

KAFFEKALAS ISTÄLLET FÖR LUGNANDE MEDICIN

EN LITTERATURSTUDIE OM
OMVÅRDNADSÅTGÄRDER SOM ALTERNATIV
TILL LÄKEMEDEL HOS DEMENTA PATIENTER

CARINA OLSÉN
CHRISTIAN LINDAHL

Olsén, C & Lindahl, C Kaffekalas istället för lugnande medicin. En litteraturstudie om omvårdnadsåtgärder som alternativ till läkemedel hos dementa patienter. *Examensarbete i omvårdnad 15 högskolepoäng*. Malmö högskola: Hälsa och samhälle, Utbildningsområde omvårdnad, 2009.

Syftet med denna litteraturstudie var att hitta olika omvårdnadsåtgärder som kan ersätta eller reducera läkemedelsbehandling hos dementa patienter. Den medicinska behandlingen syftade på neuroleptika, lugnande och antidepressiva läkemedel. Studien baserades på tio artiklar från tre olika databaser. I resultatet framkom att många omvårdnadsåtgärder minskar agitation/aggressionsbeteenden men också graden av depression. Interaktionen mellan patient och vårdgivare förbättrades genom ökad kommunikation, vilket gav ett förbättrat stämningsläge. Studien visade att patient och anhörig tidigt behöver stöd och rådgivning. Det framkom även ett ökat behov av mer utbildning för vårdpersonal i sättet att arbeta med dementa patienter. Slutsatsen blev att många av de funna omvårdnadsåtgärderna gav ökat välbefinnande, minskad oro och agitation. Detta skulle kunna leda till minskat behov av mediciner. Det har också framkommit att det finns ett fortsatt behov av fler studier inom ämnet.

Nyckelord: agitation/aggression, demens, icke farmakologisk behandling, individuell vård, omvårdnadsåtgärder

TEAPARTY INSTEAD OF SEDATIVE MEDICATION

A LITERATURE STUDY ABOUT NURSING CARE STEPS AS ALTERNATIVES TO DRUG THERAPY IN PATIENTS WITH DEMENTIA

CARINA OLSÉN
CHRISTIAN LINDAHL

Olsén, C & Lindahl, C Teaparty instead of sedative medication.

A literature study about nursing care steps as alternatives to drug therapy in patients with dementia. *Degree Project, 15 Credit Points*. Nursing programme Malmö University: Health and Society, Department of Nursing, 2009.

The purpose of this literary study was to find different care measures that can replace or reduce drug treatment for patients with dementia. The medical drugs referred to neuroleptics, sedatives and antidepressants. The study was based on ten articles from three different databases. In the result it was found that many care measures decrease agitation and aggressive behaviour as well as the degree of depression. The interaction between patient and caregiver improved through increased communication, which resulted in better mood levels. The study showed that patients and their families need support and guidance at an early stage. It was also shown that working with patients with dementia requires more training for the caregiver. The conclusion was, that many of the nurse and care treatments found, increased well-being, reduced anxiety and agitation. This may lead to less medication. It was also noted that there is a need of further studies on the subject.

Keywords: agitation/aggression, dementia, non pharmacological treatment, individual care, care measures.

INNEHÅLLS FÖRTECKNING

INLEDNING	5
BAKGRUND	6
Fysiologi	6
Epidemiologi	6
Etiologi	7
Patofysiologi	7
Symtom	8
Diagnos	8
Behandling	8
Farmakologisk behandling	9
Biverkningar av farmakologisk behandling	9
Icke farmakologisk behandling	10
Anhörigas situation	10
Omvårdnad vid invandrarbakgrund	11
Etiska aspekter för sjukvårdspersonal	11
Lagar och riktlinjer	11
Teoretisk ram	12
SYFTE	12
Definitioner	13
METOD	13
Litteratursökning	13
Artikelsökning	13
Inklusions- och exklusionskriterier	14
Analysmetod	14
RESULTAT	14
Medverkan	15
Sjuksköterskans sätt att kommunicera	15
Miljö	15
Sång under arbetet och musik till middagen	15
Ljusets påverkan på neuropsykiatriska beteende	17
Terapihundens betydelse för personer med demenssjukdom	17
Skötsel	18
Individuellt utformade strategier vid bad	18
Träning	18
Fysisk träning och promenader för att höja sinnesstämningen	18
Information/undervisning	19
Personalhandledning för vårdtagarens bästa	19
Meningsfull sysselsättning för att förbättra vardagslivet	19
Samordning	20
Vårdhem eller dagvård påverkar sjukdomsförloppet	20

METODDISKUSSION	20
RESULTATDISKUSSION	21
Medverkan	21
Miljö	22
Skötsel	23
Träning	24
Information/undervisning	24
Samordning	25
SLUTSATSER	26
REFERENSER	28

INLEDNING

När en individ blir äldre fungerar kroppen allt sämre, och det gäller även det centrala nervsystemet (Dehlin & Rundgren, 2007). Fram till 30-årsåldern har några tusen hjärnceller förlorats och från medelåldern till livets slutpunkt har hjärnan minskat i volym med 5-10 %. Då en människa till slut nått en ålder av 90 år har så många hjärnceller gått förlorade att hjärnan riskerar att drabbas av kraftiga skador. Vissa äldre personer kan då mista en del av sitt intellekt och förlora förmågan till logiskt tänkande. Detta medför att förmågan till ny inläring och bearbetning av ny information minskar alltefter. Minnet för ny kunskap försämras och det tar längre tid för äldre att lösa problem. Detta tillhör det normala åldrandet. Diagnosen demens tillhör inte det normala åldrandet utan innebär en nedgång i psykiska, intellektuella, sociala och praktiska göromål. Det är en kronisk sjukdom som förändrar hjärnan på olika sätt (a a).

Då minne och kommunikation försämras hos den dementa med ökad aggression/agitation som följd ställer det stora krav på patientens omgivning (vänner, anhöriga, vårdare), (Björlin m fl, 2004). Relationen mellan vårdare, anhöriga och vårdtagare är därför av stor betydelse för en god omvårdnad (a a).

Några läkemedel för att bota sjukdomen demens finns inte utan mediciner används istället för att dämpa symtomen eller för att förbättra den kognitiva funktionen (Björlin m fl, 2004). Många läkemedel har visat sig vara utan effekt och ger ofta biverkningar (Laine, 2008). De kan också minska eliminationen eller öka effekten av andra läkemedel (a a).

En tidningsartikel tog hösten 2008 upp ett fall, där en patient med diagnosen demens efter påbörjad behandling med neuroleptika (Risperdal) blivit mer och mer uttalat svag/apatisk (Dagens Nyheter, 2008). Efter tio månader sattes behandlingen ut och patienten tillfrisknade. I artikeln togs riskerna med antipsykotikabehandling för dementa upp och författaren pekade på den ökade risken för att dö, drabbas av stroke eller andra biverkningar. Redan år 2004 slog Läkemedelsverket larm om riskerna att behandla med Risperdal och Zyprexa som är s k atypiska neuroleptika (Läkemedelsverket, a). Även det antipsykotiska läkemedlet Abilify, som används för att minska oro och förvirring hos demenspatienter visade sig medföra samma risker (Läkemedelsverket, b). Samma år (2004) kom rapporter från två studier, att Galantamin som används vid kognitiva störningar hos patienter med Alzheimer's sjukdom ökade dödligheten och en utredning inleddes (Läkemedelsverket, c). Eftersom dessa risker fanns, påpekades vikten av att nya humanitära behandlings- och omvårdnadsmetoder arbetas fram för att öka livskvaliteten (Dehlin & Rundgren, 2007). Detta visade på behovet av en litteratursökning för att finna omvårdnadsmetoder som kan ersätta eller eventuellt komplettera läkemedelsbehandling vid sjukdomen demens.

BAKGRUND

Demens är ett samlingsnamn för olika former av minnesnedsättningar och kognitiva funktionsnedsättningar vilket påverkar det intellektuella hos en människa (Fagius & Aquilonius, 2006). Detta påverkar också personligheten och de emotionella funktionerna (a a). I litteraturen benämns demens som ett syndrom (en samling av symtom) (Solomin m fl, 2007). Beroende på vilken del av hjärnan som drabbas ger det olika symtom. Ofta kommer sjukdomen demens smygande och kan ibland debutera redan i medelåldern (a a). Det är en kronisk sjukdom där ålder och gener är stora riskfaktorer (Björilin m fl, 2004).

Sverige står för den högsta andelen 65 år och äldre av samtliga OECD-länder (Socialstyrelsen, 2005 a). Ser vi till åldersgruppen över 80 år har Sverige den högsta andelen i världen, och av dessa är majoriteten kvinnor som bor ensamma i den egna bostaden. Detta beror på att kvinnor lever längre och ofta gifter sig med män som är äldre än dem själva. Majoriteten av män lever däremot samboende livet ut. Att antalet äldre ökar och allt oftare vårdas i hemmet ställer stora krav på både sjukvård och äldreomsorg. En pessimistisk syn på åldrandet är att p g a nya mediciner ökar livslängden och då också fler år av ohälsa eftersom många besvär inte går att skjuta upp som t ex demens (a a). Äldre personer är dessutom känsligare för läkemedel på grund av fysiologiska och patofysiologiska förändringar vilket kräver stora kunskaper vid läkemedelsbehandlingar av denna patientgrupp (Simonsen & Aarbakke, 2004). Det kan vara organsvikt, försämrad njurfunktion och försämrade kompensationsmekanismer som påverkar effekt och biverkningar (a a). I särskilt boende används i snitt tio läkemedel per person och 80 procent av de boende använder någon form av psykofarmaka (Socialstyrelsen, 2005 b).

Fysiologi

Demenssjukdomar delas in i primärdegenerativa sjukdomar, vaskulära demensformer och sekundära demensformer, och dessa kan förekomma i olika kombinationer (Solomin m fl, 2007).

- Primärdegenerativa: Alzheimer´s, Lewy body demens och frontallobsdemens.
- Vaskulära demenser: Multi-infarkt, subkortikala förändringar och infarkt som drabbar ett speciellt område med viktig funktion.
- Sekundära demenser: Depression, alkoholism och trauma.

Den vanligaste demensformen är Alzheimer´s sjukdom som står för 60-70 procent av alla demenssjukdomar och tillhör formen primärdegenerativa sjukdomar. Näst vanligast är vaskulära demensformer vilket förekommer i cirka 20 procent av fallen. Minst förekommande är frontallobsdemens, demens vid Parkinsons sjukdom och alkoholdemens (a a).

Epidemiologi

Av Sveriges nu över 9 miljoner invånare har ungefär 150 000 diagnosen demens och årligen insjuknar ca 20 000 personer i någon form av demenssjukdom (Solomin m fl, 2007). Kvinnor är något högre representerade, och då framförallt gällande Alzheimer´s sjukdom (SBU, 2008). Prevalensen för demens är mycket låg för personer under 60 år (a a).

Alzheimer's är den tredje vanligaste dödsorsaken i världen och eftersom antalet äldre ökar beräknas denna sjukdom vara fyrfaldigad år 2050 om inga nya behandlingsmetoder kommer fram (Solomin m fl, 2007). De geografiska skillnaderna i världen vad gäller utbredningen av demens ser det likartat ut (SBU, 2008). Det som skiljer sig något är att prevalensen av demens är något lägre i Afrika och något högre i Asien (a a).

Etiologi

Vad som orsakar uppkomsten av demens är idag ännu inte klarlagt. Ålder och gener är starka riskfaktorer, men livsstilsfaktorer spelar också in (Solomin m fl, 2007). Det kan vara kost, rökning och alkoholkonsumtion (a a). Risken för demens är tre till fyra gånger större hos en förstegradssläkting till en person med Alzheimer's (Björilin m fl, 2004). Ibland kan "dominant ärftlighetsgång" uppkomma, vilket innebär att hälften av barnen till en förälder med Alzheimer's får sjukdomen. Barnen drabbas här lika oavsett kön (autosomal). Vid tidigt debuterande Alzheimer's sjukdom före 50 års ålder, kan ungefär 50 procent förklaras av mutationer i gener och då på kromosomerna 1, 14 och 21 (a a). Enligt Socialstyrelsen a (2005) ökar risken även då blodtrycket är högt eller lågt. En annan faktor som ofta nämns i litteratur är att en ökad utfällning av beta-amyloid från äggviteämnet APP ökar risken för demens (Fagius & Aquilonius, 2006). Även en ökning av proteinet APO-E med tillhörande genvariant (allel) ökar risken för Alzheimer's sjukdom. En annan tänkbar orsak är att det sker en förändring av den yttre formen av proteinet tau i nervcellernas fibrill vilket leder till bristande förmåga att transportera ämnen genom nervcellen och därmed orsaka skada (a a).

Patofysiologi

Demens kan orsakas av arterioskleros i hjärnans blodkärl vilket leder till atrofi. I boken Hjärnan beskrivs att klyvningen av ett äggviteämne (APP) som normalt finns i cellerna sker på ett felaktigt sett (Solomin m fl, 2007). Dessa äggviteämnen klibbar ihop och orsakar plack i hjärnvävnaden. Runt placken sker en inflammation vilket leder till toxiska effekter på nervcellerna. Detta förstör nervcellernas axon, vilket i sin tur medför ett minskat antal dendriter och försvårar signaleringen mellan cellerna (a a). Hos dementa sker en minskning av nervceller i framförallt cortex och hippokampus (Fagius & Aquilonius, 2006). Vid mikroskopisk undersökning syns plack och neurofibrillhärvor (tangels), främst i temporalloben, amygdala och hippokampus. Dessa förändringar sprider sig sedan vidare till temporal- och parietalkortex och i ytterligare senare stadium till frontala cortex. Detta ger en försämring av minnet och intellektet. Även personligheten och de känslomässiga funktionerna förändras (a a).

