



AKADEMIN FÖR HÄLSA OCH ARBETSLIV
Avdelningen för hälso- och vårdvetenskap

Icke-farmakologisk behandling av oro hos personer med demens - en litteraturstudie.

Karin Jonsson & Denise Olsson

Oktober 2013

Examensarbete, Grundnivå (kandidatexamen), 15 hp
Omvårdnadsvetenskap
Examensarbete inom omvårdnadsvetenskap
Sjuksköterskeprogrammet

Handledare: Maria Lindberg
Examinator: Annakarin Olsson

Sammanfattning

Syfte: Syftet var att beskriva vilka icke-farmakologiska behandlingar som kan användas vid oro hos personer med demens samt att beskriva vilken inverkan studerade icke-farmakologiska behandlingar hade på oro hos personer med demens. Vidare var syftet att kontrollera vilka datainsamlingsinstrument som användes vid mätning av oro i inkluderade studier samt om dessa testades i respektive studie gällande reliabilitet och validitet.

Metod: Detta var en beskrivande litteraturstudie, litteratur eftersöktes i de vetenskapliga databaserna PubMed och Cinahl. 13 studier inkluderades, dessa omfattade fem olika icke-farmakologiska behandlingsmetoder. Författarna läste, översatte och sammanställde först enskilt de valda studierna för att främja ett objektiva förhållningssätt. Den metodologiska aspekten datainsamling kontrollerades i inkluderade vetenskapliga studier.

Resultat: Det fanns varierande inverkan på orosnivån hos personer med demens av de icke-farmakologiska behandlingsmetoderna, musik-, arom-massage-, djurassisterad-, ljusterapi och Peacefull mind.

Slutsats: Majoriteten av inkluderade icke-farmakologiska behandlingsmetoder minskade orosnivån hos personer med demens. Lugnandeläkemedel har biverkningar, därför var icke-farmakologiska behandlingsmetoder ett alternativ till läkemedelsbehandling vid oro hos personer med demens. Detta examensarbete har inte tagit ställning till den långsiktiga effekten av icke-farmakologiska behandlingsmetoder för att minska oro hos personer med demens vilket innebär att författarna inte har kunskap om eventuella biverkningar.

Nyckelord: Demens, Oro, Icke-farmakologisk, Behandling

Abstract

Purpose: The purpose was to describe which non-pharmacological treatments that can be used for anxiety in people with dementia and to describe the impact of studied non-pharmacological methods of treatment on anxiety in people with dementia. Furthermore the purpose was to check which data collection instrument that was used to measure anxiety in included studies and if these was tested in each study regarding reliability and validity.

Method: This was a descriptive literature review, literature were searched in the scientific databases PubMed and Cinahl. 13 studies were included, these obtained five different non-pharmacological methods of treatment. The authors read, translated and complied first individually the chosen studies to promote an objective approach. The methodological aspect of data collection was controlled in included scientific studies.

Results: There were various impacts on the level of anxiety in people with dementia from the non-pharmacological methods of treatment, music-, aroma-massage-, animal-assisted-, bright light therapy and Peacefull mind.

Conclusion: The majority of included non-pharmacological methods of treatment decreased the level of anxiety in people with dementia. Sedative medications have side effects, therefore were non-pharmacological methods of treatment an alternative to pharmacological methods of treatment at anxiety in people with dementia. This essay has not taken a stand to the long-term impact of non-pharmacological methods of treatment to reduce anxiety in people with dementia which means that the authors have no knowledge of possible side effects.

Keyword: Dementia, Anxiety, Non-pharmacological, Treatment, Therapy

Innehållsförteckning

1. Introduktion	1
1.1 Demens	1
1.2 Oro	1
1.3 Risker med farmakologisk behandling	2
1.4 Icke-farmakologisk behandling	2
1.5 Personer med demens och omvårdnad	2
1.6 Problemformulering	3
1.7 Syfte	3
1.8 Frågeställningar	3
2. Metod	4
2.1 Design	4
2.2 Litteratursökning	4
2.3 Kriterier för urval av källor	4
2.4 Dataanalys	6
2.5 Forskningsetiska överväganden	6
3. Resultat	7
3.1 Icke-farmakologiska behandlingar som används vid oro hos personer med demens	7
3.2 Inverkan på oro hos personer med demens av icke-farmakologiska behandlingar	8
3.2.1 Musik	8
3.2.2 Musik & matlagning	9
3.2.3 Massage/arom	9
3.2.4 Djurassisterad terapi	10
3.2.5 Ljusterapi	10
3.2.6 Peacefull Mind	10
3.3 Reliabilitet och validitets kontroll av datainsamlingsinstrument	11
4. Diskussion	12
4.1 Huvudresultat	12

4.2 Resultatdiskussion	12
4.2.1 Musik & matlagning	12
4.2.2 Massage/arom	13
4.2.3 Djurassisteradterapi	14
4.2.4 Ljusterapi	14
4.2.5 Peacefull Mind	15
4.2.6 Kvalitetsgranskning	15
4.3 Metoddiskussion	16
4.4 Slutsats	18
Referenslista	19

Bilagor

Bilaga 1

Bilaga 2

1. Introduktion

1.1 Demens

Demens är ett latinskt ord som betyder själ- eller vettlös. Demens omfattar ett antal sjukdomar, vid demens har personen någon typ av kognitiv nedsättning vilket innebär en påverkan på exempelvis individens intellekt, minne och förmåga att tänka logiskt. I samband med nedsättning av dessa funktioner kan individens personlighet påverkas, exempelvis emotionellt (Larsson & Rundgren 2010). Kognitiv nedsättning och försämrat minne bidrar till att personer med demens har svårt att tolka sinnesintryck (Läkemedelsverket 2008). Enligt Gullberg (2011) har majoriteten av personer med demens typen alzheimer, enligt Marcusson (2012b) uppkommer alzheimer till följd av att nervcellerna i hjäss- och tinningloberna dör, en anledning till att detta sker är att neurofibrillet i nervcellerna bryts ner av proteinet beta-amyloid. Andra typer av demenssjukdomar är blodkärlsdemens och pannlobsdemens (Gullberg 2011). Blodkärlsdemens är näst vanligast och uppkommer till följd av brist på syre och näring vilket uppstår på grund av försämrad blodcirkulation i hjärnan (Gullberg 2011, Marcusson 2012a), uppkomsten till pannlobsdemens är okänd (Gullberg 2011). Vanliga symtom hos personer med demens är oro, irritation, depression, apati och vandringsbeteende, vandringsbeteendet grundar sig i en inre oro och kan leda till lidande (Demenscentrum 2008a, Cerejeira *et al.* 2012, Socialstyrelsen 2013). Hornberg & Piguet (2011) har gjort en studie på nyligen genomförd forskning gällande minnet hos personer med demens. Problematik med minnet har visat sig variera vid olika typer av demenssjukdom, detta beroende på var i hjärnan den patologiska förändringen finns. Dels finns det retrograda minnet (minnen från individens förflutna) sedan finns det anterograda minnet (nyförvärvade episodiska minnen). Vid blodkärlsdemens och alzheimer är nedsatt minne enligt Marcusson (2012a) och Marcusson (2012b) ofta anledningen till att personer med demens upprepar frågor och meningar. Upprepningsbeteende kan också grunda sig i en bristande trygghet eller en önskan om närhet (Demenscentrum 2013).

1.2 Oro hos personer med demens

Oro är vanligt förekommande hos personer med demens (Eloniemi *et al.* 1991, Demenscentrum 2008a, Gullberg 2011, Cerejeira *et al.* 2012). Hos äldre personer är ofta hopplöshetskänslor eller panikattacker utmärkande för oro (Ramström 2012).

Edberg (2011) menar att oro är ett symtom som uppkommer hos personer med demens, både vid brist på meningsfullhet och fysiskaktivering i vardagen. Enligt en studie av Kunik *et al.* (2008) kan förekomsten av oro öka om vardagsbehov hos personer med demens inte blir tillgodosedda. Enligt Løkensgard (2009) är oro ett sätt för en person att uppmärksamma en situation som är hotfull mot

personens psykiska eller fysiska existens.

1.3 Risker med farmakologisk behandling

Med stigande ålder förändras kroppens förmåga att hantera läkemedel, en vanlig negativ inverkan av detta är att läkemedlet stannar i kroppen längre (Socialstyrelsen 2010c, Fastbom 2012). Enligt Socialstyrelsen (2013) ska läkemedelgenomgång göras om äldre personer har fem eller fler läkemedel eller vid problematik som misstänks vara till följd av läkemedelsanvändning. Läkemedelsanvändningen i Sverige ökat med 60 % hos äldre personer under de senaste 20 åren, i genomsnitt har en person som bor på äldreboende 8-10 olika mediciner föreskrivna. Denna ökning har resulterat i större läkemedelsrelaterade problem hos äldre, av de akuta sjukhusinläggningarna av äldre patienten är 10-30% av dessa relaterade till läkemedelsbiverkningar.

Larsson & Rundgren (2010) påpekar vikten av att personer med demens har så få läkemedel som möjligt, då läkemedel kan påverka både den fysiska och psykiska hälsolivån. Läkemedel som personer med demens är särskilt känsliga för är diverse lugnandeläkemedel detta i och med att lugnandeläkemedel precis som demenssjukdomen medför försämrade minnesförmåga och förvirring, andra vanliga läkemedelsbiverkningar är trötthet, yrsel, muskelsvaghet och ökad fallrisk (Kelly *et al.* 2003, Socialstyrelsen 2010c, Demensförbundet 2013, Schelin 2013). Enligt Läkemedelsverket (2008) ska patienter med demens noga observeras vid läkemedelsbehandlingar för att minimera läkemedelsbiverkningar.

