



HÖGSKOLAN
DALARNA

Examensarbete

Kandidatnivå

Vikten av att anpassa vårdmiljön vid omvårdnad av personer med demens vid vård- och omsorgsboende - En litteraturöversikt

The importance of adapting the health environment for care of persons with dementia in nursing homes - A literature review

Författare: Evelina Persson och Katharina Öberg

Handledare: Marianne Spante

Examinator: Anncarin Svanberg

Granskare: Britt Ebbeskog

Ämne/huvudområde: Omvårdnad

Kurskod: VÅ2030

Poäng: 15 hp

Examinationsdatum: 20200114

Vid Högskolan Dalarna finns möjlighet att publicera examensarbetet i fulltext i DiVA. Publiceringen sker open access, vilket innebär att arbetet blir fritt tillgängligt att läsa och ladda ned på nätet. Därmed ökar spridningen och synligheten av examensarbetet.

Open access är på väg att bli norm för att sprida vetenskaplig information på nätet. Högskolan Dalarna rekommenderar såväl forskare som studenter att publicera sina arbeten open access.

Jag/vi medger publicering i fulltext (fritt tillgänglig på nätet, open access):

Ja

Nej



HÖGSKOLAN
DALARNA

Högskolan Dalarna – SE-791 88 Falun – Tel 023-77 80 00

Abstrakt

Bakgrund: Allt fler människor kommer att drabbas av någon form av demenssjukdom vilket bland annat leder till förlust av kognitiva förmågor. Detta innebär ökat behov av vård- och omsorgsboende för de personer som drabbats. Det centrala för personer med demenssjukdom är att vården är personcentrerad samt att den fysiska vårdmiljön är anpassad efter deras behov.

Syfte: Att beskriva den fysiska vårdmiljöns betydelse för omvårdnad av personer med demens på vård- och omsorgsboende.

Metod: En litteraturöversikt som grundades i kvalitativa (n=12), kvantitativa (n=1) samt mixade (n=2) studier. Studierna hade fokus på den fysiska vårdmiljöns betydelse för omvårdnaden av personer med demenssjukdom. Artiklarna kvalitetsgranskades, analyserades och indelades fyra huvudkategorier med sju underkategorier.

Resultat: Resultatet visade att den fysiska vårdmiljön påverkade personer med demenssjukdom. Genom anpassning av måltidsmiljö, utomhusmiljö och inomhusmiljö främjades livskvalitén för personer med demenssjukdom. Att vårdmiljön utformades hemlik med välbekanta föremål gjorde det lättare för personer med demenssjukdom att göra sig hemmastadda och trivas på sitt nya boende. Detta påverkade självbestämmande och självständighet likväl som livskvalité och trygghet.

Slutsats: Personer som diagnostiseras med demenssjukdom drabbas olika då det finns många varierande symtom och begränsningar. Forskning indikerar att det rör sig om kognitiv nedsättning vilket kan påverka personens integritet, självbestämmande och autonomi. Resultatet visar på att anpassning av den fysiska vårdmiljön kan minska konsekvenserna av kognitiv nedsättning för personer med demenssjukdom, samt ge en känsla av att vara hemma och frihet. Detta kan bidra till lugn, trygghet och autonomi för de som bor på vård- och omsorgsboendet.

Nyckelord: Demens, fysisk vårdmiljö, litteraturöversikt, vård- och omsorgsboende.

Abstract

Background: An increasing number of people will become suffering from dementia which means loss of cognitive abilities. Aging populations means an increased need for residential care. The most important thing for people with dementia is that the care is person-centered and the environment adapted to their needs.

Purpose: To describe the importance of the physical care environment for caring of people with dementia in nursing homes.

Methods: A literature review based on qualitative (n = 12), quantitative (n = 1) and mixed (n = 2) studies. The studies focused on the meaning of the physical care environment for the care of people with dementia. The articles were quality checked, analyzed and divided into four main categories with seven sub-categories.

Results: Persons who are diagnosed with dementia are affected differently because there are many varying symptoms and limitations. By adapting the meal environment, the outdoor environment and the indoor environment the quality of life for people with dementia was promoted. When the care environment was designed home-like with familiar objects it made it easier for people with dementia to feel like home and enjoy their new home. This was shown to affect selfdetermination and independence as well as quality of life and security.

Conclusions: People who suffer from dementia are not affected in the same way, there are many different symptoms and limitations. Research indicates that in all cases it is a cognitive impairment which affects the person's capability of integrity, self-determination and autonomy. The results show that adapting the physical care environment can promote cognitive decline for persons with dementia, and also give a feeling of being at home and freedom. This can contribute to tranquility, security and autonomy for those living at the nursing home.

Key words: Dementia, health care environment, literature review and nursing home.

Innehållsförteckning

Abstrakt.....	3
Abstract.....	4
Inledning	1
Bakgrund.....	1
Demenssjukdom.....	1
Symtom och tecken vid demenssjukdom.....	1
Beteendestörningar och psykiska symtom vid demens - BPSD.	3
Att leva med demenssjukdom	3
Regelverk och rekommendationer för vård vid demenssjukdom	4
Vårdmiljö	5
Omvårdnadsteoretiskt perspektiv	6
Problemformulering.....	7
Syfte	7
Frågeställning.....	7
Centrala begrepp	7
Fysisk vårdmiljö.....	7
Personcentrerat förhållningssätt	7
Metod	8
Design	8
Urval/datainsamling	8
Värdering av artiklarnas kvalitet.....	9
Tillvägagångssätt	10
Analys och tolkning av data.....	10
Etiska överväganden.....	10
Resultat.....	11
Måltidsmiljö	12
Ljud under måltid	12
Belysning under måltid.....	12
Måltidens estetik	12
Måltidsmiljöns utformning	13
Utomhusmiljöns betydelse.....	14
Innemiljöns betydelse.....	14

Orienteringsförmåga	15
Ljud	15
Temperatur	16
Betydelsen av hemlik miljö.....	16
Diskussion.....	17
Sammanfattning av huvudresultaten	17
Resultatdiskussion	18
Måltidsmiljöns betydelse	18
Utomhusmiljöns betydelse	19
Inomhusmiljöns betydelse.....	20
Betydelsen av hemlik miljö.....	20
Metoddiskussion	21
Etikdiskussion	23
Kliniska implikationer	24
Slutsats	24
Vidare forskning	25
Referenslista	26
Bilaga 1. Söktabell	
Bilaga 2. Artikeltabell	
Bilaga 3. Granskningsmall Kvalitativa studier.....	
Bilaga 4.Granskningsmall Kvantitativa studier.....	

Inledning

Personer som drabbas av demenssjukdom är en patientgrupp som kontinuerligt växer och kräver allt mer resurser i form av stöd och hjälp från hälso- och sjukvården och närstående. I dagsläget finns det inget botemedel, men det finns hjälpmedel och strategier för att underlätta vården vid demens. Vi har i samband med verksamhetsförlagd utbildning inom sjuksköterskeprogrammet, och som undersköterskor på särskilda boenden och sjukhus uppmärksammat brist på kunskap och intresse för hur vårdmiljön påverkar personer med demenssjukdom. Eftersom olika faktorer i vårdmiljöns utformning kan ha både positiv och negativ betydelse vill vi därför, som blivande sjuksköterskor, studera detta i denna litteraturoversikt.

Bakgrund

Bakgrunden tar upp tillgänglig information om demenssjukdom globalt samt i Sverige. Den beskriver hur det är att leva med sjukdomen demens, samt symtom, behandling och omvårdnad. Andra delar som också behandlas i bakgrunden är vårdmiljö och ett teoretiskt perspektiv beskrivet av Wiklund Gustin och Lindwall (2012) som utgår från Jean Watsons omvårdnadsteori, där fokus ligger på den mänskliga omsorgen och där vårdmiljön inkluderas.

Demenssjukdom

Demenssjukdom definieras som en funktionsnedsättning orsakad av en sjukdom eller ett tillstånd som påverkar hjärnan, detta orsakar svårigheter för hjärnans funktion (Veselinova, 2013). Internationellt bedömdes år 2015 att 47 miljoner personer hade drabbats av en demenssjukdom och i Sverige insjuknar ungefär 20 000 till 25 000 personer i en demenssjukdom varje år (World Health Organization [WHO], 2017; Socialstyrelsen 2017a). Globalt sett förväntas att 75 miljoner personer har insjuknat i en demenssjukdom år 2030. Genom att i god tid upptäcka och diagnostisera demenssjukdomar ökar möjligheten att stödja och förbättra välbefinnandet (WHO, 2017).

Symtom och tecken vid demenssjukdom

För att diagnosen demenssjukdom ska kunna sättas måste svikten vara så uttalad att den påverkar arbete eller socialt liv, och att den kognitiva förmågan är sänkt. Det

finns flera olika varianter av demenssjukdomar, några av dem är Alzheimers sjukdom som är den vanligaste, Lewykroppsdemens, vaskulär demens, och frontotemporal demenssjukdom. En demenssjukdom kan även vara av blandad karaktär, till exempel med inslag av både Alzheimers sjukdom och vaskulär demens. Beroende på vilken typ av demens personen är drabbad av ser förloppet olika ut, och symtomen skiljer sig åt. Det är därför viktigt att det sätts korrekt diagnos och att det bedöms vilket stadium av sjukdomen patienten befinner sig i. Detta för att personen ska få rätt hjälp och stöd (Marcusson, 2017).

Vanliga symtom vid Alzheimers sjukdom är svårigheter att minnas händelser i närtid, svårigheter med namn och koncentration, nedsatt orienteringsförmåga och språkstörningar. Vid Lewykroppsdemens är kognitiva symtom och minnesnedsättning vanligt. Även parkinsonism (samlingsterm för Parkinsons sjukdom och liknande tillstånd) och psykiska symtom såsom hallucinationer förekommer. Vaskulär demens orsakas av proppar eller blödningar i hjärnan, vilka symtom som medföljer beror på vilken del av hjärnan som blir skadad. Vanliga symtom är dock minnesstörningar och förloppet sker ofta trappstegsliknande. Vid frontotemporal demens uppstår ofta personlighetsstörningar, språksvårigheter och nedsatt omdöme (Marcusson, 2017).