Sjukdomar som sekundärt orsakar demens kan vara:

- Metabola störningar: B12-brist, Kalciumrubbning, Tyreoidea- och Cushingssjukdom.
 - Intoxikationer:
 - Infektioner: Creutzfeldt-Jakobs sjukdom, Borrelios, Neurosyfilis, Aidsdemens.
 - Hjärntumör:
 - Trauma: Subduralhematom, Boxardemens
- (Fagius & Aquilonius, 2006)

Symtom

Hjärnans funktion är specialiserad på olika kognitiva förmågor såsom tänkande, minne, uppfattningsförmåga, språk, känsleregister, men även för planering och för att kunna utveckla olika strategier (Fagius & Aquilonius, 2006). Vid demenssjukdom skadas olika delar av hjärnan. Beroende på vilka delar av hjärnan som påverkas ger det olika symtom. Hjärnan har en god reservkapacitet där kroppen kan upprätthålla funktionerna trots viss nervcellsdöd, men allteftersom atrofin breder ut sig ökar också symtomen. Sjukdomen kan då vara mer eller mindre ”osynlig” i många år, för att sedan gradvis öka i symtombild. Detta gör att det är lätt att missa sjukdomen och tolka det som normala ålderstecken (a a). Förändringar börjar ofta i de centra i hjärnan som är betydelsefulla för minnet (tinningloberna), för att sedan sprida sig till andra områden (Solomin m fl, 2007). Skador på hjärnan som demenssjukdom ger gör det svårare att både tolka, förstå och ge uttryck för det som händer runtomkring (Edberg, 2002). Tidiga symtom är att talet blir fattigare, många gånger beroende på att ordförrådet minskar (Björlin m fl, 2004). Det blir allt svårare att bilda meningar och patienten stannar ofta upp i en mening för att leta ord. Språket blir allt sämre vilket gör det allt svårare att följa med i sociala sammanhang med isolering som följd. Personen glömmer vardagliga händelser och får börja skriva upp på lappar för att komma ihåg saker (a a). Då den demente inte längre själv kan klara av att utföra vardagliga saker hotas självkänslan (Cars & Zander, 2006). Så småningom uppkommer perceptionsstörningar som påverkar rumsuppfattningen och orienteringsförmågan (Björlin m fl, 2004). Ofta gör de emotionella störningarna sig påminna genom större likgiltighet inför vänner och släktingar, ökad aggressivitet och ökad rastlöshet eller apati och passivitet. Till slut får patienten det allt svårare att klara sig själv (a a). Inom demensvården används ofta begreppet BPSD (beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom) vilket kan ses som ett samlingsnamn för symtom vid demenssjukdom som inte är kognitiva (Läkemedelsverket d). Begreppet BPSD är dock ifrågasatt då det anses för heterogent för att kunna användas som en enhet (a a).

Diagnos

Att diagnostisera demenssjukdom hos äldre ställer stora krav på den person som utför det (Socialstyrelsen, 2005 a). Vid hög ålder försämras många funktioner som t ex nedsatt syn, hörsel samt en ökad tröghet av de kognitiva funktionerna vilket försvårar diagnostiken. Även tidigare genomgången neurologisk sjukdom som t ex stroke försvårar diagnostiken (a a). För att kunna ställa diagnosen demens krävs en helhetsbedömning som innefattar somatisk, neurologisk och psykisk status (Björlin m fl, 2002). Vid denna bedömning kontrolleras kognitionen, beteendet och hur personen klarar sin aktivitet för det dagliga livet (ADL). Det finns olika diagnossystem som mäter kognitionen t ex NINCDS-, ADRDA-, DSM-IV- eller ICD-10-kriterier. Blodprover tas oftast för att utesluta andra orsaker. Prov på likvor kan tas för att mäta halten tau och b-amyloid. Undersökning av hjärnan kan göras med datortomografi, magnetresonanstomografi (MRT) av hjärnan eller elektroencefalografi (EEG) (a a).

Behandling

I samband med utredning bör en behandlingsplan utformas tillsammans med patient och anhöriga (Björlin m fl, 2004). Därefter ska information ges över möjligt stöd och olika symtomlindrande läkemedel (a a). Behandlingen av demenssjukdomar brukar dels in i farmakologisk och icke farmakologisk behandling (Hunskår, 2003).

Farmakologisk behandling

Idag finns ingen botande behandling som inriktar sig på den grundläggande sjukdomen. Åtgärderna koncentreras till att minska sjukdomens negativa effekter och reducera symtomen (Apoteket, 2007).

För den kognitiva förmågan används acetylkolinesteras och memantin. Brist på acetylkolin ger en försämring av den kognitiva förmågan (Apoteket, 2007). Acetylkolinesterashämmare, såsom Donepezil, Galantamin och Rivastigmin, hindrar nedbrytningen av acetylkolin vilket leder till kognitiv förbättring (a a). Enligt Läkemedelsverket finns inga belägg för att dessa mediciner har en ”bromsande” effekt utan är endast symtomlindrande för en del patienter med Alzheimer’s sjukdom (Läkemedelsverket e). Memantin används vid Alzheimer’s sjukdom av måttlig eller svår grad (Apoteket, 2007). Den kognitiva funktionen förbättras genom stabilisering av glutamataktiviteten i NMDA-receptorn (a a).

Ungefär hälften av de som har vaskulär demens eller Alzheimer lider av depressiva symtom (Apoteket, 2007). Behandlingen sker i första hand med selektiva serotoninåterupptagshämmare (SSRI) vilka också är mest studerade och tolereras väl vid demenssjukdom (SBU, 2006). Andra behandlingsalternativ kan användas, men lutar sig då mest på klinisk erfarenhet (Apoteket, 2007).

Beteendesymtom är vanliga vid demens (SBU, 2006). Det kan vara svårt att avgöra i vilken omfattning biologiska faktorer eller faktorer i omgivningen leder till psykiska och beteendemässiga symtom. Det är därför viktigt att ta hänsyn till både den farmakologiska behandlingen och det psykosociala omhändertagandet vid behandling av beteendesymtom (a a). Den farmakologiska behandlingen består i användandet av neuroleptika (Läkemedelsverket f). Det kan vara risperidon som har en liten positiv effekt eller haloperidol vilket har en positiv effekt men i höga doser. Övriga neuroleptika har en effekt som är svagt bevisad eller ingen effekt alls. Anxiolytika såsom oxazepam och klometiazol används då en orolig patient snabbt behöver något lugnande medel. Detta ska endast användas under en kort tid (a a).

Biverkningar av Farmakologisk behandling

Kolinesterashämmare kan orsaka biverkningar som ökad salivproduktion, täta miktationer, diarré, illamående och kräkningar (Hunskår, 2003).

SSRI-preparat kan ge biverkningar i form av gastrointestinala besvär som illamående och aptitlöshet men även symtom från nervsystemet t ex sömnstörningar, huvudvärk, tremor, irritabilitet och ångest (Simonsen & Aarbakke, 2004).

På senare år har flera studier, som påvisat risker med användning av neuroleptika till äldre, publicerats (Läkemedelsrådet Region Skåne, 2008). Detta gäller även nyare läkemedel som uppgetts ge mindre biverkningar. Både en högre risk för TIA och Stroke har rapporterats (a a). Det är sedan tidigare känt att atypiska neuroleptika (tex risperidon) medför en ökad mortalitet (Läkemedelsverket g). Nyligen gick det europeiska läkemedelsmyndigheten (EMA) ut med att även konventionella antipsykotika (tex haloperidol) är förenade med en ökad dödlighet (a a).

Övriga biverkningar som är sammankopplade med användning av neuroleptika är extrapyramidala biverkningar såsom akatysi (inre oro), akinesi (nedsatt rörlighet), parkinsonism och tardiva dyskinesier (ofrivilliga rörelser) (Apoteket, 081226).

Benzodiazepiner (t ex oxazepam) kan ge biverkningar som nedsatt minne, desorientering, försvagad koordinationsförmåga (Simonsen m fl, 2004) men också oro, förvirring, ökad fallrisk och är dessutom starkt beroendeframkallande (Simonsen & Aarbakke, 2004). Vid stående dosering försvinner effekten men biverkningarna finns kvar (Apoteket, 2007).

Icke farmakologisk behandling

Enligt LäkeMedelsverkets rekommendationer finns ett starkt vetenskapligt stöd för att behandlingen för beteendemässiga och psykiska symtom vid demens ska vara icke farmakologisk (LäkeMedelsverket g). Den fysiska miljön, behandling och aktivering påverkar funktionsnivån hos en person med demenssjukdom (Hunskår, 2003). Att ta vara på funktioner och minne som ännu är intakta är en del i behandlingen. Minnesträning och reorientering är exempel på det som bör ingå. Detta kan ske genom att låta personen berätta om gamla tider och ta fram musik från den tiden. Likaså genom att personen kan få ägna sig åt intressen som han eller hon ännu kan klara av. Positiva saker som att promenera i naturen, syssla med trädgårdsarbete och gemenskap med djur har både en lugnande inverkan, ger fysisk aktivitet och tillfälle att vistas ute i dagsljus (a a). Det är viktigt att sysselsättningen känns meningsfull (Edberg, 2002). Den får inte upplevas som fånig eller ointressant. Vårdtagarens intresse ska styra valet av aktivitet (a a). Närvaro av djur kan lugna aggressiva patienter med svår demens och därigenom öka vårdtagarens välbefinnande (Beck-Friis m fl, 2007). Musik är ett hjälpmedel som ger en ökad trygghetskänsla och kan användas i många vårdssituationer (Björilin m fl, 2004). Dementa som har minnessvårigheter kan ändå sjunga hela sånger med rätt text och melodi. Detta förklaras med att musik och sång ligger djupare hos människan än språket och minnet (a a). En metaanalys (Witzke m fl, 2008) stödjer användandet av musik i vården för patienter med demens och beskriver införandet av musik som en enkel och billig omvårdnadsåtgärd vilken höjer livskvaliteten för många (a a). Dagsljuset är viktigt för att bevara dygnsrytmen (Hunskår, 2003). Sömnproblem och en störd dygnsrytm hör till de symtom som en person med demenssjukdom kan drabbas av (Kommunförbundet, 2005). Vid försök med ljusterapi har märkts en stabilisering av dygnsrytmen och en bättre sömn (a a). Enligt SBU (2007) används ljusterapi främst för att behandla säsongsbunden depression men försök på andra tillstånd har gjorts. Underlag för att värdera om behandlingen fungerar saknas och ses ännu som experimentell (a a). Enligt SBU's rapport (2006) förbättrar fysisk aktivitet den fysiska funktionen, kognitionen och minskar depressionen. Samma rapport visar att ADL-rehabiliterande vård ger en ökad aktivitet och ett större oberoende hos den dementa patienten under omvårdnadssituationen (a a).

Anhörigas situation

Att vara anhörig till en person med demens och dessutom vårda personen hemma ställer stora krav eftersom det förändrar den normala livssituationen totalt (Edberg, 2002). Dessa förändringar påverkar den emotionella, fysiska, sociala och finansiella situationen. Sexuella störningar förekommer med både minskad och ökad sexualdrift (a a).

I Björnlins bok om demens (2004) beskrivs en situation där maken och maken är ute och handlar och där maken plötsligt tar ett steg mot kassörskan, tar henne på båda bröstet och utbrister "Ska vi göra en pojke tillsammans" s 246. Sexualitet är ett känsligt område där den vetenskapliga dokumentationen är liten (a a). Aggressivitet är också vanligt förekommande hos dementa vilket kan vara svårt att hantera för anhöriga (Edberg, 2002). Det är ändå bäst att vårdas hemma ur den dementes perspektiv, eftersom anhöriga har varit med under vårdtagarens "livsresa", vilket underlättar då kommunikationen brister. Av de som har diagnosen demens, vårdas ca 70 procent av anhöriga, där större delen är kvinnor (60-70 procent). Det är viktigt att anhöriga får stöd och hjälp och inte kämpar på för länge så att stressymtom eller eventuell kollaps uppstår (a a).

Omvårdnad vid invandrarbakgrund

Invandrare är en patientgrupp som utgör 18 procent av alla invånare i Sverige över 65 år, vilket innebär ca 200 000 personer (Björnlins m fl, 2004). Forskning om att vara tvåspråkig och de problem som uppstår när denna kategori dessutom drabbas av demens är begränsad. Det problem som uppkommer är att patienten har svårt att hålla isär språken, och återgår efterhand till det språk som präglade barndomen. Detta kan innebära problem i omvårdnadssituationer, då vårdaren inte behärskar patientens ursprungsspråk vilket innebär att kommunikationen begränsas (a a).

Etiska aspekter för sjukvårdspersonal

"Vård och omsorg skall grunda sig på en humanistisk människosyn som bl.a. innebär att man respekterar individen som en unik, autonom (självständig) person som har rätt att ta beslut och medverka i sin egen vård" (Björnlins m fl, 2004 s 138)

För att kunna ge god omvårdnad behöver vårdpersonal en tillräcklig kunskapsbas både vad gäller sjukdomen och dess konsekvenser (Edberg, 2002). Det är också viktigt att ta del av nya rön för att på så sätt kunna ge den vård som en vårdtagare har rätt till (a a). I kompetensbeskrivningen för sjuksköterskor beskrivs sjuksköterskans ansvar att förmedla ny kunskap till övrig personal (Socialstyrelsen, 2005 b). Utbildningsnivån inom äldreomsorgen visade år 2004 att ungefär 40 procent av personalen var utbildad (Björnlins m fl, 2004).

Etiska aspekter är ofta förknippade med sjukdomen demens eftersom det påverkar många delar av livet (Björnlins m fl, 2004). Att vårda dementa personer kräver stort tålamod eftersom denna patientgrupp ofta uppvisar problematiska beteenden som oro, misstänksamhet och aggressivitet. Allt oftare kommer larmrapporter om olika typer av kränkningar och andra former av förtryck inom äldreården. Detta är svårt att komma åt eftersom det ofta sker i tysthet (a a). Tidigare behandlades oro och aggressivitet efter den medicinska diagnosen utan att ta hänsyn till patientens önskemål, tankar och känslor (Edberg, 2002). Idag används medicinsk behandling med bl a neuroleptika, men risken finns fortfarande kvar att patientens vilja undertrycks och inte kommer fram. Med hjälp av kunskaper om individen ska omvårdnaden utformas på ett individanpassat sätt (a a).

Lagar och riktlinjer

Att arbeta med dementa innebär att det ibland är omöjligt att tillmötesgå den dementes önsningar, trots att lagen säger att en patient har bestämmanderätt över vad han/hon vill (Björnlins m fl, 2004).

