



Fariba Kianpoor och Peter Luokkala

Sjuksköterske- och specialistsjuksköterskeprogrammet inom vård av äldre, 240 hp, institutionen för vårdvetenskap

Vetenskaplig metod och examensarbete, 15 hp, VT 2012

Grundnivå, kandidatexamen

Handledare: Pardis Momeni

Examinator: Anette Erdner

Omvårdnadsåtgärder vid beteendemässiga och psykiska symptom vid demenssjukdom – En litteratur studie

Nursing interventions for behavioural and psychological symptoms in dementia - A literature study

Sammanfattning

Bakgrund: I takt med att antalet äldre i Sverige ökar, ökar också antalet insjuknade i demens. Nio av tio personer som drabbas av demenssjukdom kommer att uppvisa beteendemässiga eller psykiska symtom någon gång under sjukdomsförloppet. Dessa symtom har visat minska livskvalitén och utgör den vanligaste orsaken till att personer med demenssjukdom flyttar till ett särskilt boende då belastningen på anhöriga och omgivningen blir alltför stor.

Syfte: Att beskriva omvårdnadsåtgärder i arbetet med patienter som uppvisar beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom.

Metod: Studien är en litteraturstudie baserad på niiovetenskapliga artiklar med både kvalitativ och kvantitativ ansats som sökts fram via databasen Cinahl. Artiklarna har analyserats med fokus på att finna likheter och skillnader i resultatet av de valda studierna.. Analysarbetet resulterade i fyra huvudkategorier som visade sig vara viktiga faktorer som påverkar omvårdnadsåtgärder för denna patientgrupp: utbildning, personcentrerad omvårdnad, musik, dans och beröring. Resultatet kommer att diskuteras med hjälp av Katie Erikssons teori kring lidandet som också utgör studiens teoretiska referensram.

Resultat: Utbildning och användandet av en mer personcentrerad omvårdnad är två sätt att skapa goda förutsättningar för att kunna lindra, förebygga och behandla beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom. Vidare behandlar resultatet dans, musik och beröring som tre mer eller mindre effektiva omvårdnadsåtgärder som omvårdnadspersonal kan använda i sitt arbete med patienter som uppvisar beteendemässiga och psykiska symtom i sin demenssjukdom.

Diskussion: Beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom utgör både ett lidande för patienten och vårdpersonalen. Denna aspekt lyfts i resultatdiskussionen och relateras till Erikssons sätt att se på lidande. Diskussion sker kring de omvårdnadsåtgärder som framkom i resultatet med utgångspunkt i lidande.

Nyckelord: Demens, BPSD, Omvårdnadsåtgärder, Omvårdnadspersonal

Abstract

Background: As the number of elderly people in Sweden increases, the number of people getting dementia increases. Nine out of ten people who suffer from dementia will exhibit behavioural and psychological symptoms at some point during their illness. These symptoms have been shown to reduce the quality of life and are the most common reason for them moving to nursing homes when the burden on families and next of kin becomes too hard to handle.

Aim: To describe nursing interventions for patients who exhibit behavioural and psychological symptoms of dementia.

Method: A literature study was performed based on nine scientific articles with both qualitative and quantitative approach searched in the database Cinahl. The articles were analysed with the main focus of finding similarities and differences in the chosen studies. The analysis resulted in four main categories that were shown to be important nursing interventions: education, person-centered care, music, dance, and therapeutic touch. The result will be discussed using Katie Eriksson's theory regarding suffering which is also the study's theoretical point of departure.

Results: The results show that education and the use of a more person-centered care are two ways of creating good conditions to alleviate, prevent and treat behavioural and psychological symptoms of dementia. Furthermore, dance, music and therapeutic touch are three more or less effective nursing interventions that nursing staff can use in their work with patients who exhibit behavioural and psychological symptoms in dementia.

Discussion: Behavioural and psychological symptoms in dementia can bring suffering for both the patient and caregivers. This aspect is highlighted in the results discussion and related to Eriksson's theory regarding suffering. Discussion focuses mainly on the nursing interventions that emerged from the results and supported by the theoretical framework.

Keywords: Dementia, BPSD, Nursing Intervention, Nursing Staff

Innehållsförteckning

1 Inledning.....	1
2 Bakgrund	1
2.1 Demens ur ett samhällsperspektiv	2
2.2 Beteendemässiga och psykiska symtom vid demens (BPSD)	3
2.3 Klassificering av symtomen	4
2.3.1 Psykotiska symtom.....	4
2.3.2 Affektiva symtom.....	5
2.3.3 Hyperaktivitet.....	5
2.3.4 Apati	6
2.4 Behandling & omvårdnad	6
3 Problemformulering	8
4 Syfte	8
5 Teoretisk utgångspunkt	8
6 Metod	10
6.1 Datainsamling.....	10
6.2 Urval.....	11
6.3 Analys.....	12
7 Forskningsetiska överväganden	12
8 Resultat.....	12
8.1 Utbildning som en förutsättning för god omvårdnad	13
8.2 Personcentrerad omvårdnad	14
8.3 Musik och Dans som omvårdnadsåtgärder	15
8.4 Beröring som en omvårdnadsåtgärd.....	19
9 Diskussion	20
9.1 Metoddiskussion.....	20
9.2 Resultatdiskussion.....	21
9.2.1 Utbildning påverkan på lidande	21
9.2.2 Påverkan personcentrerad omvårdnad har på lidande.....	22
9.2.3 Dans och musik påverkan på lidande	22
9.2.4 Beröring i relation till lidande	23
10 Konklusion och förslag till vidare litteraturstudier	23
11 Implikation	24
Referensförteckning	25
Bilaga 1 - Matris över analyserade resultatartiklar.	28
Bilaga 2 - Sökschema för databaserad litteratursökning.	33

1 Inledning

Vårt intresse för beteendemässiga och psykiska symptom vid demens (BPSD) väcktes redan innan påbörjad sjuksköterskeutbildning. Vi hade redan då i arbetet som undersköterskor, kommit i kontakt med patienter som uppvisade BPSD-symtom utan att riktigt kunna sätta ord på fenomenet. Vi upplevde under tiden som undersköterskor men också under sjuksköterskeutbildningen, att det finns ett stort behov av ökad kunskap och förståelse kring just BPSD hos vårdpersonal. Därav har vi valt att studera området för att få en fördjupad förståelse för de beteendemässiga och psykiska symtom som kan uppstå vid demens och för att vi ska få med oss verktyg för att möta denna patientgrupp i vår kommande yrkesprofession. Vår förhoppning är att genom att studera vetenskapliga studier inom området få en ökad förståelse för kunskapsfältet och analysera på vilket sätt vi som blivande sjuksköterskor kan använda oss av den nya kunskapen. Intresse finns också att senare implementera den nya kunskapen inom vår kommande arbetsplats där just dessa patienter finns.

2 Bakgrund

Begreppet demens kan härledas ur latinet “de-” med betydelsen från eller utan och “mens” med betydelsen själ eller förstånd (Ragneskog, 2011) det vill säga “utan själ“(SBU, 2006). Demens är ett hjärnorganiskt syndrom och inte en diagnos i en snävare mening (Skovdahl, 2004). Således är demens inte en beteckning för en enskild sjukdom, utan ett samlingsnamn (Ragneskog, 2011) för nästan 100 olika sjukdomar med gemensamma symtom (Skog, 2010), i likhet med anemi som kan spänna mellan en rad vitt skilda diagnoser från järnbrist till leukemi (Gulmann, 2003). Demens definieras som ett förvärvat och långvarigt kliniskt tillstånd som ofta förvärras med tiden (SBU, 2006). Gemensamt för alla demenssjukdomar är att de orsakar nedsättning av tanke- och minnesförmåga i sådan utsträckning att de innebär en avsevärd försämring jämfört med tidigare kognitiv funktionsnivå. Till definitionen hör även att patienten uppvisar ett av följande symtom: nedsättning av kommunikationsförmåga, praktisk förmåga eller orienteringsförmåga.

Eriksson *et al* (2000) menar att man kan dela in symtomen vid demens i tre huvudgrupper. Den första huvudgruppen omfattar en försämring av den kognitiva funktionen vilken innebär en försämring av abstrakt och logiskt tänkande, minnesnedsättning, försämring av orientering i tid, rum och till person samt försämring av visuospatiala funktioner och den språkliga förmågan. Den andra huvudgruppen benämns som beteendemässiga och psykiska symtom vid

demens och omfattas av symtom som vanföreställningar, hallucinationer, aggressivitet, förändringar i grundstämningen, förändringar i dygnsrytmen och ångest. Den tredje huvudgruppen benämns funktionell försämring och utgörs av symtom som dyspraxi, dysgnosi, afasi, och svårigheter i ADL-funktionerna.

Graderingen av demens sker enligt ICD-10 en allmänt accepterad standard för klassificering av sjukdomar, utgiven av Världshälsoorganisationen [WHO] utifrån lätt, medelsvår och svår demens (Skovdahl, 2004).

2.1 Demens ur ett samhällsperspektiv

Demens är Sveriges fjärde största folksjukdom (Skog, 2010) och antalet som insjuknar i demens har enligt Statistiska centralbyrån ökat sedan 80-talet (Ragneskog, 2011), detta till följd av att människor lever längre och risken för att drabbas av demens ökar med stigande ålder (Socialstyrelsen, 2010). Statistiska centralbyrån beräknar att en procent av alla i Sverige, i åldersgruppen 65-69 år beräknas uppvisa något symtom på demens (Ragneskog, 2011). I åldersspannet 70-74 år beräknas cirka tre procent ha tecken på demens och bland de äldsta, 90 år eller äldre beräknas var femte ha tecken på demens. Socialstyrelsen (2010) uppger att nästan hälften av alla som är 90 år eller äldre har en demenssjukdom och att varje år insjuknar 24 000 personer och nästan lika många avlider till följd av demenssjukdom.

Under perioden 2010-2020 kommer antalet människor i Sverige som fyllt 80 år att öka kraftigt (Socialstyrelsen, 2010), för att sedan under perioden 2020-2030 antas fördubblas i jämförelse med idag (Ragneskog, 2011). Detta dels beror på att befolkningen som föddes på 40-talet då kommer upp i 80-årsåldern, men också till följd av en ökad befolkningsmängd och förväntad livslängd. Socialstyrelsen (2010) beräknar att det i dag finns 148 000 personer med demenssjukdom i Sverige, en siffra som torde öka till 886 000 personer år 2050 enligt dagens prognos.