När en demenssjukdom har diagnostiserats delas den in i tre olika stadier. Mild demenssjukdom är ett tidigt stadie där personen fortfarande klarar det mesta i sitt vardagliga liv självständigt. Vid måttlig demenssjukdom behöver personen stöd med vardagliga saker, och vid svår demenssjukdom behöver personen stöd och hjälp med det mesta i sitt liv (Socialstyrelsen, 2017a). I en holländsk intervjustudie de Boer et al., (2007) visade det sig att personer som fått en demenssjukdom upplevde det som att de stegvis tappat sina färdigheter, förmågor och kompetens att ombesörja sina normala aktiviteter. De personer som intervjuades i studien var personer med demenssjukdom på äldreboenden. Under intervjuerna framkom det att människorna uppvisade en materiell förlust på personliga föremål när de bor på äldreboende. Detta kunde ha en påverkan på personen själv och dess självkänsla. Det kunde även ha inverkan på personlighet, känslor av respekt och mänskligt värde likväl som verkan på betydelsefulla roller med andra människor (de Boer et al., 2007).

Beteendestörningar och psykiska symtom vid demens - BPSD

Beteendestörningar och psykiska symtom vid demens (BPSD) är en term som används för att beskriva ett skiftande urval av psykologiska svar och symtom samt beteenden hos personer med demenssjukdom (Mushtag et al., 2016). Några vanliga symtom på att en person har utvecklat BPSD är apati, enformigt beteende, känslomässiga svängningar och irritabilitet (Drivdal Berentsen, 2010). BPSD kan ha många orsaker, därför är det bra att undersöka varför just den personen har utvecklat det. Detta kan göras genom att mäta BPSD med en skala som heter Neuropsychiatric Inventory (NPI) (Drivdal Berentsen, 2010). Att använda kognitiv beteendeterapi kan minska beteendemässiga och psykologiska symtom av demenssjukdom och undvika olämpliga beteenden. Därför är det viktigt flytta fokus till att identifiera beteendestörningar eftersom detta hjälper till att ingripa tidigare och bryta avvikande beteenden (Koder, 2018). Den initiala behandlingen vid BPSD består inte av farmakologisk behandling. Dock finns det läkemedelspreparat som har påvisats ha viss effekt på symtom som kan uppstå vid BPSD (Socialstyrelsen, 2017b).

Att leva med demenssjukdom

Att få diagnosen demens kan innebära lidande vid vissa tillfällen. Detta kan vara stunder av insikt eller missuppfattningar samt luckor i minnet. Detta kan leda till känslor av förtvivlan eller rädsla och skrämmande upplevelser (Barlett, Windemuth-Wolfson, Oliver, & Dening, 2017). Sainio och Hansebo (2008) beskriver att som person ha en tillit till andra människor är en viktig del för att känna trygghet. Personer med demenssjukdom kan även få en känsla av att livet är utom kontroll eller regleras av andra personer. Detta kan orsaka lidande och oro (Barlett, Windemuth-Wolfson, Oliver, & Dening, 2017). Sainio och Hansebo (2008) beskriver även att personer som inte får möjlighet att vara delaktiga i sina beslut får svårare att godta den förändrade livssituationen.

Att inte kunna påverka sitt sjukdomstillstånd samt att uppleva försämring är faktorer som påverkar personen negativt. Detta har inverkan på personens självbild och ger

sänkt sinnesstämning vilket kan förorsaka känslor av hopplöshet och en dödslängtan (Sainio & Hasebo, 2008). Andra sorter av lidande kan bero på kvalitén på vården som tillhandahålls för personen. Det kan handla om att personen med demenssjukdom känner sig isolerad, deprimerad och åsidosatt, samt att det sociala nätverket krymper och på grund av rädsla och stigma som omger diagnosen demens (Barlett, Windemuth-Wolfson, Oliver, & Denning, 2017; Kitwood 1997). För personer med demenssjukdom är behovet av inkludering viktigt när det gäller vården och även socialt. Exkludering kan göra att personen blir försämrad och nergången i sjukdom, men tillfredsställs detta behov finns det möjlighet att människan växer igen (Kitwood, 1997). I Socialstyrelsens (2017a) nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom finns det rekommendationer för hur personal ska bemöta personer med demenssjukdom och hantera olika problem, likaså finns det regelverk som kan ses som ledstjärnor i vården.

Regelverk och rekommendationer för vård vid demenssjukdom

Enligt *Hälso- och sjukvårdslagen* (HSL, SFS 2017:30) ska hälso- och sjukvårdsverksamhet utöva god vård. Med god vård avses bland annat hög kvalitet av den hygieniska standarden. Även patientens behov av kontinuitet, säkerhet och trygghet ska tas hänsyn till. Hälso- och sjukvårdspersonalen ska uppmuntra till självbestämmande och visa respekt för integritet hos patienten samt gynna god kommunikation och vara lättillgängliga. I HSL (SFS 2017:30) fastställs också att hälso- och sjukvårdsverksamheten ska göra åtgärder för att förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador, detta bland annat genom att motarbeta ohälsa bland personer. *Patientlagen* (SFS 2014:821) handlar om att gynna patientens självbestämmande, delaktighet och integritet. Denna lag bygger på skyldigheter som hälso- och sjukvårdspersonalen och vårdgivarna har. Detta omfattar bland annat bestämmelser om patientens möjligheter till inflytande i hälso- och sjukvården samt hur vården utformas. Båda lagarna handlar om att anpassa vården utifrån patientens behov, detta genom att se och lyssna på patienterna. Genom att anpassa vårdmiljön för personer med demenssjukdom utövas god och säker vård. Eftersom en anpassad miljö låter personer att kunna röra sig fritt bidrar detta till en ökad självkänsla (Sainio & Hansebo, 2008).

Socialstyrelsen (2017a) beskriver i sina nationella riktlinjer för vård vid demenssjukdom rekommendationer gällande utredning av demenssjukdom för att utesluta andra liknande sjukdomstillstånd. Vidare beskriver de rekommendationer gällande utbildning till vårdpersonal för att höja kompetensen och ge bättre möjligheter till att vården som ges blir personcentrerad samt om hur läkemedelsbehandlingen bör ske och vad läkemedlet fyller för funktion. Riktlinjerna beskriver vidare uppföljning som en viktig del för att bedöma det medicinska behovet och att de psykosociala behoven blir tillgodosedda. Arbetet med en person som har en demenssjukdom beskrivs som multiprofessionellt då åtgärder ofta krävs från flera olika yrkesgrupper. Slutligen beskrivs stödinsatserna som centrala för att vården ska bli personcentrerad och utifrån patientens egna önskemål. Övergripande inom vården av personer med demenssjukdom är att vårda med ett personcentrerat förhållningssätt där både omvårdnad och vårdmiljö utformas utifrån den specifika individen (Socialstyrelsen, 2017a). Enligt Watsons teori beskrivs det att sjuksköterskan är en del av miljön (Watson, 2007). Genom att låta personer med demenssjukdom uppleva en trygg och helande vårdmiljö gör att personen blir respekterad och får behålla sin värdighet. Sjuksköterskan kan genom god omvårdnad gynna patienter att nå och bibehålla hälsa (Wiklund Gustin & Lindwall, 2012).

Vårdmiljö

Vårdmiljö kan definieras på många olika sätt. Enligt Edvardsson och Wijk (2014) definieras vårdmiljö som utformning, design samt hur den upplevs av personerna där. I en studie från Sverige beskrev Sainio och Hansebo (2008) att hem är ett begrepp som är svårt att återskapa med hjälp av saker i ett vård- och omsorgsboende eftersom begreppet är emotionellt och känslofyllt. En persons hem har en mångfald som erhåller en betydelse eftersom den bidrar till personens identitet. Att dela ett boende med andra personer kan upplevas som både något positivt och negativt. Det positiva är tryggheten att någon alltid finns i rummet och det negativa är om personerna inte skulle trivas tillsammans (Sainio & Hansebo, 2008). Innes, Kelly och Dincarslan (2011) beskrev att miljöns utformning och design kan vara av betydelse för personer med demenssjukdom samt att även den personliga miljön kan

spela roll. Storleken på boendet spelar också en betydande roll. Mindre avdelningar har påvisats ha en minskad användning psykofarmaka och en ökad social gemenskap (Verbeek, 2014). Tidigare svensk forskning visade att personer som flyttar till vård- och omsorgsboende tappar tron på sig själva samt känner sig frihetsbegränsade (Sainio & Hansebo, 2008). På ett vård- och omsorgsboende kan även rutiner och enformighet bidra till att boendet upplevs som ett förvaringsställe för en person snarare än ett hem (Sainio & Hansebo, 2008).

Omvårdnadsteoretiskt perspektiv

I litteraturöversikten används Jean Watsons omvårdnadsteori som ram för arbetet eftersom hennes fokus ligger på den mänskliga omsorgen. I Watsons teori är vårdmiljön en viktig del av vårdandet, detta gör hennes teori lämplig att använda eftersom konsensusbegreppet miljö och vårdmiljö anses ha stor betydelse (Watson, 2007). Vidare beskrivs att Watson utvecklade 10 karativa omvårdnadsfaktorer, dessa karativa faktorer syftar till att sätta ord på vårdande. Några exempel på karativa omvårdnadsfaktorer är att inge tro och hopp, utveckla känslighet gentemot sig själv och andra samt tillgodose mänskliga behov. De karativa omvårdnadsfaktorerna utvecklas sedan till caritasprocesser, som innebär vad och hur sjuksköterskan gör för att åstadkomma de karativa omvårdnadsfaktorerna. Caritasprocesserna handlar om att förena kärlek med omvårdnad vilket hjälper sjuksköterskan i arbetet med att gynna personer att nå eller bibehålla hälsa (Wiklund Gustin & Lindwall, 2012).

Enligt Watson (2007) handlar caritasprocess åtta om att skapa en helande miljö på alla plan, där helhet, skönhet, bekvämlighet, värdighet och trygghet möjliggörs. Uppmärksamheten bör ägnas åt patientens psykiska utrymme för att säkerställa trygghet. Detta genom faktorer såsom dämpad belysning, uppmuntra till komfortföremål hemifrån såsom filtar och täcken, bilder och foton samt egna privata rum (Costello, 2018). Watson betonar även att det är sjuksköterskan som *är* miljön och det vårdande fältet, och genom en god inställning och attityd till personerna bidrar det till ett positivt energifält hos dem. Kärnan i att personen ska uppleva vårdmiljön som trygg och helande handlar om att blir respekterad som person och inte blir fräntagen sin värdighet (Wiklund Gustin & Lindwall, 2012).