1.4 Icke-farmakologisk behandling

Icke-farmakologisk behandling är en behandlingsform som inte innehåller farmakologiska substanser, behandling av detta slag kan användas i kompletterande syfte alternativt som enda behandling (Östlund 2010). Enligt Almgren (2013) kan icke-farmakologisk behandling vid jämförelse med läkemedelsbehandling vara den bäst lämpade behandlingsformen.

1.5 Personer med demens och omvårdnad

Enligt Kristoffersen (2006) bygger Travellbees omvårdnadsteori på de mellanmännsliga aspekterna vilket Travelbee menade är grunden för god omvårdnad. Buber (1990) beskriver att de mellanmännsliga aspekterna omfattar situationer där minst två individer aktivt interagerar med varandra. Kristoffersen (2006) definierar de mellanmännsliga aspekterna som att sjuksköterskan och patienten inte betraktar varandra som roller, utan som människor på samma plan. Efter det första mötet byggs en relation upp utifrån sympati, empati och förståelse för varandra. Socialstyrelsen (2010a) säger att det är eftersträvansvärt att omvårdnad är personcentrerad för personer med demens.

Personcentrerad demensvård bygger enligt Edberg (2011) på fyra områden, varje människas egenvärde, individanpassat förhållningssätt, förmåga att se världen utifrån hur personen med demens ser den samt en anpassad social miljö. Larsson & Rundgren (2011) beskriver att det är svårt att leva med demens, att sjukdomen skapar lidande hos personen. Rutiner för måltider och mellanmål, skylt med namn och bild på personens dörr och begränsad mängd tallrikar vid måltider, är omvårdnadsåtgärder som kan bidra till att minska lidande. Detta kan medverka till att personen med demens lättare kan hantera vardagen. Enligt Kristoffersen (2006) förespråkade Travelbee även empati och sympati samt möjligheten att vårdpersonalen kan verka som ett terapeutiskt redskap, Larsson & Rundgren (2011) menar att ett empatiskt och sympatiskt förhållningssätt till personen med demens och dess anhöriga är mycket viktigt då sjukdomen leder till att personen som drabbas blir väldigt beroende av sin omgivning.

1.6 Problemformulering

Det är sannolikt att sjuksköterskan kommer stöta på oro hos personer med demens. Trots att det finns både fysiska och psykiska risker för hälsan med läkemedelsanvändning för personen med demens ökar läkemedelsanvändningen stadigt hos äldre personer. Denna ökning går emot rekommendationer från Socialstyrelsen gällande läkemedelsanvändning hos äldre. Bevisligen är en markant andel akuta sjukhusinläggningar av äldre personer relaterat till läkemedelsanvändningen. Detta anser författarna av examensarbetet är en viktig anledning till att aktualisera sjuksköterskors kunskap om icke-farmakologiska behandlingsmetoder, möjligheten att använda dessa som behandlingsmetod eller omvårdnadsåtgärd vid oro hos personer med demens.

1.7 Syfte

Syftet med examensarbetet var att beskriva vilka icke-farmakologiska behandlingar som kan användas vid behandling av oro hos personer med demens samt att beskriva vilken inverkan studerade icke-farmakologiska behandlingar har på oro hos personer med demens. Vidare var syftet att kontrollera vilka datainsamlingsinstrument som användes vid mätning av oro i inkluderade studier samt om dessa testades i respektive studie gällande reliabilitet och validitet.

1.8 Frågeställningar

- Vilka icke-farmakologiska behandlingar kan användas som behandling vid oro hos personer med demens?

- Vilken inverkan har studerade icke-farmakologiska behandlingar på oro hos personer med demens?
- Vilka datainsamlingsinstrument användes vid mätning av oro, har reliabilitet och validitet för datainsamlingsinstrument som användes i respektive studie testats?

2. Metod

2.1 Design

Detta examensarbete är av typen beskrivande litteraturstudie (Polit & Beck 2012).

2.2 Litteratursökning

Litteraturen för examensarbetet har eftersökts i de vetenskapliga databaserna PubMed och Cinahl. Flera icke-farmakologiska behandlingar hittades vid den allmänna litteratursökningen som utgick från sökorden: alzheimers, non-pharmacological treatment, anxiety och dementia, endast AND har använts som booleansk sökterm. Erhållen litteratur möjliggjorde indelning i fem olika icke-farmakologiska behandlingsmetoder, för att finna ytterligare litteratur om dessa fem metoder specificerades sökorden. Sökningar, tänkbara artiklar och valda artiklar redovisas i tabell 1 på sidan fem i detta examensarbete.

2.3 Kriterier för urval av källor

Kriterier för att en studie skulle användas i detta examensarbete var att studien undersökt en eller flera icke-farmakologiska behandlingar för oro hos personer med demens. Författarna av detta examensarbete ansåg att det krävdes språkkunnighet för att kunna tolka innehållet varför inkluderade studier var på något av följande språk svenska, norska, danska eller engelska, detta möjliggjorde översättning, analysering och förståelse av informationen i vald litteratur på ett objektiva sätt. Artiklar som fokuserade på beteende och symtom utan att föreslå behandling för oro hos personer med demens, studier som tog upp farmakologiska behandlingar mot oro hos personer med demens samt de studier där fokus för behandling varit främjande av fysiska aspekter hos personer med demens har exkluderades då de inte svarade till syfte och frågeställningar i detta examensarbete. Det första urvalet gjordes utifrån en allmän sökning där de icke-farmakologiska behandlingsmetoder som förekom i störst utsträckning inkluderades, detta resulterade i fem kategorier av icke-farmakologiska behandlingsmetoder. Det andra urvalet gjordes utifrån specifika sökord som anpassats efter

respektive kategori. De specifika artiklarna som inkluderades utifrån dessa sökord svarade till syfte och frågeställning.

Tabell 1 – Sökning i PubMed och Cinahl efter litteratur till resultatet

Databas	Sök termer	Träffar	Tänkbara källor*	Använda källor**
PubMed	Alzheimers AND Non-pharmacological treatment	113	3	1
PubMed	Anxiety (Mesh-SH) AND Alzheimers AND Non-pharmacological treatment	9	1	1
PubMed	Animal-Assisted Therapy AND Dementia (Mesh-SH) AND Agitation	3	1	1
PubMed	Dog AND Dementia (Mesh-SH) AND Treatment	117	1	1
PubMed	Dementia(Mesh-SH) AND Music therapy	280	3	0
PubMed	Dementia (Mesh-SH) AND Art therapy	215	1	0
PubMed	Massage therapy AND Dementia(Mesh-SH) AND Anxiety (Mesh-SH)	7	1	0
PubMed	Dementia(Mesh-SH) AND Massage therapy	69	-	
PubMed	Dementia (Mesh-SH) AND Aroma therapy	53	1	1
PubMed	BLT*** AND Dementia(Mesh-SH)	8	1	1
PubMed	Music intervention AND Anxiety (Mesh-SH) AND Agitation AND Dementia(Mesh-SH)	5	1	1
PubMed	Anxiety (Mesh-SH) AND Dementia (Mesh-SH) AND PeacefullMind	4	1	1
PubMed	Dementia (Mesh-SH) AND cooking as non-pharmacological treatment	3	-	
Cinahl	Alzheimers AND Non-pharmacological treatment	0	-	
Cinahl	Anxiety (Mesh-SH) AND Alzheimers AND Non-pharmacological treatment	0	-	
Cinahl	Animal-Assisted Therapy AND Dementia (Mesh-SH) AND Agitation	5	-	
Cinahl	Dog AND Dementia (Mesh-SH) AND Treatment	0	-	
Cinahl	Dementia(Mesh-SH) AND Music therapy	254	6	1
Cinahl	Dementia (Mesh-SH) AND Art therapy	148	2	0
Cinahl	Massage therapy AND Dementia (Mesh-SH) AND Anxiety	3	1	1
Cinahl	Dementia (Mesh-SH) AND Massage therapy	42	2	2
Cinahl	Dementia (Mesh-SH) AND Aroma therapy	5	0	-
Cinahl	BLT*** AND Dementia	5	1	1
Cinahl	Music intervention AND Anxiety(Mesh-SH) AND Agitation AND Dementia(Mesh-SH)	3	1	0
Cinahl	Anxiety (Mesh-SH) AND Dementia (Mesh-SH) AND PeacefullMind	0	-	
Cinahl	Dementia (Mesh-SH) AND cooking as non-pharmacological treatment	0	-	
Totalt			28	13

* Antal källor som valts ut för en första granskning, dubletter av artiklar redovisas inte. ** Antal källor som inkluderats i examensarbetets resultat. ** Bright Light Therapy

2.4 Dataanalys

Författarna har vid analys av inkluderade studier strävat efter att uppnå en djupare förståelse för innehållet. För att främja ett objektiva förhållningssätt till innehållet i inkluderade studier, läste, översatte och sammanställde författarna först enskilt de valda studierna. Författarna läste därefter igenom den sammanställning som kollegan gjort av litteraturen, sedan jämförde författarna sina uppfattningar av innehållet i inkluderade studier för att uppnå en gemensam djupare förståelse för innehållet. Författarna gjorde sedan gemensamt jämförelser mellan de olika studierna inom respektive icke-farmakologisk behandlingsmetod för att se likheter och skillnader mellan de olika studiernas resultat. Därefter sammanställdes inkluderade studier inom respektive icke-farmakologisk behandlingsmetod och presenterades i löpandetext och tabellform.