Sjukdomen demens räknas inte som en orsak till nedsatt beslutsförmåga, och individen kan därmed inte påtvingas vård enligt svensk lag (Björlin m fl, 2004). Förr användes olika tvångsmetoder för att hålla kvar patienten i t ex sängen, men dessa är sedan 1980 förbjudet enligt lag. Tidigare var doktors ord i praktiken lag, men allteftersom medvetenheten ökar ställs allt högre krav på medbestämmande (a a).

SFS 1982:763 Hälso- och sjukvårdslag är den lag vars mål är en god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen. Den bygger även på respekten för individens självbestämmande och integritet, där vården i möjligaste mån ska utföras i samråd med patienten.

SFS 1991:1128 Lagen om Psykiatrisk Tvångsvård (LPT) har tillkommit för att skydda en person som är farlig för sig själv eller andra. Den kan bli aktuell t ex då dementa personer är mycket aggressiva, djup deprimerade eller självmordsbenägna. Det är en legitimerad läkare som bedömer om patienten är i behov av tvångsvård, skriver ett vårdintyg och samtidigt kontaktar en psykiatrisk klinik.

Enligt socialstyrelsens kungörelse med föreskrifter om förbud mot tvångsmedel inom somatisk långtidssjukvård (SOSFS 1980:87) får fixeringsanordningar såsom sängväst eller sängsele inte användas för att hålla patienten kvar i sängen. Detta får endast ske enligt LPT och då på en psykiatrisk klinik.

För att förbättra vård och omsorg för dementa och anhöriga håller socialstyrelsen (2008) på att utarbeta nationella riktlinjer. Arbetet har pågått sedan 2006 och ska preliminärt vara klart 2009. I dessa riktlinjer kommer rekommendationer om att minska användandet av läkemedel till personer med demens och att ge god omvårdnad där man ser till varje individs behov (a a).

Teoretisk ram

Som teoretisk ram för litteraturstudien har VIPS använts. VIPS är en modell för dokumentation av omvårdnaden (Ehnfors m fl, 2000). Modellen bygger på fyra mål som är välbefinnande, integritet, prevention, säkerhet och kan användas för att utvärdera omvårdnadsprocessen. Omvårdnadsarbetet delas upp i de fem stegen; bedömning, diagnos, planering, genomförande och resultat. Speciella sökord används för omvårdnadsanamnes, omvårdnadsstatus och omvårdnadsåtgärder. Detta görs för att vägleda t ex en sjuksköterska i arbetet med att planera, sätta upp mål eller utvärdera olika omvårdnadsåtgärder (a a).

SYFTE

Syftet med denna studie var att undersöka vad som fanns beskrivet i litteraturen om omvårdnadsåtgärder som alternativ till läkemedel i behandlingen av dementa patienter/personer.

Specifika frågeställningar var:

- Vilka omvårdnadsåtgärder/behandlingsåtgärder finns beskrivna?
- Vilka resultat kan anses som positiva?
- När och i vilken utsträckning kan de ersätta den medicinska behandlingen?

Definitioner

Ordet demens kommer från det latinska *de-* som betyder från och *mens* vilket betyder förstånd. Demens är en förvärvad stor försämring av psykiska funktioner som orsakas av skador eller sjukdomar i hjärnan (Nationalencyklopedin, 1990).

Med dementa eller personer med demens menas i detta arbete de personer som av läkare fått diagnosen demens. Läkemedel som beskrivs i litteraturstudien syftar på neuroleptika, lugnande och antidepressiva läkemedel.

METOD

För att få övergripande kunskaper och hitta behandlingsmetoder som besvarade tidigare nämnda frågeställningar gjordes en litteraturstudie. I litteraturstudien användes både kvalitativa och kvantitativa studier för att få en så bred bild som möjligt. Enligt Willman m fl (2006) ger kvantitativa studier mätbara resultat i form av mängd och storlek, medan kvalitativa studier mer tar upp en individs upplevelser och uppfattningar i beskrivande form. Behandlingsmetoderna som eftersökts är olika omvårdnadsåtgärder möjliga att utföra eller ha i åtanke vid omvårdnadsplanering för sjuksköterskor och annan vårdpersonal.

Litteratursökning

I bakgrunden till undersökningen studerades allmän facklitteratur om sjukdomen demens. Litteraturen användes också för att hitta etiska aspekter, olika styrdokument som styr vården för personer med demens och lagar om skyldigheter och rättigheter.

Artikelsökning

Genom att läsa litteratur hittades relevanta sökord att inleda sökningen med. Sökningen efter artiklar har skett med inspiration från Willman m fl (2006). För att hitta de rätta engelska termerna användes karolinska institutets översättningsdatabas (Svensk MeSH). Sökningar gjordes i tre databaser: Pubmed, CINAHL och PsycINFO. Vid en första sökning användes ordet dementia för att få en överblick över hur omfattande området var. Passande titlar söktes för att möta litteraturstudiens syfte. Därefter lästes abstrakt för att hitta relevanta artiklar. De artiklar som verkade vara intressanta för litteraturstudien granskades sedan i sin helhet. De artiklar som motsvarade syftet valdes ut att ingå i litteraturstudien. Under arbetets gång kom nya nyckelord fram vilket användes som inspiration för andra kombinationer av sökord. Kompletterande sökord användes för att få mera specifika träffar som motsvarade våra uppsatta frågeställningar. Flera av studierna som hittades i Pubmed påträffades även i CHINAL och PsykINFO vilket visade på en mättnad.

Databas	Sökord	Träffar	Lästa abstrakt	Granskade artiklar	Använda artiklar
Pubmed	dementia	102 761			
	dementia and therapeutics	388	28	4	2
	dementia and treatment outcome	152	16	6	1
	dementia and music	3	1	1	1
	dementia and agitation	30	6	4	1
	dementia and nursing care	114	17	2	1
	dementia and antipsychotic	53	5	4	1
CINAHL	dementia	4870			
	dementia and therapeutics	152	8	2	0
	dementia and treatment outcome	277	12	4	0
	dementia and nonpharmacological	85	22	5	2
PsycINFO	dementia	27952			
	dementia and agitated behaviors	183	18	3	1
Summa			133	35	10

Inklusions- och exklusionskriterier

Många studier inom området demens har publicerats de senaste åren och därför söktes artiklar publicerade från 2003 och framåt i strävan att få fram aktuell forskning. På språkbegränsningar söktes artiklar endast på engelska och de skandinaviska språken. Artiklarna skulle vara fritt tillgängliga, finnas i fulltext och med abstrakt. Alla metaanalyser och litteraturöversikter exkluderades för att undvika påverkan av andras slutsatser.

Analysmetod

De artiklar som valdes ut lästes av båda författarna för att få en övergripande bild av studierna och se om de höll vetenskaplig kvalitet. Vid granskning av den vetenskapliga kvaliteten användes en modifierad bedömningsmall, se bil 1 från Polit & Beck (2006). Först analyserades studierna var för sig där understrykningar och mindre anteckningar användes. Därefter diskuterades artiklarna gemensamt för att se om samma slutsats hade dragits. Detta gjordes för att öka analysens trovärdighet. Därefter lästes artiklarna återigen för att hitta särdrag och därmed kunna kategorisera resultaten. Artiklarna sammanställdes gemensamt i en artikelgranskningsmall, se bil 3.

RESULTAT

I litteraturstudien används tio vetenskapliga artiklar. Studierna är både kvalitativa och kvantitativa. Studier från olika delar av världen används och därmed många olika mät/skattningsskalor.

För att läsaren lättare ska förstå redovisas de mest förekommande i bilaga 2. De granskade studierna presenterar totalt nio olika omvårdnadsåtgärder som används istället för eller som komplement till psykofarmaka. Dessa omvårdnadsåtgärder hör till sex av VIPS-modellens sökord för omvårdnadsåtgärder och presenteras med respektive sökord som rubrik (Ehnfors m fl, 2000).

Medverkan

För att främja patientens medverkan och öka delaktigheten i vården arbetar sjuksköterskan för att förbättra kommunikationen mellan vårdpersonal och vårdtagare.

Sjuksköterskans sätt att kommunicera

Brister i kommunikation mellan vårdgivare och en person med demenssjukdom kan öka stressen och som en följd ge ökade beteendeproblem hos personen med demens, menar Acton m fl (2007). Studiens syfte är att undersöka om individualiserade riktlinjer för kommunikation kan förbättra den sociala kommunikationen mellan vårdtagare och sjuksköterska. Tio vårdtagare med diagnostiserad demens deltar i studien. De är i åldrar mellan 76 och 88 år (medelålder 81 år) och bor på samma vårdhem. Två av deltagarna har allvarlig kognitiv försvagning (Mini Mental State Examination, MMSE 2 respektive 5), sex har måttlig försvagning (MMSE 14 till 19) och två mild försvagning (MMSE 24 och 25). Varje deltagare intervjuas vid två tillfällen. Intervjun, som inte går ut på att få fram någon speciell information utan endast upprätthålla ett samtal under 15 minuter, videoinspelas. Vid första tillfället genomförs en vanlig intervju som jämförelse och för att utarbeta riktlinjer för kommunikation. Dessa riktlinjer implementeras sedan i den andra intervjun. Totala antalet ord, antalet rubriker och antalet ord per rubrik räknas vid de båda tillfällena och jämförs sedan (a a).

Resultatet visar i medeltal ingen förändring i det totala antalet ord mellan första och andra intervjun (Acton m fl, 2007). Dock ökar antalet ord per rubrik signifikant från 527 till 788 ($p < .05$). Det totala antalet rubriker minskar från 204 i första intervjun till 145 i andra intervjun ($p < .05$), medan antalet rubriker föreslagna av vårdtagaren ökar. I en jämförelse mellan deltagarna med låg, medel och hög MMSE poäng ökar det totala antalet ord mest hos de med låg MMSE poäng. Speciellt noteras en deltagare som inte säger något ord alls under första intervjun, men talar med 197 ord under den andra intervjun (a a).

Miljö

Både den fysiska, psykiska och sociala miljön är viktig för att främja hälsan. Faktorer som påverkar miljön är t ex sällskap, musik, skönhetsupplevelser och glädjeämnen.

Sång under arbetet och musik till middagen

Två studier tar upp musik i olika sammanhang och hur det påverkar den dementa.

Den ena studien är kvalitativ och behandlar musik under morgonrutinen då patienten sköter sin övre toalett (Götell E m fl, 2008). Forskarna vill undersöka hur musik och sång påverkar kommunikationen och stämningen mellan den demente och vårdgivaren. Undersökningen utförs på en specialiserad avdelning för dementa där nio av de totalt 24 boende accepterar att delta. Deltagarna är i åldern 80 till 90 år och har bott på avdelningen mellan nio månader och fem år (a a).

Deltar gör också fem vårdgivare i åldrar mellan 20 och 39 år som arbetat på avdelningen i två till nitton år (Götell m fl, 2008). De har tagit hand om de inkluderade vårdtagarna under minst ett år. Studien granskar samma vårdssituation, toalettbestyr på morgonen, vid tre olika tillfällen med var och en vårdtagare. Ett tillfälle utan musik, ett med bakgrundsmusik och ett där vårdgivaren sjunger för eller med vårdtagaren. Vid dessa tillfällen används videokamera för att med både ljud och bild dokumentera händelserna. Musik och sång väljs ut tillsammans med vårdtagare, anhöriga och vårdpersonal (a a).

Den vanliga situationen på morgonen utan musik karaktäriseras av att vårdgivaren och vårdtagaren inte är på samma nivå då det gäller energin (Götell m fl, 2008). Vårdgivaren är energisk och uttrycker positiva känslor, men vårdtagaren svarar ofta med negativa känslor såsom förvirring, rädsla och aggression. Med musik i bakgrunden verkar vårdgivaren minska sin arbetsiver vilket skapar utrymme för vårdtagaren att få uttrycka sin viljekraft. Detta medför att de båda hamnar mer på samma nivå och kan interagera bättre med varandra. Då vårdgivaren sjunger för eller med vårdtagaren ökar interaktionen ytterligare. En känsla av innerlighet, lugn och positiva känslor tycks genomsyra samarbetet. Resultatet blir att sång och musik förbättrar humör och stämning hos den dementa, men även hos vårdgivaren. Detta medför att kommunikationen förbättras avsevärt. Detta behandlingssätt visar sig dock inte vara överförbart hos alla. En av de boende visar på motsatt effekt genom ökad agitation/irritation under alla tre tillfällen (a a).

Hicks-Moore (2005) genomför en studie för att ta reda på om avslappnande musik under måltiderna kan ha en lugnande effekt och minska agiterat beteende hos personer med demens. Platsen för studien är en specialiserad låst vårdavdelning med 34 platser för dementa personer. Deltar gör 21 kvinnor och nio män i åldrar från 70 till 101 år (medelålder 82,4) (a a).

Studien pågår under en fyraveckors period där avslappnande musik spelas under veckorna två och fyra, under veckorna ett och tre spelas ingen musik (Hicks-Moore, 2005). Graden av agitation mäts dagligen med hjälp en modifierad version av Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI). En jämförelse mellan veckorna avslöjar att de veckor då musik spelas sjunker graden av agitation i jämförelse med de veckor då musik inte spelas. Det totala antalet incidenter med agiterat beteende är under vecka ett ("baseline" utan musik) i medelvärde per dag 9,85. Under vecka två (med musik) sjunker medelincidensen till 4,57. Vecka tre tas musiken bort och medeltalet av incidenser per dag ökar till 7,29. Under vecka fyra återinsätts den avslappnande musiken och medelvärdet av antalet incidenter sjunker till 3,43 (a a).

Under studiens gång observeras, som bifynd, även andra förändringar i deltagarnas beteende, som inte kan mätas med CMAI (Hicks-Moore, 2005). De veckor som musik spelas upplevs atmosfären i matsalen mer avslappnad och harmonisk. Mindre rastlöshet och mer leende ses. En ökad socialisering mellan deltagarna observeras också. De tar mer ögonkontakt och konverserar längre än vanligt med varandra. Deltagarna stannar också ofta kvar i matsalen en stund efter måltiderna jämfört med veckorna utan musik. Några rör sig och klappar lätt till musikens takt (a a).