Problemformulering

Andelen personer drabbade av demenssjukdom ökar i samhället och i nuläget finns det ingen läkemedelsbehandling som botar. Vården av demenssjukdom är komplex och kan vara en utmaning för både personer med demenssjukdom samt de anhöriga då det bland annat kan leda till isolering, missförstånd och lidande. Vårdmiljöns utformning är en faktor som har visat sig ha stor betydelse, och enligt Jean Watson är sjuksköterskan en del av vårdmiljön och därmed har sjuksköterskan möjligheter att påverka upplevelsen av den. Detta gör det intressant och viktigt att studera hur sjuksköterskan kan påverka utformningen av den fysiska vårdmiljön och därmed underlätta tillvaron för personer med demenssjukdom.

Syfte

Syftet med studien är beskriva den fysiska vårdmiljöns betydelse för omvårdnad av personer med demens på vård och omsorgsboende.

Frågeställning

Vilka faktorer i den fysiska vårdmiljön påverkar personer med demenssjukdom?
Hur påverkas personer med demenssjukdom av den fysiska vårdmiljön?

Centrala begrepp

Nedan definierar författarna några begrepp som anträffas i litteraturöversikten.

Fysisk vårdmiljö

Den fysiska vårdmiljön miljön avgränsas i denna litteraturöversikt till hur den är fysiskt utformad. Sjuksköterskan kan påverka vårdmiljön med till exempel färger, former, ljud och arkitektur (Wiklund Gustin & Lindwall, 2012).

Personcentrerat förhållningssätt

Med ett personcentrerat förhållningssätt menas att vården ska eftersträvas genom att se hela personen och tillgodose alla sociala, existentiella, psykiska, fysiska och andliga behov. Genom respekt och bekräftelse kan sjuksköterskan stödja

personens erfarenheter av sjukdom samt ohälsa (Svensk sjuksköterskeförening, 2016).

Metod

I avsnittet metod beskrivs litteraturöversiktens design och tillvägagångssättet för arbetet. Det redogörs för hur urval och bearbetning av artiklar skett, hur tolkning och analys av insamlade data gått till, samt etiska överväganden som författarna gjort.

Design

Designen är en litteraturöversikt vilket innebär att skapa en sammanfattning över kunskapsläget inom ett visst omvårdnadsrelaterat område med resultat från olika vetenskapliga artiklar (Friberg, 2012). Vår sammanfattning av kunskapsläget har skett inom området fysisk vårdmiljö och dess påverkan på personer med demenssjukdom.

Urval/datainsamling

I arbetet med att systematiskt söka artiklar till litteraturöversikten har databaserna CINAHL och Pubmed använts. Dessa databaser är fokuserade på forskning inom omvårdnad och medicin (Willman, Bahtsevani, Nilsson & Sandström, 2016). Databassökningar gjordes och detaljer för sökningarna presenteras i tabellform (bilaga 1). Sökningarna har utgått från orden i syftet, eller dess synonymer. Sökorden som användes var health facility, environment, caring, patient, nurs*, nursing home, residential care, health facility environment, environmental impact och dementia i olika kombinationer.

Sökmetoden som användes var boolesk söklogik. Detta innebär att fastställa vilka samband som finns mellan de valda sökorden (Willman, et al., 2016). I booleska systemet finns det sök-operatorer som hjälper till att styra databasen till att söka på artiklar som handlar om utvalda sökord (Willman, et al., 2016). Författarna valde att använda booleska operatorerna AND kombinerat med de utvalda sökorden, detta medförde begränsningar i sökningarna efter artiklar.

Begränsningarna för datainsamling var att artiklarna skulle vara publicerade inom tidsramen 2009 till 2019, att språket var engelska samt att artiklarna var peer-reviewed. Att en artikel är peer-reviewed innebär att den är kvalitetsgranskad av ämnesexperter och publicerad i en vetenskaplig tidskrift, dock betyder det inte alltid att artikeln är vetenskaplig (Östlundh, 2012; O'Doherty, 2019).

Studiens urval av artiklar var kvalitativa, kvantitativa och av mixad metod. Författarna valde att inte ange några begränsningar utifrån om deltagande personer i studierna var sjuksköterskor, anhöriga eller personer med demens. Detta ansågs kunna bidra till att olika perspektiv skulle kunna beaktas. Ingen nationell avgränsning gjordes då globalt perspektiv eftersträvades.

Inklusionskriterierna var att studierna i artiklarna skulle vara genomförda i vård- och omsorgsboende där personer med demenssjukdom vårdades. Artiklar med tydlig etisk ståndpunkt har eftersträvats, likaså att artiklarna var av hög kvalitet, se bilaga 3 och 4. Dock kunde artiklar av lägre kvalitet bli aktuella om resultatdelen besvarade litteraturöversiktens syfte.

Exklusionskriterierna för litteraturöversikten var artiklar som handlade om vårdmiljö utan att skildra personer som har en demenssjukdom. Studier som enbart beskrev arkitektur som sjuksköterskan inte kunde påverka, till exempel rummets storlek eller storleken på ett vård- och omsorgsboendet exkluderades också.

Värdering av artiklarnas kvalitet

För att granska artiklarnas kvalitet användes granskningsmallar som vid Högskolan Dalarna modifierats utifrån Willman, Stoltz, & Bahtsevani (2006) och Forsberg & Wengström (2008) version. Granskningsmallarna skiljer sig åt beroende på om artiklarna är kvalitativa eller kvantitativa. De kvantitativa artiklarna granskas med hjälp av 29 frågor och de kvalitativa artiklarna av 25 frågor. Utifrån artiklarnas motsvarande i mallen skedde en poängsättning som omvandlades till en viss procent beroende på artikelns kvalitet. Referensvärdena var låg (<60 %), medel (61-79 %) eller hög (>80 %). Dessa granskningsmallar finns bifogade i bilaga 3 och 4.

Tillvägagångssätt

Författarna till litteraturöversikten har tillsammans sökt fram artiklar och vid denna sökning diskuterat artiklarnas innehåll för att bedöma användbarheten till studien. En gemensam diskussion fördes även gällande artiklarnas innehåll och lämplighet för att säkerställa kvalitén. Skrivprocessen har i största möjliga mån skett i samarbete då det gav en bra möjlighet till att vid osäkerhet diskutera och reflektera över artiklars innehåll och lämplighet i förhållande till syfte och frågeställning. De artiklar som motsvarade studiens syfte och frågeställning kvalitetsgranskades utifrån modifierade granskningsmallen, för att sedan väljas till studies urval, se bilaga 3 och 4. Utöver detta har seminarier på högskolan gemensamt med studenter och handledare hjälpt till att föra skrivprocessen framåt genom diskussioner och reflektioner.

Analys och tolkning av data

Båda författarna till litteraturöversikten har läst och granskat artiklarna som svarade mot studiens syfte och frågeställning ett flertal gånger. Detta gjorde författarna både enskilt och tillsammans för att få en gemensam övergripande förståelse för dess innehåll. Bearbetning av data till litteraturöversikten skedde genom följande steg: I första steget lästes de utsedda artiklarna med fokus på resultatdelen ett flertal gånger så att innehållet och sammanhanget i studierna uppfattades rätt. I andra och tredje steget noterades samt sammanställdes nyckelresultat från artiklarnas studier. Fjärde steget var att söka skillnader och likheter i teoretiska utgångspunkter, tillvägagångssätt, analysgång samt i syften mellan de olika artiklarnas studier och föra dokumentation över dessa. Femte steget var att göra en översiktlig sammanställning av artiklarnas studier i en artikelmatris (Bilaga 2). Därefter fördes resultat som handlade om samma sak in under samma rubrik, vilket resulterade i att olika kategorier framkom (Friberg, 2017).

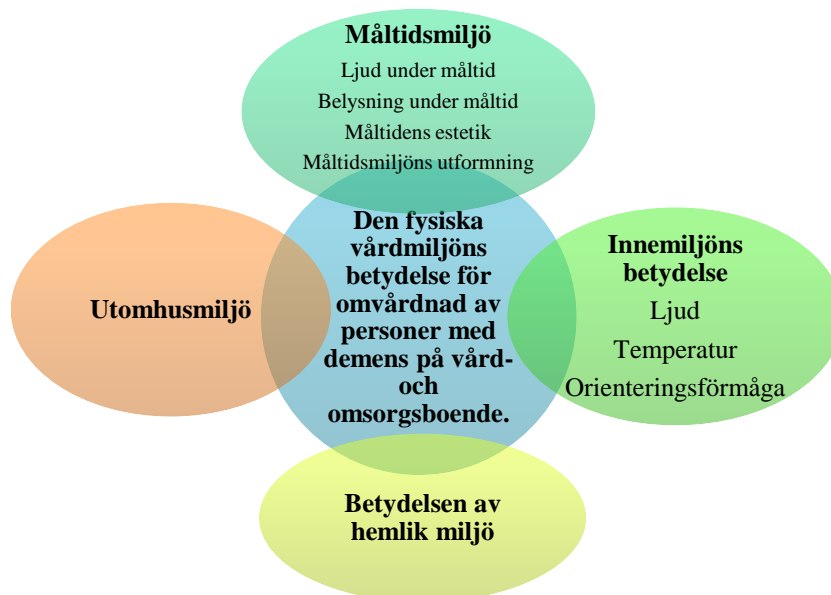
Etiska överväganden

Artiklar där det framgick att god forskningsetik har tillämpats har eftersträvat i litteraturöversikten. Forsberg och Wengström (2016) beskriver att en god forskningsetik baseras på att artiklarna har blivit noggrant granskade och godkända av en etisk kommitté samt att alla artiklars resultat bör presenteras oavsett om

resultatet stödjer forskarens hypotes eller inte. Artiklar utan etiskt godkännande eller som inte följt etiska riktlinjer valdes därför bort. I litteraturöversikten har författarna strävat efter korrekt referenshantering för att undvika misstolkningar av arbetets innehåll och källor. Artiklarna har granskats med en så neutral ståndpunkt som möjligt för att försäkra att resultatet inte förvrängs. Det samlade resultatet presenteras i enlighet med god forskningsetik.

Resultat

Resultatet till litteraturöversikten baserades på 15 artiklar varav tolv var av kvalitativ metod, två med mixad metod och en med kvantitativ metod. Studierna var genomförda i Australien (n= 4), Kanada (n= 3), England, Nya Zeeland, Sverige och USA (n= 2). Sammanlagt representeras sex olika länder i litteraturöversikten. Fyra huvudkategorier framkom: måltidsmiljö, utomhusmiljöns betydelse, inomhusmiljöns betydelse samt betydelsen av hemlik miljö. Måltidsmiljö delas in i underkategorierna: ljud under måltid, belysning under måltid, måltidens estetik samt måltidsmiljöns utformning. Inomhusmiljöns betydelse delas in i underkategorierna: ljud och ljus, temperatur och orienteringsförmåga (Figur 1).