År 2005 uppskattade Socialstyrelsen att det fanns 142 000 personer med en demensdiagnos i Sverige och av dessa var 65 000 boende i särskild boendeform till följd av sin demenssjukdom (Ragneskog, 2011). Enligt Socialstyrelsen (2010) beräknades samhällskostnaderna två år senare uppgå till cirka 50 miljarder kronor för vård och omsorg av personer med demenssjukdom.

2.2 Beteendemässiga och psykiska symtom vid demens (BPSD)

Dessa symtom har tidigare kallats sekundära symtom vid demens, komplikationer till demens, eller icke-kognitiva symtom vid demens (Eriksson *et al*, 2000). Idag räknas BPSD som en integrerad del av demensyndromet och inte endast som en komplikation (Skovdahl, 2004). En internationell konsensusgrupp har definierat begreppet beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom (BPSD), följande: Symtom på störd perception, stört tankeinnehåll, förändrat stämningsläge och förändrat beteende som ofta förekommer hos patienter med demenssjukdom (Finkel, SI., Costa a Silva, J., Cohen, G., Miller, S., Sartorius, N, 2006). Gulmann *et al* (2003) menar att BPSD är komplikationer och att syndomen visar sig i olämpliga handlingsmönster som är socialt oaccepterade och belastande för andra människor, som psykiatriska symtom av sådant slag som också kan uppträda hos icke-dementa så som ångest, hallucinationer och liknande. SBU, Statens beredning för medicinsk utvärdering (2006), väljer att inte göra någon närmare definition av BPSD i sin litteraturoversikt över demenssjukdomar. Man konstaterar att i begreppet BPSD ingår olika symtom som aggressivitet, psykiska symtom, nedstämdhet, sömnrubbnings, vandringsbeteende och andra tecken på hyperaktivitet.

Enligt Socialstyrelsen (2010) uppvisar nio av tio patienter med demenssjukdom någon form av beteendemässiga eller psykiska symtom någon gång under sjukdomsförloppet. BPSD har negativa konsekvenser för den enskilda individen (Skovdahl, 2004). Vanligt förekommande symtom som ångest, depression och vanföreställningar har visat sig minska livskvaliteten hos den drabbade (Eriksson *et al*, 2000), men kan uppfattas som en större påfrestning på anhöriga och omgivningen (Skovdahl, 2004). Symtom som observeras av andra, så som aggressivitet är ofta svårt att hantera för anhöriga (Eriksson *et al*, 2000). Konsekvenserna som BPSD medför, anses vara den vanligaste orsaken till att patientgruppen blir placerad på ett särskilt vårdboende (Skovdahl, 2004).

Symtomen är den enskilda individens reaktion på demenssjukdomen, vilket medför att symtom som den drabbade uppvisar är högst beroende av personens levnadshistoria, intelligens, personlighetsdrag och kroppslig hälsa. Vilka symtom patienten uppvisar varierar även beroende på skadeorsakens art och progressionshastighet. Men det som dock visat sig ha störst betydelse är hjärnskadans lokalstation. Detta medför att vissa symtom är gemensamma för de olika demenssjukdomarna.

2.3 Klassificering av symtomen

Symtomen vid BPSD kan klassificeras på flera olika sätt (Eriksson *et al*, 2000). Det vanligaste är att göra en indelning mellan beteendestörningar och psykiska symtom (Eriksson *et al*, 2000). En och samma patient kan uppvisa både beteendestörningar och psykiska symtom. Beteendesymtom identifieras genom observation av patienten (Kihlgren & Skovdahl, 2008). Hit hör symtom som fysisk aggression, skrik, rastlöshet, agitation, vandrande, sexuella avhämningar, svordomar, samlande och följa efter beteende. Psykiska symtom bedöms vanligen på grundval av intervjuer med patienter och anhöriga. Exempel på symtom av psykiatrisk art är ångest, depressivt stämningsläge, hallucinationer och vanföreställningar. Författarna har istället valt att använda sig av en kategoriseringsmodell baserad på Hjalmblick & Roth (2010) där symtomen delas in i hyperaktivitet, apati, psykotiska och affektiva symtom. Detta för att ge arbetet en mer försåtlig och strukturerad presentation av symtomen.

2.3.1 Psykotiska symtom

Vanföreställningar är ett vanligt förekommande symtom av psykisk natur och finns till och från hos de flesta som befinner sig i det medelsvåra demensstadiet (Gulmann, 2003). De vanligaste vanföreställningarna är paranoida idéer och misstänksamhet (Eriksson *et al*, 2000). Den vanligaste vanföreställningen är att patienten blir bestulen vilket kan generera eller ta sig uttryck i form av aggressivitet eller ångest hos patienten (Luxenberg, 2000).

Hallucinationer är inre föreställningar och fantasier som den sjuke upplever som sanning och är en upplevelse som skapas hos patienten och projiceras från det inre till det yttre rummet (Gulmann, 2003). Hallucinationer är vanligast i det medelsvåra stadiet av demenssjukdomen (Eriksson *et al*, 2000). Upp till hälften av alla med Alzheimers sjukdom hallucinerar periodvis i detta stadium (Gulmann, 2003) och för patienter med Lewy body demens är synhallucinationer ett av kardinalsymtomen (Eriksson *et al*, 2000). Andra former av hallucinationer av hörsel-, lukt- och taktil art är ovanligt (Eriksson *et al*, 2000).

Missidentifikationer eller illusioner innebär en misstolkning av sinnesintrycket (Eriksson *et al*, 2000). Detta symtom förväxlas ofta med hallucinationer då tillståndet förekommer ofta hos samma typer av patienter (Gulmann, 2003). Patienten kan exempelvis tolka det faktiska sinnesintrycket av ett hopknölad svart filt som en levande katt, mer komplexa fall kan gradvis glida över till mer hallucinotiska eller paranoida upplevelser.

2.3.2 Affektiva symtom

Depression är snarare en sjukdom än ett symtom (Gulmann, 2003). Symtom som sänkt stämningsläge, glädjelöshet, nedsatt initiativförmåga och skuld känslor är densamma hos individen med demenssjukdom. Däremot kan demenssjukdomen beslöja depressionssymtomen så att de blir svårare för vårdpersonal att identifiera, eller att patienten får svårigheter att förmedla sina känslor på ett adekvat sätt. Risken att drabbas av depression till följd av en demenssjukdom är relativt vanlig och så många som 10 till 20 procent med en demensdiagnos uppfyller kriterierna för en depression (Luxenberg, 2000). Forskare har kommit fram till att risken att drabbas av depression vid demens är oberoende av vilket stadium av demens patienten finner sig i. Däremot poängterar Gulmann (2003) att risken att drabbas av depression till följd av demenssjukdom torde vara som störst i sjukdomens initiala skede, då personen fortfarande har flera av sina kognitiva förmågor intakta och besitter en viss sjukdomsinsikt.

Ångest/oro, är ett vanligt förekommande symtom hos personer med demenssjukdom och ofta i samband med depression (Dehlin & Rundgren, 2004). Ångest är ett sinnestillstånd som karakteriseras av stark rädsla, oro samt flyktbeteende men som inte beror på ett faktiskt hot eller en reell fara. Ångesten kan ha atypiska uttryck, som upprepat frågande efter något som skall hända eller uttalad rädsla för att bli lämnad ensam och kan utvecklas till ren fobi. Irritabilitet, somliga personer blir lättretliga och argsinta i det lätta och medelsvåra stadiet av sin demens (Gulmann, 2003). Symtomet kan ses som ett försök att anpassa sig till de förändringar som sjukdomen medför men också som ett förstadium till att utveckla en depression (Luxenberg, 2000). Detta kan ta sig uttryck i att den drabbade utsätter närstående för sarkasmer, beskyllningar och anklagelser.

2.3.3 Hyperaktivitet

Psykomotorisk agitation, omfattar en heterogen blandning av mycket olikartade beteenden med vitt skilda orsaker (Gulmann, 2003). Vanligt är vandringsbeteenden, nattlig oro, ropande samt försök till rymning. Omkring 30 procent utvecklar motorisk orolighet och verksamhetsbegär. Begreppet är illa definierat och uttrycket ”agitation” innefattar element av både ökad motorisk aktivitet samt emotionell upprördhet med ångest, upphetsning och vrede.

Fysisk aggressivitet spänner från spottande till dansk skalle (Gulmann, 2003). Oftast förekommande är fasthållande, knuffar, örfilar, knytnävsslag, sparkar, klösningar och dragande i hår. Offer för våldet är oftast vårdpersonal, sällan anhöriga och medboende. Symtomet är vanligast i det medelsvåra till svårademensstadiet då i samband med att

personen har gångbesvär eller är rullstolsburen, är fysiskt sjuk, afatisk och kanske delirös. Det är oftast män som blir fysiskt utåtagerande men i övrigt är det inte personer som tidigare i livet varit våldsamma som drabbas. Det finns dock en liten grupp av psykotiska människor, eventuellt med lättare hjärnskador på grund av alkoholmissbruk, som alltid även i yngre år, löst konflikter genom våld. Det är främst de med vaskulär demens och frontala skador som har nedsatt impuls kontroll.

Sömnstörningar och framförallt insomningsvårigheter samt frekvent uppvaknande under natten är ett vanligt BPSD-Symtom (Dehlin & Rundgren, 2004). Det förändrade sömnmönstret orsakas av hjärnskada i det området som styr den biologiska klockan och reglerar sömn-vakenhetscykeln. Atropiska förändringar av näthinnan och på synnerverna gör att ljusregistreringen försämras dagtid och försvårar upprättandet av en normal 24 timmarscykel. Nattsömnen kan även påverkas av sundown-syndrome, ett vanligt förekommande syndrom som främst drabbar personer med Alzheimers demens. Sundown-syndrome framträder vanligen på eftermiddagen och gestaltar sig som motorisk agitation, oro, ångest och rastlöshet. Stämningläget som syndromet ger upphov till är svårt att bromsa och kan fortsätta in på kvällen och natten.

2.3.4 Apati

Apati finns i gränslandet mellan emotionella syndrom och beteendestörningar (Gulmann, 2003). Detta symtom kan vara det första som omgivningen lägger märke till, då initiativkraften och motivationen långsamt upphör. Patienten kan upplevas föredra att sitta inaktivt i en stol och verka ointresserad. Med sjukdomens progression blir apatin mer påtaglig, den drabbade blir ständigt mer introvert och upplevs handlingsförlamad. Patienten förlorar mimik och ansiktet blir slapt och uttryckslost. Till slut blir patienten så apatisk att hon/han behöver hjälp med all personlig hygien samt mobilisering. Hälften av alla patienter med Alzheimers demens och subkortikala demensformer utvecklar apati.