Ljusets påverkan på neuropsykiatriska beteende

En kvantitativ, randomiserad klinisk studie om ljusterapi genomförs av Dowling m fl (2007). Studiens syfte är att klarlägga effekten av ljusterapi, jämfört med inomhusljus, då det gäller närvaro, frekvens och skärpa av neuropsykiatriska beteende hos personer med Alzheimer's sjukdom. Också korrelationen till hur vårdpersonalen uppfattar störningar undersöks. Två interventionsgrupper varav en får ljusterapi på morgonen och en på eftermiddagen jämförs med en kontrollgrupp som får vanligt inomhusljus. Ljusbehandlingen erhålls en timme per dag, måndag-fredag i tio veckor. Inklusionskriterier för studien är diagnostiserad Alzheimer's, förmåga att uppfatta ljus (undersöks av oftalmolog) och en stabil medicinering. Till studien väljs 57 kvinnor och 13 män i åldern 58 till 98 år ut från två olika vårdhem i San Fransisco. Deltagarna har ett medelvärde av MMSE på 7 poäng och alla har någon form av sömnstörning. Studien är en del i en annan undersökning där även ljus kontra sov/aktiveringsgrad undersöks. Mätningar av tio olika beteenden och symtom med hjälp av The Neuropsychiatric Inventory-Nursing Home version (NPI-NH) görs strax före och efter interventionsveckorna. På olika anledningar såsom toalettbesök, sömn under behandlingen, sjukdom eller vägran att delta får deltagarna i genomsnitt 76 procent av den möjliga tiden för ljusterapi (a a).

Resultatet visar på en viss skillnad mellan de som får ljusbehandling på morgonen och de som får det på kvällen (Dowling m fl, 2007). I båda grupperna sjunker graden av agitation/aggression, men mer i den gruppen som får behandling på morgonen. Ingen förändring ses i kontrollgruppen. Deltagarna som får behandling på eftermiddagen har något mindre depressionssymtom än de i kontrollgruppen. De som får behandling på morgon har mindre motorisk oro jämfört med kontrollgruppen. Agitation/aggression, oro och störningar nattetid är signifikant korrelerat med hur personalen uppfattade störningar. Alla ovan beskrivna resultat är statistiskt signifikanta. Tabeller och poäng visar endast på små skillnader (a a).

Terapihundens betydelse för personer med demenssjukdom

Många av våra äldre som bor på vårdhem har ett förflutet av nära kontakt med djur. En studie (Richeson, 2003) görs för att pröva vilken effekt terapeutisk rekreation med hjälp av djurassisterad terapi kan ha på agiterat beteende och social interaktion hos äldre personer med demens. I studien deltar 15 personer som har diagnostiserad demens och är bosatta på ett vårdhem. Alla har ett tidigare intresse för djur och är i behov av behandling för sin agitation. Studien pågår i nio veckor och är uppdelade i tre faser; studiens start, interventionsveckornas slut och uppföljning. Vid varje fas mäts graden av agitation enligt CMAI. Indelade i små grupper får deltagarna under en timme besök av terapihund och hundförare måndag till fredag i tre veckor. Vid vart och ett tillfälle mäts också animal assisted therapy (AAT) flödesschema för att se hur varje deltagare reagerar på och interagera med terapihunden och dess förare. Varje dag noterar dessutom en terapeut hur mycket vidbehovsmedicin varje deltagare tagit dagen före (a a).

Resultatet visar vid t-test att graden av agitation minskar signifikant från studiens start (CMAI 65,93) till slutet av de tre interventionsveckorna (CMAI 50,53) (Richeson, 2003). Vid uppföljningen tre veckor senare har graden av agitation åter ökat (CMAI 54,86). Det AAT flödesschema som vid varje tillfälle mäter personens reaktion och interaktion med både hund och hundförare förbättras signifikant från första (15,25) till sista veckan av hundbesök (20,25) (p=.009) (a a).

Detta visar att deltagarna i studien interagerade bättre med både hund och hundförare i slutet av besöksveckorna (Richeson, 2003). Resultatet uppvisar ingen signifikant nergång i användandet av vidbehovsmedicin. Som bifynd noteras att både personal och närstående kommenterar hur vakna och mottagliga några av deltagarna blir. Många och långa samtal kretsar kring hunden. Även erfarenheter och minnen om andra hundar och djur delas mellan både vårdare och de boende. Besöken ger en positiv upplevelse (a a).

Skötsel

I förhållande till vad patienten själv klarar av behövs en del åtgärder för patientens grundläggande skötsel såsom t ex hjälp med personlig hygien och klädsel. Dessa åtgärder kan ha stor betydelse för patientens välbefinnande.

Individuellt utformade strategier vid bad

I North Carolina görs en studie av Sloan m fl (2004) för att utvärdera effekten av två sätt att, utan mediciner, reducera agitationer och obehag i samband med bad av dementa personer. I studien ingår 73 personer (69 fullföljde studien) som är 55 år eller äldre och bor på 15 olika vårdhem. Deltagarna har diagnostiserad Alzheimer´s eller annan medicinskt betingad demens med måttlig eller allvarlig kognitiv försvagning. Deltagarna visar också vanligtvis agitation eller aggression vid bad. De 15 vårdhemmen randomiseras till tre grupper, en kontrollgrupp och två interventionsgrupper med ”cross over” i två sexveckorsperioder. Den ena interventionsgruppen får person-centrerad dusch. Detta innebär att stor vikt läggs på vårdtagarens komfort och en god kommunikation anpassad till vårdtagaren. Det fordrar också en inställning att identifiera problem då de uppkommer, se dess orsaker och hitta möjliga lösningar. Vårdgivaren ska även se beteendesyntom som ett uttryck för ett icke tillfredställt behov som vårdtagaren har. Andra gruppen fick handduksbad som är en metod för bad i sängen. Genom att använda badfiltar, handdukar, tvättkräm och varmt vatten tvättas hela kroppen med mjuk massage. Vårdtagaren blottas inte, utan är under hela proceduren täckt med handdukar. Kontrollgruppen fick vanlig dusch eftersom det räknas som den annars mest använda metoden (a a).

Mätningarna av interventionen visar signifikanta resultat vad gäller minskat agiterat beteende jämfört med studiens början och kontrollgruppen (Sloan m fl, 2004). Bland de vårdtagare som får person-centrerat bad sjunker graden av agitation och aggression med 53 procent ($p < .001$) och graden av obehag med 13,7 procent. I gruppen för handduksbad sjunker agitation och aggressionsgraden med 60 procent ($p > .001$) och graden av obehag med 25,6 procent. Ingen förändring visar sig i kontrollgruppen varken då det gäller agitation/aggression eller obehag. Forskarna noterar också att de som föredrar handduksbadet tenderar att vara äldre och mer sjukliga (a a).

Träning

För att upprätthålla individens egenförmåga och funktion behövs både fysisk och social träning. Detta kan öka patientens tillfredställelse och förbättra egenkontrollen.

Fysisk träning och promenader för att höja sinnesstämningen

För att undersöka om motion och rörelse kan ha någon positiv verkan på depressiva symtom och sinnesstämning hos personer med Alzheimer´s sjukdom utförs en kvantitativ studie av Williams m fl (2008).

Denna studie innehåller tre interventionsgrupper, en med allsidig individuell träning där styrka, balans och rörlighet tränas, en med övervakad individuell promenad och en med social konversation vilken också fungerar som kontrollgrupp (Williams m fl, 2008).

Inklusionskriterierna innefattar boende på vårdhem, diagnostiserad Alzheimer's, beroende av hjälp vid rörelse, förflyttning, gång eller balans, förmåga att gå med assistans och Cornell Scale for Depression in Dementia (CSDD) poäng på sju eller högre (Williams m fl, 2008). Deltagarna är bosatta på åtta olika avdelningar i södra Florida. Av olika anledningar (såsom sjukdom eller ovillighet att delta) finns ett bortfall på nio deltagare. De som fullföljer studien är i åldern 71 till 101 år och har CSDD poäng från 7 till 22 (medel 12,4). Övervägande delen är kvinnor (89 %). Interventionen pågår månd till fred, 30 minuter om dagen under en period av 16 veckor. Depressiva symtom mäts med hjälp av CSDD skala. Sinnesstämning värderas med Dementia Mood Assessment Scale (DMAS) (a a).

Resultatet avslöjar att graden av depression sjunker i alla tre interventionsgrupperna (Williams m fl, 2008). Medelpoängen för CSDD var 12,40 före testet och 9,77 efter testet. Vid starten hade ingen deltagare CSDD poäng som var lägre än sju. I slutet av studien ligger 35 procent av deltagarna på en CSDD poäng under sju. Även sinnesstämningen förbättras i de tre interventionsgrupperna. DMAS talet som från början var 31,93 sjunker till 28,62 ($p=0,0003$). En jämförelse mellan de olika grupperna indikerar en högre förbättring av både depression och sinnesstämning på de som deltar i grupperna med fysisk träning eller promenad. Gruppen för fysisk träning visar i några mätningar på en något större förbättring i jämförelse med gruppen för promenader (a a).

Information/undervisning

Rådgivning och handledning är en omvårdnadsåtgärd sjuksköterskan kan använda för att förbättra omvårdnadssituationen genom att skapa motivation, kunskap och en ökad förståelse hos patient, närstående och personal.

Personalhandledning för vårdtagarens bästa

I England studerar Fossey m fl (2006) om det går att reducera användandet av neuroleptika hos dementa boende på vårdhem. Interventionen är att ge träning och support till vårdpersonal i sättet att behandla dementa patienter med agitation. De får också rådet att sluta använda neuroleptika till de dementa som får medicinerat och är symptomfria sedan mer än tre månader tillbaka.

Vårdpersonalen får handledning varje vecka av en psykolog, arbetsterapeut eller sjuksköterska som är placerad på de vårdhem där interventionen pågår. De boende som är med i studien kommer från tolv olika vårdhem i England. I sex av vårdhemmen införs interventionen, medan de andra sex fungerar som kontrollgrupp (a a).

Resultatet efter tolv månader visar att användandet av neuroleptika har minskat med 24,0 procent och kontrollgruppen med 7,6 procent (Fossey m fl, 2006). Ingen signifikant skillnad finns mellan grupperna gällande annan psykiatrisk medicinerat vilket tydde på att neuroleptika inte har ersatts av annan medicin. Vad gäller nivån på patienternas agitation/aggression visar grupperna inte på någon signifikant skillnad (a a).

Meningsfull sysselsättning för att förbättra vardagslivet

I Holland prövar forskare vilka effekter arbetsterapi har på det dagliga livet för dementa och deras vårdgivare (Graff m fl, 2006). Deltagarna rekryteras från minnesmottagning och dagvårdsavdelning inom geriatriken. De ska vara 65 år eller äldre, ha diagnostiserad demens (mild till måttlig), vara bosatta ute i samhället och använda hjälp från primärvården minst en gång i veckan. Interventionsgruppen får arbetsterapi vid tio tillfällen under fem veckor jämfört med kontrollgruppen som inte nyttjar arbetsterapi alls under dessa veckor (a a). Under "lektioner" på arbetsterapin får den dementa rådgivning i hur förbättringar kan göras i det dagliga livet vilket kan göra tillvaron mer meningsfullt. Även den dementes primära vårdgivare är med under dessa tillfällen. Fokus läggs på att hitta en meningsfull sysselsättning, underlätta aktiviteter i det dagliga livet (ADL) genom förändringar i hemmet/närmiljön och hitta strategier att kunna förbättra den sociala samvaron (a a).

Resultatet mäts sedan med olika instrument (Graff m fl, 2006). Efter sex veckor när AMPS (kvaliteten på en persons ADL) mäts har interventionsgruppen förbättrats med 84 procent jämfört med kontrollgruppens nio procent (p-värde 0,0001). I mätinstrumentet IDDD (att genom dialog mäta patientens uppträdande i det dagliga livet) förbättras värdet med 78 procent jämfört med tolv procent i kontrollgruppen (p-värde 0,0001). Dessa förbättringar består då uppföljande mätningar utförs efter tolv veckor (a a).

Samordning

För att optimera omvårdnaden kring patienten och förbättra kontinuiteten krävs samverkan mellan närstående och andra vårdgivares insatser.

Vårdhem eller dagvård påverkar sjukdomsförloppet

I en studie från Chicago undersöker Wilson m fl (2007) effekterna av hur den kognitiva funktionen påverkas hos Alzheimer's patienter, om de vårdas inom dagvård eller på vårdhem. Deltagarna i studien är 432 patienter från Chicago som är 65 år eller äldre med diagnosen Alzheimer's sjukdom. Inför studien genomförs nio tester för att värdera den kognitiva funktionen och hur mycket patienten använder dagvård. För att ta reda på patientens styrka och rörelseförmåga görs mätningar av gångförmåga, förmåga att gå i trappor och hur mycket hushållsarbete de själva utför hemma. Dessa mätningar verkställs sedan regelbundet, med sexmånadersintervaller, under fyra år (a a).

Resultatet visar att de patienter som vistas mycket på dagvård innan flytt till vårdhem får ett långsammare sjukdomsförlopp jämfört med patienter som placeras direkt på vårdhem ($p > 0,001$) (Wilson m fl 2007). De tittar också på patientens utbildningsnivå och nivå på dagvård. Det visar att de med hög utbildningsnivå (16 års utbildning) som inte använder sig av dagvård försämras mycket snabbare i sin kognitiva funktion jämfört med patienter som använder dagvård 3,5 dag/vecka ($p = 0,001$). Denna skillnad visar sig inte hos patientgruppen med lägre utbildningsnivå (a a).

METODDISKUSSION

Många artiklar handlade om Alzheimer's sjukdom, men beslut fattades att använda sökordet demens för att inte begränsas, utan alla typer av demens skulle hittas. För att inte missa några artiklar användes inte sökning med mesh-termer utan fri sökning genomfördes. Artikelsökningen tog mycket tid i anspråk men gav ändå endast ett fåtal relevanta artiklar som motsvarade syftet med denna litteraturstudie. Sökning i fler databaser och efter de använda artiklarnas referenslistor kunde möjligen ha säkrat varje omvårdnadsmetods resultat. På grund av brist på tid och ekonomiska resurser kunde detta ej genomföras. Vid sökningen användes ovan angivna sökord för att hitta så många behandlingsmetoder som möjligt, men möjligheten finns att fler omvårdnadsmetoder hade hittats om andra sökord använts.

