rapportnr. 172). Stockholm: SBU.

Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2007). *Vård av personer med demenssjukdom - vad vet vi idag?* Stockholm: SBU.

Sung, H., Chang, A. & Lee, W. (2010). A preferred music listening intervention to reduce anxiety in older adults with dementia in nursing homes. *Journal of clinical Nursing* , 19, 1056-1064. doi: 10.1111/j.1365-2702.2009.03016.x

Torrington, J. (Mars 2006). Associations between building domains and quality of life. *Quality in ageing - Policy, practice and research* , 7 (1), 41-48.

Turner, S. (2005). Behavioural symptoms of dementia in residential settings: A selective review of non-pharmacological interventions. *Aging & mental health* , 9 (2), 93-104. doi: 10.1080/13607860512331339090

Twelftree, H. & Qazi, A. (2006). Relationship between anxiety and agitation in dementia. . *Aging and Mental Health* , 10 (4), 362-367. doi: 10.1080/13607860600638511

Van de Winckel, A., Feys, H., De Weerd, W. & Dom, R. (2004). Cognitive and behavioural effects of music-based exercises in patients with dementia. *Clinical Rehabilitation* , 18, 253-260. doi:10.1191/0269215504cr750oa

Waagø, K. & Skaug, E.-A. (2006) Aktivitet. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E.-A. Skaug (Red.) *Grundläggande omvårdnad del 2* (s. 272-299; I. Bolinder, K. Grönwall & K. Olsson, övers.) Stockholm: Liber AB. (Originalarbete publicerat 2005)

Wang, C.-H. & Kuo, N.-W. (2006). Zeitgeists and Development Trends in Long-Term Care Facility Design. *Journal of Nursing Research* , 14 (2), 123-131. Hämtad från databasen CINAHL with Full text.

Ward-Smith, P., Llanque, S. M. & Curran, D. (2009). The Effect of Multisensory Stimulation on Persons Residing in an Extended Care Facility. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias* , 24 (6), 450-455. doi:10.1177/1533317509350153

Wikkelsø, C. & Wallin, A. (2000). Demens och organiska psykosyndrom. I S.-M. Aquilonius, & J. Fagius (Red.) *Neurologi* (3. uppl., s. 276-294) Stockholm: Liber AB.

Viklund, M. (1998). *Motion 1998/99:So436 Ädelreformen: Motion till riksdagen Motion 1998/99:So436*. Hämtat 28 oktober, 2011, från Sveriges Riksdag:
<http://www.riksdagen.se/webbnav/?nid=410&typ=mot&rm=1998/99&bet=So436>

Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2006). *Evidensbaserad omvårdnad - En bro mellan forskning och klinisk verksamhet* (2. uppl.). Lund: Studentlitteratur AB.

Bilaga 1. Granskningsmallar

Granskningsmall 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 (<17 poäng, lägre än 60% antal ja-svar), Medel (lika med eller mer än 17 poäng, > 60% antal ja-svar) och Hög (lika med eller mer än 23 poäng, >80% antal ja-svar).

Granskningsmall för kvalitetsbedömning
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 datasamlingsmetod?		
18	Är data systematiskt insamlad?		
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?		

Maxpoäng: 25

Erhållen poäng:

Kvalitet: Låg (<15 poäng, lägre än 60% antal ja-svar), Medel (lika med eller mer än 15 poäng, > 60% antal ja-svar) och Hög (lika med eller mer än 20 poäng, >80% antal ja-svar).

Bilaga 2, Artikelredovisning

Författare	Land, År	Titel	Design, Metod	Deltagare	Kvalitet
Ancoli-Israel, S., Martin, J.L., Kripke, D.F., Marler, M. & Klauber, M.R.	USA, 2002	Effect of light treatment on sleep and circadian rhythms in demented nursing home patients	Kvantitativ. Randomiserat kontrollerat urval.	n = 77	Medel 19/29
Brooker, D., Woolley, R. & Lee, D.	Storbritannien, 2007	Enriching opportunities for people living with dementia in nursing homes: An evaluation of multi-level activity-based model of care	Kvantitativ. En design av upprepande mätning inom ämnet, insamling av data under 4 tillfällen över en 18-24 månaders period.	n = 127	Medel 22/29
Edvardsson, D., Fetherstonhaugh, D. & Nay, R.	Australien, 2007	Promoting a continuation of self and normality: person-centred care as described by people with dementia, their family members and aged care staff	Kvalitativ, Bekvämlighetsurval, Fokusgrupper, intervjuer och telefonintervjuer.	n = 67	Hög 23/25
Falk, H., Wijk, H. & Persson, L.-O.	Sverige, 2008	The effects of refurbishment on residents' quality of life and wellbeing in two Swedish residential care facilities	Mixed method. Mätning av livskvalitet, välmående och upplevt vårdklimat samt intervjuer.	n = 131	Hög 28/29
Kane, R. A., Lum, T. Y., Cutler, L. J., Degenholtz, H. B. & Yu, T.-C.,	USA, 2007	Resident Outcomes in Small-House Nursing Homes: A Longitudinal Evaluation of the Initial Green House Program	Kvalitativ, longitudinal quasi-experimental design, Intervjuer samt bedömning av kvaliteten på vården.	n = 120	Hög 20/25
Morgan, D. G. & Stewart, N. J.	Canada, 1999	The Physical Environment of Special Care Units: Needs of Residents With Dementia From the Perspective of Staff and Family Caregivers	Kvalitativ. Den kvalitativa delen av en större studie och utfördes med intervjuer.	n = 18	Hög 23/25
Ragneskog, H., Asplund, K., Kihlgren, M. & Norberg, A.	Sverige, 2001	Individualized music played for agitated patients with dementia: Analysis of video-recorded sessions.	Kvalitativ. Urval av musik skedde genom samtal med patient och dag för inspelning utsågs av vårdgivare, dag då patienten var mest upprörd/ångestfylld.	n = 4	Hög 20/25