Figur 1. Huvudkategorier med underkategorier som representerar fysiska vårdmiljöns betydelse.

Måltidsmiljö

Här presenteras resultat som handlar om måltidsmiljön; ljud, belysning, estetik, och måltidsmiljöns utformning samt vad såväl som hur den påverkar personer med demenssjukdom.

Ljud under måltid

Ljud under måltid kunde vara en distraktion hos personer med demenssjukdom vilket riskerade att leda till förvirring som i sin tur innebar att personer med demenssjukdom åt sämre (Nell, Neville, Belle, O`Leary, & Beck, 2016; Roberts, 2011; Lea, Goldberg, Price, Tierney, & McInerney, 2017). Personalen påverkades också av ljudet under måltiderna då de behövde prata högre för att höras. Detta var också en bidragande orsak till distraktion hos personer med demenssjukdom. Genom att bidra med en lugn miljö kring måltiderna minskade distraktionen (Nell et al., 2016; Roberts, 2011). Ett annat knep för att hjälpa personer med demenssjukdom med nutritionen var att individanpassa måltidsmiljön. Vissa tyckte matsalar var för bullriga och avstod därför från maten, vid sådana situationer hjälpte det för vissa att placera dem i en mindre grupp lite avsides där måltidsmiljön var lugnare (Lea et al., 2017).

Belysning under måltid

Chaudhury, Hung, Rust och Wu (2017) beskrev att genom att justera belysningen runt en måltid gjorde detta att personer med demenssjukdom kunde se maten bättre och även sina bordsgrannar. Detta bidrog till mindre intuitionsliknade miljö och mer hemlik miljö. Att ha en vänlig och hemlik måltidsmiljö bidrog till minskad oro och positiva beteenden under måltider (Chaudhury et al., 2017). En hemlik måltidsmiljö bidrog även till bättre trivsel i matsalen vilket gjorde att personer med demenssjukdom upplevde stämningen som gladare och trevligare. Detta hade positiva effekter både på näringsintag samt på sociala interaktioner (Hung, Chaudhury, & Rust. 2016).

Måltidens estetik

Presentationen och uppläggningsen av maten på tallriken visade sig ha betydelse för personer med demenssjukdom. När maten var varierad, estetiskt upplagd,

kulturanpassad och smakade bra så påverkade detta hur den tilltalade personerna. Presentationen av maten var extra viktigt då personer med demenssjukdom inte alltid kom ihåg vilken mat som de tyckte om. Genom att göra presentationen av maten iögonfallande ledde detta till att personer med demenssjukdom blev inspirerade att smaka maten (Nell et al., 2016).

Måltidsmiljöns utformning

I en studie gjord i Kanada genom intervju och observation av både personal samt personer med demenssjukdom beskrevs att en god fysisk måltidsmiljö bestående av bra och smarta möbler, matchande färger, höga stolar och fina bord hade positiv effekt för personer med demenssjukdom då detta bidrog till en hemlik miljö (Chaudhury et al., 2017). Låga bord resulterade i att personer som använde rullstol inte kunde sitta nära bordet, vilket gjorde att de fick lov att äta sin mat från en annan vinkel eller längre bort från bordet. Detta påverkade deras sociala interaktion med andra personer runt bordet. Lösningen till detta visade sig vara höj- och sänkbara bord. Detta bidrog till att alla personer, även de som satt i rullstol, kunde sitta runt bordet och äta tillsammans (Chaudhury et al., 2017). Trots att lösningar och hjälpmedel hittades för att alla skulle kunna sitta och äta gemensamt som en social aktivitet beskrev Lea et al., (2017) i kontrast till detta att viss personal inte interagerade med personer med demenssjukdom under måltider, personalen konverserade istället sinsemellan istället för att involvera fler i samtalen. Detta var något som upplevdes som negativt då måltiderna beskrevs som sociala aktiviteter som gav personer med demenssjukdom möjlighet att socialisera och interagera med personal och varandra.

Personer med demenssjukdom visade sig ha svårt att utföra vissa viljemässiga rörelser (apraxi), som att föra maten från tallriken till munnen. De kunde även ha svårt att tugga maten, använda bestick och hitta maten på tallriken. Genom att maten skars i mindre bitar minskade risken för att personer med demenssjukdom blev förvirrade och inte visste hur dem skulle hantera maten på tallriken, vilket kunde resultera i att aptiten försvann (Nell et al., 2016). Vid en intervjustudie med personal som var gjord i Australien belystes att anpassning och variation av tallrikar och bestick genom att använda olika färger främjade självständighet samt funktion hos

personer med demenssjukdom (Lea et al., 2017). Genom att låta personer med demenssjukdom duka bordet före måltider fick dem även ett syfte och värde i aktiviteten, detta hjälpte dem även att hålla sig aktiva (Jaye et al., 2016).

Utomhusmiljös betydelse

Edwards, McDonnell, och Merl (2013) redovisade att tillgång till utomhusmiljö med trädgårdsland som har örter och grönsaker gav personer med demenssjukdom möjlighet till avslappning genom att de kunde lukta på örterna eller smaka på en grönsak. Genom att vattna trädgården fick personer med demenssjukdom ett syfte. Edwards et al. (2013) beskrev möjligheten till utomhusmiljö som en bidragande faktor till högre livskvalité hos personer med demenssjukdom. Det bidrog även till välmående att få ta hand om trädgårdsland och mata fåglar, istället för känslan av att de själva var de som hela tiden behövdes tas hand om. Hadjri, Rooney och Faith (2015) beskrev att genom att plantera växter utomhus bidrog detta även till att personer med demenssjukdom kände sig mer välkomna på vård- och omsorgsboendet.

Personal beskrev möjligheten till att personer med demenssjukdom hade tillgång till utomhusmiljö som värdefull då de upplevdes må bra av att få aktivera sinnena utomhus, som att vara ute i solen, titta på bladen i träden och lyssna på fåglarna (Fleming, Kelly, & Stillfried, 2016). Om dörrar var låsta eller tunga utgjorde detta ett hinder till aktiviteter samt valet var dem ville befinna sig (Nordin et al., 2017).

”A resident sitting in a wheelchair wants to go to the garden because one of her favourite activities is gardening. The care staff helps her, and on the way out she complains about the heavy door and the high thresholds that prevent her from reaching the garden by herself. (Nordin et al., 2017, s. 732).”

Innemiljöns betydelse

Här presenteras resultat som handlar om innemiljö. Det är miljön som personer med demenssjukdom vistas i exempel sovrum, allrum och så vidare.

Orienteringsförmåga

Personer med demenssjukdom upplevde det ofta som utmanande och frustrerande att inte hitta till sitt rum, toalett eller säng. Detta gjorde att de fick lov att fråga personalen om vilket rum som var rätt, eller ha öppna dörrar så de kunde se in i rummen om det var deras. Detta gjorde att de kunde gå in i varandras rum vilket kunde göra att de hamnade i konflikter med varandra samt påverka deras privatliv (Lee, Chudhury, & Hung, 2016; Jaye et al., 2016). Vägledande ledtrådar, som namnskyltar på dörrar, landmärken eller lättigenkännlig information kunde dock underlätta detta (Popham, & Orrell, 2012). Även Hadjri, Rooney och Faith (2015) beskrev hur vård- och omsorgsboendens design kunde underlätta för personerna att hitta. Utöver vägledande ledtrådar beskrevs även färgscheman som hjälpsamma samt att dörrar tilldelades målningar utifrån rummets funktion.

Några faktorer som var associerade med vandringsbeteende hos personer med demenssjukdom var förutom variation i ljudnivåer, starkt ljus samt en stökig omgivning (Algase, Beattie, Antonakos, Beel-Bates, & Yao, 2010). Långa korridorer bidrog till vandringsbeteende hos personer med demenssjukdom. Genom att utrymmen begränsades med väggmålningar eller andra saker så bildade detta återvändsgränder vilket förhindrade vandringsbeteenden (Hadjri, Rooney, & Faith, 2015).

Ljud

Miljöns atmosfär hade stor inverkan på personer med demenssjukdom. Bland annat spelade ljudnivån en betydande roll för hur de upplevde atmosfären. En hög och bullrig ljudnivå upplevdes som skrämmande, förvirrande, stressande samt bidrog till agitation och ångest för en person vars sinnen redan var påverkade (Lee et al., 2016; Fleming et al., 2016). Vissa upplevde musik och tv-ljud som positivt, medan andra upplevde det som störande (Lea et al., 2017). Fleming et al., (2016) redovisade upplevelsen av en lugn miljö som viktig för de kognitiva färdigheterna. En högljudd och bullrig miljö bidrog till stress och förvirring vilket försvårade möjligheten att tänka och fatta beslut, detta bidrog till en känsla av utmattning.

Temperatur

I en australiensk studie användes bedömningsformuläret Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI) för att bedöma agiterat beteende hos personer med demenssjukdom. Med CMAI bedömdes personerna på en frekvensskala utifrån hur ofta de beter sig agiterat. Denna studie visade den specifika påverkan som den termiska miljön hade (Tartarini, Cooper, Fleming, & Batterham, 2017). CMAI:s totala frekvensvärden ökade betydligt när temperaturen höjdes över 26 grader eller under 20 grader. Temperaturer utanför komfortområdet påverkade inte bara komforten, den hade även negativ inverkan på beteenden (Tartarini et al., 2017).

Tillhandahållandet av en god termisk miljö kunde därför klassificeras som en effektiv icke-farmakologisk behandlingsmetod för att minska agitation och beteendestörningar hos personer med demenssjukdom. Vidare beskrevs att temperaturen på vård- och omsorgsboenden aldrig bör vara för hög eller låg, då detta kunde påverka hälsan och välbefinnandet och potentiellt leda till hypotermi, hypertermi samt öka risken för sjukdomar och död. (Tartarini et al., 2017).

Betydelsen av hemlik miljö

Att flytta från sitt hem till ett vård-och omsorgsboende påvisades vara en stor omställning för många. När den nya miljön var hemlik förknippades detta med hög kvalité på vården; därför var det viktigt att hänsyn togs till hur den nya miljön utformades (Jaye et al., 2016). Var vårdmiljön hemlik underlättade det även för personer med demenssjukdom att kunna fortsätta leva enligt sina vanor. Vanor beskrevs av Seiger Cornfalk, Norberg och Ternstedt (2018) som något som var djupt rotat i människor. Att ej längre kunna utföra något som länge varit en självklarhet, till exempel att starta en TV, kunde påverka personens självkänsla och värdighet. Hadjri et al., (2015) beskrev vidare betydelsen av miljöns utformning. När inredningen bestod av bekanta och värdefulla föremål skapade detta inte bara en personlig och hemlik miljö, det hjälpte även patienten att kunna associera och känna trygghet. I kontrast till omställningen av flytten som många upplever som svår och förvirrande beskrev Seiger Cornfalk et al., (2018) att flytten till vård- och omsorgsboende var associerad med att personer med demenssjukdom upplevdes som lugnare och tryggare. Detta berodde på att personal alltid var tillgänglig och gav stabilitet och komfort. Från en engelsk studie där chefer på vård- och

omsorgsboenden intervjuades belystes att om personal dekorerade och gjorde fint på allmänna utrymmen i vård- och omsorgsboenden bidrog detta till att personer med demenssjukdom kände sig mer välkomna (Hadjri et al., 2015).