2.4 Behandling & omvårdnad

Vilka beteendemässiga och psykiska symtom den demenssjuke uppvisar är högst individuellt och kan inte behandlas på ett och samma sätt (Eriksson *et al*, 2009). Behandlingen inriktar sig istället på orsaker eller utlösande faktorer till symtomen i varje enskilt fall och är således en symptomatisk behandlingsform (Socialstyrelsen, 2009).

Behandlingen skall föregås av en utredning som syftar till att bedöma och åtgärda de bakomliggande orsakerna till symtomen (Socialstyrelsen, 2009). En kartläggning och beskrivning av de symtom som patienten uppvisar genomförs, vilken tid på dygnet de yttrar sig, samt i vilken miljö eller vilka situation symtomen uppkommer i. Därefter ska en bedömning göras med avseende på om patienten får sina mänskliga behov tillfredställda. Dessutom ska utredningen omfatta en bedömning av den omgivande miljön patienten befinner sig i, samt de interaktioner vederbörande har med personal och närstående. Bedömningen ska följas av en medicinsk utredning inklusive en fysisk och psykisk status. Avslutningsvis skall en genomgång av patientens läkemedel göras och eventuell sanering av läkemedel med ogynnsam effekt.

Omvårdnad används i först hand i behandlingen av BPSD (Socialstyrelsen, 2010). De allra första åtgärderna bör vara att anpassa den omgivande miljön och bemötandet av den sjuke. Två grundläggande faktorer för att vården skall lyckas är att vårdpersonalen har kunskap om olika demenssjukdomar och BPSD samt att vårdpersonalen vårdar med ett medmänskligt förhållningsätt (Socialstyrelsen, 2010). Som tidigare nämnts är symtomen som patienten uppvisar vid BPSD högst individuella och situationsbundna vilket medför att de olika symtomen inte kan behandlas på ett och samma sätt (Eriksson *et al*, 2009). Således finns ingen universal omvårdnadsbehandling utan man måste i varje enskiltfall analysera vilka specifika symtom patienten lider av och utforma omvårdnaden utifrån bakomliggande orsak. Det finns flera olika typer av behandlande vårdinsatser som används inom demensvården idag. Några exempel är massage och beröring, djurterapi, musik, sång och stimulering av gamla minnen med stöd av föremål, fotografier eller musik. Studier visar på att den specifika omvårdnaden vid BPSD ger en positiv effekt för stunden, men det är svårt att se om effekten av dessa vårdinsatser kvarstår under en längre tid. Dessutom är det svårt att bedöma vad som är en effekt av den specifika vårdinsatsen, och vad som är en effekt av den extra uppmärksamheten från vårdpersonalen.

Behandling görs i teamkonsultation, där personal från olika professioner möts och bidrar med kompetens från sitt respektive yrkesområde (Hjälmblick & Roth, 2010). Teamet kan bestå av läkare, sjuksköterska och arbetsterapeut. Läkaren bidrar med kunskap och erfarenhet av demenssjukdomar med utgångspunkt i sin specialistutbildning inom psykiatri, geriatrik eller allmän medicin. Sjuksköterskan bidrar med kunskap och erfarenheter om psykiatrisk och geriatrisk omvårdnad. Arbetsterapeuten bidrar med ytterligare kunskaper om patienter med demens sjukdom samt deras specifika behov av olika hjälpmedel.

Socialstyrelsen (2010) anser att personcentrerade omvårdnadsinsatser och anpassning av vårdmiljön skall utgöra basen för behandlingen av BPSD. Det är när omvårdnaden blir otillräcklig och tillståndet orsakar ett stort lidande för patienten, som läkemedelsbehandling kan påbörjas. Således ska behandlingen av BPSD föregås av en personcentrerad omvårdnad förankrad med utgångspunkt i beprövad vetenskap. Trots detta visar Livingston, Johnston, Katona, Paton, Lyketsos (2005) i sin systematiska litteraturstudie att många omvårdnadsåtgärder som visats ha positiv effekt, är i behov av mer forskning för att skapa evidens, samtidigt som behandlingen av BPSD dominerats av ett medicinskt och farmakologiskt förhållningssätt. Abdel-Tawab, Bishara, Howard (2009) beskriver att specialistläkare upplever sig begränsade till ett fåtal preparat samtidigt som de känner sig pressade att skriva ut mediciner som behandling mot BPSD. De uttrycker även en oro inför valet av behandling, då det saknas klara riktlinjer.

3 Problemformulering

I takt med de demografiska förändringarna som medför att den äldre populationen i Sverige ökar, så ökar också risken att fler och fler människor insjuknar i sjukdomen. Nio av tio av dem som insjuknar i någon form av demenssjukdom kommer att uppvisa beteendemässiga och/eller psykiska symtom under sjukdomsförloppet. Tidigare forskning har visat att BPSD är en vanlig orsak till att människor med demenssjukdom flyttar in på särskilt boende och har visat minska livskvaliteten samtidigt, som BPSD orsakar ett påtagligt lidande för både den enskilda patienten och vårdgivaren. Behandlingen av BPSD har dominerats av ett medicinskt farmakologiskt förhållningssätt trots att Socialstyrelsen skriver att grunden för behandlingen av BPSD är en personcentrerad omvårdnad och en översyn och anpassning av den fysiska miljön.

4 Syfte

Att beskriva omvårdnadsåtgärder som vårdpersonal kan använda i arbetet med patienter som uppvisar beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom.

5 Teoretisk utgångspunkt

Katie Erikssons omvårdnadsteori utgör den här litteraturstudiens teoretiska referensram. Det är framförallt Erikssons syn på människan och hennes tankar om lidande som ligger till grund

för författarnas val av teoretisk utgångspunkt. Teorin kommer att förklaras i detta stycke, men diskuteras närmare under diskussionen.

Lidande är ett fenomen som det är svårt att finna mening i och som hotar integriteten (Kirkevold, Brodtkorb, Hysten Ranhoff, 2010). Eriksson (1993) menar att lidandet är en kamp- och sorgprocess som påverkar hela människan. Detta innebär att lida är en strid där den lidande individen för en vilje- och livskamp. Eriksson (1993) hävdar att människan saknar förmåga att förmedla sitt lidande och att sorgprocessen innebär att man förändras som människa och får ett nytt perspektiv på sitt lidandet (Eriksson, 1993).

Eriksson (1994) har utvecklat begreppet lidande, vilket har olika betydelse, bland annat som någonting som människan ska stå ut med och leva med. Lidande innebär smärta, bekymmer och plåga. Eftersom vissa patienter saknar ord för sitt lidande använder de sig av symboler istället för att vårdpersonalen ska förstå och vara lyhörda för deras lidande. Eriksson (1994) menar att det är viktigt för vårdpersonalen att bekräfta människans lidande, vilket innebär att förmedla till patienten att jag ser dig och det här leder till tröst hos människan och bekräftelsen. Detta kan ske på olika sätt, t.ex, genom en beröring, en blick eller ett litet ord. Däremot om man missar att bekräfta lidandet och bortförklarar det, kan det leda till ökat lidande för individen (Eriksson, 1994). Eriksson (1994) beskriver att det inom vården finns tre olika former av lidande sjukdomslidande, vårdlidande och livslidande. Sjukdomslidande innebär att patienten upplever lidande i samband med sjukdom och behandling. Faktorer som oro, smärta och ångest är inte densamma som sjukdomslidande men det kan orsaka sjukdomslidande. Den kroppsliga smärtan är en vanlig orsak till sjukdomslidande och det kan uppta all patientens kraft och uppmärksamhet. Sjukdom och behandling kan också innebära att patienten upplever ett emotionellt sjukdomslidande på grund av förluster av egna förmågor, som påverkar individens upplevelse av sitt värde som människa. Emotionellt sjukdomslidande kan även betyda att patienten känner skam, skuld och förnedring i samband med sin sjukdom. Eriksson (1994) betonar att sjukdomslidande är det lidande som följer av sjukdomen i sig och kan upplevas kroppsligt och själsligt. En patient med demens kan uppleva ett sjukdomslidande när tillståndet påverkar förståelse och handlingsförmåga (Dahlberg *et.al*, 2003).

Vårdlidande innebär att patienten inte får tillräcklig vård samt på ett ovärdigt sätt. Detta kan sammanfattas i fyra kategorier: kränkning av patientens värdighet, fördömlse och straff, maktutövning samt utebliven vård (Eriksson, 1994). Kränkning av människans värdighet är den vanligaste formen av vårdlidande. Patienten är i en beroendesituation, känner sig ovärdig och fråntas sitt egenvärde. Vårdpersonalen har ofta en uppfattning om vad patienten behöver

och hur idealpatienten borde vara. Eriksson fortsätter med att poängtera att om hon/han inte uppfyller kraven så utsätts patienterna för fördömande och straff. Straff kan innebära utebliven vård, som medveten vanvård (Eriksson 1994) Detta visar vårdpersonalens bristande kunskap och oförmåga att se patientens behov, vilket resulterar i en kränkning av människans värdighet. Brister på vård och utebliven vård kan orsaka vårdlidande hos patienten.

Livslidande innefattar människan och hennes livssituation. Vid sjukdom kan det som varit självklart i livet, förändras eller helt tas ifrån människan. Individerna fungerar inte som tidigare i sitt sociala liv, och detta i sin tur kommer att bli ett hot mot hela människans existens.

(Eriksson, 1994) Att lindra patientens lidande handlar i stort sett om att tillgodose patientens behov av vård och inte kränka människans värdighet utan i stället visa respekt och bekräfta dennes värdighet som människa (Eriksson, 1994).

6 Metod

Examensarbetet är en litteraturstudie med utgångspunkt i både kvantitativa och kvalitativa vetenskapliga artiklar. Avsikten med en litteraturstudie är att belysa ett valt ämnesområde samt ge en översikt av det nuvarande kunskapsläget (Friberg, 2006). Litteraturstudien är baserad på totalt nio vetenskapliga artiklar varav sex med utgångspunkt i kvalitativ metod och fyra i kvantitativ metod. Skillnaden mellan kvalitativa och kvantitativa studier är att i en kvantitativ studie kan forskaren utgå från befintliga teorier för att sätta in forskningsprojektet i sitt sammanhang och utifrån den teoretiska ansatsen formuleras ett antal frågeställningar och provningsbara hypoteser (Forsberg & Wengström, 2008). Studier med kvantitativa ansats kan också göras utan teoretisk grund i syfte att kartlägga ett outforskat område. Däremot undersöker forskaren i en kvalitativ studie exempelvis fenomen i verkligheten där resultatet många gånger sammanförs till en allmän modell eller teori, och på detta sätt kan forskaren systematisera kunskap om ett fenomen genom att beskriva eller utforska fenomenets egenskaper.