Författarna valde att studera den metodologiska aspekten datainsamling i inkluderade vetenskapliga studier. Författarna började med att göra en tabell där alla studier som inkluderats i detta examensarbete resultat sammanfattades och presenterades översiktligt (Bilaga 1). Utifrån tabellen sammanställdes vilka datainsamlingsinstrument som använts för mätning av oro. Utifrån sammanställningen kontrollerades om samma instrument använts i flera av de valda studierna, och i sådana fall, i hur många studier instrumentet förekom. Sedan granskades om reliabilitet och/eller validitet testades och presenterades för respektive datainsamlingsinstrument som använts i studierna.

2.5 Forskningsetiska överväganden

Allmänna hänvisningar för plagiat respekterades och efterföljdes (Åminne 2011). Detta omfattade att informationen som användes i examensarbetet inte presenterade resultat erhållet från annan källa utan referens. Artiklarna granskades objektiva (Polit & Beck 2012). Artiklar som svarade till syfte och frågeställningar inkluderades oavsett inverkan på oro hos personer med demens, detta för att examensarbetets resultat skulle överensstämma med den forskning som fanns på valt område. Av de tretton vetenskapliga artiklar som presenterades i examensarbetets resultat, hade nio av dem etiskt godkännande från en kommitté. Två vetenskapliga artiklar innehöll etiska överväganden och resterande två vetenskapliga artiklar saknade information om etiskt ställningstagande.

3. Resultat

Studiens resultat omfattar 13 vetenskapliga studier som berör fem olika icke-farmakologiska behandlingsmetoder. Resultatet presenteras med underrubriker utifrån de tre frågeställningarna. Det har använts ett flertal datainsamlingsinstrument i resultatets studier, se bilaga 2 för information om respektive instrument.

3.1 Icke-farmakologiska behandlingar som används vid oro hos personer med demens

Inkluderade studier om icke-farmakologiska behandlingar av oro hos personer med demens omfattar musikterapi, massage-arom terapi, djurassisteradterapi, ljusterapi och Peacefull mind, vilket är en form av kognitiv beteende terapi (KBT) som anpassats för personer med demens.

Musikterapi innebär att musik spelades korta stunder på dagen några gånger i veckan under en period på cirka sex veckor. Syftet med musikterapi var att den skulle ha lugnande effekt och minska orosnivån hos personer med demens (Svansdottir & Snaedal 2006, Sung *et al.* 2010, Sung *et al.* 2012). I studien av Narme *et al.* (2013) jämfördes musik och matlagning i två separata grupper. Vid musikbehandlingssessionerna användes samma spellista i samma ordningsföljd vid varje session, ett antal olika musikstilar exempelvis klassiskt, instrumentalt och välbekanta låtar från 1950-1980. Vid matlagningssessionerna skulle deltagarna genom samarbete tillaga ett nytt recept vid varje tillfälle, deltagarna fick roller utifrån sin förmåga.

De icke-farmakologiska behandlingarna massage och aromterapi syftade till att minska orosproblematik hos personer med demens, kombinerat eller var för sig. Massageterapi innebär att vårdpersonalen på äldreboendet samt i vissa fall anhöriga fick träning i att utföra massage. Vid aromterapi var tanken att inandning av aromolja skulle bidra till minskad oro. Aromoljan applicerades på deltagarnas hud eller kläder (Sansone & Schmitt 2000, Smallwood *et al.* 2001, Snow *et al.* 2004, Fu *et al.* 2013).

Djurassisterad terapi (AAT) utgick ifrån att djur kunde verka som en länk som bidrog till minskad oro hos personer med demens. Hundarna i fråga var specialtränade till att utföra djurassisteradterapi tillsammans med en hundförare. Vid terapitillfällena kunde exempelvis deltagarna få klappa hunden eller gå på promenad med hunden och dess förare (Richeson 2003, Nordgren & Engström 2012).

Richeson (2003) genomförde AAT behandlingen under loppet av nio veckor, Nordgren & Engström (2012) gjorde en pilotstudie med endast en deltagare, behandlingen sträckte sig över en åtta veckors

period.

Ljusterapi (BLT) innebar att personer med demens exponerades för olika ljusförhållanden, med hjälp av olika typer av lampor. I studien av Barric *et al.* (2010) fick avdelningarna som medverkade i studien speciella lampor installerade i matsalen och i allmänna utrymmen. Ljusförhållandet som testades var på 2000-3000 lux, detta ljusförhållande testades under förmiddagen, eftermiddagen eller hela dagen. Dagsljus på 500-600 lux användes som kontroll av normalt ljus. I studien av Lyketsos *et al.* (1999) genomfördes behandlingen med en 10,000 lux full spektrum lampa en timme dagligen. Lampan riktades mot deltagarnas ansikten, var femtonde minut uppmanades deltagarna att hålla ögonen öppna. Deltagarna fick under ljusbehandlingen läsa, kolla på tv, lyssna på musik eller äta så länge de konstant tittade emot lampan. I studien av Barric *et al.* (2010) testades respektive ljusförhållande under en tre veckors period. Studien av Lyketsos *et al.* (1999) genomfördes under loppet av fyra veckor.

Peacefull mind var en typ av KBT behandling som anpassats till personer med demens, behandlingen genomfördes under loppet av sex månader. Peacefull mind användes för att skapa medvetenhet om i vilka sammanhang orossymtomen uppstod alternativt förvärrades. Sedan fick deltagarna lära sig metoder som personer med demens kunde använda som verktyg för att förebygga och hantera de situationer som triggade oro. Peacefull mind krävde att en anhörig till personen med demens medverkade i behandlingen som coach (Paukert *et al.* 2010). Artiklar som använts i resultatet sammanfattas i tabellform i bilaga 1, respektive icke-farmakologisk behandlingsmetod redovisas ingående under 3.2.

3.2 Inverkan på oro hos personer med demens av icke-farmakologiska behandlingar

3.2.1 Musik

Studierna av Svansdottir & Snaedal (2006), Sung *et al.* (2010) och Sung *et al.* (2012) har undersökt den icke-farmakologiska behandlingsmetoden musik, resultatet i dessa studier visade på en minskad orosnivå hos deltagarna. Musiken som användes under behandlingssessionerna valdes utifrån personliga preferenser hos deltagarna. I musikterapistudien av Svansdottir & Snaedal (2006) mättes oron med Behave-AD, orosnivån minskade signifikant hos deltagarna, från 1,0 till 0,7 ($p = 0,01$). I studien av Sung *et al.* (2010) minskade orosnivån signifikant enligt RAID från 10,93 till 8,93 ($p = 0,001$). I studien av Sung *et al.* (2012) minskade orosnivån signifikant enligt RAID från 10,04 till 3,89 ($p = 0,004$) medan inverkan på oro enligt mätningarna med CMAI inte var signifikant, 36,26 till

32,70($p = 0,95$).

3.2.2 Musik & matlagning

Narme *et al.* (2013) undersökte de två icke-farmakologiska behandlingarna musik och matlagning, deltagare delades slumpmässigt in i de två grupperna. Mätningar av oro gjordes med CMAI och NPI en vecka innan påbörjad intervention (BL0), efter halva interventionstiden (I MID) och efter avslutad intervention (I END). Den statistiska signifikans nivån fastställdes i denna studie till $p = 0.0125$. I musikgruppen minskade orosbeteendet signifikant enligt CMAI mellan mätningarna BL0: 41,4 och I MID: 33,1 ($p = 0,004$) dock fanns ingen signifikant minskning av oro enligt CMAI i musikgruppen mellan BL0: 41,4 och I END: 37,5 ($p = 0.1$). Mätningar av orosnivån med NPI visade även det en signifikant minskning av oro mellan mätningarna BL0: 16,7 och I MID: 4,4 ($p = 0,001$) dock fanns ingen signifikant minskning mellan mätningarna BL0: 16,7 och I END: 8,7 ($p = 0,04$). Även i matlagningsgruppen minskade orosbeteendet enligt CMAI mellan mätningarna BL0: 41,6 och I MID: 34,0 ($p = 0,005$) samt mellan mätningarna BL0: 41,6 och I END: 31,8 ($p = 0,001$). Mätningar av orosnivån med NPI visade en signifikant minskning av oro mellan mätningarna BL0: 12,5 och I END: 3,3 ($p = 0,008$).