De artiklar som hittades var både kvantitativa och kvalitativa vilket kan anses som positivt. Många träffar var litteraturöversikter som kunde svara upp till syftet, men risken var att andra författares åsikter överfördes (Willman m fl, 2006) och därför togs gemensamt beslut att inte använda dessa. En genomgång av litteraturöversikternas resultat tillförde inte något nytt, vilket gjorde att resultatet i vår litteraturstudie troligtvis inte hade påverkats. Det har förekommit vissa problem att jämföra resultaten i studierna på ett stort antal mätmetoder och svårigheter med att hitta referensvärden till några av mätmetoderna. Detta hade med ganska hög sannolikhet inte påverkat resultatet i denna litteraturstudie eftersom huvudsyftet var att hitta olika omvårdnadsåtgärder.

En del artiklar som hittades föll bort eftersom de inte höll vetenskaplig kvalitet efter en genomgång med den bedömningsmall som användes i denna litteraturstudie. Några studier behandlade inte omvårdnadsåtgärder som direkt utförs av sjuksköterskan, men sjuksköterskan är ofta den som är med och planerar och ansvarar för den omvårdnad som vårdtagaren får. Därför kan de ändå anses ha sin plats i den här litteraturstudien.

RESULTATDISKUSSION

Diskussionen redovisas under samma rubriker som i resultatdelen.

Medverkan

Det kan vara svårt för en person med demens att förstå, tolka och ge uttryck för det som händer i omgivningen (Edberg, 2002). Just dessa kommunikations-svårigheter gör att det kan vara problematiskt att förstå och vårda personer med långt framskriden demenssjukdom (a a).

Att ge sjuksköterskan riktlinjer för kommunikation med den som vårdas kan enligt Acton m fl (2007) få vårdtagaren att tala mer och uttrycka sig bättre. Detta visar sig vara fallet speciellt då det gäller personer med allvarlig kognitiv försvagning. Här ökar antalet ord från vårdtagaren betydligt sedan riktlinjer för kommunikationen implementerats i den andra intervjun (a a).

Den slutsats som skulle kunna dras är att för patientgruppen med allvarlig kognitiv försämring kan riktlinjer för kommunikation göra att kommunikationen med vårdgivaren förbättras. Behov som inte annars blir uttalade blir kända för den som vårdar, vilket leder till färre missförstånd, mindre irritation och en bättre interaktion mellan vårdgivare och vårdtagare.

Trots att resultatet i studien är intressant grundar det sig på ett litet urval (Acton m fl, 2007). Endast två deltagare representerar personer med lågt MMSE. Studien baseras dessutom bara på två intervjutillfällen (a a). Dagsformen på deltagarna kan vara en avgörande faktor. För att få ett säkrare resultat bör urvalet ökas betydligt, alternativt fler intervjuer genomföras.

Miljö

Att införa musik i miljön har en positiv verkan på både känslor, sinnesstämning och beteende (Edberg, 2002). Musik är både lätt att applicera och kräver inga större kostnader (Witzke m fl, 2008).

Den kvantitativa studien Hicks-Moore (2005) visar att graden av agitation minskar med musikens inflytande. Trots att studien är liten och endast utförs av en forskare visar den ändå på tydliga skillnader mellan veckorna med och utan musik. Ett önskemål för fortsatta studier med musik under måltid kan vara att involvera fler avdelningar på olika vårdhem och att studierna pågår under en längre period, för att kunna utläsa ett säkrare resultat.

Den kvalitativa studien som utförs av Götell m fl (2008) där bakgrundsmusik och sång implementeras under morgonrutinerna visar också på goda resultat. Det skapar lugn och förbättrar interaktionen mellan vårdgivare och vårdtagare. Musiken frambringar också en positiv atmosfär och en känsla av gemenskap. Dock reagerar en av de boende tvärtom och blir aggressiv då musik spelas. Det bör därför tas med i beräkningarna att alla inte tycker om musik, utan musik bör användas i samråd med boende, anhöriga och vårdare. Vilken sorts musik som används är också viktig. Dementa återgår ofta till det språk som präglat barndomen (Björlin m fl, 2004) och efterhand som samhället blir mer mångkulturellt bör musiken tillhöra den kultur patienten växt upp med.

I studierna används musik vid måltider och morgonrutiner (Götell m fl, 2008, Hicks-Moore, 2005). Musik skulle också kunna användas i andra situationer som vid promenader eller erbjudas vid stunder då ingen annan aktivitet pågår. Vårdpersonalen kan också se till att musik finns lätt tillgängligt för alla boende både i det egna rummet och ute i allmänna utrymmen. I sin helhet får musik anses vara positivt i omvårdnadsarbetet. Omvårdnadsåtgärden kan lätt införas, till en låg kostnad och skulle även kunna resultera i att mediciner för beteendestörningar, depression och oro kan minskas, vilket också styrks av Witzke m fl (2008). Enligt Björlin m fl (2004) ökar musik trygghetskänslan vilket gör den är användbar i många vårdsituationer.

För att bevara dygnsrytmen är dagsljuset viktigt (Hunskår, 2003) och i Kommunförbundets hälso- och sjukvårdsprogram (2005) framhålls att försök med ljusterapi för att stabilisera dygnsrytmen, ge en bättre sömn och lindra beteendesymtomen är lovande. Enligt SBU (2007) ses dock behandlingen med ljusterapi ännu som experimentell.

Det saknas underlag för att värdera om behandlingen fungerar på beteendeproblem och på andra typer av depression än säsongsbunden (SBU, 2007).

Dowling m fl (2007) undersöker effekten av ljusterapi på neuropsykiatriskt beteende. Ljusbehandlingen visar endast små skillnader för de boende som fick behandlingen i jämförelse med kontrollgruppen. Diskussionen tar också upp att dessa skillnader är så små att det är tveksamt om de kan representera någon kliniskt meningsfull nytta. En del svagheter finns också i studien såsom att utvärderingen gjordes av personalen under arbete vilket kan medföra att en del beteenden missas. Flera olika personer var också med och utvärderade vilket gör att uppfattningen om beteenden kan skilja sig åt. Det visade sig också att interventionsgruppen bara fick 76 procent den ljustid som var avsedd(a a).

Den tolkning som kan göras är att ljusterapi inte har någon övertygande effekt på de beteendesymtom som en demenssjuk person kan drabbas av. Både studien (Dowling m fl, 2007) och SBU's rapport stärker detta påstående. Forskningen om ljusterapi är dock relativt ny och fortsatta studier bör vara värdefulla.

Barbro-Beck Friis (överläkare och klinikchef inom geriatrik) menar att närhet till djur har en lugnande inverkan på patienter med aggressivt beteende och berättar i sin bok (Beck-Friis m fl, 2007) om erfarenheten av att ha hund på vårdhemmet Balzagården i Motala; *"Även den man av våra inneboende som hade lätt till aggressiva handlingar blev mjuk, lugn och go när han i många minuter kunde sitta och smeka hunden och tala med honom. Ett för oss obegripligt samtal men fullt förståeligt för hunden som lyssnade, viftade på svansen och gav den sjuke hela sin uppmärksamhet."* (a a, s 102)

Studien om assisterad djurterapi (Richeson, 2003) visade att graden av agitation hos de som deltog blev mindre efter tre veckors besök av en terapihund. Vid en uppföljning tre veckor senare, utan hundbesök, har graden av agiterat beteende ökat igen.

En sysselsättning ska upplevas som meningsfull och intressant (Edberg, 2002). Det är vårdtagarens intresse som ska styra valet av aktivitet (a a). Ett påtvingat intresse för djur skulle sannolikt inte ha samma effekt som om personen har ett verkligt intresse för djur (Beck-Friis m fl, 2007).

Av detta kan slutsatsen dras att djurassisterad terapi kan vara en fantastisk möjlighet för personer med demenssjukdom som har ett intresse för djur. Kontakten med djur är viktig för många av våra äldre. Detta bör beaktas av sjuksköterskan t ex vid vårdplanering. En flytt till ett vårdboende kan innebära att personen som drabbats av demenssjukdom också måste skiljas från sin trogna vän. På en del vårdboende finns möjlighet för de boende att ta med sitt husdjur vid flytten dit. Sjuksköterskan kan också se över tänkbarheten till besök av en terapihund, alternativt att ha en hund eller katt som bor på avdelningen eller vistas där under dagtid.

Ingen signifikant nergång i användandet av vidbehovsmedicin påvisas (Richeson, 2003). I studien förklaras detta med att personalen ger denna medicin fortlöpande d v s utan att något behov konstateras. Inget försök att minska på medicineringen görs.

Detta kan tolkas som att det finns ett behov att se över vidbehovsmedicineringen. Resultatet med sänkningen av agitationsgraden tyder på att användning av vidbehovsmediciner på längre sikt skulle kunna sänkas.

Skötsel

Självkänslan hotas då en person med demens inte längre själv kan klara av vardagliga ting som dusch och toalettbesök (Cars& Zander, 2006). Ett sätt att hantera situationen och bevara sin värdighet är att bli arg och vägra ta emot hjälp (a a).

Med individuellt utformad dusch samt bad med handdukar och massage visar Sloan (2004) att det går att öka välbefinnandet vid dessa situationer. Graden av agitation sjönk med över hälften. Även nivån av obehag sänktes markant med dessa metoder. Detta gjordes genom att hitta lösningar anpassade efter patientens önskemål/reaktion och göra situationen så bekväm som möjligt (a a). Edberg (2002) pekar på att omvårdnaden ska utformas individanpassat med hjälp av kunskaper om individen.

Detta måste tolkas som att en anpassning av bad och dusch- situationer efter patientens önskemål ger en god omvårdnad som bibehåller god hygien och minskar agitationen/aggressionen. Det blir på detta sätt ett bra arbetsklimat som gynnar alla parter och borde också kunna minska användningen av lugnande/dämpande mediciner.

Träning

Vikten av rörelse beskrivs ofta ha en gynnsam effekt på humöret. Williams m fl (2008) visar hur rörelse påverkar patienter med Alzheimer's sjukdom. Två grupper fick fysisk träning och en tredje social konversation. Studien visar på ett ökat välbefinnande och mindre grad av depression, och resultatet är likvärdigt i alla tre grupperna. Detta talar för vikten av social samvaro, oavsett i vilken form den ges. Inga resultat redovisar hur medicineringen påverkas av fysisk träning, men en sänkning av neuroleptika och antidepressiva skulle kunna vara möjlig.

Studien bygger på ett litet antal människor men patienterna var spridda på åtta olika avdelningar (Williams m fl, 2008). Detta stärker trovärdigheten eftersom utfallet är samma oavsett avdelning. Några negativa effekter redovisas inte. Fysisk träning förbättrar även den kognitiva och fysiska förmågan enligt SBU:s rapport Demenssjukdomar från 2006 vilket skulle kunna göra patienten mer självständig och därmed även öka självförtroendet.

Williams m fl (2008) visar att fysisk träning förbättrar humöret och minskar risken för depression, men att samma effekt fås genom social konversation. Jämfört med fysisk träning är social konversation lätt att införa och inte speciellt kostsam. Vikten av hur man pratar belyses av Acton (2007) som utarbetade riktlinjer för kommunikation. En tanke är att social konversation skulle finnas med i utbildning av vårdpersonal. Fysisk träning ger dock andra fysiologiska fördelar som social konversation inte ger och därför bör de som kan och vill ges möjlighet att träna. Att uppmuntra till sysselsättningar i vardagen skulle kunna vara en tillräcklig aktivitet. En slutsats skulle kunna vara att dementa bör få möjlighet till daglig fysisk träning (sysselsättning), men även social konversation (kanske över en kopp kaffe?).

Information/Undervisning

Att drabbas av demenssjukdom påverkar det dagliga livet både för patienter och deras anhöriga (Edberg, 2002). Förhållandet mellan dessa blir förändrat vilket kan utveckla sig till kriser och konflikter. Frågan kommer också upp hur länge anhöriga klarar av att vårda hemma. Att vårdas hemma anses vara det bästa alternativet eftersom myndigheterna anser att där lättast kan patientens självständighet, värdighet och integritet bibehållas. Många gånger behöver anhöriga stöd för att klara vardagen (a a).

Graff m fl (2006) visar att undervisning av patient och närstående kan hjälpa i det dagliga livet för denna patientgrupp. ADL nivån förbättras, en högre känsla av kompetens uppnås både hos den dementa och anhöriga, och ett minskat behov av hjälp redan efter sex veckor. Resultatet stärks av fortsatta positiva effekter sju veckor efter att interventionen var avslutad. Inga resultat redovisade medicineringen (a a). En önskan hade varit att studien räknat in hur patientens medicinering hade förändrats under studiens gång och vid uppföljningen tolv veckor senare. I denna studie ingår endast de patienter som har mild/måttlig demens och säger inget om hur det fungerar för gruppen med grav demens, men enligt Björlin m fl (2004) vårdas denna grupp nästan uteslutande på vårdhem.

Av detta resultat kan slutsatsen dras att undervisning och stöd behövs i det dagliga livet och kan minska bördan för den vårdande anhörige men även öka självkänslan hos patienter med demens. Det ökar också möjligheten för den dementa individen att bo kvar hemma längre tid. Detta är faktorer som skulle kunna minska medicineringen och göra livet mer meningsfullt för dessa grupper.

Förändrat beteenden hos dementa patienter ställer stora krav på personalens kunskap och tålamod vad gäller omvårdnaden (Björlin m fl, 2004). Dessa tillstånd har tidigare behandlats rent medicinskt, utan att ta hänsyn till den dementes, tankar, känslor eller önskemål (Edberg, 2002). Behandling med sedativa läkemedel dämpar oro och ångest, men kan också undertrycka de känslor patienten har, men känslorna finns ändå kvar (a a). En risk med detta skulle kunna innebära att patienten inte får den omvårdnad som personen har rätt till. Ibland är det dock nödvändigt med farmakologisk behandling, men det kräver noggrannhet i dosering och bör utvärderas regelbundet (Björlin m fl, 2004).