6.1 Datainsamling

De vetenskapliga artiklar som använts som underlag i litteraturstudien har inhämtats från fulltext databasen CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature). Valet av databasen grundar sig på att CINAHL i huvudsak är en omvårdnadsdatabas (Friberg, 2006) och täcker främst hälso- och vårdvetenskaperna (Backman, 2008). Initialt genomförde författarna en fritextsökning i databasens ämnesordlista, CINAHL Headings. En

ämnesordlista är en standardiserad ordlista för ett visst ämnesområde, där varje begrepp inom ämnesområdet enbart anges med ett enda uttryck. En sådan ämnesordslista kallas tesaurus. Detta gjordes för att öka kvalitén på sökningarna, eftersom de ämnesord som ingår i ämnesordlistan har genomgått en kontroll vilket minskar risken för att relevant information går förlorad på grund av otillräckliga sökord. Sökorden som slutligen användes var; dementia, nursing interventions, behavioural symptoms, therapeutic touch, agitation och psychomotor agitation. Sökningarna resulterade i totalt nio vetenskapliga artiklar som blev föremål för analys och har legat till grund i utformandet av resultatet. Dessa artiklar presenteras i matrisen över analyserade resultatartiklar, se (bilaga 1). Med ovanstående sökord genomfördes totalt fem sökningar i databasen CINAHL, vilket presenteras i sökschemat, se (bilaga 2).

6.2 Urval

Inklusionskriterier för artikelsökningen var att studierna var skrivna på engelska, då majoriteten av den vetenskapliga publiceringen sker på engelska (Friberg, 2006). För att stärka vetenskapligheten hos artiklarna har deras kvalitet hos de individuella studierna också utgjort ett inklusionskriterium. Detta innebär att materialet som behandlats i artikeln presenterats med tydliga delar så som bakgrund, metod, resultat och diskussion. Vidare har inklusionskriteriet varit att artiklarna publicerats i en vetenskaplig tidskrift. Detta innebär att artiklarna varit föremål för ytterligare granskning av tidskriftens redaktion innan artikeln publicerats. Vidare har inklusionskriteriet varit att artiklarna blivit peer-reviewed vilket innebär att artiklarna lästs av en sakkunnig som faktagranskat och referensgranskat materialet..

Artiklar som publicerats före 1995 har valts att exkluderas i artikelsökningarna. En begränsning på 17år bör anses godtycklig då detta är en relativt lång period i forskarvärden. Dock vill författarna påpeka att ämnesområdet är glest utforskat och har fram till idag dominerats av ett en medicinskt och farmakologiskt förhållningsätt. Ytterligare åtstramning i sökning skulle sannolikt medföra att materialet blev allt för snävt och därmed försämrar arbetet, snarare än att styrka dess tillförlitlighet. Ett ytterligare exklusionskriterium har varit att utesluta artiklar på områden som enbart berör andra yrkesprofessioner än omvårdnadspersonal eller om materialet inte varit tillräckligt vårdvetenskapligt.

Författarna fick fram resultatartiklarna genom att först läsa igenom samtliga titlar som påträffades under sökningen. Om titeln ansågs tilltalande för arbetets syfte lästes abstractet. Ansågs abstractet motsvara författarnas ovanstående krav lästes hela artikeln.

6.3 Analys

Analysen har genomförts med inspiration av Fribergs förslag på analysgång (Friberg, 2006) Analysen inleddes med att de valda artiklarna lästes igenom ett flertal gånger av båda författarna med fokus på resultat samt de delar som utgjorde underlag för resultatet. Därefter gjordes en sammanställning av alla resultatartiklar för att skapa en överblick och för att lättare kunna åskådliggöra vad som skulle analyseras. Nästa steg var att sammanfatta de utvalda stuiderna i en matris som presenteras i bilaga 1. Resultatartiklarna relaterades till varandra och författarna letade efter likheter och olikheter för att sedan kunna strukturera och formulera ett resultat. Resultatet har lästs igenom av båda författarna och även personer som inte är insatta på området ett flertal gånger för att säkerställa presentationens tydlighet. Genom hela analysprocessen har författarna haft litteraturstudiens syfte i åtanke för att inte komma in på sidospår. Analysen av materialet resulterade i fyra kategorier vilka presenteras under rubriken resultat.

7 Forskningsetiska överväganden

Etiska överväganden vid litteraturstudier bör göras beträffande urval och presentation av resultat (Forsberg & Wengström, 2003). Forsberg & Wengström (2003) skriver vidare att god etik är en viktig aspekt i all vetenskaplig forskning, utifrån detta har författarna till litteraturstudien, i så hög utsträckning som möjligt, använt sig av artiklar som genomgått etisk prövning av etiska kommittéer.

Då engelska inte är författarnas modersmål föreligger en risk för feltolkning i samband med översättningen av materialet. Då översättningar genomförts har stor noggrannhet lagts på tolkningen av texterna i sitt ursprungliga sammanhang. Endast auktoriserade uppslagsverk och översättningsinstrument har använts, så som nationalencyklopedin och tillhörande databaserade lexikon. Materialet och samtliga översättningar har lästs samt granskats av båda författarna för att säkerställa korrekt återgivning.

I analys av materialet har författarna försökt att sätta parentes för den egna förståelsen och de egna fördomarna, detta i ett försök att ge arbetet mer objektivitet. I samma syfte blev materialet även föremål för diskussion där olika infallsvinklar och perspektiv på materialet behandlades.

8 Resultat

Resultatet presenterar omvårdnadsåtgärder för BPSD i kategorier. Dessa kategorier framkom under analysen av de artiklar som granskades. Kategorierna är följande: Utbildning som en

förutsättning för god omvårdnad, personcentrerad omvårdnad, musik och dans som omvårdnadsåtgärder, beröring som omvårdnadsåtgärd.

8.1 Utbildning som en förutsättning för god omvårdnad

Två av resultatartiklarna betonar vikten av en utbildning som en förutsättning för att kunna ge god omvårdnad i arbetet med patienter som uppvisar BPSD. En fortskridande utbildning utgör en essentiell del av den långsiktiga behandlingen av BPSD (Khan & Curtice, 2011). I en brittisk studie av Khan & Curtice (2011) gav man vårdpersonal utbildning i demensvård samt BPSD. Utbildningen bestod av traditionell undervisning med muntlig och skriftlig information. Personalen fick även delta i workshops där de fick se på två videofilmer rörande demensvård och BPSD, dessutom fick deltagarna diskussionsutrymme där de kunde få emotionell stöttning samt möjlighet till utbyte av kunskap och erfarenheter sinsemellan. Efter utbildningen upplevde vårdpersonalen sig säkrare i sitt handlande med patienter som uppvisade BPSD symtom. De upplevde att de fick mer stöttning och vägledning i och med de regelbundna uppföljningarna som utbildningen medförde. Forskarna kom fram till att utbildning bidrog till att vårdpersonalen fick ökad kunskap och förståelse för BPSD samt demens i allmänhet. Detta medförde att vårdpersonalen blev skickligare i att uppmärksamma, identifiera samt hantera symtomen. Utbildningen bidrog till att vårdpersonalen kände sig handlingskraftigare och tryggare i mötet med BPSD, vilket medförde att deras inställning till omvårdnaden av BPSD blev mer hoppfull. Forskarna kunde se att utbildningen bidrog till en ökad trygghet i mötet med patienterna och deras närstående.

BPSD är ett vanligt förekommande fenomen på äldreboenden, vilket har en negativ inverkan för den drabbade själv men också dennes medboende (Asplund, Norberg, Kihlgren & Ragneskog, 2001). För att förbättra situationen och motverka uppkomsten av BPSD är det av betydelse att hitta fungerande handlingsstrategier. Sjuksköterskan spelar en nyckelroll i dessa verksamheter och har till uppgift att finna och implementera dessa handlingsstrategier. Under en veckas tid utbildades sjuksköterskor i normalt åldrande, miljö, kommunikation, human teori, konfusion och BPSD med utgångspunkt i Erikssons teori om människan i åtta faser. Sjuksköterskorna fick även stöttning en tid efter utbildningen då handlingsstrategierna implementerades i verksamheten. Resultatet av utbildningen blev att typiska BPSD så som oro, ångest, förvirring samt depression minskade avsevärt.

8.2 Personcentrerad omvårdnad

Två av resultatartiklarna belyser vikten av en personcentrerad omvårdnad, där både studierna förespråkar en personcentrerad omvårdnad i arbetet med patienter som uppvisar BPSD. En personcentrerad omvårdnad ska betraktas som en icke-farmakologisk omvårdnadsåtgärd (Barrick *et al*, 2004). Det innebär att som vårdpersonal är man mer fokuserad på personen när man genomför en omvårdnadshandling snarare än på uppgiften i sig. I en amerikansk studie av Barrick *et al* (2004) undersökte man vilken effekt en mer personcentrerad omvårdnad har på uppvisat aggressivt beteende vid duschning och handdukstvätt. Studien som är en kvantitativ studie genomfördes på 15 särskilda boenden för dementa. Kriterierna för studien var att försökspersonerna var 55år eller äldre och led av Alzheimers sjukdom. Totalt genomförde 69 personer hela studien. Data samlades in genom videoinspelning och vid analysen användes Care Recipient Behavior Assessment och en modifierad version av Discomfort Scale for Dementia of the Alzheimer Type för att bedöma graden av aggressivitet. För att göra omvårdnadstillfället personcentrerat anpassades det efter individens behov, önskemål och förutsättningar. Man anpassade även språket och miljön för att maximera behagligheten vid omvårdnadstillfället. Forskarna använde sig av ett brett spektrum av strategier för att göra omvårdnaden så individanpassad som möjligt. Några av dessa var att möjliggöra för patienten att göra egna val, beslöja patienten med handdukar för att behålla värme och integritet, anpassa badrummet efter personen, användning av badartiklar rekommenderade av anhöriga och vårdpersonal, användning av lödderfritt schampo/tvål. Studien resulterade i att aggressiviteten minskade signifikant i båda studiegrupperna jämfört med kontrollgruppen. I studiegruppen där patienterna fick personcentrerad omvårdnad vid duschning sjönk aggressiviteten med 53 % och i studiegruppen där patienterna fick personcentrerad omvårdnad vid handduksbad uppmättes en minskning med 60 %. I kontrollgruppen minskade aggressiviteten med blyga 7 %. Den genomsnittliga tiden för en duschning ökade med 3.3 minuter medan tiden för handdukstvätt var oförändrat.