3.2.3 Massage/arom

Smallwood *et al.* (2001) och Fu *et al.* (2013) har i studierna kombinerat massage- och aromterapi, Snow *et al.* (2004) har enbart undersökt aromterapi och Sansone & Schmitt (2000) har endast undersökt massageterapi. Aromterapi utfördes med enbart lavendel olja eller med flera olika oljor separat. Olja applicerade två gånger dagligen under sex veckor (Fu *et al.* 2013) eller tre gånger dagligen under 10 veckor (Snow *et al.* 2004), i den tredje studien applicerades olja två gånger dagligen, två gånger per vecka under två veckors tid (Smallwood *et al.* 2001). Rogivande massage utfördes under 2,5 minut (Fu *et al.* 2013) eller 15 minuter två eller tre gånger i veckan (Sansone & Schmitt 2000, Smallwood *et al.* 2001) upp till tre månader. Smallwood *et al.* (2001) kom i sin studie fram till aromterapi enbart resulterade i en minskad orosnivå hos deltagarna när massage- och aromterapi kombinerades. Resultatet i studien av Snow *et al.* (2004) visade vid mätningar med CMAI inte på någon minskning av orosnivån hos deltagarna när någon av de tre oljorna användes. Resultaten i studien gjord av Sansone & Schmitt (2000) och Smallwood *et al.* (2001) indikerar att det finns en positiv inverkan på orosnivån hos personer med demens vid massageterapi enligt observationer och CARE. Mätningar av orosnivån hos personer med demens gjordes av Fu *et al.* (2013) med CMAI, CMAI indikerade att varken aromterapi eller kombinationen arom- och massageterapi hade någon signifikant inverkan på orosnivån hos personerna med demens ($p < 0.05$).

Vilket motsäger studien av Smallwood *et al.* (2001) där en positiv inverkan på orosnivån kunde ses vid kombination av massage- och aromterapi samt studierna om massageterapi (Sansone & Schmitt 2000, Smallwood *et al.* 2001, Snow *et al.* 2004).

3.2.4 Djurassisteradterapi

Richeson (2003) och Nordgren & Engström (2012) undersökte inverkan på orosnivån hos personer med demens med behandlingsmetoden djurassisteradterapi (AAT), mätning av oro gjordes med CMAI. Resultatet i studien av Richeson (2003) visade att AAT hade en signifikant minskning av orosnivån hos deltagarna ($p = 0,001$). I studien av Nordgren & Engström (2012) kunde både en positiv och en negativ aspekt ses gällande oron. Den negativa effekten på deltagarens oro var uppkomsten av ett vandringsbeteende som ej förekommit innan AAT behandlingen. Den positiva effekten som fanns att se gällande deltagarens oro var att upprepning av frågor och meningar försvann omedelbart efter att AAT behandlingen påbörjats.

3.2.5 Ljusterapi

Lyketsos *et al.* (1999) och Barric *et al.* (2010) har studerat inverkan av ljusterapibehandling (BLT) på oro hos personer med demens. Orosnivån hos deltagarna mättes med instrumenten Behave-AD (Lyketsos *et al.* 1999) och CMAI (Barric *et al.* 2010). I studien av Lyketsos *et al.* (1999) fanns ingen indikation om att ljusterapi har positiv eller negativ inverkan på orosnivån hos personer med demens ($p = >0,05$). Resultatet i studien Barric *et al.* (2010) indikerar en negativ inverkan på orosnivån hos deltagarna, BLT på förmiddagen ($p = 0,003$), BLT på eftermiddagen ($p = 0,001$), BLT hela dagen ($p = 0,001$).

3.2.6 Peacefull mind

Studien av Paukert *et al.* (2010) undersökte inverkan på orosnivån hos personer med demens av den icke-farmakologiska behandlingen Peacefull mind. Rekrytering av deltagarna gjordes ifrån geriatrik, neurologi och psykiatri kliniker vid ett medicincenter. De fem metoder som deltagarna och deras anhörig fick lära sig för att hantera orossymtom samt i vilket utsträckning de användes redovisas i tabell 2.

Tabell 2 – Fem metoder för att hantera oro med Peacefull mind.

Metod	Syfte med metoden	Antal som fick lära sig metoden	Antal som använde sig av metoden
Själv-kännedom	Skapa medvetenhet om de sammanhang där orosymptomen uppstod alternativt förvärrades.	100 %	88 %
Andning	Hämma tendensen till snabb och ytlig andning vid orosymtom.	100 %	100 %
Lugnande tankar	Främja personens upplevelse av kontroll vilket kunde bidra till att personen upplevde situationen på ett mindre oroframkallande sätt.	100 %	75 %
Planering av ökad aktivitet	Att sätta upp konkreta mål och främja dagliga aktiviteter för att öka livskvalité.	88 %	88 %
Främjande av nattsömn	Syftade till att främja sömn genom att hämma faktorer som påverkade sömnen negativt exempelvis tupplur sent på eftermiddagen.	63 %	25 %

Resultatet av studien av Paukert *et al.* (2010) visar på en reduktion om 20 % eller mer av orosymtom hos majoriteten av deltagarna, reduktionen av oro redovisas i tabell 3.

Tabell 3 – Minskad oro om 20 % > hos antalet deltagare vid tre och sex månader utifrån mätningar med de fyra datainsamlingsinstrumenten som användes för att mäta oro hos personer med demens.

Datainsamlingsinstrument	Minskad oro om 20 % > hos antalet deltagare vid tre månader	Minskad oro om 20 % > hos antal deltagare vid sex månader
NPI-A	6 av 7 deltagare	4 av 6 deltagare*
RAID	2 av 8 deltagare	4 av 7 deltagare*
PSWQ-A	4 av 8 deltagare	3 av 7 deltagare*
GAI	3 av 8 deltagare	3 av 7 deltagare*

* Minskning av deltagarantal mellan tre och sex månader berodde på bortfall.

3.3 Reliabilitet och validitets kontroll av datainsamlingsinstrument

De datainsamlingsinstrument som användes i inkluderade studier för mätning av oro var CMAI, CMAI-SF, CARE, Behave-AD, NPI-A, NPI, RAID, PSWQ-A samt GAI, se bilaga 2 för information om respektive datainsamlingsinstrument.

I fyra av de inkluderade studierna, (Smallwood *et al.* 2001, Richeson 2003, Sung *et al.* 2010, Sung *et al.* 2012) redovisades att både reliabilitet och validitet hade kontrollerats. Svansdottir & Snaedal (2006) och Nordgren & Engström (2012) redovisade i sin tur endast att validitet hade kontrollerats. Fu *et al.* (2013) poängterade att studiens datainsamlingsinstrument hade validerats nationellt dock styrktes detta varken med egen kontroll eller referens till annan studie. Sex av de inkluderade

studierna redovisade ingen kontroll av reliabilitet och validitet för använda datainsamlingsinstrument (Lyketsos *et al.* 1999, Sansone & Schmitt 2000, Snow *et al.* 2004, Barric *et al.* 2010, Paukert *et al.* 2010, Narme *et al.* 2013). Reliabilitets och validitets kontroller redovisas ingående i bilaga 1.

4. Diskussion

4.1 Huvudresultat

De icke-farmakologiska behandlingar av oro som presenteras i studiens resultat omfattar musikterapi, massage-arom terapi, djurassisteradterapi, ljusterapi och KBT behandlingen Peacefull mind. Resultatet av de olika behandlingar som studerats visar på varierande inverkan på orosnivån hos personer med demens. Terapimetoderna musik, matlagning och Peacefull mind reducerade orosnivån hos personer med demens. Ljusterapi och AAT var de enda behandlingsmetoder där någon typ av negativ inverkan på orosnivån kunde ses i resultatet, AAT behandling visade dock också på en positiv inverkan på orosnivån hos personer med demens. Aromterapi hade enbart positiv inverkan på orosnivån i kombination med massage. Enbart massage hade positiv inverkan på orosnivån hos personer med demens i majoriteten av inkluderade massagestudier.

4.2 Resultatdiskussion

4.2.1 Musik och Matlagning

Enligt Svansdottir & Snaedal (2006), Sung *et al.* (2010), Sung *et al.* (2012) och Narme *et al.* (2013) är musik och matlagning adekvata som icke-farmakologiska behandlingsmetoder för att minska oro hos personer med demens. Annan forskning indikerar i en jämförelse med detta examensarbets resultat, dels på jämförbara positiva effekter av musik som icke-farmakologisk behandling (Guétin *et al.* 2009). Dock har forskning som mottalar nyttan av musik som icke-farmakologisk behandlingsmetod också hittats (Cooke *et al.* 2010). Författarna av detta examensarbete har diskuterat möjligheten att typen av musikintervention bidrog till att resultatet i studien av Cooke *et al.* (2010) skiljde sig från resultatet i de studier om musik som icke-farmakologisk behandlingsmetod, som inkluderades i detta examensarbets resultat. Då den icke-farmakologiska behandlingsmetoden musik minskade oron hos personer med demens anser författarna av detta examensarbete att musik med fördel skulle kunna användas för att främja personcentrerad demensvård. Alla studier om musik som icke-farmakologisk behandling i detta examensarbets resultat har baserat musikinterventionerna på personliga preferenser hos deltagarna. Detta

överensstämmer med aspekterna individanpassat förhållningssätt och anpassad social miljö inom personcentrerad demensvård (Östlund 2010, Edberg 2011). Interaktionen vid musikterapi sker mellan personen med demens och musiken, det gör att den mellanmännsliga aspekten (Kristoffersen 2006) är svåråtkomlig i inkluderade musikstudier. Författarna av detta examensarbete har diskuterat att det mellanmännsliga vid musikterapi skulle kunna främjas genom att vårdpersonalen deltar och interagerar med deltagarna vid behandlingssessionerna. Rylatt (2012) har studerat kreativitetsterapi, där musikterapi kombinerades med dans och rörelseaktiviteter. Deltagarna i studien tog i allt större utsträckning kontakt med varandra, dessutom indikerades att dans och rörelse till musik i grupp resulterade i ökad glädje och ökat välbefinnande hos deltagarna. Då vårdpersonalen höll i terapitillfällena krävdes interaktion mellan personalen och deltagarna, detta främjade det mellanmännsliga i vårdrelationen vilket i förlängningen enligt Travelbee bidrar till god omvårdnad (Kristoffersen 2006).