Lee et al. (2016) beskrev vikten av att vårdmiljön var hemlik och personlig. Personer med demenssjukdom upplevdes som gladare och mer mottagliga för vård när det fanns personliga och hemlika föremål i den omgivande miljön. De blev då lugnare och det blev lättare för personal att förenas och prata om till exempel de bilder och foton som de tagit med sig. Vidare beskrevs att färger, konstverk eller väggmålningar på väggarna upplevdes som tröstande och samtidigt positivt stimulerande. Detta gjorde att personer med demenssjukdom ständigt såg olika saker vilket fick dem att stanna till och observera (Lee et al., 2016). Nordin et al., (2017) beskrev vikten av att vårdmiljön var anpassad efter patienten, samt att den gav möjlighet till självständighet och kunde anpassas efter användargruppens behov. Hadjri et al., (2015) redovisade rummets betydelse för personer med demenssjukdom. Genom att ha sällskapsrum främjades social interaktion. När de fick välja sitt eget rum på boendet bidrog det till positiva känslor, detta eftersom vissa personer trivdes i mindre rum jämfört med andra som trivdes i större. I en studie från England där chefer intervjuades framkom det att genom att erbjuda en varierande atmosfär och miljö med bland annat tysta och avslappnade ytor bidrog detta till att personer som gillade att dra sig tillbaka hade lättare att komma till ro (Hadjri et al., 2015).

Diskussion

Diskussionsavsnittet inkluderar en översikt av huvudresultaten, resultatdiskussion, metoddiskussion och etisk diskussion.

Sammanfattning av huvudresultaten

Utifrån de 15 artiklarna framkom fyra huvudkategorier: måltidsmiljö, utomhusmiljöns betydelse, inomhusmiljöns betydelse samt betydelsen av en hemlik miljö. Måltidsmiljön påverkade personer med demenssjukdom ur flera aspekter och det var många faktorer som hade betydelse för näringsintaget. Exempel på faktorer av betydelse var ljud, matsalens utformning, belysning, presentation och upplägg av

maten. Tillgång till utomhusmiljö med trädgård och växter kunde det bidra till meningsfullhet för personer med demenssjukdom. Innemiljöns betydelse utgjordes av belysning, ljud och buller, temperatur och möjlighet till orientering. En hög och bullrig ljudnivå kunde leda till förvirring och stress. Stark/svag belysningen kunde upplevas som antingen positiv eller negativ beroende på vart den kom ifrån och vilken tid på dygnet det var. Temperaturen påverkade agitation, var den utanför komfortområdet påverkade den inte bara komforten, den hade även negativ inverkan på beteenden. Orienteringsförmågan påverkades av vårdmiljöns utformning. Här kunde ledtrådar i form av skyltar, landmärken och lättillgänglig information underlätta att hitta rätt. Var vårdmiljön hemlik bidrog detta till en familjär känsla hos personer med demenssjukdom, vilket bidrog till stabilitet och komfort i deras liv.

Resultatdiskussion

Syftet med litteraturoversikten var att beskriva den fysiska vårdmiljöns betydelse för omvårdnad av personer med demens på vård- och omsorgsboende. Utifrån resultatet framkom fyra huvudkategorier där personalen kunde anpassa och påverka upplevelsen av vårdmiljön för personer med demenssjukdom. Dessa faktorer var: måltidsmiljön, utomhusmiljön, inomhusmiljön samt att miljön var hemlik.

Måltidsmiljöns betydelse

Resultatet visade att måltidsmiljön påverkade personer med demenssjukdom på flera olika plan. Sensoriska inslag av ljud och ljus hade en viss påverkan där ljud kunde vara distraherande (Nell et al., 2016) medan ljus kunde underlätta att se maten och bordsgrannarna bättre (Chaudhury et al., 2017). Estetiken av maten bidrog till ökad aptit och en god utformning av måltidsmiljön bidrog till bättre förutsättningar att kunna äta tillsammans och interagera socialt (Nell et al., 2016). Denna typ av social interaktion under måltider verkade dock inte alltid uppmuntras av personal. Lea et al., (2017) beskrev att viss personal saknade intresse gällande social interaktion med personer med demenssjukdom under måltid. Många anställda satt och konverserade sinsemellan under matning istället för att även involvera personer med demenssjukdom i samtalen. Eftersom måltider är sociala aktiviteter bör personer med demenssjukdom istället uppmuntras till att kommunicera med

varandra och tillsammans med personal. Detta styrks även av Hälso- och sjukvårdslagen (HSL, SFS 2017:30) då lagen bland annat handlar om att gynna god kommunikation mellan vårdpersonal och patienter.

Författarna till litteraturöversikten reflekterar över den fysiska vårdmiljöns betydelse för näringsintaget hos personer med demenssjukdom samt möjligheten till socialt engagemang som måltider ger. Måltidsmomentet kan vara ytterligare ett tillfälle för personalen att sitta ner och lära känna de inneboende, vilket kan förbättra förutsättningarna för att vården ska utformas individuellt utifrån den specifika individens förutsättningar, önskemål och behov. Därmed låter det oengagerat och oprofessionellt när personalen, som Lea et al., (2017) beskrivit, inte intresserar sig i annat än att tala med andra kollegor då de sitter vid borden hos personer med demenssjukdom.

Utomhusmiljöns betydelse

Möjlighet till vistelse utomhus beskrevs av Edwards et al., (2013) som en tillgång för personer med demenssjukdom. Detta var något som höjde livskvalitén och gav dem mening då de kunde plantera i trädgården, vattna eller lukta på örterna. Wallskär (2018) påtalade att det är möjligheten och inte behovet av utevistelse och aktivering som skiljer friska personer från personer med demenssjukdom, och att fysisk aktivitet och utevistelse borde ha hög prioritering då det både kan stimulera humöret och dygnsrytmen. Studier beskrev också hur utomhusmiljön gav möjlighet till att känna frihet och uppleva hög livskvalité. Där kunde personer med demenssjukdom uppleva att de fick ta hand om andra och annat istället för att känna att de själva alltid var de som behövde bli omhändertagna (Edwards et al., 2013). Möjligheten till utomhusvistelse med alla dess fördelar är något som författarna till litteraturöversikten reflekterat över och vidare insett betydelsen av. Tankar som uppstår är betydelsen av möjlighet till utevistelse, samt funderingar över hur en trygg och säker trädgård ska kunna implementeras på alla boenden då det inte alltid är självklart att ett boende ligger i anslutning till en tomt. Vidare måste hänsyn till trädgårdens utformning tas med tanke på den kognitiva funktionsnedsättningen personer med demenssjukdom har. Utomhusvistelse borde vara en självklarhet för personer med demenssjukdom, ligger boendet i anslutning till en lämplig utomhusmiljö är det dock upp till personalen att se till att personer med

demenssjukdom får tillgång till den. Förutom att ge tillgång till alla delar av boendets miljö redovisar Wiklund Gustin och Lindwall (2012), det som Jean Watson beskrev i caritasprocess 8, att personalen faktiskt själva är en viktig del av vårdmiljön. När personalen är lugn och sansad, intresserad och visar att dem har tid bidrar detta till en lugn och stabil atmosfär på boendet. Detta bidrar till en helande miljö både socialt, psykiskt, fysiskt, andligt och existentiellt.

Inomhusmiljöns betydelse

Möjligheten till att kunna orientera sig var av stor betydelse för personer med demenssjukdom. Dåliga förutsättningar till orientering visade sig leda till både irritation och förvirring (Lee et al., 2016). För att underlätta möjligheten till orientering kunde vägledande ledtrådar och färgscheman vara till god hjälp (Hadjri et al., 2015). Detta styrks av Socialstyrelsen (2017a) som beskrev arkitektur och färgsättning som faktorer med positiv inverkan på orienteringsförmågan hos personer med demenssjukdom.

Det finns många omvårdnadshandlingar och hjälpmedel för att underlätta orienteringen hos personer med demenssjukdom som vårdpersonalen kan tillämpa med lite fantasi, driftighet och intresse. Detta kan vara hjälpmedel och justeringar som inte behöver kräva så stora resurser i form av pengar men som kan vara till stor hjälp ändå. Exempel på detta är att skriva ut skyltar med olika former av ledtrådar att sätta upp på väggarna. Utifrån egen erfarenhet känns detta som enkla åtgärder till förbättrade orienteringsmöjligheter som trots den låga kostnaden behöver utvecklas på många boenden. Det kan många gånger vara små omvårdnadshandlingar eller korrigeringar i utformningen av vårdmiljön som är av stor betydelse för inomhusmiljön.

Betydelsen av hemlik miljö

I resultatet framkom det att en hemlik miljö gav personer med demenssjukdom lugn och trygghet vilket gjorde det lättare för personalen att kommunicera med dem. De upplevdes även som gladare och med mottagliga för vård när de kände igen och kunde relatera till miljön som omgav dem (Lee et al., 2016). Seiger Cornfalk, Norberg, och Ternestedt (2018) beskrev att flytten till ett omsorgsboende var

förknippad med att personer med demenssjukdom upplevdes som tryggare och lugnare då de ständigt hade tillgång till personal och sällskap. Enligt Wallskär (2018) kunde flytten trots det vara en stor omställning då demenssjukdomen kunde göra sig påmind i både minne, orienteringsförmåga och tankeförmåga, något som kunde leda till förvirring och en känsla av otrygghet. Både fysiska och psykiska symtom, som sömnproblem, magproblem, ångest nedstämdhet och ensamhet kunde då uppstå. de Boer et al., (2007) skrev i en artikel hur personer med demenssjukdom vid flytten uppvisade en materiell förlust av personliga föremål och att detta var något som påverkade självkänslan. Även personlighet, känslor av respekt och mänskligt värde samt betydelsefulla roller med andra människor påverkades. Enligt Sainio (2008) kunde dock det emotionella begreppet hem vara svårt att återskapa på ett vård- och omsorgsboende då detta var ett värdeladdat begrepp som bidrog till en persons identitet. Att miljön utformades hemlik bidrog då till ökad hemkänsla och välbefinnande.