I en Australiensisk studie av Blackmore, Farrell, Matthews (1995) undersökte man vilken påverkan en övergång från en uppgiftsbaserad omvårdnad till en individanpassad omvårdnad har på nivåer av agitation och aggressiva beteenden hos patienter med demenssjukdom. Forskarna studerade även vilken inverkan denna övergång hade på försökspersonernas nattsömn. I den kvantitativa studien ingick totalt 33 deltagare i åldersspannet 67 till 98år och av dessa var majoriteten kvinnor. Nivåer av agitation mättes med Cohen-Mansfield agitation inventory (CMAI) samt sömnkvalitén med hjälp av delar av dementia mood assessment scale (DMAS). Övergången från en uppgiftsbaserad till individanpassad omvårdnad innebar att

patienterna fick i så lång utsträckning som möjligt påverka och forma sin vardag. De fick välja när de ville äta, duscha och stiga upp eller lägga sig. Innan införandet av övergången studerades deltagarna i 8 veckor. Samtidigt fick sjuksköterskorna information om hur de skulle gå tillväga för att göra omvårdnaden individanpassad. Data insamlades av två sjuksköterskor vid fyra tillfällen med två veckors mellanrum. Resultatet av studien visade på att genom att göra omvårdnaden mer individanpassad minskade agiterade beteenden så som generell rastlöshet, plockbeteende, konstant sökande efter uppmärksamhet, negativism, svärande och verbal agitation, repeterade frågor eller meningar, slag, knuffar och skrikbeteenden med 20 %. Personalen upplevde att man genom att låta patienten göra egna val minskades även risken för att situationer som tidigare varit konfliktbetingade uppstod och kunde nu undvikas. Vissa i personalgruppen upplevde dock ett missnöje då övergången till en mer personcentrerad omvårdnad medförde att rutiner rubbades. Patienterna som fick sova på dagen blev mer aktiva på kvällen och natten något som inte uppskattades av nattpersonalen. I studien poängteras svårigheten att genomföra individanpassad omvårdnad då den ställer krav på vårdpersonalen att vara lyhörd och kunna tolka både verbala och icke verbala önskemål, en egenskap som endast få erfarna sjuksköterskor besitter.

8.3 Musik och Dans som omvårdnadsåtgärder

Sammanlagt motiverar fyra resultat artiklar användandet av dans och musik som omvårdnadsåtgärd i arbetet med BPSD. Dock framkom en del meningsskiljaktigheter något som presenteras nedan. I en filminspelad observationsstudie valdes fyra personer med demenssjukdom från fyra olika äldreboende med videoinspelning. (Ragneskog, Asplund, Kihlgren & Nordberg, 2001) har i sin studie använt sig av nyinspelad klassisk musik samt havsljud som omvårdnadsåtgärd och bekräftar att deltagarna mer eller mindre påverkas av musiken. I studien framkom även att deltagarna som hade svårare grad av demens inte hade reducerad inverkan på agiterande beteende under musiksessionerna (Ragneskog *et al*, 2001). Videoinspelningarna ägde rum i enskilda rum under musiksessionerna. Under videoinspelningarna blev en av deltagarna irriterad och det visade sig att deltagaren blev besvrad när opera spelades eller vid lugn musik. I Ragneskogs *et al* (2001) studie reagerade en av deltagarna med minskat agiterat beteende när barnmusik spelades, två andra deltagare visade också reducerat aggressivt beteende då välkänd musik sjöngs eller spelades. När deltagarna i studien inte reagerade på musik tolkade vårdpersonalen i studien att trolig orsaken till detta möjligen kan vara att musiken var för hög eller att deltagarna inte kände igen

musiken. Vårdpersonalen kan minska agitation vid demens om man hittar musik som passar den enskilda personen (Ragneskogs *et al* ,2001).

I en randomiserad kontrolleradstudie av Bellelli *et al* (2010) var syftet att bedöma om musikterapi var en effektiv behandling för att minska BPSD. Försökspersonerna i studien lyssnade på musik, kommunicerade med varandra och befann sig även i ett socialt sammanhang. De beteendestörningar som mättes var agitation, depression, vanföreställningar, oro, apati, irritation, nattliga beteendestörningar. Studiens deltagare fick musikterapi vid flera tillfällen dessutom i samband med vanlig omvårdnad, medan kontrollgruppen fick endast omvårdnad. Det visade sig att musikterapi har positiv effekt på beteendestörningar. Dessa beteendestörningar förbättrades signifikant i både kontrollgruppen och experimentgruppen. En viktig skillnad mellan grupperna var att det visade en stor minskning av beteendestörningar hos experimentgruppen i slutet av studien.

Studierna Ragneskogs *et al* (2001), Bellelli *et al* (2010) visar att musik har en avkopplande och god effekt för att lindra BPSD samt är ett bra sätt för demens patienter att kommunicera med varandra. Dock tyder resultaten av dessa studier på att effekten är större om musiken anpassas till den demenssjuke personens önskemål och smak.

I en svensk studie av Pablo-Bengtsson & Ekman (2000) belystes fenomenet dans som en omvårdnadsåtgärd för patienter på demensboende, detta för att få en djupare förståelse för dansens betydelse i vården, då dans används frekvent i dagens praktiska omvårdnad. Tidigare studier har visat att dans blir ett tillfälle där patienterna med demenssjukdom kan känna glädje och får möjlighet att skratta tillsammans. Dansen väcker kreativitet hos deltagarna samtidigt som den aktiverar dem. Forskarna intervjuade totalt sju omvårdnadspersonal i åldersspannet 37-63. I studien kom man fram till att omvårdnadspersonalen inte upplevde att danstillställningar ingick i deras dagliga arbete. De upplevde det som ett tidskrävande extra arbete som krävde flexibilitet och omfördelningar. Deltagarna uttryckte att svårigheten låg i den rådande personalbristen. Man behövde vårdpersonal som förde patienterna till danstillställningarna och sedan höll uppsikt, något som skulle ta tid från viktigare omvårdnadsarbete. I studien kom man fram till att danstillställningarna skapade nya aktiviteter på avdelningen och bidrog till möjligheten till kommunikation och interaktion. Några av dessa aktiviteter var att klä upp sig, välja kläder, välja smycken för kvinnliga patienter med demens, tvätta och håruppsättning, bakning, diskussion och musikspelning på avdelningen. Intervjupersonerna beskrev att de hade långa samtal med några av patienterna i syfte att uppmuntra dem att delta i danstillställningar. Vårdpersonalen uppgav att det känslomässiga välbefinnandet ökade kraftigt och att patienterna upplevdes gladare och

lyckligare under danstillställningen. De konstaterade att denna ökning av känslomässigt välbefinnande hade en uppenbar positiv inverkan på det fysiska välbefinnandet hos patienterna. Dans skapade spänningar mellan könen, vilket tolkades som normala känslor mellan män och kvinnor. Patienterna var medvetna om de sociala normer och regler som finns i dansen, något som gjorde att kvinnliga patienter inte ville dansa med de kvinnliga vårdgivarna. Intervjupersonerna konstaterade att danstillställningarna var ett bra sätt för patienterna att komma ut från avdelningen till en annan miljö och träffa andra. Det ansågs viktigt med personlig kunskap om enskilda patienter och situationsanpassning av dansen till varje enskild individ, till exempel genom att tillåta kvinnliga patienter leda dansen när de ville det. De var tvungna att vara noga med att ge varje person lika mycket tid, och lika viktig var kunskapen om verbal och icke-verbal kommunikation. Vårdpersonalen var medveten om betydelsen av icke-verbal kommunikation, till exempel sade en omvårdnadspersonal att hon försökte att fokusera på ansiktsuttryck och ögonkontakt i de situationer verbal kommunikation inte räckte till. Beröring och kramar beskrevs också som ett effektivt icke-verbalt sätt att kommunicera. Användningen av humor och glädje beskrevs av omvårdnadspersonalen som viktigt, och i sin roll som omvårdnadspersonal kunde vårdgivaren sprida glädje och lycka på ett aktivt sätt. De noterade också att patienter med demenssjukdom blev lugnare och gladare när omvårdnadspersonalen var avslappnad och var på gott humör. Under intervjuerna framkom även att vissa typer av danstillställningar kunde orsaka social oro hos vissa individer om de kände krav på prestation, när danstillställningarna var mindre och i samband med kaffeservering, kunde de patienter som inte ville dansa delta passivt genom att titta på och njuta av musiken medan de fikade. På detta sätt kunde de undvika pressade situationer och fortfarande känna tillhörighet. Dansen medför att patienterna upplevde meningsfullhet, gruppstillhörighet och verklig existens. Sammanfattningsvis kom författarna fram till att dans, sång och musik ökar välbefinnandet hos patienter som lider av demens på olika sätt. Det kan ses som en omvårdnadsåtgärd som tar tillvara på friska aspekter av den sjuka människan men också utvecklar dessa.

I en studie av Pablo-Bengtsson, Ekman & Winblad (1998) undersökte man vilken funktion och inverkan dans har på patienter med demenssjukdom, i ett försök att få en bättre förståelse för användningen av dans som en omvårdnadsåtgärd på särskilda boenden. Studien genomfördes på ett särskilt boende för dementa i Stockholm och sex patienter med demenssjukdom deltog i studien där deltagarna följdes med videoinspelning under fyra danstillställningar. Två av deltagarna var män och fyra kvinnor alla i åldersspannet 76-88år. Danstillställningarna som varade i 45 minuter hölls i en större festlokal på förmiddagarna en

gång i veckan. Där deltog mellan 20 till 50 personer från olika avdelningar. Musiken som spelades av ett lokalt band utgjordes mestadels av foxtrot, tango och vals. Deltagarna hade även möjlighet att framföra önskemål.

Det kvalitativa materialet samlades in genom videoinspelningar och analyserades med deduktiv innehållsanalys med hjälp av GBS rating scale, ett vanligt mätinstrument för bedömning av BPSD, detta för att få en förståelse för vilken stadium av demens deltagarna befann sig i samt för att få en förståelse för vilka förutsättningar och motsättningar sjukdomen medförde deras möjlighet till dans. GBS rating scale genomfördes av den vårdpersonal på boendet som kände patienterna bäst, detta för att uppnå ett så tillförlitligt resultat som möjligt.