4.2.2 Massage/arom

I de studier som inkluderats i examensarbetets resultat har två kombinerat massage- och aromterapi, en har enbart undersökt aromterapi och den fjärde enbart massageterapi. Aromterapi har enbart visat positiv inverkan på orosnivån hos personer med demens i kombination med massageterapi, massage har i sin tur varit verksam i två av tre studier. En anledning till att aromterapi enbart verkar vara verksam i kombination med massage, som författarna av detta examensarbete diskuterat är nedsatt luktsinne hos personer med demens, vilket överensstämmer med ett test av luktsinnet som gjordes i en av de inkluderade studierna (Snow *et al.* 2004, Demenscentrum 2008b). Därför kan det tänkas att kombination av massage och arom visade på minskad orosnivå hos deltagarna på grund av massagen, inte på kombinationen. Gällande avsaknaden av orosminskning i studien av Fu *et al.* (2013) har författarna av detta examensarbete diskuterat att omfattningen samt utförandet av massagen resulterade i oförändrad orosnivå hos deltagarna. Utifrån Travelbees tanke om det mellanmännsliga och dess inverkan på omvårdnad är massageterapi fördelaktigt då massage kräver beröring och interaktion mellan två individer. Med hänsyn till det mellanmännsliga och behovet av interaktion poängterar Edvardsson *et al.* (2003) i sin studie att det är av stor vikt att endast utföra massageterapi i enlighet med personen med demens önskan. Respekten för varje individs egenvärde samt vikten av hänsyn gentemot personen med demens är i sin tur ett av fyra områden som personcentrerad demensvård grundar sig på, även området individanpassat förhållningssätt omfattas av detta (Buber 1990, Kristoffersen 2006, Edberg 2011).

Personal upplevde även att de kände sig starkare och stoltare i sin yrkesroll då de genom sina händer

kunde bidra till att patienterna blev lugnare och gladare vid massage. Upplevelsen hos personalen var att en djupare relation växte fram mellan vårdgivare och patient genom massagen och att rollen som personal och patient suddades ut (Edvardsson *et al.* 2003, Kristoffersen 2006).

4.2.3 Djurassisteradterapi

Examensarbetets resultat indikerar att det finns både bra och dåliga effekter på orosnivån hos personer med demens utifrån AAT (Richeson 2003, Nordgren & Engström 2012).

Detta överensstämmer med en tidigare studie om AAT, i studien av Kanamori *et al.* (2001) mättes orosnivån med datainsamlingsinstrumentet Behave-AD, under studien skedde en positiv förändring av orosnivån hos deltagarna. Studier som inkluderats i examensarbetets resultat har båda använt datainsamlingsinstrumenten CMAI vilket skiljer sig från studien av Kanamori *et al.* (2001).

Författarna av detta examensarbete resonerar att AAT är en form av mellanmänsklig kontakt, dels med hunden men också med hundföraren, mellan hunden och personen med demens kan ingen verbal kontakt uppstå dock är hunden en levande varelse, indirekt fungerar hunden som ett terapeutiskt verktyg (Buber 1990, Kristoffersen 2006). AAT är ett exempel på hur den sociala miljön kan anpassas utifrån personen med demens (Edberg 2011), promenader och samvaro med hunden där personen med demens själv väljer i vilken utsträckning denne vill ha kontakt med djuret (Richeson 2003, Nordgren & Engström 2012).

4.2.4 Ljusterapi

De studier som inkluderats i examensarbetet om ljus som icke-farmakologisk behandlingsmetod visade inte någon positiv inverkan på oro hos personer med demens (Lyketsos *et al.* 1999, Barric *et al.* 2010). Detta överensstämmer med riktlinjer från socialstyrelsen som menar att ljusterapi endast bör utövas i forskningssynpunkt då det inte finns evidens för ljusterapi som icke-farmakologisk behandlingsmetod (Socialstyrelsen 2010b). Omfattningen av ljusterapi skilde sig mellan studierna, den studie som hade negativ inverkan på orosnivån hade längre sessioner med lägre lux (Barric *et al.* 2010). Författarna av detta examensarbete har resonerat kring att resultatet i studien av Barric *et al.* (2010) där ljus som terapimetod har studerats utan interaktion mellan deltagare och personal är mer trovärdigt. Den sociala kontakt som deltagarna hade med personalen i studien av Lyketsos *et al.* (1999) är grunden för mellanmänskliga relationer, vilket enligt Travelbee är grunden till god omvårdnad (Kristoffersen 2006). Författarnas tanke är därför att en kombination av ljusterapi och det mellanmänskliga skulle kunna inverka positivt på ljusterapi som icke-farmakologisk behandlingsmetod för oro hos personer med demens. Larsson & Rundgren (2011) beskriver att nyckeln till att främja kapaciteten hos personen med demens att hantera vardagen är rutiner, rutiner

gör vardagen lättare att hantera i och med att minne och andra kognitiva funktioner är nedsatta hos personer med demens. Författarna anser att typen av BLT som Barric *et al.* (2010) utförde resulterar i mycket yttre stimulering vilket kan vara ett störande moment i vardagen då personer med demens har svårt att tolka sinnesintryck (Läkemedelsverket 2008, Marcusson 2012a).

4.2.5 Peacefull mind

Paukert *et al.* (2010) kunde i sin studie se en signifikant förbättring av orosnivån hos deltagarna vilket indikerar att KBT är en funktionell icke-farmakologisk behandlingsmetod mot oro hos personer med demens. Snow *et al.* (2006) menar att anledningen till att KBT fungerar bra som icke-farmakologisk behandling av oro hos personer med demens, är att det finns utrymme att anpassa behandlingen efter graden av funktionshinder hos personen. Detta är av stor vikt då svårighetsgraden av demens är relaterat till graden av kognitiv nedsättning (Larsson & Rundgren 2010), utmaningen för personer med mild demens är att acceptera ökande förlust av förmåga samt att anpassa sig till sin nuvarande kapacitet. Det är vanligt att personer med demens förlorar självkänslan (Snow *et al.* 2006), dessutom kan det vara svårt för personen med demens att förlita sig med ett ökat beroende av andra människor (Snow *et al.* 2006, Larsson & Rundgren 2011). För att underlätta detta är det viktigt att vårdpersonal har ett empatiskt och sympatiskt förhållningssätt och strävar efter att anpassa omvårdnaden utifrån behovet och kapaciteten hos personen med demens för att underlätta dennes vardag (Kristoffersen 2006, Larsson & Rundgren 2011, Edberg 2011).

4.2.6 Kvalitets granskning av datainsamlingsinstrumenten som användes i inkluderade studier

Gibbons *et al.* (2006) har gjort en studie där olika datainsamlingsinstrument för mätning av oro bland annat RAID och NPI har undersökts närmare. Forskarna framhäver vikten av att exakt precisera vad som ska mätas i studien då studiens resultat visar på att instrument som används för att mäta oro i flera fall också kan användas till att mäta depression hos personer med demens. I studien beskriver Gibbons *et al.* (2006) att det finns en svag korrelation mellan mätinstrumenten. Dels då instrumenten utgår ifrån olika omständigheter det vill säga olika symtom för oro samt att instrumenten genomför mätningen av oro på olika sätt, utifrån detta menar forskarna att det finns ett behov av förfining av hur oro ska definieras och mätas. Gibbons *et al.* (2006) beskriver RAID som ett bra instrument för generell mätning av oro, för att erhålla en övergripande information om oro rekommenderar forskarna däremot kombination av flera datainsamlingsinstrument. Fyra av 13 studier (Paukert *et al.* 2010, Sung *et al.* 2012, Fu *et al.* 2013, Narme *et al.* 2013) har kombinerat två eller fyra instrument vid mätning av oro. Enligt Gibbons *et al.* (2006) innebär detta att dessa studier har stärkt sin datainsamlingsmetod för mätning av oro genom möjlighet till en mer övergripande mätning av oro.

Två studier har använt sig av mätinstrumentet Behave-AD (Lyketsos *et al* 1999, Svansdottir & Snaedal 2006). Fyra studier har endast använt mätinstrumentet CMAI (Richeson 2003, Snow *et al.* 2004, Barric *et al.* 2010, Nordgren & Engström 2012), tre av de studier som kombinerat instrument har i sin tur använt CMAI som ett av sina instrument (Sung *et al.* 2012, Fu *et al.* 2013, Narme *et al.* 2013). Två studier har endast använt ett instrument vardera vid mätning av oro, RAID (Sung *et al.* 2010) och CARE (Sansone & Schmitt 2000). Enligt Gibbons *et al.* (2006) resulterar användningen av endast ett datainsamlingsinstrument i en svagare datainsamlingsmetod för mätning av oro, dock poängterar Gibbons *et al.* (2006) att RAID är fördelaktigt vid generell mätning av oro varför det är en fördel att Sung *et al.* (2010) valt att använda sig av RAID när de enbart använt ett datainsamlingsinstrument. Studien av Smallwood *et al.* (2001) redovisar inte användning av något datainsamlingsinstrument för mätning av oro hos personer med demens, istället har forskarna valt att använda en metod som använts i en studie gjord 1993. Att inte använda ett datainsamlingsinstrument för mätning av oro upplever författarna av detta examensarbete är en brist då reliabilitet och validitet för mätningen av oro kan ha påverkas.