Författarna till denna litteraturstudie reflekterar över att flytten till ett vård- och omsorgsboende verkar vara komplext, samtidigt som det bidrar med trygghet på vissa plan så är det en stor omställning som verkar orsaka förvirring, ensamhet och otrygghet på andra plan. Att ständigt ha tillgång till personal och stöd är en stor tillgång för många. Dock verkar det ändå vara svårt att komma till en ny miljö med nya människor och saker att förhålla sig till, speciellt med tanke på att personer med demenssjukdom är extra känsliga för att utveckla tillstånd av BPSD. Socialstyrelsen (2017a) angav i sina nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom att symtom av BPSD kunde bero på flera olika saker, bland annat oförmågan att korrekt kunna bearbeta information samt göra sig förstådda. Symtomen kunde gestalta sig i vanföreställningar, hallucinationer och aggressivitet. Detta var symtom som kunde uppträda kontinuerligt under sjukdomsförloppet, eller uppträda i skov.

Metoddiskussion

Sökningen av artiklar gjordes i både databaserna Cinahl och Pubmed för att inte gå miste om relevanta artiklar som motsvarade litteraturöversiktens syfte. För att få fram väsentliga artiklar som svarade mot syftet användes olika inklusions- och exklusionskriter. Ett inklusionskriterium var att artiklarna till litteraturöversikten

skulle vara utgivna mellan 2009 och 2019. Detta medförde ett brett tidsspann men uppfattades som erforderligt för att finna artiklar som svarade mot syftet. Det var dock endast två av litteraturöversiktens artiklar som var i nedre delen av tidsspannet (2010 och 2011), andra artiklar var publicerade efter detta. De äldsta artiklarna hade författarna kunnat utesluta men de valdes att användas eftersom de var innehållsrika relaterat till litteraturstudiens syfte.

En styrka i arbetet var att studien bygger på aktuell forskning inom området, vilket leder det till att resultatet gestaltar hur det ser ut i dagsläget. Om sökningen av artiklar hade reducerats till att endast inkludera nordiska artiklar hade detta kunnat begränsa resultatet. Eftersom olika länder och världsdelar har varierade sociala, kulturella, ekonomiska och religiösa skillnader bidrar detta till olika perspektiv. Eftersom forskningen i studierna var gjorda inom demens och miljö i olika länder gav detta styrka och bredd till resultatet för litteraturöversikten. Det ger en bredare uppfattning genom att olika länder kan antas ha olika förutsättningar gällande den fysiska vårdmiljön. Dock var alla studier genomförda i västerländska kontext vilket till viss del begränsar bredden och generaliserbarheten globalt.

Författarna hade kunnat använda sig av MeSH-termer i sökorden, detta hade gett ett större utbud av artiklar då även sökordens synonymer hade använts i sökningarna. I sökningen av artiklar användes bland annat sökordet *caring*. Hade *car** använts istället hade detta bidragit till att både *care* och *caring* inkluderats i sökningen vilket hade kunnat ge fler träffar. Den genomförda sökningen kan därmed ha blivit något begränsad och gett färre artiklar än om trunkering använts. Sökordet *patient* har använts i några databassökningar, hade istället *person* eller *residential* använts hade detta kunnat ge ett annat utbud av artiklar. *Person* känns också som ett mer adekvat sökord att använda på personer med demenssjukdom som bor på boende, eftersom de inte är där som är patienter. Dock används ordet *patient* som nyckelord i många internationella studier, och det gav också träffar.

Genom att inte begränsa deltagarna i artiklarna till enbart personer med demenssjukdom medförde detta ett bredare perspektiv till arbetet. Detta då även personal och anhörigas upplevelser av hur den fysiska vårdmiljön påverkar personer

med demenssjukdom vägdes in. Detta ses som en styrka i arbetet. Artiklarna var skrivna på ett annat språk, i detta fall engelska, vilket kan leda till missförstånd och feltolkningar. För att minska risken för missuppfattningar använde författarna lexikon vid oklar text samt att texten lästes både individuellt och gemensamt flera gånger för att ge en bättre förståelse.

Något som noterades var att vissa artikelförfattare återkom i flera artiklar, vilket kan betyda att de är väl insatta i ämnet. Det kan tillika vara något negativt då det kan ge vinklat resultat. Att båda författarna var involverade och diskuterade varje del i arbetet ses som en styrka. Arbetet har blivit läst och granskats av utomstående till författarna. Vilket anses vara positivt då det gav fler olika synvinklar på arbetet som i slutändan hjälpt författarna att föra arbetet framåt.

I flera av artiklarna till resultatet var det svårt att urskilja den fysiska vårdmiljön gentemot den psykosociala då artiklarna många gånger presenterade resultat som berörde båda dessa varianter av miljöer. Detta bidrog till svårigheter att hitta adekvat information till litteraturöversikten som enbart berörde den fysiska vårdmiljön. I flera av artiklarna som har används definierades inte vilken yrkeskategori som vårdade personer med demenssjukdom. Därför valde författarna att i resultatet inte särskilja på sjuksköterskor och undersköterskor, utan benämna denna kategori gemensamt som vårdpersonal.

Etikdiskussion

De flesta studier (n=11) som valdes till litteraturstudien hade etiskt godkännande från etiska kommittéer. Trots detta var det flera av dessa artiklar som saknade etisk diskussion efter resultatet. De övriga fyra artiklarna granskades av författarna och valdes till litteraturöversikten då etiska riktlinjer ansågs ha följts genom deltagarna i studierna hade gett informerat samtycke samt att data hade anonymiserats. Författarna diskuterade tills samstämmighet erhöles i arbetet, vilket bidrog till neutralt återgivande och minskade risken missförstånd samt förvrängning av resultatet.

Eftersom personer med demenssjukdom kan ha svårt att uttrycka sig, har vissa artiklar byggt resultatet utifrån att personal och anhöriga förmedlat deras åsikter. Detta kan leda till förvrängt resultat i artiklarna och därmed påverka resultatet i litteraturöversikten. De studier där kvalitativ metod använts baserades huvudsakligen informationen från deltagare som kunde uttrycka sig utan problem vilket medförde att det saknades information från personerna med svår demenssjukdom.

Kliniska implikationer

Mängden äldre människor väntas att stiga längre fram vilket troligen kommer ge följden att personer med demenssjukdom ökar. När detta antal ökar kommer kraven av vård och anpassad vårdmiljö bli större. Litteraturöversikten visar på hur personer med demenssjukdom påverkas av den fysiska vårdmiljön och vilka omvårdnadsåtgärder som har betydelse för att påverka vårdmiljön. Viktiga beståndsdelar är faktorer som sjuksköterskan själv kan påverka. Genom att presentera hur den fysiska vårdmiljön påverkar personer med demenssjukdom, kan den designas för att underlätta vardagen. Anpassning av fysiska vårdmiljön kan göras genom att vägledande ledtrådar skapas, till exempel namnskyltar på dörrar, landmärken, undvika starkt ljus, varierande ljudnivåer. Detta kan underlätta orienteringen och minskar agitation samt förvirring vilket kan leda till en ökad social interaktion och ökad livskvalité. Denna kunskap som litteraturöversikten erbjuder är en viktig del till planering och utformande av den fysiska vårdmiljön vid vård- och omsorgsboenden. Kunskapen är viktigt för utbildning till de personer som skall komma att arbeta med omvårdnad.

Slutsats

Personer med demenssjukdom drabbas inte på samma sätt av sjukdomen, det finns många olika och individuella symtom och begränsningar. Forskning indikerar dock att det alltid rör sig om kognitiv nedsättning vilket påverkar personens chanser till integritet, självbestämmande och autonomi. Behoven för personer med demenssjukdom är individuella och det kan vara svårt att bedöma hur den fysiska vårdmiljön är väsentlig för människan och dess upplevelser. Caritasprocesserna i Watsons teori handlar om att sjuksköterskan i sitt arbete ska hjälpa personen nå eller

bibehålla hälsa (Wiklund Gustin & Lindwall, 2012). Watsons teori framhäver att sjuksköterskan är en del av vårdmiljön samt att det handlar om att skapa en helande miljö på flera plan. Det är flera faktorer som spelar in, till exempel skönhet, helhet, värdighet, bekvämlighet och trygghet. Detta kan frambringas genom bilder, foton, samt saker från det tidigare hemmet som gör miljön mer hemlik. Resultatet visar att anpassning av den fysiska vårdmiljön kan minska konsekvenserna av kognitiv nedsättning samt ge en känsla av att vara hemma och av frihet. Detta kan bidra till lugn, trygghet och autonomi.

Vidare forskning

Trots att området vårdmiljö och hur den påverkar vården av personer med demenssjukdom är väl beforskat krävs ny och nationell forskning eftersom demenssjukdomar drabbar personer olika. Vidare forskning som bör genomföras är att studera olika vårdmiljöer på vård- och omsorgsboenden och personer med demenssjukdom under en längre period för att notera skillnader samt likheter mellan dem. Detta erfordras för att styrka redan förekommande och nytillkommen forskning. Forskningen kan göras med mixad metod vilket innebär att använda kvalitativa och kvantitativa metoder (Borglin, 2017). Exempel på mixad metod kan vara att kombinera intervjuer av personal samt samla mätvärden och observationer av personer med demenssjukdom, för att sedan sammanställa dem. Ett exempel på vidare forskning kan vara att undersöka fem till tio olika vård- och omsorgsboenden där det gjorts en förändring i vårdmiljön för att stödja personer med demenssjukdom. Den förändringen kan till exempel vara tillförande av färger och vägledande skyltar och ledtrådar för att underlätta orienteringsförmågan hos personer med demenssjukdom. Detta kan sedan jämföras med boenden som inte har gjort några sådana förändringar för att vidare utvärdera skillnader och likheter som påverkade de olika resultaten av orienteringsförmågan.

Referenslista

*Algase, L. D., Beattie, R. A. E., Antonakos, C., Beel-Bates, A. C., & Yao, L. (2010). Wandering and the Physical Environment. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 25(4), 340-346.
doi:10.1177/1533317510365342

Barlett, R., Windemuth-Wolfson, L., Oliver, K., & Dening, T. (2017). Suffering with dementia: the other side of "living well". *International psychogeriatrics*, 29(2), 177-179. doi:10.1017/S104161021600199X

Borglin, G. (2017). Mixad metod – en introduktion. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (2. uppl., s. (233-250). Lund: Studentlitteratur.