Studien kom fram till att musiken och rytmen aktiverade patienterna spontant vilket sågs som något positivt. De följde sociala regler och normer för dansen. Detta tolkades som att de aktiverades intellektuellt. Även närminnet aktiverades då de var tvungna att komma ihåg sin position på dansgolvet i förhållande till deras könsfördelade plats i rummet, eftersom mannen bjöd upp och eskorterade sin danspartner tillbaka. Även långtidsminnet aktiverades då patienterna kunde komma ihåg sociala mönster, gamla sånger och melodier. Dansen medförde även att patienterna blev alerta och ökade deras koncentrationsförmåga, då de försökte hålla kontroll över sin egen dans men också upprätta sociala relationer mellan andra deltagare. Musiken ökade deras uppmärksamhet och koncentration gentemot danspartnern. Reaktionsförmågan sattes även på prov då tempot och rytmen ändrades ständigt. Dansen i sig upplevdes som meningsfull av patienterna. Dansen hade en emotionell påverkan på deltagarna. De var oftast glada men även negativa känslor kunde identifieras. Dansen och musiken gjorde att patienterna kände spänning, förväntan och upplevdes som glada samt att de kunde känna tillfredsställelse. De skrattade och log stora delar av dansen. De positiva känslorna påverkade även kommunikationen till att bli mer öppen och varm. Dansen bidrog till att patienterna blev mer sociala och vågade ta kontakt med varandra. Under dansen uppvisade några av patienterna BPSD. De vanligaste var förvirring, irritabilitet, orolighet vilket förklarades vara situationsbundet.

Författarna drog slutsatsen att dans som en omvårdnadsåtgärd var en bra aktivitet för att aktivera patienterna fysiskt. Dansen stärkte den personliga samt den kulturella identiteten och stimulerade patienterna till kommunikation och uppsökandet av nya kontakter, vilket ansågs bra då många som lider av demens förlorar sin sociala roll och kompetens. Vilket i sin tur kan leda till att patienten blir isolerad och sårbar i omvårdnadssituationer. Dansen hade även en positiv inverkan på minnet då den stimulerar inlärningsförmågan, eftersom patienter med demens får en försämrad inlärningsförmåga samt försämrat minne. Detta förklara varför dans

används som en omvårdnadsåtgärd, men det kräver en del kännedom om individerna och deras behov. Dansen bidrog till att patienterna bevarade motorisk, intellektuell och emotionell förmåga och därför kan dans rekommenderas som en omvårdnadsåtgärd vid demenssjukdom.

8.4 Beröring som en omvårdnadsåtgärd

Två utav de valda resultatartiklarna motiverar användandet av beröring som en omvårdnadsåtgärd i arbetet med patienter som uppvisar BPSD. Doherty, Stephen, Aveyard (2006) visade i en studie med strukturerade intervjuer som utvecklades med frågeformulär och skickades ut till fler än 40 anställda. Undersökningen visade att effekterna av massage/beröring hos personal som har erhållit utbildning i berörings teknik. Bland personalen svarade 26 av 32 personer, att de starkt höll med om att massage/beröring gynnade patientens välmående och dessutom att upplevde personalen att relationen till personer med demens stärktes genom beröring. Resultatet av undersökningen tyder på minskad agitation och bättre sömn hos personer med demens. Personalen ansåg att terapeutisk beröring gav dem ett annat tillvägagångssätt att kommunicera med patienter med demens som de inte längre kunde kommunicera muntlig med. Att lära en ny färdighet hade också setts som något värdefullt för att nå fram till personer med demens på en känslomässig nivå. Vårdpersonalen i studien ansåg att beröring var en lätt metod att lära sig och var lätt att använda på personer med demens, eftersom det enda som behövdes var vårdarens händer (Doherty, Stephen, Aveyard ,2006).

I en randomiserad studie deltog 57 personer i åldersspannet 67-93 år och uppvisade BPSD (Craven, Whitney, Woods, 2005). Ett urvalskriterium för studien var att deltagarna var måttligt till svårt demenssjuka och uppvisade BPSD. Deltagarna var bosatta på särskilda boenden för dementa. Omvårdnadsåtgärden bestod av terapeutisk beröring två gånger dagligen under 5-6 minuter i tre dagar. Studien kom fram till att agitationen minskade och ångesten dämpades med hjälp av beröring. Craven, Whitney, Woods (2005) förespråkar terapeutisk beröring som en icke- farmakologiska omvårdnadsåtgärd med klinisk relevans i kampen mot BPSD. Då medicinsk behandling kan minska livskvaliteten med skadlig biverkning

Woods *et al.* (2005) & Doherty, Stephen, Aveyard (2006) kunde se att beröring minskade BPSD samt gjorde att miljön på avdelningen blev mer fridfull då beröring som omvårdnadsåtgärd började användas. Studien kom även fram till att beröring minskade stress och orolighet hos både personalen och deltagarna. Det gjorde även att vårdrelationen blev stärkt.

9 Diskussion

Diskussionen presenteras i två delar, dels en metoddiskussion och dels en resultatdiskussion. Som underlag för resultatdiskussionen har författarna valt att använda sig av Erikssons omvårdnadsteori med fokus på begreppet lidande.

9.1 Metoddiskussion

I genomförandet av litteraturstudien har vetenskapliga artiklar som publicerats på engelska använts som underlag. Fördelen med detta tillvägagångssätt är att man använder sig av redan befintlig forskning vilket medför att materialet är relativt lättillgängligt. I och med detta föreligger dock risk för feltolkning eller övertolkning när materialet översätts och processas vilket kan medföra att relevant information går förlorad.

Det var en grannliga uppgift att finna artiklar som motsvarade på vårt syfte för att BPSD är ett omfattande begrepp som innefattar ett flertal symtom. Svårigheten ligger i att majoriteten av artiklarna på området behandlade enbart ett symtom per artikel. För att på ett bra sätt kunna uppnå på syftet hade ett större antal artiklar behövts som underlag. Dessutom dominerades ämnesområdet av symtomet aggressivitet, vilket gjorde det svårt att hitta artiklar som berörde övriga BPSD samt ökade risken för att resultatet blev snedvridet, till att snarare beskriva omvårdnadsåtgärder vid aggressivitet hos patienter med demens. Även en svårighet har varit att det valda ämnesområdet är sparsamt belyst samt att ämnesområdet fram till idag dominerats av ett farmakologisk och medicinskt förhållningssätt. Det hade varit önskvärt att göra en litteraturoversikt baserad på enbart studier i en nordisk kontext samt inom en tidsintervall på fem år då vetenskapligt material anses vara färskvara. Detta var inte möjligt till följd av ovanstående begränsningar.

I valet av resultatartiklar har författarna valt att inte enbart begränsa sig till sjuksköterskans profession detta för att få ett resultat som är mer representativ för verkligheten, då omvårdnadsåtgärderna vid BPSD idag utförs av all vårdpersonal.

Författarna har valt att använda sig av begreppet patient i benämningen av personer med demenssjukdom. Detta för att beröra en bredare grupp som lider av BPSD. Patientbegreppet innefattar även dem som vårdas i hemmet, slutenvården eller på särskilt boende. Dessutom gör ett användande av begreppet att texten blir mer enhetlig samt förståelig. Författarna är medvetna att patientbegreppet kan uppfattas marginaliserande.

Valet av begreppet lidande som teoretisk utgångspunkt och underlag för resultatdiskussion har fungerat väl. Teorin som använts har gett författarna en ökad förståelse för det lidande

som patienter med demenssjukdom erfar vid BPSD samt lidandet som vårdpersonal känner i arbete med patientgruppen. Lidande har varit ett relevant begrepp då syftet var att undersöka omvårdnadsåtgärder. Generellt är målet med all omvårdnad att minska just lidande och främja hälsa. Dock har det stundtals varit svårt att förstå Erikssons omvårdnadsteori då den är av filosofisk natur.

9.2 Resultatdiskussion

Syftet med studien har varit att beskriva omvårdnadsåtgärder som vårdpersonal kan använda i arbetet med patienter som uppvisar beteendemässiga och psykiska symptom vid demenssjukdom. Efter bearbetning av materialet identifierades fyra kategorier, dessa var utbildning, personcentrerad omvårdnad, dans och musik samt beröring. Som syftet antyder har författarna intresserat sig för omvårdnadsåtgärder mot BPSD, då det i dagsläget inte finns något botemedel mot demenssjukdom avser omvårdnaden att minska lidande och främja hälsa (Socialstyrelsen, 2010). På detta sätt blir lidande ett väsentligt begrepp i diskussionen kring omvårdnadsåtgärder mot BPSD och diskuteras här utifrån omvårdnadsteoretikern Erikssons sätt att se på begreppet. Eriksson (1993) gör en indelning av begreppet lidande i Sjukdomslidande, vårdlidande och livslidande. Sjukdomslidande är en känsla av obehag som är fysisk och/eller psykisk. Fysiskt lidande innebär kroppsligt obehag. Psykiskt lidande härstammar från psyket och framkallar känslor som ångest, desperation och/eller likgiltighet. Vårdlidande enligt Eriksson (1994) innebär att patienten far illa i vården till följd av kränkning av patientens värdighet, fördömande, straff, maktutövning och/eller utebliven vård. Okunskap kan medföra att patienten utsätts för inadekvat vård eller utebliven vård vilket medför ett vårdlidande för patienten. Livslidande kan innebära allt från ett hot mot ens totala existens till en förlust av möjligheter att fullfölja olika sociala uppdrag. Livslidande är det lidande som är relaterat till allt vad det kan innebära att leva exempelvis att vara människa bland andra människor (Eriksson, 1994).

9.2.1 Utbildning påverkan på lidande

I resultat framkom att utbildning gav vårdpersonalen en ökad kunskap och förståelse för BPSD vilket medförde att de blev säkrare i sitt arbete och skickligare på att uppmärksamma, identifiera samt hantera BPSD hos patientgruppen (Khan & Curtice, 2011). Således kan utbildning ses som en förutsättning för att lindra och förebygga sjukdomslidande. För att undvika vårdlidande är det av betydelse att utbilda personal då en ökad kunskap medför att patientens värdighet bejakas och vårdpersonalens förståelse för patienten ökar. Utbildningen

kan minska vårdlidande genom att omvårdnadspersonal ej längre utsätter patienten för sanktioner i form av straff, maktutövning eller fördömelse i samband med att patienten uppvisar oönskade beteenden, då utbildning medför en ökad förståelse för BPSD.

9.2.2 Påverkan personcentrerad omvårdnad har på lidande

I resultatet framkom att personcentrerad omvårdnad minskar risken för BPSD (Barrick *et al*, 2004) & (Blackmore, Farrell, Matthews, 1995). Detta för att Personcentrerad omvårdnad tar tillvara på individens önskemål och har större möjlighet att uppfylla dennes behov.