Kvaliten på de icke-farmakologiska behandlingsmetoderna för att minska oro hos personer med demens, som har testats i studierna som inkluderades i detta examensarbete stärks genom att majoriten av dem genomförde mätning av oro med datainsamlingsinstrumentet CMAI vilket är ett validerat instrument. Användning av samma instrument innebär att sättet att mäta oro samt vilka orosymtom som inkluderas i mätningen överensstämmer (Gibbons *et al* 2006), detta anser författarna av detta examensarbete stärker hypotesen om att icke-farmakologiska behandlingsmetoder kan ha en reducerande inverkan på oro hos personer med demens.

Evidens omfattar begreppen tillförlitlighet, reliabilitet och validitet, dessa begrepp är grunden för kvaliteten inom vetenskaplig forskning. Därför är det en brist att validitets eller reliabilitets kontroll inte redovisas i sex av de studier som inkluderats i detta examensarbets resultat. Att författarna valde att inkludera dessa studier trots denna omständighet var att instrument som använts i de sex studierna kontrollerats för validitet och reliabilitet i någon av de andra studierna som inkluderats i detta examensarbete (Polit & Beck 2012).

4.3 Metoddiskussion

Polit & Beck (2012) menar att en beskrivande studie ska undersöka ett fenomen, i detta fall icke-farmakologiska behandlingsmetoders inverkan på oro. Detta hos exempelvis en grupp, i detta

examensarbete personer med demens och hur fenomenet inverkar, det vill säga hur icke-farmakologiska behandlingsmetoder inverkar på oro hos personer med demens. Författarna av examensarbetet har studerat inkluderade studiers resultat för att kunna sammanställa informationen på ett objektiva, beskrivande sätt, detta anser Polit & Beck (2012) är det korrekta sättet att genomföra en beskrivande litteraturstudie.

Författarna av detta examensarbete valde att söka litteratur i databaserna PubMed och Cinahl. Dessa är två stora vetenskapliga databaser där en omfattande mängd studier publiceras. Detta optimerade möjligheten att finna litteratur som svarade till inkluderingskriterierna för detta examensarbete.

”Kriterier för att artiklarna skulle användas i detta examensarbete var att studien undersökt en eller flera icke-farmakologiska behandlingar för att minska oro hos personer med demens”. Detta är författarnas kriterier för urval av källor vid litteratursökning, meningen svarar direkt emot syftet med detta examensarbete. Detta resulterade i litteratur av varierande design men liknande syfte.

Majoriteten av inkluderade studier har använt sig av den högsta designnivån Quasi- och True experimental, en studies trovärdighet är direkt relaterad till val av design, designnivån baseras på vad studien syftar till att studera (Polit & Beck 2012). Att endast artiklar på svenska, engelska, danska eller norska inkluderades berodde på att översättning med ordbok eller Google translate inte är hundra procent tillförlitligt. Författarna resonerade att en okorrekt tolkning av innehållet i vetenskapliga studier skulle leda till sämre trovärdighet i examensarbetets resultat (Polit & Beck 2012). En aspekt som kan ha haft negativ inverkan på examensarbetets resultat var att författarna aktivt valde ut fem kategorier för icke-farmakologiska behandlingsmetoder utifrån en allmän sökning, detta skulle kunna liknas med ett bekvämlighetsurval (Polit & Beck 2012).

Författarna av detta examensarbete strävade efter en djupare förståelse för innehållet i vald litteratur, genom att analysera litteraturen individuellt och tillsammans upprepade gånger har möjligheten till en djupare förståelse uppnåtts. Skillnader och likheter mellan studierna inom de olika icke-farmakologiska behandlingarna men också mellan dem har setts (Polit & Beck 2012).

En vetenskaplig artikel bygger på datainsamlingen, Polit & Beck (2012) menar att val av datainsamlingsmetod styrker studiens reliabilitet samt validitet. Då syftet med examensarbetet var att beskriva vilka icke-farmakologiska behandlingar som kunde användas vid oro hos personer med demens, upplevde författarna att det var relevant att granska vilka datainsamlingsinstrument som användes för att mäta oro. Något som styrkt den metodologiska aspekten hade varit att även granska instrument som användes vid urval, gällande bedömning av graden av demens hos personen. Dock valde författarna av detta examensarbete att inte inkludera urval i den metodologiska

kvalitetsbedömningen, eftersom examensarbetets fokus låg på oro, inte på graden av demens.

Detta examensarbete omfattar studier som utförts med personer med demens, utifrån detta har författarna valt att kontrollera vilka etiska ståndpunkter som gjorts. Två av de inkluderade studierna anger inte något etiskt godkännande eller övervägande varför författarna valde att kolla riktlinjer för de två tidskrifter studierna var publicerade i. Den ena tidskriften angav att alla studier behövde ha etiskt godkännande varför det är troligt att etisk ståndpunkt exkluderades till förmån för annan text (Lyketsos *et al.* 1999). I den andra tidskriften fanns dock endast en anteckning om att bilder på deltagare i studien måste få godkännande av personen i fråga eller dennes anhöriga för att få användas (Sansone & Schmitt 2000). Att författarna av detta examensarbete valt att inkludera dessa artiklar beror på att den etiska ståndpunkten har kontrollerats gentemot tidskrifterna och tidskrifternas riktlinjer indikerar att etiskt övervägande av något slag krävs.

4.4 Slutsats

Majoriteten av inkluderade icke-farmakologiska behandlingsmetoder, musik, massage, AAT och Peacefull mind, minskade orosnivån hos personer med demens. Dessa icke-farmakologiska behandlingar skulle därför kunna vara ett lämpligt alternativ till läkemedelsbehandling vid orosproblematik hos personer med demens. Det är viktigt att applicera icke-farmakologiska behandlingsmetoder med försiktighet. Som vårdpersonal ska man bära med sig att det alltid är personen med demens som avgör om de vill ha en icke-farmakologisk behandling exempelvis massage när denne känner oro.

Det finns potential i att kombinera olika icke-farmakologiska metoder vilket är av värde att undersöka i framtida forskning, författarna av detta examensarbete har diskuterat att musik och massage som var för sig haft signifikant minskning på oro hos personer med demens skulle kunna kombineras och studeras i framtida forskning. Lugnandeläkemedel har biverkningar, ur denna aspekt kan icke-farmakologiska behandlingsmetoder vara fördelaktiga. Detta examensarbete har inte tagit ställning till den långsiktiga effekten av icke-farmakologiska behandlingsmetoder för att minska oro hos personer med demens vilket innebär att författarna inte har kunskap om eventuella biverkningar av icke-farmakologiska metoder. Det är därför av vikt att den långsiktiga effekten av icke-farmakologiska behandlingsmetoder undersöks i framtida forskning.

Referenser

* Artiklar som inkluderats i resultatet.

Almgren K (2013) *Icke-farmakologiska metoder*. Region Halland. Tillgänglig: <http://www.regionhalland.se/sv/vard-halsa/for-varldgivarer/modell-halland/icke-farmakologiska-metoder/> (2013-10-10).

* Barrick A L, Sloane P D, Williams C S, Mitchell C M, Connell B R, Wood W, Hickman S E, Preisser J S & Zimmerman S (2010) Impact of ambient bright light on agitation in dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 25, 1013–1021.

Buber M (1990) *Det mellanmännsliga*. 3. uppl. Ludvika: Dualis Förlag AB.

Cerejeira J, Lagarto L & Mukaetova-Ladinska E B (2012) Behavioral and psychological symptoms of dementia. *Frontiers in Neurology* 3, 73.

Cooke M L, Moyle W, Shum D H K, Harrison S D & Murfield J E (2010) A randomized controlled trial exploring the effect of music on agitated behaviours and anxiety in older people with dementia. *Aging & Mental Health* 14, 905-916.

Demenscentrum (2008a) *Anhörig och närstående – Oro*. Demenscentrum. Tillgänglig: <http://www.demenscentrum.se/Leva-med-demens/Om-du-ar-anhorigvardare-/Mota-svara-situationer/Vagledning-i-svara--situationer/> (2013-10-10).

Demenscentrum (2008b) *Luktsinnet kan avslöja begynnande demens*. Demenscentrum. Tillgänglig: <http://www.demenscentrum.se/Nyheter/Luktsinnet-kan-avsloja-begynnande-demens/> (2013-10-10).

Demenscentrum (2013) *Anhörig och närstående – Upprepning*. Demenscentrum. Tillgänglig: <http://www.demenscentrum.se/Leva-med-demens/Om-du-ar-anhorigvardare-/Mota-svara-situationer/Oro/> (2013-10-11).

Demensförbundet (2013) *Demenssjukdomar*. Demensförbundet. Tillgänglig: http://www.demensforbundet.se/se/om_demens/demenssjukdomar (2013-10-10).

Edberg A-K (2011) *Att möta personer med demens*. 2:1. uppl. Lund: Studentlitteratur AB.