För att minska neuroleptikabehandling hos dementa genomför Fossey m fl (2006) en studie, där vårdpersonal får extra undervisning och handledning i vård av dementa. Resultatet visar på en nedgång av neuroleptikaanvändandet med 24 procent efter 12 månader. Detta resultat får anses vara bra med tanke på de risker som det innebär att använda neuroleptika (Läkemedelsrådet Region Skåne, 2008). Studien visar att handledning av personal är ett bra sätt att minska behandling med neuroleptika hos dementa patienter.

En negativ situation är att endast 60 procent av personalen inom äldreården är utbildade (Björlin m fl, 2004). Slutsatsen kan därmed dras att det skapas ett behov av professionell handledning som en bra och nödvändig arbetsform. Ett bra sätt att vårda dementa skulle kunna vara specialavdelningar där varje boende får en individuellt anpassad vårdplan som utformas tillsammans med psykologer, läkare, arbetsterapeuter, sjuksköterskor och undersköterskor. Denna vårdplan bör sedan revideras med jämna mellanrum för optimal omvårdnad. Den stora utmaningen blir att organisatoriskt ge dessa förutsättningar.

Samordning

Att vårdas hemma är bäst för den dementa patienten då hemmamiljön inger trygghet (Edberg, 2002).

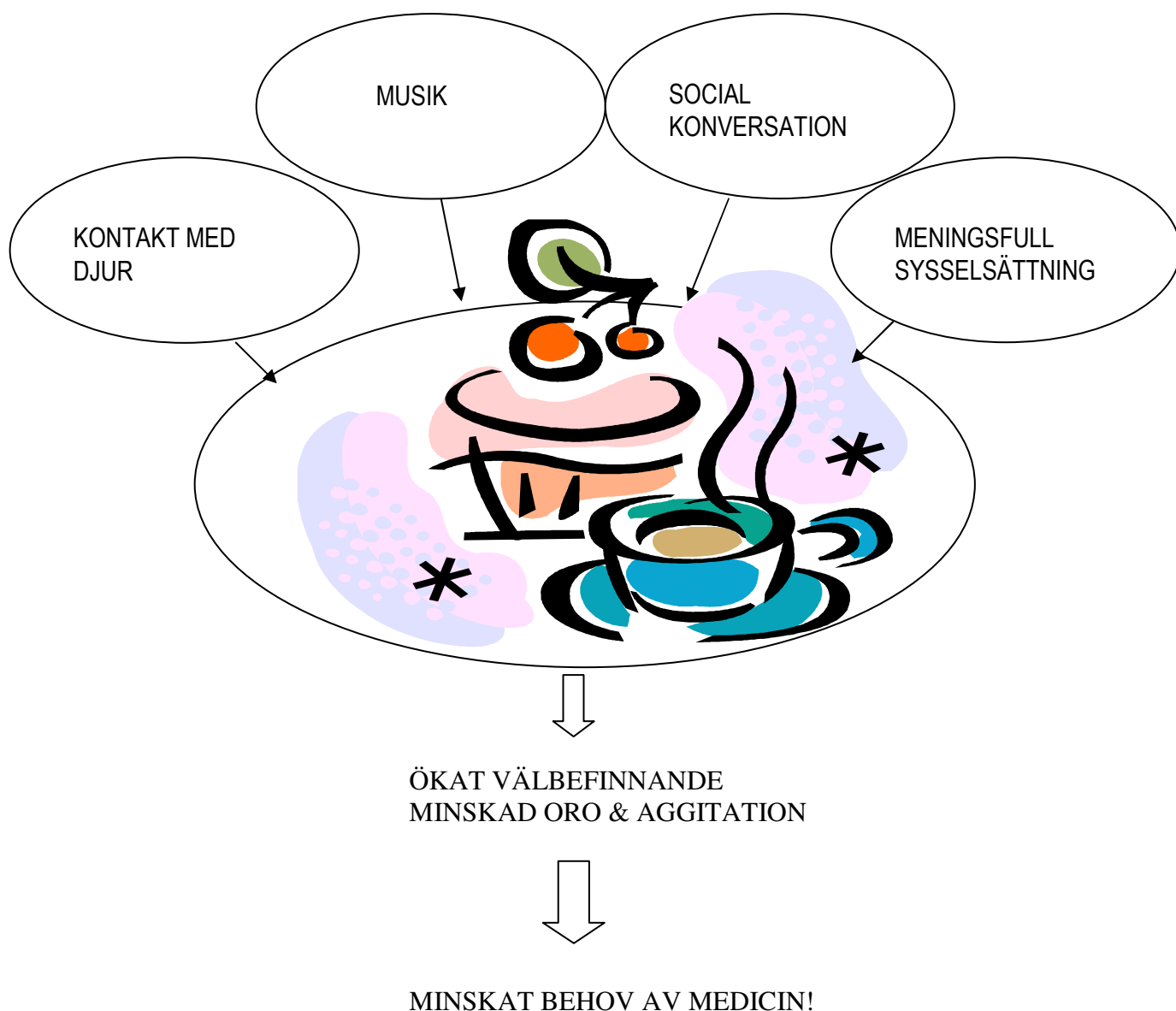
Enligt svensk lag ska vården respektera individens självbestämmande och vården ska planeras i samråd med patienten (HSL 1982:763).

I en av de granskade studierna jämförs dagvård kontra vårdhem för att se hur det påverkar den kognitiva funktionen för dementa personer (Wilson m fl, 2007). Det visar sig att den kognitiva försämringen minskar om den dementa får dagvård istället för placering på vårdhem. Det visar sig också att personer med demens som nyttjat dagvården före sin placering på vårdhem klarar miljöbytet bättre än de som inte hade haft dagvård tidigare. En svaghet i studien är att nivån på hur mycket stöd patienten har av anhöriga inte framkommer. Resultatet av studien skulle kunna innebära att stöd i hemmet och dagvård tidigt införs i sjukdomsförloppet. Detta stärks också av Graff m fl (2006) som visar att stöd och rådgivning förbättrar det dagliga livet för både patienten och anhöriga. Det bör dock påpekas att dementa som bor hemma påverkar anhöriga i allra högsta grad (Edberg, 2002). Att vara vårdare till anhöriga innebär en stor livsstilsförändring. Anhöriga kan få ett stort vårdansvar vilket ökar belastningen och stressen (a a). Hur blir balansen mellan krav och resurs? Denna fråga måste finnas med i planerandet av vård i hemmet kontra vårdhem. En slutsats som skulle kunna dras är att vårdplanering och en inlussning inom dagvård ska ske så tidigt som möjligt i samråd mellan anhöriga, den demenssjuka och vårdpersonal.

SLUTSATSER

Dagens slimmade organisation där budgeten är den mest styrande faktorn kan medföra svårigheter att införa nya omvårdnadsåtgärder. En annan svårighet kan vara att vården styrs av gamla rutiner.

Studierna redovisar mest positiva effekter av de redovisade omvårdnadsåtgärderna och det framkom att vårdpersonal har en viktig funktion vad gäller positiva förändringar i patientens omvårdnad. Under studiens gång har det framkommit att individuellt anpassad vård är det som främjar patienten bäst. För att det ska fungera behövs det klarare behandlingsriktlinjer som innehåller utbildning av vårdpersonal i sättet att arbeta med dementa patienter. Enligt sjuksköterskans kompetensbeskrivning har sjuksköterskan ett stort ansvar att genom handledning och undervisning förmedla nya kunskaper till medarbetare (Socialstyrelsen, 2005 b). Det behövs också en ökad samverkan mellan olika arbetsgrupper inom vården. Dagvård behöver tidigt föras in i sjukdomsförloppet för stöd och rådgivning till patient och anhöriga. Det behövs också en noggrant avvägd medicinering för att undvika onödiga biverkningar, som även innebär att se över medicineringen med jämna mellanrum. Många av de läkemedel som används idag vid beteendestörningar skulle vara möjliga att reduceras med hjälp av enbart omvårdnadsåtgärder.



Sjukdomen demens har uppmärksammats mycket de senaste åren och innebär att forskning i ämnet har tagit fart. Socialstyrelsen kommer att presentera nya nationella riktlinjer under 2009/2010 (Socialstyrelsen, 2008) för att förbättra vården för dementa och anhöriga.

Av genomgångna artiklar visade många på fortsatt behov av fler studier, men de senaste årens forskning i ämnet visar också att nya forskningsresultat ständigt presenteras.

REFERENSER

*Granskade artiklar markeras med **

*Acton G J, Yauk S, Hopkins B A, Mayhew P A (2007) Increasing Social Communication in Persons with Dementia. *Research and Theory for Nursing Practice: An International Journal*, 21, 32-44

Almås H (red) (2002) *Klinisk omvårdnad* volym 1. 3:e upplagan Stockholm: Liber AB

Apoteket (2007) *Läkemedelsboken* Stockholm Apoteket AB

Apoteket

><http://www.apoteket.se/apoteket/jsp/polopoly.jsp?d=4401&a=2964>>2008-12-26

Beck-Friis B, Strang P, Beck-Friis A (2007) *Hundens betydelse i vården* Stockholm: Gothia Förlag AB

Björilin G A, Basun H, Beck-Friis B, Ekman S-L, Englund E, Jönhagen M E, Gustafson L, Lannfelt L, Nygård L, Björkstén K S, Terzis B, Wahlund L-O, Wimo A (2004) *Om demens 2:a upplagan* Stockholm: Liber AB

Cars J & Zander B (2006) *Samvaro med dementa* Stockholm: Gothia Förlag AB

Dagens nyheter (2008) Bratt A *Läkarnas stal mammas chans till ett normalt liv* ><http://www.dn.se/DNet/jsp/polopoly.jsp?a=826341>>2008-09-09

Dehlin O & Rundgren Å (2007) *Geriatrik 2:a upplagan* Lund: Studentlitteratur

*Dowling G A, Graf C, Hubbard E M, Luxenberg J S (2007) Light Treatment for Neuropsychiatric Behaviors in Alzheimer's Disease. *Western Journal of Nursing Research*, 29, 961-975

Edberg A-K (red) (2002) *Att möta personer med demens* Lund: Studentlitteratur

Ehnfors M, Ehrenberg A, Thorell-Ekstrand I (2000) *VIPS-boken* Stockholm: Vårdförbundet

Fagius J & Aquilonius S-M (red) (2006) *Neurologi 4:e upplagan* Stockholm: Liber AB

Feil N (1994) *Validation-Feilmotoden*. Lund: Studentlitteratur

*Fossey J, Ballard C, Juszczak E, James I, Alder N, Jacoby R, Howard R (2006) Effect of enhanced psychosocial care on antipsychotic use in nursing home residents with severe dementia: cluster randomised trial *British Medical Journal*, 332, 756-761

*Graff M J L, Vernooij-Dassen M J M, Thijssen M, Dekkert J, Hoefnagels W H L, Olde Rikkert M G M (2006) Community based occupational therapy for patients with dementia and their care givers: randomised controlled trial. *British Medical Journal* doi:10.1136/bmj.39001.688843.BE

*Götell E, Brown S, Ekman S-L (2008) The influence of caregiver singing and background music on vocally expressed emotions and moods in dementia care: A qualitative analysis. *International Journal of Nursing Studies* doi:10.1016/j.ijnurstu.2007.11.001

*Hicks-Moore S L (2005) Relaxing Music at Mealtime in Nursing Homes: Effects on Agitated Patients with Dementia. *Journal of Gerontological Nursing*, 31, 26-32

Hunskår S (red) (2003) *Allmänmedicin* svensk upplaga (2007) Hovellius B Lund: Studentlitteratur

Kommunförbundet (2005) *Demenssjukdomar*
>http://www.skane.se/upload/Webbplatser/H%C3%A4lsa%20och%20sjukv%C3%A5rdsprogram/Dok_Demens_04-11.pdf>2008-12-26

Laine K (2008) *Läkemedelsinteraktioner* Stockholm: Liber AB

Läkemedelsrådet Region Skåne (2008) *Läkemedelsbulletinen* 10 Dec 2008

Läkemedelsverket (a)
>http://www.lakemedelsverket.se/upload/Om%20LV/publikationer/Info%20fr%20LV/Info_fr_LV_2004-4.pdf>2008-12-14

Läkemedelsverket (b)
> http://www.lakemedelsverket.se/Tpl/NewsPage___1398.aspx>2008-12-14

Läkemedelsverket (c)
> http://www.lakemedelsverket.se/Tpl/NewsPage___459.aspx>2008-12-14

Läkemedelsverket (d)
>http://www.lakemedelsverket.se/upload/H%C3%A4lsa%20och%20sjukv%C3%A5rd/behandlingsrek/BPSD-rek_webb.pdf>2008-12-26

Läkemedelsverket (e)
>http://www.lakemedelsverket.se/Tpl/NewsPage___6206.aspx>2008-12-15

Läkemedelsverket (f)
>http://www.lakemedelsverket.se/Tpl/RecommendationsPage___7782.aspx
>2008-12-01

Läkemedelsverket (g)
> <http://www.lakemedelsverket.se/Tpl/NewsPage.aspx?id=7954>>2008-12-26

Nationalencyklopedin (1990) Höganäs: Bra Böcker

Polit D F, Beck C T (2006) *Nursing research* 6th edition. Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins

*Richeson N E (2003) Effects of animal-assisted therapy on agitated behaviors and social interactions of older adults with dementia. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementia*, 18, 352-358

SBU Statens beredning för medicinsk utvärdering (2006) *Demenssjukdomar* Rapportnummer 172

SBU Statens beredning för medicinsk utvärdering (2007) *Ljusterapi vid depression samt övrig behandling av årstidsbunden depression* Rapportnummer 186

SBU Statens beredning för medicinsk utvärdering (2008) *Dementia-Etiology and Epidemiology* A Systematic Review volume

SFS 1982:763 Hälso- och sjukvårdslag

SFS 1991:1128 Lagen om Psykiatrisk Tvångsvård

Simonsen T & Aarbakke J (2004) *Illustrerad farmakologi 1* Stockholm: Natur och Kultur