Exempelvis fick patienterna i Blackmore, Farrell, Matthews (1995) studie i så lång utsträckning som möjligt påverka sin vardag, genom att själva få välja när de ville äta, duscha, stiga upp och lägga sig. Detta visade sig minska risken för BPSD vilket tolkades som att personcentrerad omvårdnad gjorde att situationer där patienten erfar förnedring, skam eller skuld kunde undvikas. Vilket gör att personcentrerad omvårdnad kan ses som ett bra sätt att minska vårdlidande men också livslidande. Eftersom personcentrerad omvårdnaden i detta fall, bidrar till en viss autonomitet vilket utgör en grundsten för att känna sig som en människa bland andra. För att minimera risken för att patienten utsätts för ett onödigt vårdlidande blir omvårdnadspersonalens patientkännedom betydelsefull, något som även lyfts av artikelförfattarna.

9.2.3 Dans och musik påverkan på lidande

Omvårdnadsåtgärden dans och musik kan förebygga men också främja sjukdomslidande och livslidande. Resultat visar på att patienter kan uppleva en ökad social gemenskap vilket stimulerade patienterna och gjorde dem lyckligare (Pablo-Bengtsson & Ekman 2000). Detta tolkas som att Dans och musik minskade sjukdomslidande genom att bevara de funktioner som annars faller bort till följd av demenssjukdomen. Dessutom motverkas risken för livslidande då patienten kan känna social gemenskap. I och med att demenssjukdomen medför bortfall av fysiska, kognitiva och sociala förmågor kan situationer uppstå där patienten inte längre kan känna sig delaktig och blir således lidande. Exempelvis torde en rullstolsburen patient kunna känna utanförskap och ensamhet under en danstillställning vilket ger upphov till ett sjukdomslidande och livslidande. Även musiken kan främja goda minnen men likaså frambringa negativa känslor om patienten inte känner igen musikstycket och blir mer desorienterad (Ragneskog *et al*, 2001) vilket kan kopplas till psykiska aspekten av sjukdomslidande.

9.2.4 Beröring i relation till lidande

I resultatet studier framkom det att beröring kan vara ett bra sätt att minska BPSD då beröring minskade stress och orolighet hos både personalen och patienterna (Woods *et al*, 2005) & (Doherty, Stephen, Aveyard, 2006). På detta sätt blir beröring ett effektivt sätt att minska sjukdomslidande för att BPSD i sig självt kan ses som ett sjukdomslidande då det ger upphov till känslor av obehag fysiskt så som psykiska. Beröring som omvårdnadsåtgärd kan utgöra en risk för att patienten drabbas av ett vårdlidande. Eftersom beröring är något intimt vilket kan tolkas som en trygghetsgivande handling men har också en sexuell dimension vilket lätt kan misstolkas av den demenssjuke (Doherty, Stephen, Aveyard, 2006), detta kan medföra att patienten utsätts för ett vårdlidande då denne upplever situationen som intimitetskränkande.

10 Konklusion och förslag till vidare litteraturstudier

Resultatet visar att utbildning är en viktig förutsättning för att bedriva god vård för patienter som uppvisar BPSD. Utbildning medför att vårdpersonal blir tryggare och mer handlingskraftiga i mötet med patienterna och deras närstående (Khan & Curtice, 2011). Utbildning kan minska typiska BPSD så som oro, ångest, förvirring samt depression men också vårdlidande i dess tre olika former (Khan & Curtice, 2011) & (Asplund, Norberg, Kihlgren & Ragneskog, 2001). Sjuksköterskan spelar en nyckelroll i dessa verksamheter och har uppgiften att finna och implementera handlingsstrategier för att förbättra situationen och motverka uppkomsten av BPSD. En personcentrerad omvårdnad visade sig vara betydelsefullt i arbetet med patienter som uppvisar BPSD detta för att BPSD kan gestalta sig på olika sätt från individ till individ (Barrick *et al*, 2004). Genom att implementera personcentrerad omvårdnad kan vårdpersonal minska förekomsten av BPSD. Dessutom måste omvårdnadspersonal vara lyhörda och bemästra både verbal och icke-verbal kommunikation för att kunna ge bästa möjliga vård. Musik och dans har visat sig minska och förebygga BPSD samtidigt som den visats sig stimulera och bevarat egenskaper som annars faller bort i samband med demenssjukdom (Ragneskog *et al*, 2001). Dansen stimulerar patienterna både fysiskt och psykiskt samt tillför glädje och förändring i vardagen. Den stimulerar till gemenskap samtidigt som koordination och sociala förmågor ställs på prov (Ragneskog, Asplund, Kihlgren & Nordberg, 2001). Det föreligger dock risk för lidande i samband med omvårdnadsåtgärder vilket ställer krav på omvårdnadspersonal att vara lyhörd och kunna läsa av situationer. Vidare har beröring visat sig vara en bra omvårdnadsåtgärd för att minska agitation och dämpa ångest, två typiska BPSD symtom. Samtidigt har beröring egenskapen att stärka vårdrelationer och minska stress och orolighet hos både personal och patient (Woods *et*

al, 2005) & (Doherty, Stephen, Aveyard, 2006). Alla dessa omvårdnadsåtgärder bör ligga till grund för god omvårdnad vid BPSD. Då litteraturen på området sparsamt belyser effekten av kombinationsbehandlingen anser författarna att vidare studier är önskvärda inom detta ämnesområde, då denna typ av behandling förespråkas i dagsläget.

11 Implikation

Denna litteraturstudie belyser omvårdnadsåtgärder som vårdpersonal kan använda i mötet med patienter som uppvisar BPSD. Studien kan användas som ett potentiellt kunskapsunderlag av framförallt vårdpersonal i mötet med patienter som lider av BPSD. Materialet kan användas som ett överskådligt dokument där omvårdnadspersonal kan inhämta aktuell kunskap på området samt finna relevanta omvårdnadsåtgärder som kan utgöra ett komplement till en medicinskbehandling för dessa patienter i den egna verksamheten. Förhoppningen är att litteraturstudien kan inspirera till fördjupningsarbeten samt empiriska studier i ämnet, som kan tillföra en kunskapsutveckling på området, där redan befintliga kunskaper förädlas och nya omvårdnadsåtgärder tas fram i hanterandet av BPSD.

Referensförteckning

*Artiklar som ingår i bakgrunden.

**Artiklar som ingår i analysen

*Abdel-Tawab, Bishara, Howard. (2009). Expert opinion on the management of behavioural and psychological symptoms of dementia (BPSD) and investigation into prescribing practices in the UK *International journal of geriatric psychiatry* 24, 944–954.

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

**Aveyard, B., Doherty, D., Sykes, M., Wright, S. (2006). Therapeutic touch and dementia care: an ongoing journey. *Nursing older people* 18(11), 27-30.

Backman, J. (2008). Rapporter och uppsatser (2 uppl.).
Lund: Studentlitteratur.

**Barrick, A.L., Hoeffler, B., Koch, G., McKenzie, D., Mitchell, M., Rader, J., Rasin, J., Sloane, P., Stewart, B., Talerico, K.A., Zink, R. (2004). Effect of person-centered showering and the towel bath on bathing-associated aggression, agitation, and discomfort in nursing home residents with dementia: A randomized, controlled trial. *American Geriatrics Society* 52(11), 1795-1804.

**Bellelli, G., Gentile, S., Gianotti, M., Raglio, A., Trabucchi, M., Tranficante, D., Villani, D., Ubezio, M.C. (2010). Efficacy of music therapy treatment based on cycles of sessions: A randomised controlled trial. *Aging & Mental Health* 14(8), 900–904.

**Blackmore, A.M., Farrell, G., Matthews, E. (1996). Effects of an environmental manipulation emphasizing client-centred care on agitation and sleep in dementia sufferers in a nursing home. *Journal of Advanced Nursing* 24, 439-447.

**Craven, R.F., Whitney, J., Woods, D. L. (2005). The effect of therapeutic touch on behavioral symptoms of persons with dementia. *Alternative Therapies* 11(1), 66-74.

Eriksson, S., Minthon, L., Moksnes, K.M., Saarela, T., Sandman, P.O., Snaedal, J., Karlsson, I., Referensgruppen for BPSD. (2000) *BPSD i ett nordiskt perspektiv*. Sollentuna: Janssen-Cilag AB.

Eriksson, K.(1994). *Den lidande människan*.
Stockholm: Liber AB.

Eriksson, K.(1993). *Möten med lidande*.(Red.)(3uppl.).
Åbo: Åbo Akademis tryckeri.

Dahlberg, K., Segesten, K., Nyström, M., Suserud, B.O & Fagerberg, I.(2003) *Att förstå vårdvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.

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

Friberg, F. (2006) *Dags för uppsats – Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (Red.), Lund: Studentlitteratur.

*Finkel, S.I., Costa a Silva, J., Cohen, G., Miller, S., Sartorius, N. (1996) Behavioral and psychological signs and symptoms of dementia: a consensus statement on current knowledge and implications for research and treatment. *Int Psychogeriatr* 1996;8 Suppl 3:497-500.

Gulmann, N.C. (2003). *Gerontopsykiatri*. I E. Gulmann Nils Christian (Red.), Lund: Studentlitteratur.

Hjälmblick, U-B., & Roth, A. (2010). *Så jobber vi I – BPSD teamet*. Helsingborg: Lundbeck AB

**Khan, F., Curtice, M. (2011). Non-pharmacological management of behavioural symptoms of dementia. *British Journal of Community Nursing*, 16(9), 441-449.

*Kihlgren, M. & Skovdahl, K. Vårdinsatser vid BPSD – förhållningssätt och behandling (Elektronisk). (2008) Tillgänglig: http://www.lakemedelsverket.se/upload/halso-och-sjukvard/behandlingsrekommendationer/BPSD_bakgrund_webb.pdf (2012-03-29).

Kirkevold, M., Brodtkorb, K., Høyen-Ranhoff, A. (2010). *Geriatrisk omvårdnad – God omsorg till den äldre patienten*. Stockholm: Liber AB.

*Livingston G, Johnston K, Katona C, Paton J, Lyketsos CG. (2005). Systematic review of psychological approaches to the management of neuropsychiatric symptoms of dementia. *Am J Psychiatry* 162: 1996–2021.

*Luxenberg, J. (2000). Clinical Issues in the Behavioural and Psychological symptoms of dementia. *International journal of geriatric psychiatry* 15, 5-8.

**Palo-Bengtsson, L., Ekman, S.L. (2000). Dance events as a caregiver intervention for persons with dementia. *Nursing Inquiry*, 7(3), 156–165.