Edvardsson J D, Sandman P-O & Rasmussen B H (2003) Meanings of giving touch in the care of older patients: Becoming a valuable person and professional. *Journal of clinical nursing* 12, 601-609.

Eloniemi U, Ferm L, Ruth J-E & Viukari M (1991) *Omvårdnad vid demens*. 1. uppl. Arlöv: Almqvist & Wiksell Förlag AB.

Fastbom J (2012) *Äldre och läkemedel*. FASS. Tillgänglig: http://www.fass.se/LIF/lakarbok/lakemedelhalsa_artikel.jsp?articleID=18383 (2013-10-10).

* Fu C-Y, Moyle W & Cooke M (2013) A randomised controlled trial of the use of aromatherapy and hand massage to reduce disruptive behaviour in people with dementia. *BioMed Central Complementary and Alternative Medicine* 13, 165.

Gibbons L E, Teri L, Logsdon R G & McCurry S M (2006) Assessment of anxiety in dementia: An investigation into the association of different methods of measurement. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology* 19, 202.

Guétin S, Portet F, Picot M C, Pommié C, Messaoudi M, Djabelkir L, Olsen A L, Cano M M, Lecourt E & Touchon J (2009) Effect of music therapy on anxiety and depression in patients with alzheimer's type dementia: Randomised, controlled study. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders* 28, 36–46.

Gullberg A (2011) *Demens*. Vårdguiden Stockholms läns landsting. Tillgänglig: <http://www.vardguiden.se/Sjukdomar-och-rad/Omraden/Sjukdomar-och-besvar/Demens/> (2013-10-11).

Hornberg M & Piguet O (2011) Episodic memory in front temporal dementia: a critical review. *Brain A Journal of Neurology* 136, 678-692.

Kanamori M, Suzuki M, Yamamoto K, Kanda M, Matsui Y, Kojima E, Fukawa H, Sugita T & Oshiro H (2001) A day care program and evaluation of animal-assisted therapy (AAT) for the elderly with senile dementia. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias* 16, 234.

Kelly K D, Pickett W, Rowe B H, Schopflocher D P, Svensson L, Voklander D C & Yiannakoulis N (2003) Medication use and falls in community-dwelling older persons. *Age and Ageing* 32, 503-509.

Kristoffersen N J (2006) *Grundläggande omvårdnad del 4*. 1. uppl. Stockholm : Liber AB.

Kunik M E, Seignourel P J, Snow L, Stanley M & Wilson N (2008) Anxiety in dementia: A critical review. *Clinical Psychology Review* 28, 1071-1082.

Larsson M & Rundgren Å (2010) *Geriatriska sjukdomar*. 3:2. uppl. Lund: Studentlitteratur AB.

* Lyketsos C G, Lindell Veiel L, Baker A & Steele C (1999) A randomized, controlled trial of bright light therapy for agitated behaviors in dementia patients residing in long-term care. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 14, 520-525.

Läkemedelsverket (2008) *Behandling och bemötande vid beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom – BPSD*. Läkemedelsverket. Tillgänglig:

<http://www.lakemedelsverket.se/malgrupp/Allmanhet/Att-anvanda-lakemedel/Sjukdom-och-behandling/Behandlingsrekommendationer---listan/Behandling-och-bemotande-vid-beteendemassiga-och-psykiska-symtom-vid-demenssjukdom--BPSD-/> (2013-10-10).

Løkensgard I (2009) *Psykiatrisk vård och specifik omvårdnad*. 1:14. uppl. Lund: Studentlitteratur AB.

Marcusson J (2012a) *Demens - Blodkärlsdemens*. 1177. Tillgänglighet: <http://www.1177.se/Gavleborg/Fakta-och-rad/Sjukdomar/Blodkarlsdemens/> (2013-10-11).

Marcusson J (2012b) *Demens - Alzheimers sjukdom*. 1177. Tillgänglig: <http://www.1177.se/Gavleborg/Fakta-och-rad/Sjukdomar/Alzheimers-sjukdom/> (2013-10-11).

* Narme P, Clément S, Ehrlé N, Schiaratura L, Vachez S, Courtaigne B, Munsch F & Samson S (2013) Efficacy of musical interventions in dementia: Evidence from a randomized controlled trial. *Journal of Alzheimer's Disease* 37, 1875-8908.

* Nordgren L & Engström G (2012) Effects of animal-assisted therapy on behavioral and/or psychological symptoms in dementia: A case report. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias* 27, 625-632.

* Paukert A L, Calleo J, Kraus-Schuman C, Snow L, Wilson N, Petersen N J, Kunik M E & Stanley M A (2010) Peaceful mind: an open trial of cognitive-behavioral therapy for anxiety in persons with dementia. *International Psychogeriatrics* 22, 1012–1021.

Polit D F & Beck CT (2012) *Nursing research principles and methods*. 9. uppl. Philadelphia: Wolters Kluwer Health | Lippincott, Williams & Wilkins.

Ramström H (2012) *Läkemedelsboken 2011/2012*. Läkemedelsboken. Tillgänglig: <http://www.lakemedelsboken.se/> (2013-04-16).

* 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 Dementias* 18, 353-358.

Rylatt P (2012) The benefits of creative therapy for people with dementia. *Nursing Standard*. 26, 42-47.

* Sansone P & Schmitt L (2000) Providing tender touch massage to elderly nursing home residents: A demonstration project. *Geriatric Nursing* 21, 303-308.

Schelin Å (2013) *Att ta medicin när man är äldre*. 1177. Tillgänglig: <http://www.1177.se/Gavleborg/Fakta-och-rad/Rad-om-lakemedel/Att-ta-medicin-nar-man-ar-aldre/> (2013-10-10).

* Smallwood J, Brown R, Coulter F, Irvine E & Copland C (2001) Aromatherapy and behavior disturbances in dementia: A randomized controlled trial. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 16, 1010-1013.

* Snow L A, Hovanec L & Brandt J (2004) A controlled trial of aromatherapy for agitation in nursing home patients with dementia. *The journal of alternative and complementary medicine* 10, 431-437.

Snow A L, Powers D & Liles D (2006) *Cognitive-behavioral therapy for long-term care patients with dementia*. Geropsychological Interventions in Long-Term Care, kapitel 12. Tillgänglig: http://www.google.se/books?hl=sv&lr=&id=AbgeKHtQa_IC&oi=fnd&pg=PA265&dq=Cognitive-behavioral+therapy+for+long-term+care+patients+with+dementia.+snow+2006&ots=DjBHOFnuSv&sig=-VR9xo4Zw6wJ_4N-96S3hutHIU8&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false (2013-10-10).

Socialstyrelsen (2010a) *Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom*. Socialstyrelsen, Stockholm.

Socialstyrelsen (2010b) *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom*. Socialstyrelsen, Stockholm.

Socialstyrelsen (2010c) *Indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre*. Socialstyrelsen, Stockholm.

Socialstyrelsen (2013) *Läkemedelsgenomgångar för äldre ordinerade fem eller fler läkemedel – en vägledning för hälso- och sjukvården*. Socialstyrelsen, Stockholm.

* Sung H-C, Chang A M & Lee W-L (2010) A preferred music listening intervention to reduce anxiety in older adults with dementia in nursing homes. *Journal of Clinical Nursing* 19, 1056–1064.

* Sung H-C, Lee W-L, Li T-L & Watson R (2012) A group music intervention using percussion instruments with familiar music to reduce anxiety and agitation of institutionalized older adults with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 27, 621–627.

* Svansdottir H B & Snaedal J (2006) Music therapy in moderate and severe dementia of alzheimer's type: A case-control study. *International Psychogeriatrics* 18, 613-621.

Åminne L (2011) *Allmänna anvisningar*. Högskolan i Gävle. Tillgänglig: <http://www.hig.se/Ext/Sv/Organisation/Akademier/Akademien-for-halsa-och-arbetsliv/Utbildningar-vid-akademien/Studentinformation/Sjukskoterskeprogrammet/Examensarbete/Examensarbete-vid-vardevetenskap/Allmanna-anvisningar.html> (2013-09-25).

Östlund G-M (2010) *Icke-farmakologisk behandling*. Lunds universitet. Tillgänglig:

http://portal.omv.lu.se/Portal/student/prof_omraden/painnet/smartbehandling/behandling_icke_farmakologisk (2013-10-10).

Bilaga 1 - Sammanfattning av resultatets studier

Författare & Publikations år	Titel	Design	Undersökningsgrupp	Datainsamlingsinstrument för mätning av oro. Övervägande av Validitet och Reliabilitet	Dataanalys
Sung <i>et al.</i> (2010)	A preferred music listening intervention to reduce anxiety in older adults with dementia in nursing homes	Quasi Experimental Pretest-posttest design (Datainsamling innan samt efter behandling genomfördes)	52 personer med demens. 65 år eller äldre. Deltagarna delades in i en testgrupp och en kontrollgrupp.	<p>RAID</p> <p>Forskarna refererat till en källa där RAID har testats och visat reliabilitet från 0,51-1 och vid test-retest 0,53-1. Validiteten har styrkts genom att RAID jämförts med instrumenten Clinic Anxiety scale och Anxiety Status Inventory. Intern kontroll av reliabilitet och validitet var 0,73 på Cronbach alfa</p>	Anacova, Beskrivande statistik.
Sung <i>et al.</i> (2012)	A group music intervention using percussion instruments with familiar music to reduce anxiety and agitation of institutionalized older adults with dementia	True Experimental (RCT)	55 personer med demens. 65 år eller äldre. Deltagarna delades in i en testgrupp och en kontrollgrupp.	<p>CMAI</p> <p>Forskarna refererar till en källa där instrumentet visat sig ha god reliabilitet och validitet.</p> <p>RAID</p> <p>Forskarna har refererat till en källa där RAID har testats och visat reliabilitet från 0,51-1 och vid test-retest 0,53-1. Forskarna referera också till en egen tidigare studie där RAID har testats och visat 0,73 på cronbach alfa.</p>	Beskrivande statistik.