Simonsen T, Aarbakke J, Hasselström J (2004) *Illustrerad farmakologi 2* Stockholm: Natur och Kultur

*Sloane P D, Hoeffler B, Mitchell M, Mc Kenzie D A, Barrick A L, Rader J, Stewart B J, Talerico K A, Rasin J H, Zink R C, Koch G G (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, 1795-1804

Socialstyrelsen a (2005) Folkhälsorapport

Socialstyrelsen b (2005) *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. <http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/33C8D178-0CDC-420A-B8B4-2AAF01FCDFD9/3113/20051052.pdf>

Socialstyrelsen (2008) *Demensriktlinjer kommer att rekommendera minskad läkemedelsanvändning*

><http://www.socialstyrelsen.se/Aktuellt/Nyheter/2008/Q3/riktlinjer-080912-demenslakemedel.htm>>2008-12-19

Solomin A, Kivipelto M, Winblad B. Kap 27 i boken *Hjärnan* (2007) Olson L (red) Stockholm: Karolinska Institutet University Press

SOSFS 1980:87 *Socialstyrelsens kungörelse med föreskrifter om förbud mot tvångsmedel inom somatisk långtidssjukvård*. Stockholm

*Williams C L, Tappen R M, Lynn C E (2008) Exercise training for depressed older adults with Alzheimer's disease. *Aging and Mental Health*, 12, 72-80

Willman A, Stoltz P, Bahtsevani C (2006) *Evidensbaserad omvårdnad 2:a upplagan* Lund: Studentlitteratur

*Wilson R S, McCann J J, Li Y, Aggarwal N T, Gilley D W, Evans D A (2007). Nursing Home Placement, Day Care Use, and Cognitive Decline in Alzheimer's Disease *American Journal of Psychiatry*, 164, 910-915

Witzke J, Rhone R A, Backhaus D, Shaver N A (2008) How sweet the sound *Journal of Gerontological Nursing*, 34

BILAGOR

Bilaga 1: Bedömningsmall

Bilaga 2: Mätinstrument

Bilaga 3: Artikelgranskning

Bedömningsmall

Vid granskning av artiklarnas struktur används en bedömningsmall med kriterier för att värdera om en artikel håller vetenskaplig kvalitet, vilka är baserade på Polit & Beck (2006). Nedan redovisas kriterier som används vid granskning av artiklar:

Titel:

Det ska vara en titel där fenomenet och tänkt målgrupp för studien tydligt framgår.

Abstract:

Ska innehålla en inledande beskrivning av studien. Här ska studiens syfte, frågeställning, metod och resultat kort redovisas, för att läsaren ska kunna avgöra om studien är av intresse.

Introduktion:

Fenomenet ska här klart och tydligt beskrivas. Aktuell litteratur och tidigare forskning ska presenteras och få läsaren mer insatt i ämnet. Det ska finnas ett klart syfte, eventuellt med frågeställningar, vilket behov det finns av studien och vad den kan tänkas bidra med. Metod och teoretisk ram ska också stämma överens med det fenomen som beskrivs. Fenomenet ska behandla området kring omvårdnad.

Metod:

I denna del ska det finnas en redogörelse av vald metod och vilka instrument som använts för att få svar på forskningsfrågan. Här ska design, urval, datainsamlingsmetod och val av målgrupp tydligt beskrivas. Eventuella etiska aspekter ska finnas med och tillvägagångssätt för att öka forskarnas trovärdighet.

Resultat:

Här ska analysen av datainsamlingen presenteras. I kvantitativa studier ska signifikanta resultat redovisas. Kvalitativa studier ska redovisas i form av teman och kategorier. Frågeställningarna ska tydligt besvaras vilket finns beskrivet under syftet. Eventuella möjliga brister i analysprocessen kan antydast.

Diskussion:

Ska innehålla forskarens egna tolkningar av resultatet. Forskaren ska diskutera eventuella brister och begränsningar i studien, både vad gäller resultat och vald metod. Även framtida nytta och förslag på fortsatt forskning tas upp här.

Referenser:

Artiklar och de källor som används i artikeln ska finnas med och ska vara relevanta och aktuella.

MÄTINSTRUMENT

AAT Animal Assisted-Therapy, terapihunden används i behandlingen på ett schemalagt sätt (Beck- Friis, 2007). Flödesschemat mäter hur varje deltagare reagerade på och interagerade med hund och hundförare (Richeson, 2003).

AMPS The Assessment of Motor and Process Skills

Mäter kvaliteten på en persons ADL där förmåga, effektivitet, säkerhet och självständighet mäts. Skalan går från -3 till 4 där högre poäng indikerar mindre behov av hjälp.

><http://www.ampsintl.com/>>2008-12-22

CMAI Cohen-Mansfield Agitation Inventory

En lista med 36 olika beteende som prickas av om och i vilken frekvens de förekommit de senaste två veckorna. En hög poäng visar att beteenden förekommer ofta. ><http://www.medafile.com/zyweb/CMAI.htm>>2008-12-20

CSDD Cornell Scale for Depression in Dementia

Bedömer symtom och tecken på depression vid demenssjukdom med hjälp av en delvis strukturerad intervju. En skala från 0-2 på varje fråga (0=frånvaro av symtom, 1=måttlig och 2=allvarlig) med en total poängskala där >10 indikerar en möjlig depression och >18 indikerar en säker depression. Poäng under 6 visar inga tecken på depression.

><http://www.qualitynet.org/dcs/ContentServer?cid=1116947564848&pagename=Medqic/MQTools/ToolTemplate&c=MQTools>>2008-11-25

DMAS Dementia Mood Assessment Scale

En strukturerad intervju med 24 frågor graderade från 0 till 6 bedömer sinnesstämningen hos personer med demens.

><http://www.medafile.com/zyweb/DMAS.htm>>2008-11-28

IDDD Interview for Deterioration of Daily Living in Dementia

Genom dialog värderas 33 aktiviteter såsom t ex hygien, påklädning, måltider samt mer komplexa aktiviteter som att gå och handla eller skriva och svara i telefon. Både initiativ att vilja utföra och själva utförandet av aktiviteterna värderas. En mätskala mellan 0-44, där lägre värden visar på mindre behov av hjälp.

><http://bjp.rcpsych.org/cgi/content/full/180/2/161#TBL1>>2009-01-02

MMSE Mini-mental state examination

Testet består av att 11 frågor för att mäta kognitiv funktion. Då undersöks bl a orientering i tid och rum, räkneförmåga, minne och den språkliga förmågan. Maxpoäng är 30 och om patientens poäng är under 24 anses den kognitiva funktionen vara nedsatt.

>http://en.wikipedia.org/wiki/Mini-mental_state_examination>2008-12-22

NPI-NH Neuropsychiatric Inventory: Nursing Home Version

Ett frågeformulär undersöker tio typer av beteende eller symtom samt aptit. På en skala graderas närvaro, frekvens (1 till 4) och allvarlighetsgrad (1 till 3). Antalet uppvisade beteendesymtom är mindre och har en lägre allvarlighetsgrad ju lägre poängen är. Även korrelationen till hur personalen upplever störningarna mäts på en skala från 0 till 5.

><http://www.medafile.com/zyweb/NPINH.htm>>2009-01-02

>http://books.google.se/books?id=ddyZUcaGaRIC&pg=PA385&lpg=PA385&dq=NPI-NH&source=bl&ots=YeR4r-0NNz&sig=m4_0yNIMh3HKCZeFjN8-V19-ZjQ&hl=sv&sa=X&oi=book_result&resnum=6&ct=result#PPA385,M1

>2009-01-02

ARTIKEL	SYFTE	METOD	POPULATION	RESULTAT	KRITISK ANALYS
Graff M J L, Vernooij-Dassen M J M, Thijssen M, Dekker J, Hoefnagels W H L, Olde Rikkert M G M (2006) Community based occupational therapy for patients with dementia and their care givers: randomised controlled trial	Att fastställa vad arbetsterapi har för effekt på det dagliga livet hos dementa och deras vårdande anhöriga.	Kvantitativ studie Randomiserad kontrollerad studie, (singel blind - personerna som utvärderar vet inte hur behandlingen är fördelad).	135 personer från minnesmottagning eller dagvårdsavdelning inom geriatrisk vård ingick i studien. Personerna som ingick i studien var ≥ 65 , diagnostiserad med mild till moderat demens och bosatta i samhället.	De personer som fick terapi fungerade bättre i det dagliga livet och hittade lättare strategier att lösa problem med då de dök upp. Vårdgivarna vilka var med i interventionsgruppen kände sig mer kompetenta.	Titel: Tydlig. Både målgrupp och fenomen beskrivs. Abstrakt: Kort och konkret. Lätt att avgöra om studien är av intresse. Introduktion: Även här kort och koncist. Läsaren får en klar bild över ämnet och syftet med studien. Metod: Tillvägagångssättet vid urval och bortfall är väl beskrivet med ett flödesschema. Även studiens gång är tydlig, med indelningar och rubriker. Resultat: Resultatet är i paritet med studiens syfte och presenteras överskådligt. Diagrammen som förklarar resultaten är lättöverskådliga, men viss svårighet med många förkortningar. Redovisning sker genom signifikanta siffror. Diskussion: Författarna tar upp både styrkor och svagheter/begränsningar med studien. Referenser: Alla referenser finns med, och sträcker sig från år 1975- 2006. Författarna finns med i fyra av dessa.
Fossey J, Ballard C, Juszczak E, James I, Alder N, Jacoby R, Howard R (2006) Effect of enhanced psychosocial care on antipsychotic use in nursing home residents with severe dementia: cluster randomised trial	Att ge extra träning och support till vårdhemspersonal i sättet att ta hand om dementa, och därefter undersöka hur det påverkar neuroleptika- behandling.	Kvantitativ, randomiserad studie. Målgrupp, urval och datainsamlingsmetod beskrivs. En psykiatriker skriver till de doktorer som utfärdar recept till de boende vilka ingår i interventionsgruppen. Brevet innehåller behandlingsriktlinjer och rekommendationer att sluta använda neuroleptika. Statistikern vet inte patienternas identitet.	349 dementa boende på vårdhem i London, Newcastle och Oxford. Kravet på boendet, var att minst 25 procent av patienterna med diagnosen demens stod på någon form av neuroleptika.	Efter 12 månader hade användandet av neuroleptika gått ner med 7,6 procent i kontrollgruppen, medan användandet hade gått ner med 24 procent i interventionsgruppen.	Titel: Tydlig och informativ Abstrakt: Kort och konkret, där studien är summerad och förklarad vilket gör det lätt för läsaren att avgöra om den är av intresse. Introduktion: Förklarar tydligt varför studien behövs och hänvisar till tidigare studier som leder fram till syftet med denna studie. Metod: Urval, tillvägagångssätt och analysmetod är tydligt beskrivet och det är lätt att följa med. Etiska aspekter tas upp. Resultat: Redovisas i form av p-värde. Resultatet förklaras med tydliga underrubriker, tabeller och diagram. Diskussion: Resultatet jämfördes med tidigare studier. Eventuella brister togs inte upp. Referenser: Hänvisar till litteratur och ett tjugotal studier vilka alla finns med och är från år 1986-2004.

ARTIKEL	SYFTE	METOD	POPULATION	RESULTAT	KRITISK ANALYS
<p>Wilson R S, McCann J J, Li Y, Aggarwal N T, Gilley D W, Evans D A (2007)</p> <p>Nursing Home Placement, Day Care Use, and Cognitive Decline in Alzheimer's Disease</p>	<p>Forskarna vill utforska hur den kognitiva funktionen hos alzheimer's patienter påverkas av om de vårdas inom dagvård eller på vårdhem.</p>	<p>Kvantitativ observationsstudie där personer boende i Chicago med diagnosen Alzheimer's ingick. Nio verktyg används till att mäta den kognitiva funktionen. Mätningar och jämförelser gjordes sedan på patienter som placerades på vårdhem eller de som använde sig av dagvård. Uppföljningar gjordes inom en tre års period</p>	<p>432 personer med diagnosen Alzheimer's sjukdom från Rush Alzheimer's center eller patienter från dagvården boende i Chicago. Personerna som ingick var 65 år eller äldre</p>	<p>De patienter som placerades på vårdhem försämrades snabbare i sin kognitiva funktion jämfört med de patienter som bara nyttjade dagvård. Resultaten visade även på en snabbare försämring ju högre utbildning patienten hade.</p>	<p>Titel: Både undersökningsgrupp och fenomenet som undersöks finns med. Abstrakt: Syfte, metod, resultat och även varför studien behövs finns med. Introduktion: Genom texten och hänvisningar till tidigare studier förklaras behovet och syftet med studien. Introduktionen är i det kortaste laget. Metod: Något svårt att förstå hur urvalet har gått till. Datainsamlingsmetod och mätinstrumenten beskrivs. Svårt att förstå alla mätinstrument (nio stycken), men hänvisningar till tidigare studier finns. Resultat: Redovisas i form av p-värde. Kognitiva funktionen redovisas i tabellform och diagram. Diskussion: Jämför resultat med tidigare studier. Tar upp styrkor och begränsningar. Ger förslag till förbättringar i vården. Referenser: Alla referenser finns med och är från år 1975-2006.</p>
<p>Götell E, Brown S, Ekman S-L (2007)</p> <p>The influence of caregiver singing and background music on vocally expressed emotions and moods in dementia care: A qualitative analysis</p>	<p>Hur bakgrundsmusik och vårdgivares sång påverkar humör och kommunikation mellan vårdgivare och personer med demens.</p>	<p>Kvalitativ observationsstudie där dementa utsattes för tre olika sorters vård. Antingen vård utan musik, med bakgrundsmusik eller där vårdgivare sjöng till/med den dementa. Därefter videofilmades patienterna och kategoriserades sedan efter visade känslor och humör.</p>	<p>Nio patienter med grav demens mellan 80-90 år ingick i studien. De skulle dessutom vara svensktalande. Dessa var boende på ett vårdhem speciellt för dementa. Sju kvinnor och två män deltog i studien.</p>	<p>Jämfört med ingen musik, så hade närvaro av musik positiv påverkan både hos vårdgivare och dementa genom att visa på ett gladare humör. Även aggressiviteten minskade hos den boende.</p>	<p>Titel: Bra titel som innehåller de nyckelord och den grupp som studeras. Abstrakt: Klart och tydligt summerande av studien. Introduktion: Fenomenet är klart och tydligt beskrivet. Tidigare forskning som presenteras bygger en trovärdig bas för behovet av denna studie. Metod: Vald metod lämpar sig väl för studiens syfte. Urvalet som baserades enligt rekommendationer från ssk på hemmet kan påverka resultatet. Etiska aspekter tas upp. Mätinstrumenten som används beskrivs i introduktionen. Resultat: Analysen av resultatet beskrivs noggrant Varje del av resultatet redovisas och summeras tydligt i slutet. Tydlig beskrivning av tematisering och kategorisering. Diskussion: Diskuterar och jämför tidigare studiers resultat. Brister och begränsningar med studien tas upp. Ger förslag på ändrad vård, men påvisar också behovet av mer forskning. Referenser: Studier och litteratur som sträcker sig från 1981-2007 har använts och alla fanns med.</p>