Reimer, M. A., Slaughtner, S., Donaldson, C., Currie, G. & Eliasziw, M.,	Canada, 2004	Special Care Facility Compared with Traditional Environments for Dementia Care: A Longitudinal Study of Quality of Life	Kvantitativ, Matchad grupp-design, mätning av Livskvalitet med Brief Cognitive Rating Scale, Functional Assessment Staging, Cohen-Mansfield Agitation Inventory, Pleasant Events Scale-AD, Multidimensional Observation Scale of Elderly Subjects och Apparent Affect Rating Scale.	n = 185	Hög 26/29
Sloane, P. Williams, C., Mitchell, M., Preisser, J., Wood, W., Barrick, A.L., Hickman, S., Gill, K., Connell, B.R., Edinger, J. & Zimmerman, S.	USA, 2007	High-intensity environmental light in dementia: Effect on sleep and activity	Kvantitativ. En Cluster-unit crossover intervention trial.	n = 66	Medel 22/29
Sung, H., Chang, A.M. & Lee, W.	Taiwan, 2010	A preferred music listening intervention to reduce anxiety in older adults with dementia in nursing homes.	Kvantitativ. Quasi-experimentell pretest och posttest design.	n = 53	Medel 22/29
Van de Winckel, A., Feys, H., De Weerd, W. & Dom, R.	Belgien, 2004	Cognitive and behavioural effects of music-based exercises in patients with dementia	Kvantitativ. Randomiserat kontrollerat urval.	n = 25	Hög 24/29
Wang, C.-H. & Kuo, N.-W.	Taiwan, 2006	Zeitgeists and Development Trends in Long-Term Care Facility Design	Mixed method. Litteraturstudie, intervjuer och Delphi-undersökning.	n = 18	Medel 18/25
Ward-Smith, P., Llanque, S. M., & Curran, D.	USA, 2009	The Effect of Multisensory Stimulation on Persons Residing in an Extended Care Facility	Kvantitativ, retrospektiv medicinsk granskning	n = 14	Hög 25/29

Författardeklaration

Uppsattstitel: Demens – Effekter av icke-farmakologiska behandlingsmetoder vid ångest och det särskilda boendets påverkan på välmående och livskvalitet. En litteraturöversikt

Författare till uppsatsen bekräftar att hon/han har bidragit konkret i förberedelsearbete och utformning av uppsatsen.

Påskrift av författare krävs för vart och ett av nedanstående moment.

Deklaration av medverkan i individuella moment i examensarbetet.	Namnsteckning
1. Bidragit till formulering av forskningsproblem, syfte och frågeställningar.	
2. Bidragit till planering och genomförande av metod så att forskningsfrågan kan besvaras.	
3. Medverkat i materialinsamling och analys.	
4. Bidragit till presentation, tolkning och diskussion av resultatet.	

Deklarationen lämnas till påseende vid slutseminariet och därefter bilägges den med det färdiga examensarbetet inför arkivering.

Ämnesgruppen i september 2011

Författardeklaration

Uppsattitel: Demens – Effekter av icke-farmakologiska behandlingsmetoder vid ångest och det särskilda boendets påverkan på välmående och livskvalitet. En litteraturoversikt

Författare till uppsatsen bekräftar att hon/han har bidragit konkret i förberedelsearbete och utformning av uppsatsen.

Påskrift av författare krävs för vart och ett av nedanstående moment.

Deklaration av medverkan i individuella moment i examensarbetet.	Namnsteckning
1. Bidragit till formulering av forskningsproblem, syfte och frågeställningar.	
2. Bidragit till planering och genomförande av metod så att forskningsfrågan kan besvaras.	
3. Medverkat i materialinsamling och analys.	
4. Bidragit till presentation, tolkning och diskussion av resultatet.	

Deklarationen lämnas till påseende vid slutseminariet och därefter bilägges den med det färdiga examensarbetet inför arkivering.

Ämnesgruppen i september 2011