Författare & Publikations år	Titel	Design	Undersökningsgrupp	Datainsamlingsinstrument för mätning av oro. Övervägande av Validitet och Reliabilitet	Dataanalys
Svansdottir & Snaedal (2006)	Music therapy in moderate and severe dementia of Alzheimer's type: a case-control study	Jämförande observations-studie	38 patienter med medel-allvarlig alzheimers. Slumpmässig gruppindelning.	Behave-AD Forskarna refererar till en studie där instrumentet har översatts till isländska och validerats.	Wilcoxon signed rank test, <i>t</i> -test.
Narme <i>et al.</i> (2013)	Efficacy of Musical Interventions in Dementia: Evidence from a Randomized Controlled Trial	True experimental (RCT)	48 personer med demens från ålderdomshemmet vid Reims Universitetssjukhus.	NPI och CMAI Ingen kontroll eller övervägande av validitet eller reliabilitet redovisas för instrumenten.	Mann Whitney U-test, Wilcoxon Pairwise comparisons, Spearman's non-parametric correlations.
Sansone & Schmitt (2000)	Providing Tender Touch Massage to Elderly Nursing Home Residents: a Demonstration Project	Longitudal granskande design	71 invånare med demens och oro eller kronisk smärta på ålderdomshemmet Schervier.	CARE Ingen kontroll eller övervägande av validitet eller reliabilitet redovisas för instrumenten.	Anhöriga beskrev sin uppfattning av deltagarna. Kvantitativ analys genom att studera resultatet från mätinstrument Comprehensive Assessment and Referral Evaluation.
Snow <i>et al.</i> (2004)	A Controlled Trial of Aromatherapy for Agitation in Nursing Home Patients with Dementia	Experimentel design Deltagarna utgjorde sin egen kontrollgrupp.	7 personer med avancerad demens boende på ålderdomshemmet.	CMAI Ingen kontroll eller övervägande av validitet eller reliabilitet redovisas för instrumenten.	Varje behandlingsfas studerades var för sig och orosnivån mättes med mätinstrument.

Författare & Publikations år	Titel	Design	Undersökningsgrupp	Datainsamlingsinstrument för mätning av oro. Övervägande av Validitet och Reliabilitet	Dataanalys
Smallwood <i>et al.</i> (2001)	Aromatherapy And behavior disturbances in dementia: a randomized controlled trial	True experimental (RCT) (single-blind design)	21 personer med demens valdes slumpmässigt ut ifrån en avdelning från distriktsjukhuset.	Beteende hos deltagarna videofilmades 4ggr/dag om 15min. Forskarna refererar till en källa som stödjer reabiliteten och validiteten hos proceduren som genomfördes i studien.	Sheffe test.
Fu <i>et al.</i> (2013)	A randomised controlled trial of the use of aromatherapy and hand massage to reduce disruptive behaviour in people with dementia	True experimental (RCT)	67 personer, Demens diagnos, Historik av störande beteende. Från tre äldre-boenden. 60år eller äldre.	CMAI och CMAI-SF Forskarna konstaterar att CMAI och CMAI-SF är ett internationellt validerat instrument för mätning av oro hos personer med demens, de anger ingen referens på detta. Det redovisas heller inte någon intern validitets eller reliabilitets testning.	ANOVA, ITT, SRI, Kruskall-Wallis H test, Beskrivande statistik.
Richeson (2003)	Effects of animal-assisted therapy on agitated behaviors and social interactions of older adults with dementia	Quasi Experimental time-series design (datainsamling under en längre tidsperiod)	15 personer, Demens diagnos, Från två äldre-boenden. 60 år eller äldre.	CMAI Instrumentet är väl testat för reliabilitet och validitet, studiens genomsnittliga interna reliabilitet redovisas som .88 enligt referens, den högsta mätningen av reliabilitet är enligt referens .92.	Paired-samples t-test, ANOVA.

Författare & Publikations år	Titel	Design	Undersökningsgrupp	Datansamlingsinstrument för mätning av oro. Övervägande av Validitet och Reliabilitet	Dataanalys
Nordgren & Engström (2012)	Effects of Animal-Assisted Therapy on Behavioral and/or Psychological Symptoms in Dementia: A Case report	Quasi Experimental Longitudinal design (datansamling vid flera tillfällen under behandlingen)	Case report: Mrs Johnsson bedömdes ha akut behov av AAT och prioriterades bland de boende på hemmet.	CMAI Instrument har validerats internt, 0,63 till 0,82 med Cronbach alfa.	Jämförelse av resultaten av mätningar med de olika instrumenten har gjorts tre gånger.
Barric <i>et al.</i> (2010)	Impact of ambient bright light on agitation in dementia	Experimental Crossover design (samma undersökningsgrupp exponeras för mer än en behandlingsmetod)	Personer med demens boende på inkluderade vårdenheter.	CMAI Ingen kontroll eller övervägande av validitet eller reliabilitet redovisas för instrumentet.	Fisher's Exact Test, t-tests, Logistic mixed model.
Lyketsos <i>et al.</i> (1999)	A randomized controlled trial of bright light therapy for agitated behaviors in dementia patients residing in long-term care	True experimental (RCT) crossover design (samma undersökningsgrupp exponeras för mer än en behandlingsmetod)	15 personer med demens och orosbeteende boende på en vårdavdelning på Copper Ridge.	Behave-AD Ingen kontroll eller övervägande av validitet eller reliabilitet redovisas för instrumentet.	ITT, LOCF, paired t-test, sekventiell dataanalys.
Paukert <i>et al.</i> (2010)	Peaceful mind: an open trial of cognitive-behavioral therapy for anxiety in persons with dementia	Explorativ design (Ingen tidigare kunskap utforska begrepp eller fenomen)	8 patienter. Från någon av avdelningarna geriatrik, neurologi och psykiatri vid medicin centret Veterans Affairs (VA).	NPI-A, RAID, PSWQ-A och GAI Ingen kontroll eller övervägande av validitet eller reliabilitet redovisas för instrumenten.	Analys av resultatet gjordes genom en jämförelse av de olika mätningarna under studien för att se förändringen i procent.

Bilaga 2 - Datasamlingsinstrument som använts för mätning av oro

<u>Datansamlingsinstrument</u>	<u>Användningsområde</u>
Behave-AD (Behavioral Pathology in Alzheimer's Disease)	Instrumentet omfattar 7 punkter A-G varav punkt G används för mätning av oro. Det finns 4 frågor om oro, dessa graderas från 0-3.
CARE (Comprehensive Assessment and Referral Evaluation)	Bedömningsinstrument där en semistrukturerad intervjuguide används med syfte att registrera, gradera och klassificera information. Dessutom omfattar CARE en observationsdel där personen med demens graderas på en skala från 0-4.
CMAI (Cohen-Mansfield Agitation Inventory)	Används för att göra en bedömning av orosbeteendet hos deltagarna, instrumentet har 29 punkter, bedömningen görs med en skala från 1 till 7 poäng.
CMAI-SF (Cohen-Mansfield Agitation Inventory – Short Form)	Används för att göra en bedömning av orosbeteendet hos deltagarna, instrumentet har 14 punkter, bedömningen görs med en skala från 1 till 5 poäng.
GAI (Geriatric Anxiety Inventory)	Mäter oro genom 20 frågor som besvaras med sant eller falskt, besvaras av personen med demens.
NPI (NeuroPsychiatric Inventory)	Formuläret berör 10 punkter, en punkt används för mätning av oro hos personer med demens. Varje punkt bedöms utifrån två frågor: Svårighetsgrad av oro - syftar till personen med demens (graderas 1-3) samt uppkomst av nedstämdhet – syftar till vårdpersonal (graderas 0-5).
NPI-A (Neuropsychiatric Inventory – Anxiety)	Formuläret omfattade sju punkter som syftade till att mäta oro hos personen med demens, information om orosnivån erhålls ifrån medverkande anhörig. Inom varje punkt fanns tre frågor, frekvens och allvarlighetsgrad av oron hos personen med demens (graderas 1-3) samt uppkomst av nedstämdhet hos anhörig relaterat till oron hos personen med demens (graderas 0-5).
RAID (Rating Anxiety in Dementia)	Används till att bedöma oro hos personer med demens utifrån fyra punkter: oro, ångslan och vaksamhet, motorisk spänning samt autonom hyperaktivitet. De fyra punkterna omfattar 18 oros relaterade frågor, frågorna graderas från 0-3. Poäng över 11 indikerar signifikant klinisk oro.
PSWQ-A (Penn State Worry Questionnaire-Abbreviated)	Formuläret omfattar 16 punkter, PSWQ-A används till att mäta förekomsten av oro, information om orosnivån, besvaras av personen med demens. De 16 punkterna graderas från 1-5.