Ragneskog, H. (2011) *Omvårdnad och Omsorg vid demens*. Göteborg: Printema Förlag.

Skovdahl, K. (2004) *Krävande beteenden i samband med demens – förekomst och olika förhållningssätt*. Lindesberg: Bergslagens grafiska AB.

Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2006). *Sammanfattning av SBU:s rapport om: Demenssjukdomar - En systematisk litteraturöversikt*. Stockholm: Författaren.

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

Socialstyrelsen. (2009). *Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom 2019: stöd för styrning och ledning*. Stockholm: Författaren.

M, Skog.(2010) *Råd till dig som möter patienter med demenssjukdom*. Stockholm: Stockolms läns landsting.

Bilaga 1 - Matris över analyserade resultatartiklar.

Artikel NR	Författare	Titel	År, land och Tidskrift	Syfte	Metod	Resultat
1	Palo-Bengtsson, L., Ekman, S.L.	Dance events as a caregiver intervention for persons with dementia	1999, Sverige Nursing Inquiry Vol. 2000(7): 156-165	Att belysa fenomenet dans som en omvårdnadsåtgärd för personer med demens på särskilt boende.	Kvalitativ, fenomenologisk Intervjustudie med video inspelning. 7 vårdgivare (kvinnor) i 37-63 års ålder. Dataanalys: Materialet har analyserats med fenomenologisk metodologisk innehålls analys.	Resultatet presenteras i fem teman. Att skapa och förbereda olika typer av aktiviteter med anknytning till danstillställningar, skapa positiva fysiska och känslomässiga välbefinnande och att ge möjligheter till miljö byte och vara tillsammans med andra patienter.
2	Khan, F., Curtice, M.	Non-pharmacological management of Behavioural symptoms of dementia	2011 Storbritannien British Journal of Community Nursing; Vol. 16(9): 441-449.	Att få en fördjupad försägelse för demens i hemmet, antipsykotiska medicinering samt icke-farmakologiska omvårdnadsåtgärder i hanteringen av BPSD.	kvantitativ, pilot studie, Enkätstudie där frågeformulär utformades. Fyra vårdhem valdes, studien pågick i sex månader (24 möten), totalt 59 patienter deltog i studien. Dataanalys: materialet analyserades statistiskt.	Resultatet visade att regelbundna uppföljningar av medicinering, speciellt antipsykotiska samt att ge personalen kunskap och information om hantering av agitation har get positiva inverkan på patienter

Artikel NR	Författare	Titel	År, land och Tidskrift	Syfte	Metod	Resultat
						med BPSD
3	Bellelli, G., Gentile, S., Gianotti, M., Raglio, A., Trabucchi, M., Tranficante, D., Villani, D., Ubezio, M.C.	Efficacy of music therapy treatment based on cycles of sessions: A randomised controlled trial.	2010, Italien, Aging & Mental Health, Vol. 14(8):900–904	Syftet med studien var att undersöka effekten av musikterapi på problembeteende hos svårt dementa personer.	Kvantitativ, Randomiserad kontrollerad studie. 60 vårdtagare med svår demens från fem äldreboende deltog i studien. Där mätinsinstrumenten, Mini mental state examination (MMSE), Barthel index och neuropsykiatrisk inventory (NPI) används. Dataanalys: Materialet analyserades statistiskt med hjälp av SPSS version 15.	Data som tagits fram I studien motiverar för en ickefarmakologisk behandling. Musikterapi kan ha avkopplande effekt dessutom förbättra BPSD. I musikgrupperna lyssnade vårdtagarna på musik samt kommunicerade med varandra med hjälp av musiken . Detta jämfördes därefter med kontrollgruppen där ”vanligt” omvårdnad utfördes.
4	Aveyard, B., Doherty, D., Sykes, M., Wright, S.	Therapeutic touch and dementia Care: an ongoing journey.	2006 Storbritannien Nursing older people Vol 18 no 11	Syftet med studien var att undersöka personalens attityder vid beröring av personer med demens	Kvalitativ studie, semi-strukturerade intervjuer med en fokus grupp sedan vidare utvecklades med enkät som skickades ut till 40	Resultaten från intervjuer och enkäter visade att personalen var positiva till terapeutisk beröring

Artikel NR	Författare	Titel	År, land och Tidskrift	Syfte	Metod	Resultat
				sjukdom och undersöka effekten på deras beteende.	anställda. Dataanalys: intervjumaterialet analyserades kvalitativt.	och främjar patientens välbefinnande.
5	Craven, R.F., Whitney, J., Woods, D. L.	The effect of therapeutic touch on behavioral symptoms of persons with dementia.	2005 Förenata staterna Alternative Therapies Vol. 11 NO. 1: 66 - 74	Syftet med studien var att undersöka effekten av terapeutisk beröring och påverkan på beteende mässiga symptom på personer med demens	En randomiserad, kvantitativ tre-grupp experimental studie 57 deltagande mellan ålder 67-93 år som uppvisar beteende mässiga symtom på demens. Mätinstrument som användes var Modified Agitated Behavior Rating Scale (ABRS) samt Mini Mental State Examination (MMSE) Dataanalys: materialet analyserades statistiskt med hjälp av ANOVA samt Kruskal-Wallis test.	Personalen ansåg att terapeutisk beröring kan användas för att minska beteendemässiga symtom hos demens sjuka personer.
6	Barrick, A.L., Hoeffler, B., Koch, G., McKenzie, D., Mitchell, M., Rader, J., Rasin, J., Sloane, P., Stewart, B., Talerico, K.A., Zink, R	Effect of Person-Centered Showering and the Towel Bath on Bathing-Associated Aggression, Agitation, and Discomfort in Nursing Home Residents with	2004 Förenata Staterna American Geriatrics Society. Nov 2004; 52(11):1795–1804.	Syftet med studien var att undersöka effekten av person centrerad duschning och säng badning som metod för att reducera agitation, aggressivitet och obehag hos personer med demenssjukdom.	Kvantitativ, en randomiserad kontrollerad studie som genomfördes på 15 demensboenden och innefattade totalt 69 försökspersoner i ålder 65 eller äldre som uppvisade agitation. Dessa indelades i två studiegrupper samt en kontrollgrupp. Badtillfällena videofilmades och beteenden	Person-centrerad duschning och säng badning visade sig vara säkra och effektiva metoder får att reducera aggressivitet, agitation samt obehag.

Artikel NR	Författare	Titel	År, land och Tidskrift	Syfte	Metod	Resultat
		Dementia: A Randomized, Controlled studie.			analyserades. Dataanalys: Analysen genomfördes utifrån Wilcoxon's rangsummetest, Fishers exakta test.	
7	Blackmore, A.M., Farell, G., Matthews, E.	Effects of an environmental manipulation emphasizing client-centred care on agitation and sleep in dementia sufferers in a nursing home.	1996 Australian Journal of Advanced Nursing, 1996,24,439-447	Att undersöka effekter av miljö på agitation hos patienter med demens samt vilken inverkan denna förändring har på deras sömn	Kvantitativ, Studien är en longitudinal fyra fas studie. 33 boende i 65 års eller äldre som bodde på sjukhem deltog i studien BPSD mättes 4/ggr dagligen i 12 veckor. bedömningsinstrumenten Cohen-Mansfield agitation inventory (CMAI) samt dementia mood DMAS används för insamling av data. Dataanalys: Analysen genomfördes statistiskt.	Person centrerad omvårdnad, hemlik miljö, och bekanta livsstil har visat minska vissa aggressiva beteende ibland verbalt aggressivt beteende
8	Asplund, K., Kihlgren, M., Norberg, A., Ragneskog, H.	Individualized music played for agitated patients with dementia: Analysis of video-recorded sessions.	2001 Sverige International Journal of Nursing Practice Vol 7: 146–155	Syftet med studien var att undersöka om individualiserad musik kan användas som en omvårdnadsåtgärd.	Kvalitativ, Musikinspelningar analyserades med hjälp av systematiska observationer, videoinspelning samt kassettbandspelare. Deltog 4 patienter i studien. Dataanalys: Materialet analyserades med systematisk observationsmetod där med	Resultatet av denna studie har visat att individuell musik kan vara ett sätt att minska agitation hos personer som lider av måttlig till svår demens.

Artikel NR	Författare	Titel	År, land och Tidskrift	Syfte	Metod	Resultat
					fokus på valda segment.	
9	Palo, Bengtsson L Winblad B, Ekman SL	Social dancing: a way to support intellectual, emotional and motor functions in persons with dementia.	1998 Sverige Journal of psychiatric and mental health Vol 6: 545-54	Syftet var att ta reda på hur personer med demens fungerar i sociala dans sessioner	Kvalitativ studie, sex personer med demens sjukdom har videofilmades under fyra dans sessioner i en sjukhem. För att förstå orsakerna bakom användandet av social dans som omvårdnadsåtgärd. Anlysmetod: Deduktiv innehållsanalys med utgångspunkt i GBS.	Resultatet visade att social dans var stödjande och verkade ha en mening för både patienter och deras vårdare. Social dans verkar vara en omvårdnadsåtgärd som stöder patienternas positiva känslor, beteende och kommunikation. Dessutom ökade personalens förståelse för patienternas olika nivåer av demens och helheten i situationen var av stort betydelse.

Bilaga 2 - Sökschema för databaserad litteratursökning.

Sökning NR	Databas	Datum	Sökord, boolesk operatör (and, or, not)	Begränsningar	Typ av sökning exempelvis (fritext, nyckelord)	Antal träffar/antal utvalda artiklar	Artikel nr
1	CINAHL	2012-04-13	(MM"Dementia") AND (MM"Nursing Interventions")	Publiceringsdatum (20000101- 20120431), Peer Reviewed.	Avancerade sökning.	12/1	NR: 1.
2	CINAHL	2012-04-13	(MM"Dementia")AND (MM"behavioral Symptoms")	Publiceringsdatum (20000101- 20120431), Peer Reviewed.	Avancerade sökning.	103/3	NR: 2,3.
3	CINAHL	2012-04-13	(MM"Dementia") AND (MM"Therapeutic touch")	Publiceringsdatum (20000101- 20120431), Peer Reviewed.	Avancerade sökning.	16/2	NR:4,5.
4	CINAHL	2012-04-19	(MM"Dementia") AND (MM "Agitation") OR (MM "Psychomotor Agitation")	Peer Reviewed.	Avancerade sökning.	200/3	NR: 6,7,8
5	CINAHL	2012-05-05	(MM"Dementia") AND (MM "Dance")	Peer Reviewed.	Avancerade sökning.	40/1	NR :9