ARTIKEL	SYFTE	METOD	POPULATION	RESULTAT	KRITISK ANALYS
Sloan P D, Hoefler B, Michell C M, McKenzie D A, Barrick A L, Rader J, Stewart B J, Talerico K A, Rasin J H, Zink R Koch G G (2004) Effect on Person-Centered Showering and Towel Bath on Bathing-Associated Aggression, Agitation, and Discomfort in Nursing Home Residents With Dementia.	Värdera effektiviteten av två olika, icke farmakologiska sätt att reducera agitationer, aggression och obehag i samband med bad av dementa personer på vårdboende.	Kvantitativ, randomiserad kontrollerad studie med två interventionsgrupper (person-centrerad duschning och handduksbad) och en kontrollgrupp (vanligt bad). Graden av agitation, aggressivt beteende och obehag mättes med hjälp av Care Recipient Behavior Assessment(CAREBA) baserad på Cohen – Mansfield Agitation Inventory. Obehag mättes med en modifierad obehagsskala för dementa av Alzheimer´styp.	I studien ingick 73 boende som var 55 år eller äldre, erhöLL hjälp vid bad, hade diagnostiserad Alzheimer´s sjukdom eller annan medicinsk betingad demens med måttlig eller allvarlig kognitiv försvagning fastställd med Minimum Data Set cognition score (MDS-COGS) 5 eller högre. Deltagaren visade också vanligtvis agitation eller aggression vid bad. Ingick gjorde också 37 ”nursing assistants ” som badade vårdtagarna.	Graden av agitation och aggression sjönk med 53 % (P<0.001) i gruppen med person-cenrerat bad och med 60% (P<0.001) med handduksbad, medan ingen förändring visades i kontrollgruppen. Graden av obehag sjönk med 13.7% i gruppen med person-centrerat bad och med 25.6% (P<0.003) i gruppen med handduksbad. Inte heller här visades någon förändring i kontrollgruppen.	Titel: Ger en bra beskrivning av innehållet i artikeln. Abstrakt: Bra inledande beskrivning. Syfte, frågeställning, metod och resultat kort och tydligt beskrivet. Introduktion: Fenomenet bra beskrivet . Tidigare forskning redovisat. Syfte och behov finns med. Metod: Tydlig redogörelse av urval, metod och instrument. Datainsamlingsmetod är beskriven. Upprepat samtycke från deltagarna. Etiska aspekter har beaktats. Resultat: Väl kopplat till syftet med studien. Diskussion: Forskaren har tolkat resultatet. Nyttan med den här forskningen, förslag på och vikten av fortsatt forskning väl beskrivet. Lite tunn redogörelse för eventuella brister i studien. Referenser: Alla referenser finns med, är relevanta och från år 1972-2004.
Hicks-Moore (2005) Relaxing Music at Mealtime in Nursing Homes	Ta reda på om avslappande musik måltider kan ha en lugnande effekt och minska agiterat beteende hos dementa personer boende på vårdhem.	Kvasiexperimentell studie under en fyraveckorsperiod på en avdelning för dementa. Avslappande musik spelades vecka två och fyra. Under vecka ett och tre spelades ingen musik. Graden av agitation hos vårdtagarna mättes och jämfördes mellan veckorna med hjälp av The Goddaer and Abraham version of The Cohen-Mansfield Agitation Inventory(CMAI).	Ingick i studien gjorde 33 personer i åldern 70 - 101 år. De hade allvarlig kognitiv försvagning, var boende på en specialiserad, stängd avdelning för dementa.	Vecka 1 (ingen musik) hade ett medelvärde per dag av incidenter med agiterat beteende på 9.85. Vecka 2(musik) sjönk medel- incidensen till 4,57. Vecka 3(ingen musik) ökade medeltalet incidenter till 7.29. Vecka 4 (med musik) sjönk medeltalet av incidenter med agitation till 3.43.	Titel: Ger information om vad artikeln handlar om, men inte vad studien avser att undersöka. Abstrakt: Beskriver både syfte, metod och resultat i mycket korta men informativa ordalag. Introduktion: Aktuell litteratur och tidigare forskning presenteras. Klart syfte och en mycket klar frågeställning. Behov av studien påvisas också. Metod: Redogör tydligt för metod, urval och instrument. Datainsamlingsmetod finns beskriven. Medgivande inhämtats från deltagare och anhöriga. Resultat: Analyserat utifrån frågeställning. Diskussion: Forskaren beskriver egen tolkning av resultatet. Nyttan med studien och förslag på fortsatt forskning beskrivs tydligt. Eventuella brister och begränsningar i studien tas inte upp. Referenser: Alla referenser finns med, är relevanta och från år 1937-2000.

ARTIKEL	SYFTE	METOD	POPULATION	RESULTAT	KRITISK ANALYS
Williams C.L Tappen R M Lynn C E (2008) Exercise training for depressed older adults with Alzheimer's disease.	Att undersöka effekten av motion på depressiva symptom och sinnesstämning hos personer med Alzheimer's disease boende på vårdhem	Kvasiexperimentell studie med tre interventionsgrupper. En med motion, en med kontrollerad promenad och en med social konversation vilken fungerade som kontrollgrupp. Interventionen pågick 16v, 5dgr/v och 30 min/gång. Graden av depressiva symptom mättes med Cornell Scale for Depression in Dementia (CSDD). Sinnesstämningen mättes med Dementia Mood Assessment scale (DMAS och Alzheimer's Mood scale.	45 personer (89 % kvinnor) i ålder från 71-101 år ingick i studien. Inklusionskriterier var personer boende på vårdhem, diagnostiserad Alzheimer's, beroende av hjälp med rörelse, förflyttning, gång eller balans, kapabla att gå med assistans och hade en CSDD poäng på 7 eller högre.	Graden av depression sjönk i alla tre grupperna. Vid starten hade ingen deltagare CSDD poäng < 7. I slutet låg 35% av deltagarna under 7 CSDD poäng. Också DMSA poängen som från början var 31.93 sjönk till 28.62 (p=0.0003) då studien avslutades. I skillnaden mellan grupperna visades en något större sänkning av värdena i gruppen med motion.	Titel: Informativ Abstrakt: Innehållsrikt vad gäller syfte och metod. Resultatet nämns endast kort. Introduktion: Fenomenet beskrivs bra. Aktuell litteratur och tidigare forskning presenteras. Behov och syfte med studien är klart. Metod: Metod och instrument framgår klart. Godkännande av etisk kommitté redovisas. Skriftligt medgivande samt upprepat samtycke. Resultat: Svarar bra mot frågeställningen. Presenteras med text och tabeller. Diskussion: Forskarna tolkar resultaten. Metodens och resultatets brister och begränsningar diskuteras. Utförliga förslag på och beskrivning av fortsatt forskning. Referenser: Alla referenser och källor finns med, är relevanta och från år 1975-2003.
Richeson N (2003) Effects of animal-assisted therapy on agitated behaviors and social interactions of older adults with dementia.	Att pröva vilken effekt terapeutisk rekreation med hjälp av djur-assisterad terapi kan ha på agiterat beteende och social interaction hos äldre vuxna med demens.	Kvasiexperimentell studie i tre faser, (baseline, post test och follow up). Vid varje fas mättes graden av agitation med Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI). I små grupper fick deltagarna besök av terapihund och dess förare må-fre i tre v tid. Vid samtliga tillfälle mättes AAT (animal assessment therapy) flödesschema, Varje dag noterades behovs medicin för varje deltagare.	I studien deltog 15 personer, varav 14 kvinnor och en man, i åldern 63-99 år. Medelvärdet på MMSE var 3.9. Alla var boende på vårdhem, hade diagnostiserad demens, ett tidigare intresse för djur, ingen allergi mot hundar, ingen känd rädsla eller ogillande mot hundar och hade ett behov av behandling för sin agitation.	T-test visar i jämförelse mellan de olika faserna att CMAI värdet sjönk signifikant från studiens början M=65,93 till slutet av de tre interventions-veckorna M=50.53. Samma värde hade åter stigit vid uppföljningen tre veckor senare till M=54.86. AAT flödesschema från början (M=15.25) till slutet av veckorna med hundbesök var signifikant högre (M=20.25).	Titel: Talar tydligt om vad artikeln handlar om. Abstrakt: Beskriver studiens syfte. Kort redovisning av metod och resultat. Introduktion: Kort presentation av fenomenet. Litteratur presenteras liksom några av de fåtal studier som gjorts om effekten av djur-assisterad terapi. Syftet och behovet av denna studie framkommer med tydlighet. Metod: Noggrant och detaljerat beskriven. Ger god inblick i processen. Använd instrument presenteras och förklaras. Resultat: Analyseras väl utifrån frågeställningen. Redovisas i text, önskvärt med tabell för tydligheten. Diskussion: Forskaren diskuterar resultatet. Tar tydligt upp begränsningar och brister. Förslag på fortsatt forskning presenteras. Referenser: Alla referenser och källor finns med, är relevanta och från år 1975-2003.

ARTIKEL	SYFTE	METOD	POPULATION	RESULTAT	KRITISK ANALYS
Acton G J, Yauk S, Hopkins B A, Mayhew P A (2007) Increasing Social Communi- cation in Persons with Dementia.	Att undersöka vilken effekt riktlinjer för kommunikation kan ha på social kommunikation mellan en person med demens och en sjuksköterska.	Kvantitativ studie. En och samma grupp för både för-och eftertest. Ingen kontrollgrupp användes. Individuella videospelade intervjuer av deltagarna vid två tillfällen. Första tillfället vanlig intervju som jämförelse och för att utveckla riktlinjer, vilka sedan implementerades i nästa intervju.	Tio vårdtagare med diagnostiserad demens i åldern 76 -88 år, boende på ett vårdhem Två deltagare hade allvarlig kognitiv försvagning, sex hade måttlig försvagning och två hade en mild försvagning.	Ingen förändring i totala antalet ord mellan intervju 1 och 2. Dock ökade antalet ord per rubrik från 527 till 788 (p<.05). Det totala antalet rubriker för att hålla intervjun igång i 15 min minskade från 204 i intervju 1 till 145 i intervju 2 (p<.05). Att notera är en deltagare som inte sa något ord alls under intervju 1 talade 197 ord under intervju 2.	Titel: Berättar väl vad artikeln handlar om. Abstrakt: Informativ och kort redovisning av syfte, frågeställning, metod och resultat. Introduktion: Utförlig förklaring av fenomenet. Aktuell litteratur och tidigare studier redovisas. Frågeställning och syfte framkommer tydligt, liksom behov och framtida nytta av studien. Metod: Tydlig beskrivning av design, urval och datainsamlingsmetod. Godkännande från etisk kommitté redovisas. Resultat: Väl kopplat till studiens syfte. Resultatanalysen bra beskriven. Diskussion: Resultat tolkas av forskarna som också redogör för begränsningar i studien. Vikten av fortsatt forskning understryks och förslag på detta presenteras. Referenser: Alla referenser finns med, är relevanta och från år 1975-2005.
Dowling G A Graf C, Hubbard E M Luxenberg JS (2007) Light Treatment for Neuro- psychiatric Behaviors in Alzheimer´s Disease.	Studien vill klarlägga effekten av ljusterapi jämfört med vanligt inomhusljus då det gäller närvaro, frekvens och skärpa av neuropsykiatriska beteende hos personer med Alzheimer´s boende på vårdhem. Också korrelationen till hur vårdpersonalen uppfattade störningar undersöktes.	Randomiserad kvantitativ klinisk studie med två interventionsgrupper. En grupp fick ljusterapi på morgonen och den andra gruppen fick ljusterapi på eftermiddagen (1h/dag, mån-fre under 10v). Dessa jämfördes med en kontrollgrupp som bara fick det vanliga inomhusljuset. Mätning av neuropsykiatriskt beteende gjordes med hjälp avNPI-NH.	I studien ingick 57 kvinnor och 13 män. Medelåldern var 84 år. De hade alla någon form av sömnstörning. Inklusionskriterier var diagnostiserad Alzheimer´s, förmåga att uppfatta ljus (undersökt av en oftalmolog) och en stabil medicinering.	Visar en statistisk signifikant skillnad mellan de olika grupperna då det gäller agitation/aggression, dysfori/depression, avvikande motoriskt beteende och aptit/ätstörningar. De verkliga skillnaderna är dock små och kan inte representera signifikanta resultat.	Titel: Ger en bra bild av innehållet i artikeln Abstrakt: Kort och bra inledning och redovisning av metod, syfte och resultat. Introduktion: Beskriver fenomenet väl. Bra presentation av litteratur och tidigare forskning. Behovet av studien nämns. Tydlig frågeställning. Metod: Utförlig beskrivning av metod och instrument. Klara inklusionskriterier. Samtycke inhämtat. Godkänd av etisk kommitté. Resultat: Analyseras utifrån syftet. Tabeller och text är inte översködliga och därför något svårtolkade. Diskussion: Forskarna reflekterar över resultatet och diskuterar brister och begränsningar vad gäller resultat och metod. Presenterar också tänkbara orsaker till detta. Ger utförliga förslag på framtida forskning. Referenser: Relevanta källor och artiklar från år 1975 – 2005. Alla finns med på listan.