*Chaudhury, H., Hung, L., Rust, T., & Wu, S. (2017). Do physical environmental changes make a difference? Supporting person-centered care at mealtimes in nursing homes. *Dementia*, 17(7), 878-896. doi:10.1177/1471301215622839

Costello, M. (2018). Watson's Caritas Processes as a Framework for Spiritual End of Life Care for Oncology Patients. *International Journal of Caring Sciences* 11(2), 639-644. <https://web-a-ebSCOhost.com/www.bibproxy.du.se/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=2&sid=7a7acbd1-b216-47e5-b85c-d6f8eba38939%40sdc-v-sessmgr03>

de Boer, M. E., Hertogh, C. M. P. M., Dröes, R.-M., Riphagen, I. I., Jonker, C., & Eefsting, J. A. (2007) Suffering from dementia – the patient's perspective: a review of the literature. *International Psychogeriatrics*, 19(6), 1021 – 1039. doi:10.1017/S1041610207005765

Drivdal Berentsen, V. (2010). Kognitiv svikt och demenssjukdom. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A (Red.), *Geriatrisk omvårdnad: God omsorg till den äldre patienten* (s. 343-376). Stockholm: Liber.

*Edwards, A. C., McDonnell, C., & Merl, H. (2013). An evaluation of a therapeutic garden's influence on the quality of life of aged care residents with dementia. *Dementia*, 12(4), 494–510. doi:10.1177/1471301211435188

Edvardsson, D., & Wijk, H. (2014). Omgivningens betydelse för hälsa och vård. I A.-K. Edberg & H. Wijk (Red.), *Omvårdnadens grunder: Hälsa och ohälsa* (2. uppl., s. (75-104). Lund: Studentlitteratur.

*Fleming, R., Kelly., & Stillfried, G. (2016) "I want to feel at home': establishing what aspects of environmental design are important to people with dementia nearing the end of life. *BMC palliative care*, 14(1), 1-14. doi:10.1186/s12904-015-0026-y

Forsberg, C., & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier: Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Natur & kultur.

Forsberg, C., & Wengström, Y. (2016). *Att göra systematiska litteraturstudier: Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning* (4. rev. utg. ed.). Stockholm: Natur & kultur.

Friberg, E. (2012). Att göra en litteraturöversikt. E. Friberg (Red.), *Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examenarbeten*. (3.uppl., s.133-143). Lund: Studentlitteratur.

*Hadjri, K., Rooney, C., & Faith, V. (2015). Housing Choices and Care Home Design for People With Dementia. *Health Environments Research & Design Journal*, 8(3) 80-95. doi:10.1177/1937586715573740

*Hung, L., Chaudhury, H., & Rust, T. (2016) The Effect of Dining Room Physical Environmental Renovations on Person-Centered Care Practice and Residents' Dining Experiences in Long-Term Care Facilities. *Journal of Applied Gerontology*, 35(12), 1279-1301. does: 10.1177/0733464815574094

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

Innes, A., Kelly, F., & Dincarslan, O. (2011). Care home design for people with dementia: do people with dementia and their family cares value?. *Aging & Mental Health, 15*(5), 547-556. doi: <https://doi.org/10.1080/13607863.2011.556601>

*Jaye, C., Tordoff, J., Butler, M., Hale, B., McKechnie, R., Robertson, L., & Simpson, J. (2016). Quality in residential care: exploring residents', family members', managers' and staff perspectives. *Quality in Ageing and Older Adults, 17*(4), 253-262. doi:10.1108/QAOA-03-2016-0015

Kitwood, T. (1997). The experience of dementia. *Aging & Mental Health, 1*(1), 13-22. doi:10.1080/13607869757344

Koder, D. (2018). The use of cognitive behaviour therapy in the management of BPSD in dementia (Innovative practice). *Dementia, 17*(2), 227-233. doi:10.1177/1471301216636261

*Lea, J. E., Goldberg, R. L., Price, D. A., Tierney, T. L., & McInerney, F. (2017). Staff awareness of food and fluid care needs for older people with dementia in residential care: A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing, 26*(23-24), 5169-5178. doi:10.1111/jocn.14066

*Lee, Y. S., Chudhury, H., & Hung, L. (2016). Exploring staff perceptions on the role of physical environment in dementia care setting. *Dementia, 15*(4), 743-755. doi:10.1177/1471301214536910

Lethin, C., R. I. Hallberg, Karlsson, S., & Janlöv, A.-C. (2016). Family caregivers experiences of formal care when caring for persons with dementia through the process of the disease. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 30*(3), 526-534. doi:10.1111/scs.12275

Marcusson, J. (2017). *Demens- utredning i primärvård*. Hämtad 12 september 2019, från <https://www.internetmedicin.se/page.aspx?id=112>

Mushtag, R., Pinto, C., Tarfarosh, F. A. S., Hussain, A., Shoib, S., Shah, T., ... Arif, T. (2016). A Comparison of the Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD) in Early-Onset and Late-Onset Alzheimer's Disease - A Study from South East Asia (Kashmir, India). *Cureus*, 8(5), 1-10.
doi:10.7759/cureus.625

*Nell, D., Neville, S., Belle, R., O'Leary, C., & Beck, L. K. (2016). Factors affecting optimal nutrition and hydration for people living in specialised dementia care units: A qualitative study of staff caregivers' perceptions. *Australasian Journal on Ageing*, 35(4), E1-E6. doi:10.1111/ajag.12307

*Nordin, S., McKee, K., Wallinder, M., von Koch, L., Wijk, H., & Elf, M. (2017). The physical environment, activity and interaction in residential care facilities for older people: a comparative case study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 31(4), 727-738. doi:10.1111/scs.12391

O'Doherty, K. (2019). Peer Review. *Theory & Psychology* 29(2), 155-157.
doi:10.1177/0959354319829250

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

*Popham, C., & Orrell, M. (2012). What matters for people with dementia in care homes? *Ageing & Mental Health*, 16(2), 181-188.
doi:10.1080/13607863.2011.628972

*Roberts, E. (2011). Six for Lunch: A Dining Option for Residents with Dementia in a Special Care Unit. *Journal of Housing For the Elderly*, 25(4), 352-379. doi:10.1080/02763893.2011.621862

Sainio, J., & Hansebo, G. (2008). Att flytta till sjukhem – en ny fas i livet en intervjustudie. *Vård i Norden*, 28(2), 27-31. doi:10.1177/010740830802800207

*Seiger Cronfalk, B., Norberg, A., & Ternstedt, B-M. (2018). They are still the same – family members' stories about their relatives with dementia disorders as residents in a nursing home. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 32(1), 168-176. doi:10.1111/scs.12442

Sjögren, K., Lindkvist, M., Sandman, P.-O., Zingmark, K., & Edvardsson, D. (2013). Person-centredness and its association with resident well-being in dementia care units. *Journal of Advanced Nursing*, 69(10), 2196 – 2206. doi:10.1111/jan.12085

Socialstyrelsen. (2017a). *Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom*. Stockholm: Socialstyrelsen. Från <https://www.socialstyrelsen.se/regler-och-riktlinjer/nationella-riktlinjer/slutliga-riktlinjer/demens/>

Socialstyrelsen. (2017b). *Indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre*. Stockholm: Socialstyrelsen. Från <https://www.socialstyrelsen.se/stod-i-arbetet/aldre/aldres-halsa/aldre-och-lakemedel/>

Svensk sjuksköterskeförening. (2016). *Personcentrerad vård* [Broschyr]. Hämtad från https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/ssf-om-publikationer/svensk_sjukskoterskeforening_om_personcentrerad_var_d_oktober_2016.pdf

*Tartarini, F., Cooper, P., Fleming, R., & Batterham, M. (2017). Indoor Air Temperature and Agitation of Nursing Home Residents With Dementia. *American*

Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias, 32(5), 272-281. doi:
10.1177/1533317517704898

Verbeek, H., Zwakhalen, S. M.G., Rossum, E., Ambergen, T., Kempen, G. I. J. M., & Hamers, J. P. H. (2014). Effects of small-scale, home-like facilities in dementia care on residents behavior, and use of physical restraints and psychotropic drugs: a quasi-experimental study. *International Psychogeriatrics* 24(4), 657-668. doi:10.1017/S1041610213002512

Veselinova, C. (2013). Dementia awareness: providing person-centered care. *Diploma*, 15(8), 622-626. doi:10.12968/nrec.2013.15.9.622

Wallskär, H. (2018). *Guiden till vård och omsorg vid demenssjukdom* [Broschyr]. Hämtad från
http://www.demenscentrum.se/globalassets/publicerat_pdf/sdc_pdf/guiden_2018_3.pdf

Watson, J. (2007). Watson's theory of human caring and subjective living experiences: carative factors/caritas processes as a disciplinary guide to the professional nursing practice. *Texts & Contexts - Enfermagem*, 16(1), 129-135. doi:10.1590/S0104-07072007000100016

Wiklund Gustin, L., & Lindwall, L. (2012) *Omvårdnadsteorier i klinisk praxis* (2., uppl.). Stockholm: Natur och Kultur.

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

World Health Organization (2017). Dementia. Hämtad 15 september, 2019, från WHO, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/en>

Östlundh, L. (2012). Informationssökning. E. Friberg (Red.), *Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examenarbeten*. (3.uppl., s. 57-80). Lund: Studentlitteratur.

**Artiklar som representerar resultatet.*

Bilaga 1. Söktabell

Tabell 1. Sökmatrix av utvalda artiklar samt antal träffar, antal lästa och utvalda artiklar.
Limits: Peer reviewed, English language, 2009-2019.

Databas	Sökord	Antal träffar	Urval efter lästa titlar	Urval efter lästa abstrakt	Antal utvalda artiklar till resultat efter genomläsning av artiklar, n=15
Pubmed	Health facility AND environment AND caring AND patient AND nurs* AND dementia	252795 22806 437 304 208 14	4	1	1
Pubmed	Nursing home AND environment AND nurs* AND dementia AND caring	26498 2253 2249 349 33	4	2	1
Pubmed	Nursing home AND environment AND nurs* AND dementia AND patient	26498 2253 2249 349 132	11	6	3
Pubmed	Dementia AND Health facility AND residential care AND environment	92342 4340 585 96	12	6	3
Pubmed	Health facility environment AND nursing home AND Nurs* AND Dementia	3876 242 240 67	6	3	1
Pubmed	Nursing home AND environment AND dementia AND nurs* AND residential care	26498 2253 349 349 66	8	3	1
CINAHL	Health facility AND environment AND residential care AND dementia	41092 5322 292 74	7	3	1
CINAHL	Dementia AND health facility AND patient AND nurs* AND environment	34795 951 575 359 125	15	9	2
CINAHL	Health facility AND environment AND caring AND patient AND nurs* AND dementia	41126 5328 180 145 108 9	2	1	1
CINAHL	environmental impact AND nursing home AND dementia	9365 86 25	6	3	1

Bilaga 2. Artikeltebell

Tabell 2. Sammanfattning av artiklar som inkluderats i litteraturstudien.

Författare, år, land	Titel	Syfte	Design. Metod	Deltagare	Resultat	Kvalitetsgrad
Algase, L. D., Beattie, R. A. E., Antonakos, C., Beel-Bates, A. C., & Yao, L. 2010 U.S.A	Wandering and the Physical Environment	This study examined influences of the physical environment on wandering behavior.	Kvalitativ metod. Tvärsnittsstudie Observationsstudie som videoinspelades	n=122 personer med demenssjukdom	Ljud, ljus, läge, närhet och omgivning är associerade med vandringsbeteende hos personer med demens.	Hög, 84 %
Chaudhury, H., Hung, L., Rust, T., & Wu, S. 2017. Västra Kanada.	Do physical environmental changes make a difference? Supporting person-centered care at mealtimes in nursing homes	This study examined the impact of environmental renovations in dining spaces of a long-term care facility on residents' mealtime experience and staff practice in two care units.	Kvalitativ metod. Etnografiska observationer före och efter ändring i måltidsmiljön på äldreboendet samt enkätundersökning till personalen	n=27 personer (9 personer med demenssjukdom som observerades samt intervjuades och 17 från personalen som svarade på enkät)	De fysiska miljöegenskaperna i matplatsen var viktiga för boendenas måltidsupplevelse.	Hög, 80 %
Edwards, A. C., McDonnell, C., & Merl, H. 2013 Australien	An evaluation of a therapeutic garden's influence on the quality of life of aged care residents with dementia	To evaluate whether a therapeutic garden can improve the quality of life of aged care residents with dementia and their carers.	Kvalitativ metod. Intervjuer och observationer av personer med demens.	n= 10 personer med demenssjukdom	Att ha tillgång till utomhus miljö med trädgårdsland som har örter och grönsaker ger personer med demenssjukdom möjligheter till avslappning	Medelhög, 74 %
Fleming, R., Kelly., & Stillfried, G. 2016 Australien	'I want to feel at home': establishing what aspects of environmental design are important to people with dementia nearing the end of life	The overall aim of this study was to identify the environmental features that are desirable in buildings used to provide care for people with dementia nearing the end of their lives.	Mixad metod. Tre fokusgrupper som intervjuades samt ljudinspelning sedan transkriberades och en enkätundersökning	n= 18 personer (13 anhöriga, 1 chef och 4 från personalen)	Att miljön är lugn, inga höga ljud. Att miljön ska vara hemlik.	Medelhög, 76 %
Hadjri, K., Rooney, C., & Faith, V. 2015 England	Housing Choices and Care Home Design for People With Dementia	This article reviews the current state of housing for people with dementia by exploring housing choices available to this group, and identifying potential issues with design of care homes.	Kvalitativa metod. intervjuer som ljudinspelades och sedan transkriberades.	n= 22 chefer	En bra atmosfär och designkvalitet inom boendet är bidragande faktorer som förbättrar miljön. En framgångsrik vårdmiljö bör vara i enlighet med god och lämplig vård samt en bra designad miljö.	Hög, 87 %

Författare, år, land	Titel	Syfte	Design. Metod	Deltagare	Resultat	Kvalitetsgrad
Hung, L., Chaudhury, H., & Rust, T. 2016 Kanada	The Effect of Dining Room Physical Environmental Renovations on Person-Centered Care Practice and Residents' Dining Experiences in Long-Term Care Facilities	The purpose of this study was to examine the influences of dining room renovations and enhanced mealtime practices on the quality of residents' experiences and staff practices.	Kvalitativ metod. Fyra fokusgrupper som intervjuades samt ljudinspelning sedan transkriberades.	n= 14 personer (12 var personal och 2 var chefer)	Ljud, ljus och lukt påverkar personer med demens både negativt och positivt.	Medelhög, 76 %
Jaye, C., Tordoff, J., Butler, M., Hale, B., McKechnie, R., Robertson, L., & Simpson, J. 2016 Nya Zeeland	Quality in residential care: exploring residents', family members', managers' and staff perspectives	The purpose of this paper is to explore the indicators of quality in care for people working and living in aged residential care (ARC) settings.	Kvalitativ metod. Etnografiska observationer och intervjuer som transkriberades.	n= 279 personer (164 personer med demenssjukdom som observerades och 115 från personalen som intervjuades)	Duka bord ger syfte och värde samt aktivitet. Viktigt med hemlikmiljö. Säkerhet inte alltid lika med privatliv.	Medel, 71 %
Lea, J. E., Goldberg, R. L., Price, D. A., Tierney, T. L., & McInerney, F. 2017 Australien	Staff awareness of food and fluid care needs for older people with dementia in residential care: A qualitative study	To examine awareness of aged care home staff regarding daily food and fluid care needs of older people with dementia.	Kvalitativ metod. Semi-strukturerade intervjuer med ljudinspelning som sedan transkriberades.	n= 11 personer ur personalen	Att variera tallrikar och bestick ökar självständigheten hos personer med demenssjukdom	Hög, 92 %
Lee, Y. S., Chudhury, H., & Hung, L. 2016 Kanada	Exploring staff perceptions on the role of physical environment in dementia care setting	This study explored staff perceptions of the role of physical environment in dementia care facilities in affecting resident's behaviors and staff care practice.	Kvalitativ metod. Fyra fokusgrupper som intervjuades samt ljudinspelning sedan transkriberades.	n= 15 personer ur personalen	Resultatet presenterar teman som framkom som stödjande och inte stödjande fysisk miljö samt positiva och negativa effekter för personer med demenssjukdom och personal. Exempel på faktorer som påverkar är ljudnivån och orienteringsmöjligheter.	Hög, 84 %
Nell, D., Neville, S., Belle, R., O'Leary, C., & Beck, L. K. 2016 Nya Zeeland	Factors affecting optimal nutrition and hydration for people living in specialised dementia care units: A qualitative study of staff caregivers' perceptions	To explore the perceptions of staff caregivers regarding factors affecting optimal nutrition and hydration for individuals living in Specialised Dementia Care Units in New Zealand.	Kvalitativa metod. Semi-strukturerade intervjuer med ljudinspelning som sedan transkriberades.	n= 11 personer ur personalen	Resultatet beskriver faktorer relaterade till måltidsmiljön som påverkar patientens näringsintag, såsom stöd, matens estetik och sociala aspekter.	Medelhög, 76 %

Författare, år, land	Titel	Syfte	Design. Metod	Deltagare	Resultat	Kvalitetsgrad
Nordin, S., McKee, K., Wallinder, M., Koch, L., Wijk, H. & Elf, M. 2017 Sverige	The physical environment, activity and interaction in residential care facilities for older people: a comparative case study	The aim of the current study was to explore older peoples' activities in Residential care facilities (RCFs) in the context of the quality of the physical environment by examining how the environment influences these activities. This goal was addressed by an in-depth study of two purposively selected RCFs.	Mixad metod Kvalitativ och kvantitativ data samlades in på fältbesök genom observationer, bedömningar och intervjuer.	n=83 personer. (54 patienter, 25 anställda och 4 anhöriga)	Resultatet visar att trots hög miljömässig kvalitet så finns det flera faktorer i vårdmiljön som begränsar patienternas aktiviteter och sociala interaktioner. Vårdmiljön bör vara anpassad för patienten och ge möjlighet till självständighet och personlighet, med möjlighet att designa boendet med föremål och möbler hemifrån.	Medelhög, 73 %
Popham, C., & Orrell, M. 2012 England	What matters for people with dementia in care homes?	To determine to what extent the care home environment met the requirements of residents with dementia in the context of the views of managers, family carers and staff, and a standard environmental assessment.	Kvalitativa metod. Tretton fokusgrupper som intervjuades samt ljudinspelning sedan transkriberades.	n= 66 personer (25 personer med demenssjukdom, 5 chefer och 30 från personalen)	Avskildhet tycker alla i studien var viktigt. Att få välja själv om du vill gå ut eller vara inne är viktigt tyckte personer med demens.	Medelhög, 68 %
Roberts, E. 2011 U.S.A.	Six for Lunch: A Dining Option for Residents with Dementia in a Special Care Unit	The purpose of this case study was to compare resident outcomes in two different dining settings in a SCU.	Kvalitativ metod. En fallstudie, observationer som antecknades och intervjuer som ljudinspelades och sedan transkriberades.	n= 3 personer (intervjudelen)	En stökig och bullrig måltidsmiljö påverkar personer med demenssjukdom negativt genom distraktion, stress och låg matkonsumtion	Medelhög, 79 %
Seiger Cronfalk, B., Norberg, A., & Ternstedt, B-M. 2018 Sverige	They are still the same – family members' stories about their relatives with dementia disorders as residents in a nursing home	The purpose of this study was to gain further understanding of how persons with dementia disorders experienced and coped with their new life at a nursing home described by their family members perceptions.	Kvalitativ metod Semistrukturerade intervjuer	n=10 personer (anhöriga till patienter med demenssjukdom)	Vikten av att personer med demenssjukdom hamnar i en meningsfull miljö i sitt nya hem. Vårdmiljön och relationen till personal var särskilt viktiga. Vårdmiljön bör vara individanpassad och personcentrerad.	Hög, 80%
Tartarini, F., Cooper, P., Fleming, R., & Batterham, M. 2017 Australien	Indoor Air Temperature and Agitation of Nursing Home Residents With Dementia	This study aimed to determine the specific correlation between indoor air temperature and agitation of nursing home residents with dementia	Kvantitativa metod. Kohortstudie	n= 21 personer med demenssjukdom	Lägre temperatur under 20 grader och högre över 26 grader i miljön påverkade personer med demens negativt.	Medelhög, 72 %

Bilaga 3. Granskningsmall 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

Granskningsmallen är en modifierad version utifrån Willman et al., (2006) och Forsberg & Wengström (2008).

Bilaga 4. Granskningsmall 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?		
Summa			

Maxpoäng: 29

Erhållen poäng: ?

Kvalitet: låg medel hög

Granskningsmallen är en modifierad version utifrån Willman et al., (2006) och Forsberg & Wengström (2008).